



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais  
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 “Ārstniecības un ārstniecības  
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

**Psihisko un uzvedības traucējumu  
mūsdienīgas terapijas principi  
stacionārā un ambulatorā praksē.  
Agresīvās uzvedības  
nemedikamentozā korekcija**

**Mācību materiāls**

**Rīga  
2019**

# ANOTĀCIJA

Metodiskajā līdzeklī par psihisko un uzvedības traucējumu mūsdienīgas terapijas principiem stacionārā un ambulatorā praksē un agresīvās uzvedības nemedikamentozo korekciju autori: ārsti – psihiatri Jānis Bušs, Beāte Šternberga, Natālija Bērziņa – Novikova, klīniskā psiholoģe Kristīne Dūdiņa dod iespēju dažādu specialitāšu ārstniecības personām (ārstiem, ārstu palīgiem, medicīnas māsām) apgūt zināšanas un padziļinātāku izpratni par dažādiem, biežāk sastopamajiem psihiskajiem traucējumiem, īpašu uzmanību pievēršot traucējumu un saslimšanu izpausmēm un terapijas iespējām gan stacionārā, gan ambulatorā praksē.

Metodiskajā līdzeklī uzsvērta diagnostisko principu nozīme darbā ar personām ar psihiskiem traucējumiem, kā arī aprakstītas psihisko traucējumu īpatnības un ārstēšanas principi.

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.

# SATURA RĀDĪTĀJS

ANOTĀCIJA .....	2
SATURA RĀDĪTĀJS .....	3
IEVADS .....	6
1 PSIHISKO UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU VISPĀRĪGS RAKSTUROJUMS.....	7
1.1 Traucējumu izplatība .....	7
1.2 Traucējumu cēloņi .....	7
1.3 Biopsihosociālais modelis .....	8
1.4 Psihisko traucējumu attīstība un stresa diatēzes modelis .....	9
1.5 Psihisko traucējumu spektru jēdziens.....	9
1.6 Psihiatriskās diagnozes veidošanas principi .....	10
1.7 Likumdošana .....	11
1.8 Uz pierādījumiem balstītas medicīnas pamatprincipi .....	11
2 PSIHISKU TRAUCĒJUMU VISPĀRĒJS RAKSTUROJUMS .....	13
2.1. Organiski un simptomātiski psihiski traucējumi .....	13
2.1.1 Alzheimerā demence .....	13
2.1.2 Vaskulāra demence .....	13
2.1.3 Organisks amnestisks sindroms .....	14
2.1.4 Delīrijs, ko neizraisa alkohols vai citas psihoaktīvas vielas.....	14
2.1.5 Organiska halucinoze .....	14
2.1.6 Terapijas rekomendācijas organiskiem kognitīviem traucējumiem.....	14
2.2 Psihiski un uzvedības traucējumi vielu lietošanas dēļ.....	15
2.3 Psihotiski traucējumi (šizofrēniska spektra traucējumi) .....	16
2.3.1 Paranoīda šizofrēnija .....	16
2.3.2 Hebefrēna šizofrēnija .....	16
2.3.3 Katatona šizofrēnija.....	16
2.3.4 Nediferencēta jeb atipiska šizofrēnija .....	17
2.3.5 Postšizofrēniska depresija .....	17
2.3.6 Reziduāla šizofrēnija .....	17
2.3.7 Vienkārša šizofrēnija.....	17
2.3.8 Cita veida šizofrēnija.....	17
2.3.9 Persistējoši murgi .....	17
2.3.10 Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi .....	17
2.3.11 Šizoafektīvi traucējumi .....	18
2.3.12 Terapijas rekomendācijas pie šizofrēniska spektra traucējumiem .....	18
2.4 Garastāvokļa traucējumi.....	18
2.4.1 Depresijas epizode.....	19
2.4.2 Rekurenti depresīvi traucējumi .....	19
2.4.3 Terapijas rekomendācijas depresīviem traucējumiem .....	20
2.4.4 Maniakāla epizode.....	20
2.4.5 Bipolāri afektīvi traucējumi .....	21
2.4.6 Terapijas rekomendācijas pie bipolāriem afektīviem traucējumiem.....	21

2.4.7	Persistējoši garastāvokļa [afektīvi] traucējumi .....	22
2.5	Neirotiska spektra traucējumi.....	22
2.5.1	Generalizēta trauksme .....	22
2.5.2	Obsesīvi kompulsīvi traucējumi.....	22
2.5.3	Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi .....	22
2.5.4	Pēctraumatiskais stresa sindroms.....	23
2.5.5	Adaptācijas traucējumi .....	23
2.5.6	Disociatīvi [konversijas] traucējumi .....	24
2.5.7	Somatoformi traucējumi.....	25
2.5.8	Neirastēnija.....	26
2.5.9	Depersonalizācijas un derealizācijas sindroms .....	26
2.6	Pieaugušo uzvedības traucējumi un fizioloģiskie traucējumi .....	27
2.6.1	Anorexia nervosa.....	27
2.6.2	Bulimia nervosa.....	27
2.6.3	Neorganiski miega traucējumi .....	27
2.6.4	Seksuāla disfunkcija bez organiskiem traucējumiem vai slimības .....	28
2.6.5	Psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā.....	28
2.6.6	Vielu, kas nerada atkarību, pārmērīga lietošana .....	28
2.7	Personības traucējumi.....	29
2.7.1	Paranoīda personība .....	29
2.7.2	Šizoīda personība .....	29
2.7.3	Asociāla personība .....	29
2.7.4	Emocionāli nestabila personība.....	29
2.7.5	Histēriskā personība .....	30
2.7.6	Anankastiska personība.....	30
2.7.7	Trauksmaina [izvairīga] personība.....	30
2.7.8	Atkarīga personība .....	30
2.7.9	Citi precizēti personības traucējumi.....	30
2.7.10	Patoloģiska tieksme uz azartspēlēm.....	31
2.7.11	Piromānija .....	31
2.7.12	Kleptomānija .....	32
2.7.13	Trihotilomānija.....	32
2.8	Nervu sistēmas attīstības traucējumi .....	32
3	KOGNITĪVI BIHEIVIORĀLĀ TERAPIJA UN CITI UZ PIERĀDĪJUMIEM BALSTĪTI PSIHOTERAPIJAS VEIDI .....	35
3.1	Kas ir psihoterapija?.....	35
3.2	Ieguvumi no psihoterapijas .....	36
3.3	Psihoterapijas efektivitāte.....	36
3.4	Psihoterapijas veidi.....	37
3.5	Kognitīvi biheiviorālā terapija.....	38
3.6	KBT principu pielietojums medicīnas speciālistu darbā.....	39
3.7	KBT protokolu piemēri. ....	40

4	UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU UN AGRESIJAS NEMEDIKAMENTOZA TERAPIJA.....	41
4.1	Pacientu uzvedības problēmu cēloņi .....	41
4.2	Agresīva uzvedība .....	42
4.3	Preventīvi pasākumu uzvedības problēmu novēršanai.....	42
4.4	De-eskalācija .....	43
4.5	ABC metode .....	44
4.6	Komunikācija ar sarežģītiem pacientiem .....	46
	IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI.....	47

# IEVADS

Veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, ne tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem. Jau pati veselības definīcija ietver sevī atbildi par garīgās jeb psihiskās labklājības nozīmi, proti, mēs nevaram runāt par veselību bez psihiskās komponentes.

Attīstoties zinātnei un veselības aprūpei, ir izpētīts, ka psihiski traucējumi ir slimības, kurām ir bioloģiski, psiholoģiski un sociāli cēloņi. Tādējādi veidojies bio-psiho-sociālais modelis, kura ieviešana veselības aprūpē ir paplašinājusi sabiedrības izpratni par sociālo un psiholoģisko faktoru ietekmi uz slimību un veselības traucējumu norisi un attīstības gaitu. Šis modelis arī veicinājis plašāku skatu un izpratni par psihisku traucējumu savlaicīgu atpazīšanu, ārstēšanu un rehabilitāciju. Mūsdienās cilvēku informēšana par psihisko traucējumu iemesliem, attīstības mehānismiem un ārstēšanas iespējām ir būtisks sabiedrības veselības veicināšanas pasākums.

Plašos pētījumos ir secināts, ka dažādu izpausmju un dažāda smaguma psihiskus traucējumus var piedzīvot katrs trešais Eiropas iedzīvotājs. Psihiskie traucējumi un saslimšanas, ar kurām skarti cilvēki, ir daudz un dažādas. Lielākā daļa šo traucējumu ir sekmīgi un efektīvi ārstējami. Ārstēšanas procesā, gluži tāpat kā jebkuru citu veselības traucējumu gadījumā, vislabākie rezultāti sasniedzami, ja palīdzība tiek saņemta iespējami ātrāk un ja saslimušais saņem apkārtējo atbalstu un sapratni.

Sekmīgai psihisko traucējumu ārstēšanai ir būtiski noteikt atbilstošas, savlaicīgas un uz pierādījumiem balstītas ārstēšanas metodes. Šīs metodes ietver nepieciešamību

- mazināt sabiedrības aizspriedumaino attieksmi pret cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem un psihiatrisko veselības aprūpi, kā arī mazināt pašu personu ar psihiskiem traucējumiem stigmatizējošo nostāju pret ārstniecību;
- izglītēt cilvēkus ar psihiskiem traucējumiem un viņu aprūpes personas (visbiežāk cilvēka piederīgos) par traucējumu cēloņiem, simptomātiku, ārstēšanas veidiem un tās nozīmību;
- iedrošināt un veicināt personu ar psihiskiem traucējumiem un viņa aprūpe personu aktīvu iesaisti ārstniecības procesā, tādējādi veicinot vispārējo līdzestību ārstniecībai.

Šī metodiskā materiāla mērķis ir dot ieskatu ārstniecības personām par psihisko traucējumu raksturīgāko simptomātiku un diagnostikas metodēm, kā arī profesionāļiem palīdzēt noteikt optimālāko taktiku un piemeklēt atbilstošākās ārstēšanas metodes dažādās klīniskās situācijās. Ne mazāk būtisks mērķis ir veicināt destigmatizāciju un sabiedrības aizspriedumu mazināšanos saistībā ar psihisko veselības aprūpi.

# 1 PSIHISKO UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU VISPĀRĪGS RAKSTUROJUMS

## 1.1 Traucējumu izplatība

Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība atšķiras atkarībā no konkrētas nozoloģiskās vienības, sastopamība variē no 0,3% līdz pat 15 % (PTSS gadījumā).

- depresija ir novērota ap 6,9% vispārējā populācijā Eiropas iedzīvotājiem;
- šizofrēnija sastopama aptuveni 1% (0,3-1,9%) iedzīvotāju;
- no bipolāri afektīvajiem traucējumiem cieš aptuveni 0,3-1,5% iedzīvotāju;
- trauksmes spektra traucējumu izplatība variē atkarībā no konkrēta traucējuma, piemēram, ģeneralizētā trauksme sastopama līdz pat 8 % iedzīvotāju;
- panikas traucējumi sastopami aptuveni līdz 4% iedzīvotāju

Pēc Slimības Profilakses un Kontroles Centra reģistra datiem par situāciju Latvijā, 2016. gadā reģistrā ar psihiskiem traucējumiem vidēji uz 100 000 iedzīvotājiem bija iekļauti 282 pacienti. No tiem absolūtos skaitļos biežāk bija:

- F0 (organiski psihiski traucējumi) spektra traucējumi – 2515;
- F4 (neirotiski, ar stresu saistīti un trauksmes spektra traucējumi) spektra traucējumi – 1091;
- F3 (afektīvā spektra traucējumi) spektra traucējumi – 732;
- F2 (šizofrēnija un šizofrēnijas spektra traucējumi) spektra traucējumi – 365.

kopā absolūtos skaitļos – 5473 pacienti. [2]

## 1.2 Traucējumu cēloņi

Psihisko un uzvedības traucējumu izcelsme ir multifaktoriāla - vairāki ģenētiskie vai vides faktori, viens otru papildinot vai inducējot, rada priekšnosacījumus psihisko traucējumu attīstībai. Traucējumu cēloņus var iedalīt vairākās grupās:

- **Pārmantotība.** Tās nozīmi psihiatrisko traucējumu attīstībā pamato klīniski novērojumi, piemēram, ja ģimenē ir cilvēks ar psihiskiem traucējumiem, tad, salīdzinot ar vispārējo populāciju, ir lielāks risks, ka arī bērnam attīstīsies psihiski traucējumi. Piemēram, abu vecāku šizofrēnija rada par 46 % lielāku risku šizofrēnijas attīstībai arī šo vecāku bērniem, pacientiem ar depresiju ģimenes anamnēzē ir augstāks risks depresijas attīstībai, arī augstāks suicīda risks. [3]
- **Izmaiņas genomā.** Zinātnieki ir identificējuši gēnus, kuri ir saistīti ar noteiktu psihisko traucējumu paaugstinātu iespējamību. Piemēram, šizofrēnijas gadījumā ir vairāk nekā 100 gēni, kuriem, domājams, ir saistība ar šo traucējumu attīstību dzīves laikā.

- **Izmaiņas neiromediatoru sistēmās.** Izmaiņas neiromediatoru veidošanās procesā galvas smadzenēs var būt iemesls psihisko traucējumu attīstībai, arī medikamentu iedarbība uz noteiktiem receptoriem un traucējumu mazināšanās pamato teoriju par neiromediatoru procesu radītām izmaiņām smadzenēs. Psihisko traucējumu attīstībā nozīme ir serotonīnam, dopamīnam, noradrenalīnam, acetilholīnam un citiem neiromediatoriem.
- **Strukturālas pārmaiņas galvas smadzenēs,** neironu struktūras izmaiņas, traucēta savstarpēja neironu komunikācija. Dažādu psihiatrisko traucējumu gadījumos tiek novērotas strukturālas pārmaiņas galvas smadzenēs, taču līdz galam nav skaidrs, vai tas ir priekšnosacījums vai sekas izpausme. Piemēram, smadzeņu garozas dažādos reģionos būt dažāda līmeņa atrofijas pakāpes (Alcheimera slimības izraisītā demence, vaskulārā demence, frontotemporālā demence, intelektuālās attīstības traucējumi).
- **Grūtniecības un dzemdību patoloģija.** Sarežģītas dzemdības, hipoksija dzemdību laikā, priekšlaicīgas dzemdības vai pārnēsāta grūtniecība. Infekciju saslimšanas grūtniecības laikā, alkohola vai narkotiku lietošana grūtniecības laikā.
- **Audzināšana un attiecības ģimenē.** Aprūpes trūkums un grūtības saskarsmē ar māti vai aprūpētāju nosaka augstāku risku personības traucējumu vai depresijas attīstībai, trauksmei. Ja mātei ir psihiska saslimšana, piemēram, depresija vai šizofrēnija, spoguļneironi nesaņem pozitīvu stimulāciju un bērnam var rasties emocionāli traucējumi. Protams, ir jāņem vērā kritēriji – bērna vecums, separācijas smagums un drošības sajūta, pirms notikusi separācija.
- **Psihotraumējoši faktori bērnībā un pusaudžu periodā.** Fiziska, emocionāla vai seksuāla vardarbība tiek saistīta ar augstākiem riskiem psihiatrisko saslimšanu attīstībai. Vislielākā saistība ir ar depresīviem, neirotika vai trauksmes spektra traucējumiem, kā arī ar personības traucējumiem.
- **Paaugstināts psihoemocionāla stresa līmenis.** Stresaini notikumi dzīvē rada neirobioloģiskās izmaiņas galvas smadzenēs, kas savukārt saistītas ar stresa regulācijas mehānismiem. Izmaiņas šajā sistēmā ir saistītas ar psihisko traucējumu attīstību vai manifestāciju. [23; 26]

### 1.3 Biopsihosociālais modelis

Šo modeli piedāvāja Džordžs Engels (*Engel*), slimību izcelsmē konstatējot sakarības starp bioloģiskajiem, psiholoģiskajiem un sociālajiem faktoriem, kuri, mijiedarbojoties vienam ar otru, ietekmē slimības profilaksi, etioloģiskos faktorus, manifestāciju, ārstēšanu un iznākumu. Mijiedarbojoties, tie veido stāvokli, ko sauc par saslimšanu vai traucējumiem.



- Bioloģiskie faktori ir ģenētiskā predispozīcija, fizioloģisko procesu īpatnības, organisma sistēmu strukturālās pārmaiņas;
- Psiholoģiskie faktori ir cilvēka personības īpašības, emocionalitāte, motivācija.
- Sociālie faktori iekļauj savstarpējos kontaktus, vides faktoros, ģimenes attiecības. [9]

## **1.4 Psihisko traucējumu attīstība un stresa diatēzes modelis**

Stresa diatēzes (diatēze - jutīgums, uzņēmība (grieķu val.)) teorija izskaidro psihisko saslimšanu rašanos. Šo predispozīciju rada ģenētiskie, psiholoģiskie, bioloģiskie faktori. Saskaņā ar šo teoriju, psihiskie traucējumi rodas mijiedarbības rezultātā starp personas bioloģiski vai ģenētiski noteikto predispozīciju un dzīves notikumiem vai stresu. Svarīga ir saistība starp indivīda predispozīciju un viņa reakciju uz dažādiem stresa faktoriem - stress izjauc psiholoģisko līdzsvaru un, pārsniedzot noteiktu sliekšni, ir cēlonis tādu psihisko traucējumu rašanos kā šizofrēnija, depresija vai trauksme. [4; 13]

## **1.5 Psihisko traucējumu spektru jēdziens**

Vairāki traucējumi var tikt grupēti (spektrā) atbilstoši to kopīgajiem pamatsimptomiem, taču, piemēram, simptomu attīstīšanās laiks, traucējumu ilgums un simptomu izzušana, kā arī paliekošie simptomi var būt atšķirīgi. Piemēram, šizofrēnija un šizofrēnijas spektra traucējumi. Šī grupa iekļauj šizofrēniju un tās formas, akūtus polimorfus psihotiskus traucējumu (pēc būtības akūto psihozi), šizoafektīvos traucējumus, šizotipiskos traucējumus, persistējošus murgu traucējumus - visiem novēro psihotiskus simptomus vai nu halucināciju, vai nu murgu ideju veidā, vai arī to kombināciju, kā arī psihomotoro aktivitāti akūtajā fāzē.

- Šizofrēnijas gadījumā - traucējumiem ir ilgāki par 1 mēnesi, afektīvā simptomātika nav obligāta, negatīvā simptomātika dažādā līmenī starp epizodēm ir izteikta, pakāpeniski rodas pārmaiņas arī personībā kā tādā.
- Šizoafektīvo traucējumu gadījumā afektīvā un psihotiska simptomātika parādās un pazūd vienlaicīgi, pēc epizodes nepaliek nekādi simptomi, arī negatīvi ne.
- Polimorfī traucējumi - simptomātika ļoti mainīga, intensīva, gan murgi, gan halucinācijas, ilgums parasti nepārsniedz 1 mēnesi (nesasniedz šizofrēnijas diagnostisko laika kritēriju). [23; 32]

Līdzīgi, afektīvo traucējumu spektrā tiek iekļauti tādi traucējumi kā bipolāri afektīvi traucējumi, depresija un tās formas, mānija, ciklotīmija un distīmija, kurus vieno tas, ka tie izpaužas ar garastāvokļa traucējumiem kā pamata sindromu. [23; 32]

## 1.6 Psihiatriskās diagnozes veidošanas principi

Psihiatrijā, diagnozes konceptualizēšanai jāņem vērā šādi nosacījumi:

- deviance - novirzīšanās no sabiedrībā vispār pieņemtām normām;
- disfunkcija - traucējumu pietiekošā intensitāti un plašums, lai tie būtiski ietekmētu un pazeminātu funkcijas – ikdienā un sabiedrībā;
- distress - kā pats indivīds uztver traucējumus, cik subjektīvi traucējošs tas ir pašam indivīdam. [8]

Klīniskajā praksē Latvijā, arī vairumā Eiropas valstu, diagnozi veido atbilstoši Starptautiskai Slimību Klasifikācijai 10. redakcijai (SSK-10), kur psihiskiem un uzvedības traucējumiem tiek veltīta vesela sadaļa ar burtu F. Šī klasifikācijas sistēma izstrādāta Pasaules Veselības Organizācijā (PVO, angliki, *WHO*) [32]. Šajā sadaļā ir vairākas apakšsadaļas, no F0 līdz pat F9, kuras veidotas sekojoši: vispārējais apraksts un simptomu kopums apakšsadaļā iekļautajiem traucējumiem un sekojošs detalizēts katra traucējuma apraksts ar diagnostiskajiem kritērijiem, diferenciālām diagnozēm un specifiskām asociētām īpatnībām.

Psihiskie un uzvedības traucējumi pamatā tiek diagnosticēti saskaņā ar klīniskiem novērojumiem (ar noteiktiem izņēmumiem, piemēram, Alcheimera slimības izraisītai demencei ir būtiski izvērtēt galvas smadzeņu attēlu izmeklējumus). Nosakot diagnozi, ārstniecības personas vadās pēc (1) simptomu kopuma, kuri veido sindromu un (2) klīniskās pieredzes, jo klasifikators ir simptomu un komentāru kopums.

Klasifikācijā lieto terminu “*traucējumi*”, jo tas uzsver tieši klīniski atpazīstamo simptomu kopumu vai uzvedības veidu. [32]

- **Organiski traucējumi F0** - psihiskie un uzvedības traucējumi, kurus izraisa organiska patoloģija, disfunkcijas vai bojājums.
- **Psihoaktīvo vielu izraisīti traucējumi F1** - traucējumi saistībā ar noteiktu psihoaktīvu vielu lietošanu, arī ar atkarības attīstīšanos un citiem psihiskiem simptomiem, kuri attīstās vielu lietošanas vai tās abstinences laikā.
- **Šizofrēnija un šizofrēnijas spektra traucējumi F2** - šizofrēnijas spektra traucējumi, dažādas šizofrēnijas formas.
- **Afektīvā spektra traucējumi F3** - garastāvokļa traucējumi - mānija, dažādas depresijas formas, bipolāri afektīvi traucējumi.
- **Neirotiski, ar stresu saistītie traucējumi F4** - ar stresu, trauksmi un citu psihopatoloģisko sindromu attīstīšanos saistīti traucējumi.
- **Pieaugušo uzvedības traucējumi un fizioloģiskie traucējumi F5** - neorganiskas dabas miega, ēšanas traucējumi un seksuālā disfunkcija.

- **Pieaugušo personības traucējumi F6** – grupa iekļauj ne tikai personības traucējumus, bet arī impulsu kontroles traucējumus - kā azartspēļu spēlēšana, piromānija, kleptomānija, arī seksuālas izvēles traucējumus.
- **Intelektuālās attīstības traucējumi F7**
- **Valodas un mācīšanās traucējumi bērna vecumā (psiholoģiskās attīstības traucējumi) F8**
- **Uzvedības un emociju traucējumi ar sākumu bērna vecumā un pusaudžu periodā F9**

## 1.7 Likumdošana

Psihiatriskās palīdzības organizācijas kārtību regulē vairāki likumi: Pacientu tiesību likums, Ārstniecības likums, citi ar veselības aprūpi saistīti normatīvie akti.

Psihiatriskā palīdzība tiek sniegta ambulatori un stacionāros. Ārstniecības likuma 6.nodaļas 67.pants nosaka, ka psihiatriskā palīdzība balstās uz brīvprātības principu. Pacienta stacionēšanai psihiatriskās ārstniecības iestādes nodaļā nepieciešama pacienta informētā piekrišana, ko pacients apstiprina ar savu parakstu medicīniskajā dokumentācijā. Taču 68.pants paredz arī pacienta stacionēšanu bez viņa piekrišanas. Zemāk citāts no Ārstniecības likuma.

“68. pants. (1) Psihiatrisko palīdzību bez pacienta piekrišanas sniedz, ja pacients:

- 1) ir draudējies vai draud, centies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus, vai ir izturējies, vai izturas varmācīgi pret citām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nopietni miesas bojājumi pacientam pašam vai citai personai;
- 2) ir izrādījis vai izrāda nespēju rūpēties par sevi vai savā aizbildnībā esošām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās.” [1]

## 1.8 Uz pierādījumiem balstītas medicīnas pamatprincipi

Uz pierādījumiem balstīta medicīna ir pētījumos iegūto rezultātu pielietošana ārstēšanas procesā, atbilstoši pierādījumu bāzei izvēloties pēc iespējas efektīvāku ārstēšanu. Tas ir mūsdienīgs veids, kā zinātni izmantot klīniskajā darbā, jo grāmatās atrodamā informācija ne vienmēr atbilst jaunāko pētījumu rezultātiem. Lai nodrošinātu uz pierādījumiem bāzētu klīnisko praksi (jeb klīnisko pieeju):

1. jāuzstāda klīniski jautājumi;
2. jāmeklē ar pētījumu rezultātiem pamatotas atbildes;

3. tās kritiski jānovērtē;
4. jāpielieto pieeja vai risinājums praksē un
5. jāvēro pacienta progress. [26]

Lai pētījumos meklētu pierādījumus, klīnisko jautājumu definē dažādi, kā vienu no pieejām, izmanto *PICO* formātu. Definē problēmu (*P - problem*), plānoto taktiku vai intervenci (*I - intervention*) vai medikamentozo terapiju, salīdzina šīs dažādas pieejas (*C - compare*) un saņem informāciju par iznākumu (*O-outcomes*) [26].

Pētījumi, vadoties no pierādījumu kvalitātes, tiek dalīti hierarhiski. Pārliecinošākie ir sistemātiskie pārskati par randomizētiem kontrolētiem pētījumiem, seko atsevišķi randomizēti pētījumi, tad kvazi-eksperimentāli, novērojumu pētījumi, gadījumu apraksti un ekspertu viedokļi [26].

## **2 PSIHISKU TRAUCĒJUMU VISPĀRĒJS RAKSTUROJUMS**

### **2.1. Organiski un simptomātiski psihiski traucējumi**

Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies pārejošas vai pastāvīgas smadzeņu disfunkcijas dēļ, šie traucējumi var būt primāri vai sekundāri. Psihopatoloģiskās izpausmes atspoguļo smadzeņu struktūru traucējumus vai vielmaiņas traucējumus. Organisko traucējumu raksturīgākās izpausmes ir kognitīvie traucējumi – orientācija, atmiņa, intelekts.

#### **2.1.1 Alcheimera demence**

Alcheimera slimība ir primāra deģeneratīva smadzeņu slimība ar raksturīgām neiroloģiskām un neiroķīmiskām izpausmēm. Traucējumi parasti sākas un attīstās pakāpeniski, nereti ar neuzkrītošām pazīmēm, personības pārmaiņām, par ko secina tikai retrospektīvi.

- Agrīnā forma sākas pirms 65 gadu vecuma un norit ar relatīvi strauju stāvokļa pasliktināšanos un būtiskiem un daudzveidīgiem augstāko kortikālo funkciju traucējumiem.
- Vēlīnā forma sākas pēc 65 gadu vecuma, parasti astotajā gadu desmitā vai vēlāk, lēni progresē, pamatizpausme ir atmiņas pasliktināšanās.

Alcheimera slimības pirmās pazīmes ir personības pārmaiņas, kurām pievienojas progresējoša demence.

#### **2.1.2 Vaskulāra demence**

Vaskulāra demence ir aterosklerozes vai smadzeņu infarktu sekas, kas radušies vaskulāras slimības dēļ, ieskaitot hipertensīvu cerebrālo slimību. Infarkti parasti ir mazi, bet to radītie bojājumi kumulējas, radot plašākus smadzeņu bojājumus. Saslimšanai raksturīgs diezgan pēkšņs sākums un nepārtraukta norise.

Raksturīgas galvassāpes, reiboņi, ģīboņi, vājums, bezmiegs, atmiņas pasliktināšanās, hipohondriskas personības pārmaiņas. Var būt emocionāla labilitāte. Simptomu smagumam raksturīga viļņveidīga izpausme. Slimības sākumā atsevišķas kognitīvās funkcijas var saglabāties šķietami netraucētas.

Depresija demences pacientiem ir bieža parādība, bet šajā gadījumā nav raksturīgi skaidri noteikti garastāvokļa traucējumi. Involūcijas depresijas gadījumā vienlaikus raksturīgs trauksmais bažīgums, rigiditāte, nervozitāte, aizdomīgums, kā arī ātra satraucamība un aizkaitināmība par nebūtiskiem sīkumiem. Afāzija, apraksija un agnozija mēdz parādīties nevis pakāpeniski, lēnām, bet gan pēkšņi, jo tos bieži izraisa smadzeņu asinsrites traucējumi.

Demences diagnosticēšanai nepieciešami šādi kritēriji:

- atmiņas pavājināšanās (vispirms īslaicīgā, pēc tam ilglaicīgā atmiņa);

- citu kognitīvo funkciju pavājināšanās (uzmanības, domāšanas, spriešanas spēju, lasīšanas, rakstīšanas, rēķināšanas un runas spēju pavājināšanās);
- emociju kontroles pavājināšanās un traucējumu pastāvēšanas ilgumam jābūt vismaz seši mēneši.

### **2.1.3 Organisks amnestisks sindroms**

Var izraisīt jebkurš patoloģisks process – trauma, audzējs, infekcija, hipoksija u.c. Tiek bojātas diencefālās un deniņu daivu struktūras. Raksturīgi traucēta īslaicīgā atmiņa un sekojoša retrogrādā amnēzija. Sākums straujš un norise atkarīga no pamatsaslimšanas. Sindroma diagnosticēšanai nepieciešami šādi klīniskie simptomi:

Atmiņas traucējumi – īslaicīgās atmiņas, apgrūtināta pagātnes notikumu atcerēšanās

Nav traucēta tieša informācijas atkārtošana, apziņa, nav demences pazīmju un datu par smadzeņu bojājumu

### **2.1.4 Delīrijs, ko neizraisa alkohols vai citas psihoaktīvas vielas**

Novērojams intensīvās terapijas, apdegumu nodaļās, var tikt novērots arī bērniem vai vecākiem cilvēkiem, personām, kam anamnēzē bijusi organiska smadzeņu patoloģija. Sākums parasti akūts, pirms tam iespējama īslaicīga trauksme, viegla kairināmība. Saslimšana norit ar pacienta dezorientāciju, spilgtiem iluzoriem, halucinatoriem pārdzīvojumiem, nenoturīgu uzmanību, saraustītu domāšanu, izjauktu miega- nomoda ritmu. Raksturīga klīniska pazīme ir kognitīvo traucējumu smaguma pieaugums nakts un agrās rīta stundās. Pēkšņš motors uzbudinājums var mainīties ar atslābumu, ko pavada spilgtas veģetatīvas izpausmes.

### **2.1.5 Organiska halucinoze**

Nereti iemesls ir smadzeņu audzēji, galvas trauma, meningoencefalīts, deniņu daivas epilepsija, stāvokli var provocēt arī aklums, kurlums. Raksturīgas dzirdes halucinācijas, kas rodas uz skaidras apziņas fona, to nepavada kognitīvo funkciju izmaiņas. Halucinācijas var būt pastāvīgas vai periodiskas.

### **2.1.6 Terapijas rekomendācijas organiskiem kognitīviem traucējumiem**

**Alcheimera slimības** gadījumā kā pirmās izvēles terapija, lai mazinātu kognitīvo traucējumu progresēšanu, ir acetiholīnesterāzes inhibitori (Donepezils, Rivasitgmīns, Galantamīns). Blaknēm īpaši jāseko terapijas pirmajās 6 nedēļās. Optimāls terapijas ilgums - 6 mēneši. Otrās izvēles medikamenti ir preventīva, neiroprotektīva terapija ar pretiekaisuma preparātiem (acetisalīcīlskābe), hormonu aizstājējterapija sievietēm (estrogēni), antioksidanti (vitamīns E, selegelīns).

**Vaskulāras ģenēzes** kognitīvo traucējumu gadījumā rekomendē korigēt un stabilizēt hipertoniiju, koronāro sirds slimību, samazināt apasiņošanas traucējumu risku. Vaskulārām demencēm kā antiagregantu rekomendē acetilsalicilskābi, kā arī samazināt holesterīna līmeni asinīs, piemēram, ar statīniem.

Nav specifisku medikamentu, taču kursu veidā var būt ieteicams - memantīns, piracetāms, pramiracetāms, nicerogolīns u.c..

**Demences pacientiem** uzvedības un psihotisku traucējumu gadījumā ir iespēju robežās jāmazina (vai pat jāatceļ) iepriekš lietotie medikamenti, un nepieciešamības gadījumā nelielās devās jānozīmē neiroleptiskie līdzekļi.

Īpaša piesardzība jāievēro, izmantojot benzodiazepīnus, īpaši gados vecākiem pacientiem, jo tie var kumulēties.

## 2.2 Psihiskie un uzvedības traucējumi vielu lietošanas dēļ

- **Akūta intoksikācija** - psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ izmainās apziņa, kognitīvās funkcijas, uztvere, uzvedība.
- **Intoksikācija ar komplikācijām** - rodas fiziskas un psihiskas problēmas, novirzes uzvedībā, ierobežotas domāšanas funkcijas. Parasti pēc vielas regulāras lietošanas viena mēneša līdz gada laikā.
- **Atkarības sindroms** - uzmācīga tieksme lietot vielu, lietošanas kontrole aizvien samazinās, deva tiek palielināta, arī tās lietošanas ilgums, mēģinājumi lietošanu pārtraukt kļūst aizvien nesekmīgāki. Samazinot vai pārtraucot lietošanu rodas abstinence. Pieaug tolerance, lai sasniegtu vajadzīgo efektu, devu nepieciešams palielināt. Lai iegūtu vielu, tiek patērēts aizvien vairāk laika un enerģijas, mazinoties interesei par citām dzīves jomām. Vielas lietošana tiek turpināta, neskatoties uz to, ka jau parādījušas izmaiņas veselībā.
- **Abstinences stāvoklis** - dažādas smaguma pakāpes simptomu kopa un to kombinācijas, kas rodas pēc ilgstoši lietotu psihoaktīvu vielu pilnīgas vai daļējas lietošanas pārtraukšanas. Abstinences stāvokļa sākums un gaita izpaužas ierobežotā laikā un ir saistīts ar tieši to psihoaktīvo vielu veidu un devu, kas lietota tieši pirms lietošanas pārtraukšanas vai devas samazināšanas.
- **Abstinences stāvoklis ar delīriju** - abstinences stāvoklis ir komplicējies ar delīriju, var rasties krampji.
- **Psihotiski traucējumi** - parādās vielas lietošanas laikā vai divu nedēļu laikā pēc lietošanas, to ilgums ir garāks par 48 stundām, bet nepārsniedz 6 mēnešus.

- **Amnestiskais sindroms** - traucēta kā īslaicīgā, tā ilgtermiņa atmiņa, bet nav traucēta iegaumēšana, koncentrēšanās spējas, intelektuālās spējas, apziņa ir skaidra.
- **Vēlāk sākušies reziduāli stāvokļi un psihotiski traucējumi** - personības izmaiņas, murgu idejas, halucinatori pārdzīvojumi - šie sindromi tieši saistāmi ar vielas lietošanu.

## 2.3 Psihotiski traucējumi (šizofrēniska spektra traucējumi)

Šizofrēniskie traucējumi galvenokārt izpaužas ar dziļiem un raksturīgiem domāšanas un uztveres traucējumiem, neadekvātām un trulām emocijām. Apziņa parasti ir skaidra un intelekta spējas saglabājas, lai arī slimības laikā var rasties veidoties kognitīvo funkciju novājināšanās. Svarīgākie psihopatoloģiskie traucējumi ir domu atbalss, spaidu domas un domu apstāšanās, domu skenēšana, murgaina uztvere un iedarbības murgi, pasivitāte, halucinācijas, kas komentē vai apspriež paša cilvēka rīcību, runājot par pacientu trešajā personā, domāšanas traucējumi un negatīvā psihopatoloģiskā simptomātika.

Šizofrēnijas traucējumu norise var būt kā nepārtraukta, tā epizodiska ar pakāpeniski pieaugošu vai stabilu defektu. Var būt viena vai vairākas slimības epizodes ar pilnīgu vai daļēju remisiju. Šizofrēnijas diagnozi nevar noteikt, ja ir smaga depresijas vai mānijas epizode, ja vien nav skaidri zināms, ka šizofrēnijas simptomi bijuši jau iepriekš, respektīvi, pirms afektīviem traucējumiem. Šizofrēniju nevar diagnosticēt arī gadījumos, ja traucējumu etioloģija ir saistāma ar organisku smadzeņu slimību, kā arī medikamentu intoksikācijas vai abstinences stāvoklī.

### 2.3.1 Paranoīda šizofrēnija

Dominē relatīvi stabili, bieži paranoīdi murgi, ko parasti pavada halucinācijas, it īpaši dzirdes halucinācijas un uztveres traucējumi. Afektīvu, gribas un runas traucējumu, kā arī katatonisku simptomu vai nu nav, vai tie ir relatīvi nenozīmīgi.

### 2.3.2 Hebefrēna šizofrēnija

Šo formu parasti diagnosticē tikai pusaudžiem vai jauniešiem, pārsvarā šai formai raksturīgas afektīvas pārmaiņas, murgi un halucinācijas ir īslaicīgas un fragmentāras, uzvedība ir neprognozējama un bezatbildīga. Raksturīga manierība. Garastāvoklis ir sekls un neadekvāts, domāšana dezorganizēta, runa nesakarīga. Ir tieksme uz sociālu norobežošanos. Prognoze parasti ir slikta, jo strauji attīstās negatīva simptomātika, it īpaši afektīva notrulināšanās un gribas zudums.

### 2.3.3 Katatona šizofrēnija

Dominē spilgti psihomotoriski traucējumi, kam raksturīgas pretējas izpausmes, tās var mainīties starp hiperkinēzi un stuporu, automātisku pakļaujamību un negatīvismu. Var būt ilgstošas spaidu pozas un stāvokļi. Raksturīga pazīme ir krasa uzbudinājuma epizodes.



Katatonie simptomi var kombinēties ar sapņiem līdzīgiem (oneiroīdiem) stāvokļiem ar dzīvām scēniskām halucinācijām.

### **2.3.4 Nediferencēta jeb atipiska šizofrēnija**

Psihotiski stāvokļi, kas atbilst vispārējiem šizofrēnijas diagnozes kritērijiem, bet neatbilst nevienai no šizofrēnijas formām, vai arī slimības klīnikai ir vairāku formu pazīmes, bet neviena simptomu grupa nedominē.

### **2.3.5 Postšizofrēniska depresija**

Depresijas epizode, kas, rodoties pēc šizofrēnijas uzliesmojuma, var ieilgt. Jābūt arī dažiem šizofrēnijas pozitīviem un negatīviem simptomiem, bet tie klīniskajā ainā vairs nav dominējoši. Šādi depresīvi stāvokļi ir saistīti ar pastiprinātu pašnāvības risku.

### **2.3.6 Reziduāla šizofrēnija**

Hroniska šizofrēnijas attīstības stadija ar skaidru dinamiku no agrīnas stadijas uz vēlāku, ko raksturo ilgstoši, kaut arī ne obligāti, neatgriezeniski negatīvi simptomi, piemēram, psihomotorisks gausums, aktivitātes samazināšanās, emocionāls trulums, pasivitāte un iniciatīvas trūkums, runas satura vai apjoma nabadzība, vāja neverbālā komunikācija ar sejas izteiksmi, acu kontaktu, balss modulāciju un pozu, vāja sociālā aktivitāte, mazināta interese par sevi.

### **2.3.7 Vienkārša šizofrēnija**

Traucējumi, kam raksturīgas lēnas, bet nepārtraukti pieaugošas uzvedības dīvainības, nespēja iekļauties sabiedrībā un vispārējas produktivitātes samazināšanās. Raksturīgi, ka negatīvās reziduālās šizofrēnijas simptomātika (piem., emocionālais trulums un gribas zudums) attīstās bez kādiem iepriekšējiem acīmredzamiem psihotiskiem simptomiem.

### **2.3.8 Cita veida šizofrēnija**

Senestopātiska šizofrēnija, šizofrēniformi traucējumi, šizofrēniforma psihoze.

### **2.3.9 Persistējoši murgi**

Ja pastāvīgi murgi ir vienīgā vai spilgtākā klīniskā pazīme. Murgus nevar klasificēt kā organiskus, šizofrēniskus vai afektīvus.

### **2.3.10 Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi**

Raksturīgs akūts psihotisko simptomu (murgu, halucināciju, uztveres traucējumu) sākums un būtiski uzvedības traucējumi. Akūtais sākums izpaužas ar *crescendo* tipa klīniskās ainas attīstību apmēram divu nedēļu laikā vai ātrāk. Nav pārliecinošu datu par šo traucējumu organisku cilmi. Bieži ir apjukums un neizpratne, bet nav pastāvīgas dezorientācijas vietā, laikā

un savā personībā, vai tā nav pietiekami smaga, lai varētu pamatot organiskas cilmes delīrija diagnozi. Dažu mēnešu, bieži dažu nedēļu vai pat dienu laikā parasti notiek pilnīga izveseļošanās. Ja traucējumi ir pastāvīgi, nepieciešama diagnozes koda maiņa. Traucējumi var būt vai nebūt saistīti ar akūtu stresu, parasti stresu izraisītāji notikumi ir atgadījušies vienu vai divas nedēļas pirms traucējumu sākuma.

### **2.3.11 Šizoafektīvi traucējumi**

Dominē kā afektīvi, tā šizofrēniski simptomi, bet tie neatbilst ne šizofrēnijas, ne depresijas vai maniakālas epizodes diagnozei.

### **2.3.12 Terapijas rekomendācijas pie šizofrēniska spektra traucējumiem**

Šizofrēnijas ārstēšanai ir vairākas dimensijas:

- Medikamentoza ārstēšana (pamatā neiroleptiskie jeb antipsihotiskie līdzekļi);
- Psihoterapija (atbalsts, izglītojoša un kognitīvi biheiviorāla);
- Ergoterapija, sociālo iemaņu atjaunošana;
- Ģimenes izglītošana un sociālo jautājumu risināšana.

Priekšroka šizofrēnijas epizožu (uzliesmojumu) ārstēšanā ir atipiskajiem neiroleptiskajiem medikamentiem, jo tiem ir salīdzinoši mazāk blaknes, vieglāka dozēšana. Nozīmējot tipiskos neiroleptiskos medikamentus, jānodrošina ekstrapiramidālās simptomātikas kontroli un tie jālieto zemākajās efektīvajās devās. Pacientu aprūpei ārstēšanās laikā ir jābūt vērstai uz labvēlīgu un atbilstošu terapeitisko vidi. Izvēloties atbilstošāko terapiju, jāvērtē ne tikai šizofrēnijas simptomu iespējamā koriģēšana, bet arī jāaktualizē jautājumi par iespējam atgriezt pacientu iepriekšējā sociālajā un profesionālajā funkcionēšanas līmenī.

Psihoterapija vērtējama kā būtisks faktors pacienta atveseļošanās procesā pēc akūtas psihozes kupēšanas. Ieteicama kognitīvi – biheiviorālā terapija, atbalsta, izglītojoša, ģimenes terapija. Nav ieteicama jebkāda veida hipnoze un citas metodes, kuru pamatā ir suģestija, ievēšana transā utml. [3]

## **2.4 Garastāvokļa traucējumi**

Galvenie traucējumi ir garastāvokļa vai afektīvas pārmaiņas ar depresiju (ar vai bez vienlaicīgas trauksmes) vai pacilātību. Garastāvokļa maiņas parasti pavada vispārējās aktivitātes līmeņa maiņas. Vairums pārējo simptomu ir vai nu sekundāri, vai vienkārši saprotami garastāvokļa un aktivitātes pārmaiņu kontekstā. Vairumam šo traucējumu ir tendence atkārtoties, atsevišķu epizožu sākums bieži var būt saistīts ar stresoriem notikumiem vai situācijām.

## 2.4.1 Depresijas epizode

Depresija ietekmē uzmanību, atmiņu, spēju rīkoties, spēju risināt problēmsituācijas, kontrolēt ikdienas aktivitātes. Depresijas simptomi:

- mokošas pastāvīgas skumjas, izmisums, tukšuma sajūta; bezcerības un bezpalīdzības sajūta attiecībā uz nākotni, dzīvesprieka trūkums, nogurums, enerģijas trūkums, zems pašnovērtējums, vainas, mazvērtības sajūta;
- spriedze, aizkaitināmība; komunikācijas problēmas, negatīva domāšana;
- miega, ēšanas, psihoseksuāli traucējumi;
- uzmācīgas domas par pašnāvību;
- uzmanības traucējumi – grūti pilnībā iedziļināties viena uzdevuma pildīšanās, kopumā pazūd spēja koncentrēties uz lietām; sarežģīti sadalīt uzmanību vairākām darbībām, bet arī grūti pārslēgt uzmanību;
- nespēja koncentrēties uz trokšņu fona; sarežģīti vienlaicīgi klausīties, lasīt un skatīties televizoru;
- samazināta spēja saprast citu cilvēku domu gājienu, sliktākas spējas komunicēt, izrādīt interesi par citiem cilvēkiem, grūtības piedalīties lielos sabiedriskos pasākumos.

Pat vairākus mēnešus pēc atlabšanas vēl ir novērojami kognitīvie traucējumi, kas var palielināt ikdienas stresa līmeni – tiek aizmirstas svarīgas lietas (tikšanās, pasākumi), ir grūtības koncentrēties uz darbā veicamo, pazūd domas pavediens. Kognitīvie traucējumi var apgrūtināt pilnīgu izveseļošanu un paaugstināt atkārtotu saslimšanas risku.

**Viegla depresijas epizode** - parasti ir divi vai trīs no iepriekš minētajiem simptomiem. Tie parasti pacientu nomāc, bet, iespējams, ka ar savu pienākumu vairākumu viņš spēj tikt galā.

**Vidēji smagas depresijas epizode** - parasti ir četri vai vairāk no iepriekš minētajiem simptomiem, un pacientam mēdz būt lielas grūtības tikt galā ar saviem ikdienas pienākumiem.

**Smagas depresijas epizode bez psihotiskiem simptomiem** - pacientam ir daudzi iepriekš minētie simptomi, kas viņu nomāc. Tipiskos gadījumos - pašnovērtējuma zudums, mazvērtības un savas vainas idejas. Parasti ir suicidālas domas un rīcība, kā arī vairāki "somatiski" simptomi.

**Smagas depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem** - ir arī halucinācijas, murgi un tik smaga psihomotoriska kavēšana vai stupors, kas padara neiespējamu parasto ikdienas pienākumu veikšanu. Sakarā ar suicīdu, dehidratāciju vai badošanos var tikt apdraudēta dzīvība.

## 2.4.2 Rekurenti depresīvi traucējumi

Raksturojas ar atkārtotām depresijas epizodēm, bez neatkarīgām pacilāta garastāvokļa vai palielinātas enerģijas (mānijas) epizodēm anamnēzē. Var būt īslaicīgas epizodes ar viegli

pacilātu garastāvokli un pastiprinātu aktivitāti (hipomānija) tūlīt pēc depresijas epizodes, dažreiz tās izraisījusi ārstēšana ar antidepresantiem. Pirmā epizode pacientam var rasties jebkurā vecumā, sākums var būt kā akūts, tā pakāpenisks un depresija var ilgt no dažām nedēļām līdz vairākiem mēnešiem. Ja pacientam ar rekurentiem depresīviem traucējumiem rodas mānijas epizode, diagnoze jāmaina uz bipolāriem afektīviem traucējumiem.

### **2.4.3 Terapijas rekomendācijas depresīviem traucējumiem**

Ja depresija ir vidēji smaga vai smaga, rekomendējama vairāku mēnešu ilga antidepresantu terapija. Medikamentoza ārstēšanas laikā akūtā depresijas simptomātika vairumā gadījumu koriģējas 6-8 nedēļu laikā un antidepresantu lietošana nav saistāma ar atkarības risku. Antidepresanti jālieto katru dienu, sākotnējais klīniskais efekta gaidāms pēc 10 - 14 terapijas dienām. Atkārtotām depresijas epizodēm antidepresanti jālieto 4-6 mēnešus vai ilgāk.

Citu medikamentu grupu (trankvilizatori, miega līdzekļi, neiroleptiķi, garastāvokļa stabilizatori) pielietojums depresijas ārstēšanai uzskatāms par simptomātiku, tos var pielietot, kombinējot ar antidepresantiem. Benzodiazepīnu un miega līdzekļu nozīmēšana rekomendējama līdz 3 nedēļām, paralēli antidepresantu terapijai.

Vislabākais terapijas efekts panākams, apvienojot bioloģiskās ārstēšanas metodes ar psihoterapiju. Psihoterapija palīdz pacientiem izprast depresijas psiholoģisko cēloņus, tikt galā ar ikdienišķiem stresoriem, risināt savstarpējo attiecību un sociālās funkcionēšanas problēmas. Ir pierādīts, ka ilgtermiņa psihodinamiskās psihoterapijas rezultātā notiek pārmaiņas gan psihiskajos procesos, gan novērojama arī neuroplastitātes uzlabošanās galvas smadzenēs – starpneironu sinapšu kontaktu atjaunošanās, sinaptisko procesu aktivitāšu izmaiņas, neironu dendrītu skaita, kā arī neurofizioloģiskās regulācijas nodrošināšana, citokīna līmeņa u.c. izmaiņas. [3]

### **2.4.4 Maniakāla epizode**

**Hipomānija** - traucējumi, kam raksturīgs ilgstoši nedaudz pacilāts garastāvoklis, pastiprināta enerģija un aktivitāte, parasti ar spilgtu labsajūtu un vienlaikus palielinātām kā fiziskām, tā psihiskām spējām. Bieži novērojams pārlicēgs sabiedriskums, runīgums, familiaritāte, pastiprināta seksuālā enerģija, samazinājusies vajadzība pēc miega (gan ne tādā mērā, lai radītu jūtamus sarežģījumus darbā vai pazustu sociālie kontakti). Paaugstināta uzbudinātība, augstprātība un rupjība uzvedībā var nomainīt ierasto eiforisko sabiedriskumu. Garastāvokļa un uzvedības traucējumus nepavada halucinācijas un murgi.

**Mānija bez psihotiskiem simptomiem** - pacilāts, neatbilstošs pacienta apkārtējiem apstākļiem garastāvoklis, kas var mainīties no bezrūpīgas jautrības līdz gandrīz

nekontrolējamam uzbudinājumam. Pacilātību pavada pastiprināta enerģija, kas izpaužas pārmērīgā aktivitātē, runas plūdus un samazinātā vajadzībā pēc miega. Grūti koncentrēties, bieži ir liela izklaidība. Sevis vērtējums parasti ir paaugstināts, ar lieluma idejām un pārmērīgu pašpaļāvību. Normālas sociālas aiztures zudums var novest pie vieglprātīgas, pārdrošas, situācijai neadekvātas uzvedības, kas neatbilst pacienta raksturam.

**Mānija ar psihotiskiem simptomiem** - iepriekšējam klīniskajam aprakstam, vēl klāt nāk murgi (parasti lieluma mānija), halucinācijas (parasti balsis runā tieši ar pacientu) vai uzbudinājums un pārmērīga motoriska aktivitāte. Domu skraidīšana ir tik intensīva, ka pacientu nav iespējams saprast, viņš nav kontaktējams parastā veidā.

#### **2.4.5 Bipolāri afektīvi traucējumi**

Raksturīgas divas vai vairāk epizodes, kurās pacienta garstāvoklis un aktivitātes līmenis ir būtiski traucēts. Šiem traucējumiem dažos gadījumos raksturīgs pacilāts garstāvoklis, palielināta enerģija un aktivitāte (hipomānija vai mānija), citos - nomākts garstāvoklis, samazināta enerģija un aktivitāte (depresija). Atkārtotas tikai hipomānijas vai mānijas epizodes kodējamās kā bipolāras.

#### **2.4.6 Terapijas rekomendācijas pie bipolāriem afektīviem traucējumiem**

Bipolāru afektīvu traucējumu terapija ir komplicēta, ņemot vērā plašo traucējumu spektru vienam pacientam, nepieciešamas ārstēt gan pacilāta garstāvokļa epizodes, gan depresijas epizodes, vienmēr rēķinoties ar fāzes inversijas iespēju. Viens no efektīvas ārstēšanas pamatnoteikumiem ir pacienta un viņa ģimenes locekļu izglītošana par traucējumiem un ārstēšanas iespējām. Psihoterapijas metodes vērtējamās kā papildinājums medikamentozai terapijai, kas uzlabo slimības izpratni, samazina recidīvu biežumu, prognozi, samazina suicīda risku. Biežāk tiek rekomendēta kognitīvi biheiviorāla terapija, bet apsveramas arī citas psihoterapijas metodes.

Medikamentu grupas pie bipolāriem afektīviem traucējumiem:

- Normotīmiķi jeb garstāvokļa stabilizatori – pamata medikamenti bipolāru afektīvu traucējumu ārstēšanā, nodrošina garstāvokļa līdzsvarošanu;
- Neieroleptiskie līdzekļi jeb antipsihotiķi – tiek izmantoti pie garstāvokļa svārstību korekcijas nepieciešamības. Atipiskie neiroleptiskie medikamenti ir pirmās izvēles medikamenti mānijas un bipolāras depresijas ārstēšanai;
- Antidepresanti – lietojami kā kombinētas terapijas vai otrās izvēles medikamenti bipolāru afektīvu traucējumu depresijas ārstēšanā;
- Benzodiazepīni – simptomātiski līdzekļi psihomotorā uzbudinājuma, disforijas, trauksmes, miega traucējumu ārstēšana bipolāru afektīvu traucējumu pacientiem. [3]

### **2.4.7 Persistējoši garastāvokļa [afektīvi] traucējumi**

Parasti mainīgas intensitātes garastāvokļa traucējumi, kad vairums atsevišķu epizožu nav tik smagas, lai tās varētu aprakstīt kā hipomaniakālas vai vieglas depresijas epizodes. Turpinoties daudzus gadus, dažreiz pacienta lielāko pieauguša cilvēka dzīves daļu, tās rada būtiskas grūtības un darbnespēju. Dažos gadījumos rekurenta vai viena mānijas vai depresijas epizode var uzslāņoties ilgstošiem afektīviem traucējumiem.

## **2.5 Neirotika spektra traucējumi**

### **2.5.1 Ģeneralizēta trauksme**

Ģeneralizēta un ilgstoša trauksme, kas tomēr nav saistāma ar kādu noteiktu notikumu un arī nerodas kādos noteiktos ārējos apstākļos (*t.s.* spontāni mainīgā trauksme). Galvenie simptomi ir mainīgi, bet ir sūdzības par pastāvīgu nervozitāti, trīci, muskulatūras sasprindzinājumu, svīšanu, apdullumu, sirdsklauvēm, reiboni, nepatīkamu sajūtu pakrūtē. Bieži ir bailes, ka pacients vai viņa radnieki drīz saslims, vai ar viņiem atgadīsies kāda nelaime.

### **2.5.2 Obsesīvi kompulsīvi traucējumi**

Būtiska pazīme ir atkārtotojās obsesīvas (uzmācīgas) domas vai kompulsīva rīcība. Uzmācīgās domas ir idejas, iedomas vai impulsi, kas stereotipiskā veidā atkal un atkal rodas pacientam. Tās gandrīz vienmēr ir mokošas un pacients bieži nesekmīgi mēģina tām pretoties, tajā pat laikā atzīst tās par paša domām, kaut arī tās radušās pret viņa gribu un bieži ir briesmīgas. Kompulsīvās darbības vai rituāli ir stereotipa rīcība, kas atkal un atkal atkārtojas, tā nedod prieku, tā nav darbība, kas novestu pie vajadzīgu uzdevumu izpildes. To funkcija ir pasargāt no kāda objektīvi mazticama atgadījuma, no kura iespējamības pacients baidās un kas, pēc pacienta domām, varētu viņam kaitēt. Parasti pacients atzīst, ka šāda uzvedība ir nevajadzīga, neproduktīva, un viņš atkārtoti mēģina tai pretoties, gandrīz vienmēr vienlaikus ir arī trauksme - ja pacients pretojas tieksmei veikt kompulsīvās darbības, tad trauksme pieaug.

### **2.5.3 Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi**

Ietver traucējumus, kas nosakāmi, pamatojoties uz simptomiem un slimības gaitu, bet pastāv arī viena no divām cēloņu ietekmēm: īpaši smags, stresu radošs notikums, kas izraisa akūtu stresa reakciju, vai arī būtiskas pārmaiņas dzīvē, kas noved pie ilgstošiem nepatīkamiem apstākļiem, kas rada adaptācijas traucējumus. Kaut arī mazāk smagi psihosociāli pārdzīvojumi ("dzīves notikumi") var izraisīt vai veicināt ļoti daudzveidīgu traucējumu rašanos, kas ir klasificējami ar citiem šīs nodaļas kodiem, to etioloģiskā nozīme nav vienmēr skaidra un katrā gadījumā atradīsies individuāla, bieži idiosinkratiska, ievainojamība, *t.i.*, dzīves notikumi vien nav ne nepieciešami, ne pietiekami, lai izskaidrotu traucējumu rašanos un to izpausmes veidu.

Pretēji tam, traucējumi, domājams, vienmēr rodas kā tiešas sekas pēc smaga akūta stresa vai ilgstošas psihotraumas. Stresa notikumi vai ilgstoši nepatīkami apstākļi ir primārais un dominējošais iemesls, bez kura iedarbības traucējumi nevarētu rasties. Šie traucējumi jāuzskata par neadekvātu atbildi uz smagu vai ilgstošu stresu, traucējot sekmīgus piemērošanās mehānismus un apgrūtinot sociālo funkcionēšanu.

#### **2.5.4 Pēctraumatisks stresa sindroms**

Novēlota vai ieilgusi atbilde uz psihotraumējošu notikumu vai situāciju (kā īslaicīgu, tā ilgstošu), kas ir sevišķi draudoša vai katastrofāla un varētu izraisīt smagus emocionālus pārdzīvojumus (distresu). Predisponējoši faktori, kā personības īpatnības, piem. kompulsīva, astēniska, vai iepriekšēja neirotiska slimība anamnēzē var veicināt sindroma rašanos vai padarīt tā norisi smagāku, bet paši par sevi tie nav ne nepieciešami, ne pietiekami, lai izskaidrotu traucējumu rašanos. Tipiski simptomi ir atkārtota uzmācīga psihotraumējošās epizodes izdzīvošana atmiņās, pagātnes uzplaiksnījumi (*flashback*), sapņi vai nakts murgi, atrautība no citiem cilvēkiem, reakcijas trūkums pret apkārtējo vidi, anhedonija un centieni izvairīties no tādām darbībām un situācijām, kas atgādina psihotraumu. Parasti šajā stāvoklī novērojams pastiprināts veģetatīvs uzbudinājums, satraukuma reakcija, bezmiegs, trauksme un depresija, nereti arī suicidālas domas.

Traucējumi pēc traumas sākas pēc latentā perioda, kas var ilgt no dažām nedēļām līdz dažiem mēnešiem, norise ir viļņveidīga, bet vairākumā gadījumu var cerēt uz izveseļošanos. Dažreiz traucējumi turpinās hroniski daudzus gadus ar iespējamu pāreju ilgstošās personības pārmaiņās.

#### **2.5.5 Adaptācijas traucējumi**

Subjektīvi smags distress un emocionālu traucējumu stāvoklis, kas parasti traucē sociālās funkcijas un rīcību, rodas adaptācijas periodā, piemērojoties jūtāmām 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 ir liela pārmaiņa attīstībā vai krīze (iešana uz skolu, kļūšana par tēvu vai māti, neveiksme, tiecoties pēc ilgota personīga mērķa, aiziešana pensijā). Svarīgu lomu spēlē individuālā predispozīcija vai ievainojamība, kas ir riska faktors, lai traucējumi rastos, kā arī nosaka piemērošanās traucējumu izpausmes veidu. Tomēr uzskata, ka traucējumi nevarētu rasties bez stresora. Izpausmes mainās un var būt kā depresīvs garastāvoklis, trauksme vai bažas (vai abi kopā), sajūta, ka nespēs tikt galā, plānot uz priekšu vai turpināt 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.

### **2.5.6 Disociatīvi [konversijas] traucējumi**

Kopēja traucējumu pazīme ir daļējs vai pilnīgs normālās integrācijas zudums starp pagātnes atmiņām, identitātes apzināšanos, pašreizējām sajūtām un kontroli pār ķermeņa kustībām. Visiem disociēto traucējumu veidiem ir tendence uz remisiju pēc dažām nedēļām vai mēnešiem, īpaši tad, ja tie sākas saistībā ar psihotraumējošu dzīves notikumu. Ilgstošāki traucējumi, īpaši paralīzes un anestēzijas, var rasties, ja sākums saistās ar neatrisināmām situācijām vai interpersonālām grūtībām. Agrāk šādus traucējumus uzskatīja par dažādiem "konversijas histērijas" veidiem. Mēdz uzskatīt, ka tiem ir psihogēna cilme un ka tie laika ziņā ir cieši saistīti ar psihotraumējošiem notikumiem, kas pacientam nav ne atrisināmi, ne izturami, vai izjukušām attiecībām. Traucējumos bieži parādās pacienta koncepcija par to, kā sākusies somatiska slimība. Medicīniskā izmeklēšana neatklāj nekādus zināmus somatiskus vai neiroloģiskus traucējumus. Turklāt noskaidrojams, ka funkcijas zudums ir emocionālu konfliktu vai vajadzību izpausme. Simptomi var rasties ciešā saistībā ar psiholoģisku stresu un bieži rodas pēkšņi.

**Disociatīva amnēzija** - galvenā pazīme ir atmiņas zudums, parasti par svarīgiem neseniem notikumiem, kas nav saistīts ar organiskiem psihiskiem traucējumiem un ir pārāk smags, lai to varētu izskaidrot ar parastu aizmāršību vai nogurumu. Amnēzija parasti centrēta uz psihotraumējošiem notikumiem, piem., nelaiemes gadījumu vai negaidītu smagu zaudējumu, un visbiežāk ir daļēja vai selektīva. Reti ir pilnīga un vispārēja amnēzija.

**Disociatīva fūga** – šiem traucējumiem ir visas disociatīvās amnēzijas pazīmes, bez tam slimnieks dodas mērķtiecīgā ceļojumā ārpus ikdienas parastajām vietām. Kaut arī par fūgas periodu ir amnēzija, slimnieka uzvedība šajā laikā neatkarīgam vērotājam var likties pilnīgi normāla.

**Disociatīvs stupors** - diagnosticē, pamatojoties uz patvaļīgo kustību krasu samazināšanos vai to iztrūkumu. Trūkst normālas atbildes reakcijas uz ārējiem kairinātājiem (gaismu, skaņu, pieskaršanos), bet apskate un sīka izmeklēšana neatklāj tam nekādu somatisku cēloni. Turklāt ir dati par psihogēniem cēloņiem anamnēzē, piemēram, stresoriem, notikumiem vai problēmām.

**Trans un apsēstība (depersonalizācija)** - pārejoša savas personības apziņas zaudēšana, kad trūkst skaidras pārlicības par to, kas apkārt notiek. Šeit ietverti tikai nepatvaļīgi un negribēti transa stāvokļi, kas nav saistīti ar reliģiskām vai akceptētām kultūras situācijām.



**Disociatīvi motoriski traucējumi** - zudusi spēja kustināt visu ekstremitāti vai kādu tās daļu. Stāvoklis var stipri atgādināt gandrīz ikvienu ataksijas, apraksijas, akinēzijas, afonijas, disartrijas, diskinēzijas, krampju lēkmes vai paralīzes variantu.

**Disociatīvi krampji** - kustību ziņā var stipri atgādināt epileptiskus krampjus, bet reti ir mēles sakošana, sasitumi pēc kritiena, urīna nesaturēšana. Apziņa ir saglabāta vai rodas stupora vai transa stāvoklis

**Disociatīva anestēzija un maņu zudums** - Ķermeņa ādas anestēzijas laukumu robežas ļauj saprast, ka pārmaiņas ir drīzāk saistītas ar pacienta priekšstatiem par ķermeņa funkcijām nekā ar medicīnas zināšanām. Var būt disociēti jušanas traucējumi, kas nav saistīti ar neiroloģisku bojājumu. Jušanas zudumu var pavadīt sūdzības - parestēzijas. Redzes un dzirdes zudums disociatīvu traucējumu gadījumos reti kad ir totāls.

### 2.5.7 Somatoformi traucējumi

Galvenā pazīme ir atkārtotas sūdzības par somatiskiem simptomiem ar pastāvīgu prasību pēc medicīniskas izmeklēšanas, par spīti tam, ka atkārtotas apskates neko jaunu neatklāj un, par spīti ārstu pārliecināšanai, ka simptomiem nav somatiska pamata. Ja arī ir kādi somatiski traucējumi, tie nevar izskaidrot simptomu dabu un intensitāti, ne arī to, cik mokoši tie ir pacientam un cik ļoti viņš ar tiem ir aizņemts.

Šie traucējumi ir vieni no dārgākajiem diagnostikas un ārstēšanas ziņā. Somatoformie traucējumi var korigēties arī bez ārstēšanas, ja normalizējas situācija pacienta dzīvē. Ārstam jābūt kompetentam un arī stingram, nosakot somatisko sūdzību izmeklēšanai nepieciešamo minimumu, jācenšas nepaļauties pacienta trauksmei un nepamatotajām prasībām pēc atkārtotiem izmeklējumiem. Darbs ar somatoformo traucējumu pacientiem prasa daudz laika, iedziļināšanos pacienta veselības un sadzīves situācijā, reizēm jāpacieš pacienta devalvējošā attieksme pret ārstu un veselības aprūpes sistēmu kopumā. Noteikti ar pacientu jāpārrunā veselīga dzīvesveida aspekti, bieži ir jūtama pacienta neizpratne un pretestība. Ārstēšanā ieteicama psihoterapija (kognitīvi biheiviorālā, īstermiņa psihodinamiskā psihoterapija vai cita) un piesardzīga medikamentozā terapija.

**Somatizācija** - Galvenā pazīme ir daudzveidīgi, rekurenti un bieži mainīgi somatiski simptomi, kas ilgst vismaz divus gadus. Vairumam pacientu ir gara un sarežģīta anamnēze, kas saistīta ar primāru vai specializētu medicīnisku palīdzību, kuras laikā veikti daudzi izmeklējumi bez patoloģiskas atrades vai nelietderīgas diagnostikas operācijas. Simptomi var būt saistīti ar ikvienu ķermeņa daļu vai sistēmu. Simptomu norise ir hroniska un viļņveida, bieži tā saistīta ar sociālās, interpersonālās un ģimeniskās uzvedības satrūkšanu. Tā nav simulācija!

**Hipohondriski traucējumi** - Būtiska pazīme ir pacienta pastāvīga raizēšanās, ka viņam varētu būt viens vai vairāki nopietni un progresējoši somatiski traucējumi. Pacientam ir pastāvīgas somatiskas sūdzības, vai arī viņš ir pastāvīgi norūpējies par savu ārieni. Normālas vai ikdienišķas sajūtas un izskatu pacients bieži izskaidro kā patoloģiskas un mokošas. Viņa uzmanība pilnībā ir pievērsta tikai vienam vai diviem orgāniem vai orgānu sistēmām. Bieži ir arī pietiekoši nopietna depresija un trauksme, kas papildus var apstiprināt diagnozi.

**Persistējošas somatoformas sāpes** - dominē sūdzības par pastāvīgām, stiprām un mokošām sāpēm, ko nevar pilnībā izskaidrot ar fizioloģisku procesu vai somatiskiem traucējumiem un kuras rodas saistībā ar emocionālu konfliktu vai psihosociālām problēmām, kas ir pietiekoši smagas, lai nāktu pie slēdziena, ka tām ir galvenā cēloniskā nozīme. Sāpju dēļ gan pacients pats, gan medicīniskais personāls slimniekam veltī lielāku uzmanību un atbalstu.

### **2.5.8 Neirastēnija**

Viena galvenā pazīme ir sūdzības par pieaugošu nogurumu pēc garīgas piepūles, kas bieži saistās ar manāmu profesionālā darba izpildes vai ikdienas pienākumu veikšanas pasliktināšanos. Tipiskos gadījumos psihisko nogurdināmību apraksta kā nepatīkamas uzmācīgas asociācijas vai atmiņas, grūtības koncentrēties un kopumā neproduktīvu domāšanu. Otrā gadījumā uzsver ķermeņa vai somatisku vājumu un izsīkumu jau pēc minimālas piepūles, ko pavada smeldoša sajūta muskuļos un sāpes, kā arī nespēja atslābināties. Ir daudzveidīgas nepatīkamas sajūtas (reibonis, sasprindzinājuma galvassāpes, vispārēja nestabilitātes sajūta). Parasti ir bažas par pazeminātu fizisko vai psihisko labsajūtu, paaugstināta uzbudināmība, anhedonija un mainīga nelielas pakāpes depresija un trauksme. Bieži ir miega traucējumi sākuma un vidus fāzē, bet var dominēt arī hipersomnija.

### **2.5.9 Depersonalizācijas un derealizācijas sindroms**

Pacients sūdzas, ka viņa garīgā aktivitāte, ķermenis un apkārtnē ir kvalitatīvi mainījušies, it kā būtu nereāli, attālināti, it kā viss notiktu automātiski. Starp daudzajām sindroma izpausmēm pacients visbiežāk sūdzas par emociju un jūtu zudumu, par to, ka viņš atsvešinājies no savām domām, sava ķermeņa vai no reālās pasaules. Par spīti pārdzīvojumu dramatiskajam raksturam, pacients apzinās, ka šīs pārmaiņas nav īstenība. Uztvere ir normāla un emocionālās izteiksmes spējas neskartas. Depersonalizācijas un derealizācijas simptomi var rasties kā šizofrēnijas, depresijas, fobiju, obsesīvu kompulsīvu traucējumu sastāvdaļa.

## 2.6 Pieaugušo uzvedības traucējumi un fizioloģiskie traucējumi

### 2.6.1 Anorexia nervosa

Apzināta ķermeņa masas samazināšana, ko izraisījis un turpina uzturēt pats pacients. Visbiežāk to novēro pusaugu meitenēm un jaunām sievietēm, bet traucējumi var rasties arī pusaudžiem un jauniem vīriešiem, kā arī bērniem, kam tuvojas pubertāte un vecākām sievietēm līdz pat menopauzei. Traucējumi saistās ar specifisku psihopatoloģiju, kam raksturīga uzmācīga pārspīlēta doma par iespējamu resnumu vai izplūdušu ķermeņa formu, pie kam pats pacients mazu ķermeņa masu uzskata par mērķi. Parasti ir dažāda smaguma malnutricija ar sekundārām endokrīnām un metaboliskām pārmaiņām un ķermeņa funkciju traucējumiem. No simptomiem jāmin diētas ierobežojumi, pārmērīgi fiziski vingrinājumi, vemšanas un caurejas līdzekļu lietošana, kā arī ēstgribas samazinātāju medikamentu un diurētisku līdzekļu lietošana.

### 2.6.2 Bulimia nervosa

Sindromam raksturīgas atkārtotas pārēšanās lēkmes un pārmērīgas rūpes par ķermeņa masu, kas noved pie tā, ka pēc pārēšanās arvien seko vemšana vai caurejas līdzekļu lietošana. Šim traucējumam ir daudz kopīgu psiholoģisku iezīmju ar *anorexia nervosa*, ieskaitot pārmērīgas rūpes par ķermeņa formu un masu. Atkārtota vemšana pacientam var izraisīt elektrolītu līdzsvara traucējumus un somatiskus sarežģījumus. Bieži, bet ne vienmēr, anamnēzē ir *anorexia nervosa* epizodes, kas ilgušas dažus mēnešus vai vairākus gadus.

### 2.6.3 Neorganiski miega traucējumi

Daudzos gadījumos miega traucējumi ir viens no citas somatiskas vai psihiskas slimības simptomiem. Vai konkrētajam pacientam miega traucējumi ir patstāvīga patoloģija, vai tikai viena no šajā nodaļā vai citur klasificētu traucējumu pazīmēm, jānosaka, pamatojoties uz klīniskām izpausmēm un slimības norisi, kā arī uz terapeitiskiem apsvērumiem un prioritātēm apskates laikā. Ja miega traucējumi ir viena no galvenajām sūdzībām un pacients tos uztver kā pastāvīgu stāvokli, tad šis kods jālieto kopā ar citām piemērotām diagnozēm, kas apzīmē šajā gadījumā konstatēto psihopatoloģiju un patofizioloģiju.

**Neorganisks bezmiegs** - Nepietiekams miega daudzums un/vai tā kvalitāte, kas turpinās pietiekami ilgi un iekļauj grūtības iemigt, gulēt iemigušam vai agru pamošanos. Bezmiegs ir kopējs simptoms daudziem somatiskiem un psihiskiem traucējumiem, papildus pamatraucējumiem tas šeit jāklasificē tikai tad, ja tas dominē klīniskajā ainā.

**Neorganiska hipersomnija** - Par hipersomniju sauc stāvokli ar pārmērīgu miegainību dienā un miega lēkmēm (neiekļaujot miega trūkuma gadījumu) vai ieilgušu pāreju pilnīgā

nodoma stāvoklī pamostoties. Ja nav organiska pamata, lai rastos hipersomnija, šis stāvoklis parasti saistāms ar psihiskiem traucējumiem.

**Staigāšana miegā [somniaambulisms]** - Alternējošs apziņas stāvoklis, kurā kombinējās miega un nomoda pazīmes. Somnambulisma epizodē cilvēks parasti nakts miega pirmajā trešdaļā pieceļas no gultas un staigā apkārt, bet viņam ir zema nomoda pakāpe, reaktivitāte un motoriskās iemaņas. Pēc pamošanās parasti notikušo neatminas.

**Bailes miegā [nakts šausmas]** - Nakts epizodes ar šausmīgām bailēm un paniku saistās ar skaļu kliegšanu, kustīgumu un stipru veģetatīvu uzbudinājumu. Cilvēks parasti miega pirmajā trešdaļā apsēžas vai pieceļas ar panisku kliedzienu. Ļoti bieži viņš metas uz durvīm it kā tiekdamies bēgt, kaut arī ļoti reti atstāj telpu. Ja arī kādas atmiņas par notikušo saglabājas, tās ir niecīgas (parasti viens vai divi fragmentāri apziņas tēli).

**Naktsmurgi** - Miega traucējumi kopā ar trauksmi un bailēm. Prātā paliek ļoti dzīvas atmiņas par redzēto sapņu saturu. Sapņu pārdzīvojumi ir ļoti dzīvi un parasti saistās ar tēmām, kas satur draudus dzīvībai, drošībai vai pašcieņai. Visai bieži atkārtojas viena vai līdzīga biedējoša murgu tēma. Tipiskās epizodēs ir arī veģetatīvs uzbudinājums, bet trūkst saprotamas runas vai ķermeņa kustību. Pēc pamošanās pacients strauji kļūst modrs un orientēts.

#### **2.6.4 Seksuāla disfunkcija bez organiskiem traucējumiem vai slimības**

Tās gadījumā cilvēks nespēj iesaistīties tādās seksuālās attiecībās, kādās vēlētos. Seksuāla atbilde ir psihosomatisks process un kā psihiski, tā somatiski procesi ir iesaistīti seksuālas disfunkcijas radīšanā.

#### **2.6.5 Psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā**

Tādi psihiskie traucējumi, kas saistīti ar pēcdzemdību periodu (sākas sešu nedēļu laikā pēc dzemdībām) un neatbilst citur šajā nodaļā klasificēto traucējumu kritērijiem vai nu tāpēc, ka nav pieejama pietiekoša informācija, vai tāpēc, ka esošā klīniskā aina neatbilst citur klasificējamiem stāvokļiem.

#### **2.6.6 Vielu, kas nerada atkarību, pārmērīga lietošana**

Daudzi medikamenti un tautas līdzekļi var tikt lietoti šādā veidā. Svarīgākās grupas: a) psihotropie līdzekļi, kas nerada atkarību, piem., antidepresanti, b) caurejas līdzekļi un c) analgētiski medikamenti, kurus pārdod bez receptēm, kā aspirīns un paracetamols. Ilgstoša šo vielu lietošana nereti rada nevajadzīgus kontaktus ar medicīnas personālu vai palīgpersonālu. Dažreiz vērojama šo vielu bīstama somatiska ietekme. Mēģinājumi atrunāt vai vielu lietošanu aizliegt bieži sastop pretestību. Caurejas līdzekļu un analgētisku vielu lietošana turpinās par spīti brīdinājumiem par iespējamu kaitīgumu (vai pat tam rodoties) (nieru funkciju vai elektrolītu maiņas traucējumi).

## **2.7 Personības traucējumi**

Tie ir dziļi indivīda personības un uzvedības stereotipu traucējumi, bet nav tiešas galvas smadzeņu slimības, bojājuma vai citu psihisku traucējumu sekas. Parasti tie aptver vairākus personības aspektus, gandrīz vienmēr ir saistīta ar būtisku personīgu pārdzīvojumu un sociālo saikņu satrūkšanu. Visbiežāk traucējumi manifestējas jau bērnībā vai pusaudža vecumā un turpinās pieaugušam cilvēkam.

### **2.7.1 Paranoīda personība**

Tai 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.

### **2.7.2 Šizoīda personība**

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

### **2.7.3 Asociāla personība**

Tai raksturīga sociālo pienākumu ignorēšana un auksta izturēšanās pret citu jūtām. Ir krasa pretruna starp cilvēka uzvedību un vispārpieņemtām sociālām normām. Neveiksmīga pieredze, ieskaitot kriminālsodus, uzvedību mainīt nespēj. Frustrācijas panesamība ir zema, zems sliekšnis attiecībā pret cita agresiju, ieskaitot vardarbību. Ir nosliece apsūdzēt citus vai piedēvēt ticamus izskaidrojumus savai uzvedībai, kas pacientam rada konfliktus ar sabiedrību. Viņam ir nepietiekama bremzējošo afektu darbība – vainas apziņas trūkums.

### **2.7.4 Emocionāli nestabila personība**

Tai raksturīga nepārprotama tieksme rīkoties impulsīvi, nedomājot par sekām. Garastāvoklis ir neprognozējams un kaprīzs, ir nosliece uz emocionālu izlādēšanos, nekontrolējot savu uzvedību uzbudinājuma laikā, un 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, kas piedevām raksturojas ar paštēla traucējumiem, mērķu un iekšējo vēlmju neskaidrību, ar hronisku tukšuma sajūtu, intensīvām un nestabilām interpersonālām attiecībām un ar tendenci uz pašdestruktīvu uzvedību, ieskaitot pašnāvnieciskus žestus un mēģinājumus.

### **2.7.5 Histēriskā personība**

Tai 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.

### **2.7.6 Anankastiskā personība**

Tai 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 obsesīvi kompulsīvu traucējumu smaguma pakāpi nesasniedz.

### **2.7.7 Trauksmainā [izvairīga] personība**

Personības 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.

### **2.7.8 Atkarīga personība**

Personības 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.

### **2.7.9 Citi precizēti personības traucējumi**

- **Ekscentriskā personība;**
- **Nevaldāma (*haltlose*) personība;**
- **Nenobriedusi personība;**
- **Narcistiskā personība** – fiksācija tikai uz sevi, sevi agresīvi aizstāvēt;
- **Pasīvi agresīva personība;**
- **Psihoneirotiskā personība;**
- **Stabilas personības pārmaiņas, kas nav saistījumā ar smadzeņu bojājumu vai slimību** - personības un uzvedības traucējumi pieaugušam cilvēkam, kuram iepriekš personības traucējumi nav bijuši un kas radušies pēc pārciestas katastrofas, pārmērīga ilgstoša stresa vai smagas psihiskas slimības. Šīs diagnozes jālieto tikai tad, ja ir dati par stabilām un ilgstošām personības struktūras pārmaiņām uztverē, attieksmē, domāšanā par apkārtni vai

par sevi pašu. Personības pārmaiņām jābūt būtiskām un jābūt saistītām ar neelastīgu un nepiemērotu uzvedību, kāda pirms patoloģiskā pārdzīvojuma cilvēkam nepiemita. Pārmaiņām nav jābūt tiešai citu psihisku traucējumu izpausmei vai kāda iepriekšēja psihiska traucējuma reziduālam simptomam.

- **Stabilas personības pārmaiņas pēc katastrofiska pārdzīvojuma** - stabilas personības pārmaiņas, kas ilgst divus gadus, kā sekas pēc pārdzīvota katastrofiska stresa. Stresam jābūt tik smagam, ka nav nepieciešams analizēt personības ievainojamību, lai tā izskaidrotu stresa dziļo ietekmi uz personību. Traucējumi raksturojas ar naidīgu vai neuzticīgu attieksmi pret pasauli, norobežošanās no sabiedrības, tukšuma vai bezcerības sajūtu, pastāvīgu sajūtu, ka "atrodies uz naža asmens" it kā būtu pastāvīgi draudi un atsvešināšanās. Pirms šā veida personības pārmaiņām iespējams posttraumatiska stresa sindroms
- **Stabilas personības pārmaiņas pēc psihiskas slimības** - personības pārmaiņas, kas ilgst vismaz divus gadus un saistītas ar traumējošiem pārdzīvojumiem, ciešot no smagas psihiskas slimības. Pārmaiņas nevar izskaidrot ar iepriekšējiem personības traucējumiem un tās jādiferencē no reziduālas šizofrēnijas un citiem nepilnas izveseļošanās stāvokļiem pēc psihiskiem traucējumiem. Raksturojas ar pārmērīgu atkarību un prasīgumu pret pārējiem. Ir pārliecība par notikušām pārmaiņām vai slimības izraisītu stigmatizāciju, kas neļauj veidot un uzturēt ciešas un uzticamas personīgas attiecības un noved pie sociālas izolācijas. Ir pasivitāte, zudušas intereses un samazinājusies iekļaušanās izklaidējošos pasākumos. Pastāvīgas sūdzības par slimību, kas saistās ar hipohondriskiem apgalvojumiem un slima cilvēka uzvedību. Garastāvoklis ir disforisks vai labils, bet ne pašreizēju vai iepriekšēju psihisku traucējumu reziduālu afektīvu simptomu dēļ. Ir ilgstošas problēmas sociālā un profesionālā jomā.

### **2.7.10 Patoloģiska tieksme uz azartspēlēm**

Traucējumiem raksturīga biežas un atkārtotas azartspēļu epizodes, kas ieņem galveno vietu pacienta dzīvē un atstāj kaitīgu ietekmi uz viņa sociālās, profesionālās un ģimenes dzīves vērtībām un saistībām un viņa materiālo stāvokli.

### **2.7.11 Piromānija**

Raksturīga atkārtota rīcība vai mēģinājumi bez redzama motīva aizdedzināt īpašumu vai citu objektu un pastāvīga nodarbošanās ar jautājumiem, kas saistīti ar uguni un dedzināšanu. Šī uzvedība bieži saistīta ar pieaugošu sasprindzinājuma sajūtu pirms darbības un intensīvu satraukumu tūlīt pēc notikušā.

### **2.7.12 Kleptomānija**

Traucējumiem raksturīga atkārtota nespēja pretoties tieksmei zagt mantas, kas netiek paturētas personīgām vajadzībām vai naudas iegūšanai. Mantas var tikt aizņemtas, atdotas vai nobēdzinātas. Šādu uzvedību parasti pavada pieaugoša sasprindzinājuma sajūta pirms tam un apmierinājuma sajūta darbības laikā un tūlīt pēc tam.

### **2.7.13 Trihotilomānija**

Raksturīgs manāms matu zudums sakarā ar nespēju pretoties tos izraut. Pirms matu izraušanas parasti ir pieaugošs sasprindzinājums, kam seko atvieglojuma vai apmierinājuma sajūta. Šī diagnoze nav nosakāma, ja pirms tam ir bijis ādas iekaisums vai, ja matu izraušana notiek halucināciju vai murgu ietekmē.

## **2.8 Nervu sistēmas attīstības traucējumi**

Traucējumi, kas ietverti šajā daļā kopumā: a) noteikti sākas zīdaiņa vecumā vai bērnībā; b) funkciju attīstības traucējumi vai aizture ir cieši saistīti ar centrālās nervu sistēmas bioloģisko nobriešanu; c) traucējumi ir stabili bez remisijām un recidīviem, bet ar tiem saistīto funkcionēšanas traucējumu smagums var variēt atkarībā no konkrētajā vidē pieejama atbalsta vai šķēršļiem; d) lielākā daļā gadījumu deficīti konkrētās nervu sistēmas funkcijas attīstībā saglabājas arī pieaugušo vecumā.

### **Intelektuālās attīstības traucējumi (garīgā atpalicība)**

Garīgā atpalicība ir kognitīvo spēju attīstības traucējumi, kas sākas bērna attīstības periodā. Intelektuālās attīstības traucējumi ir pastāvīgs stāvoklis, kam raksturīgas krietni zemākas nekā vidusmēra intelektuālās spējas, tāpēc rodas būtiski kognitīvās darbības traucējumi (spriešana, problēmu-risināšana, plānošana, abstraktā domāšana, mācīšanas spējas) un adaptīvās uzvedības ierobežojumi (komunikācija, sociālā iesaiste, funkcionēšana skolā un darbā, neatkarība no aprūpētāja mājās un sabiedrībā). Funkcionēšanas traucējumu dēļ ir nepieciešams atbalsts mācību iestādē, darbā, neatkarīgā dzīvē.

Intelektuālās attīstības traucējumu izcelsmē galvenie ir vairāki faktori, kas nelabvēlīgi iedarbojas uz indivīdu pirms embrionālā perioda (uz vecāku dzimumšūnām), embrionālajā periodā, kā arī 1–3 gadu laikā pēc dzimšanas. Intelektuālās attīstības traucējumus var izraisīt ģenētiski vai apkārtējās vides faktori, piemēram, infekcija, skābekļa trūkums smadzenēs grūtniecības laikā, kā arī smadzeņu vai galvas ievainojums. Nereti pacientiem ar smagākiem psihiskās attīstības traucējumiem diagnosticē arī somatisku un neiroloģisku patoloģiju, piemēram, iedzimtu fizisku defektu.



**Hiperkinētiski traucējumi** (uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms) - ir viens no visbiežāk sastopamiem bērnības psihisko traucējumu veidiem, kas nozīmīgai pacientu daļai var saglabāties arī pusaudžu un pieaugušā vecumā. Mūsdienu zinātniskajā literatūrā UDHS tiek definēts kā ar centrālas nervu sistēmas attīstību saistīts (*ang. neurodevelopmental*) traucējumu paveids, kas bērniem klīniski izpaužas ar uzmanības koncentrēšanas grūtībām, hiperaktivitāti un impulsivitāti, nozīmīgi traucē bērna sociālai funkcionēšanai un ierobežo spējas veiksmīgi iekļauties izglītības sistēmā.

#### **UDHS ārstēšanas pamatprincipi.**

UDHS ārstēšana ir komplekss pasākumu kopums, kurā aktīvu dalību ņem gan bērns un viņa vecāki, gan pirmsskolas un skolas pedagogi, gan sociālie darbinieki, gan ārsti (bērnu psihiatri, bērnu neirologi, psihoterapeiti, pediatri, ģimenes ārsti).

UDHS terapijas komponenti: Nemedikamentozā terapija (kognitīvi bihevioreālā terapija (KBT), sociālo iemaņu trenēšana, vecāku apmācība, individuālā/ ģimenes/ grupu psihoterapija, sociālā palīdzība, brīvā laika plānošana (sporta nodarbības u.c.)); Medikamentozā terapija (stimulanti (metilfenidāta grupas medikamenti), antidepresantu grupas medikamenti (atomoksetīns, bupropions), citi medikamenti/ kombinētā terapija),

Pirmsskolas vecuma bērniem (4-6 g.v.) primāri jāuzsāk ārstēšanas ar psihosociālo terapiju. Medikamentozā terapija pirmsskolas vecuma bērniem **nav** izvēles terapija, medikamenti nozīmējami retos (klīniski smagos un komorbīdos) gadījumos, vienmēr strikti jāizvērtē tās nepieciešamība. Metilfenidāta efektivitāte 4-5 gadu vecuma bērniem nav pietiekami pierādīta.

Skolas vecuma bērniem (no 7 g.v.) vislabākā ir kombinēta terapija: **psihosociālā terapija + individuāla pedagoģiska palīdzība + farmakoterapija**. Vienmēr ieteicams terapiju uzsākt ar psihoterapiju un psihoizglītošanu vecākiem. Kombinētās terapijas ilgums vienam pacientam ieteicams vismaz viens gads, pēc tam atkārtoti jāvērtē tālākās terapijas nepieciešamība un tās veids.

**Autiska spektra traucējumi (AST)** - AST ir klīnisks sindroms, kura pamatā ir heterogēna, polietioloģiska centrālas nervu sistēmas attīstības traucējumu kopa. Tas ir neiroloģiski izraisīts, noturīgs funkcionāls traucējums, kas ietekmē noteiktas attīstības jomas, un tipiski izpaužas kā novirzes no normāla vecumposma attīstības pazīmēm. AST pamatā ir 2 simptomu grupas: 1. persistējoši traucējumi spējā iniciēt un uzturēt reciproku sociālu interakciju un sociālu komunikāciju un 2. ierobežoti, stereotipi un rigīdi uzvedības un interešu modeļi. AST ir raksturīgi vairāki simptomi un pazīmes (līdz pat 60 dažādi!), kas var neizpausties vienlaicīgi un kombinēties dažādi, kā rezultātā bērniem ar AST varbūt dažādas traucējumu izpausmes. Turklāt, diagnosticējot šo traucējumu grupu, jāprecizē pacienta intelekta attīstību

(normāla vai traucēta) un funkcionālo valodu (normāla, traucēta vai neesoša). Pēc simptomu attīstības sākuma AST izšķir attīstības variantus: agrīnais, kad simptomi pamazām sāk izpausties pirmā dzīves gada laikā - tos vecāki vai ģimenes ārsts var nepamanīt, bet šiem bērniem visbiežākā sūdzība ir par agrīni aizkavētu valodas attīstību; regresīvais, kad simptomi tipiski parādās vidēji 18 mēnešu vecumā, un raksturīgi ir tas, ka bērni līdz 1 vai pat 2 gadu vecumam attīstās atbilstoši vecumposmiem, bet tad nedēļu vai mēnešu laikā sāk zaudēt iegūtās prasmes, piemēram, spēju runāt. Zemi funkcionējoši AST (piemēram, Kanneras sindroms) visbiežāk tiek diagnosticēti līdz 3 gadu vecumam, augsti funkcionējošus AST un Aspergera sindromu visuzskatāmāk pamana tuvāk skolas vecumam.

### **AST ārstēšanas pamatprincipi.**

Neskatoties uz to, ka autisms ir saistīts ar smadzeņu bioloģiju, efektīvākās intervences ir bihevioreālas un pedagoģiskas; farmakoterapijai ir minimāla nozīme. Intervencēm un atbalstam jābūt individualizētam, multidimensionālam un multidisciplināram ar mērķi: uzlabot komunikāciju, mazināt funkcionālos traucējumus, veicināt neatkarību, atbalstīt ģimeni.

AST rehabilitācijā biežāk izmantotās uz pierādījumiem balstītās psihosociālās intervences ir: bihevioreālajā analīzē balstītās metodes (*Aplied Behavioural Analysis (ABA)*, *Early intensive behavioural intervention*, ESDM); Strukturētas pedagoģiskās metodes (TEACCH); Mērķētas iemaņu trenēšanas metodes (PECS, sociālo iemaņu trenēšana, dalītas uzmanības, prāta teorijas, imitācijas, funkcionālas komunikācijas, emociju atpazīšanas trenēšana); Bihevioreālas intervences mērķētas uz trauksmi un agresiju (KBT); Vecāku mediētās agrīnās intervences.

### **3 KOGNITĪVI BIHEIVIORĀLĀ TERAPIJA UN CITI UZ PIERĀDĪJUMIEM BALSTĪTI PSIHOTERAPIJAS VEIDI**

#### **3.1 Kas ir psihoterapija?**

Pastāv dažādas psihoterapijas definīcijas. Amerikas psihologu asociācija psihoterapiju definē kā mērķtiecīgu klīnisko metožu pielietošanu noteiktu terapeitisku attiecību kontekstā starp terapeitu un pacientu, kas pamatojās zinātniski pierādītos principos, un kuru mērķis ir palīdzēt cilvēkiem izmainīt savu uzvedību, domāšanu, emocijas un/vai personības iezīmes.

Psihoterapijas mērķis ir samazināt traucējošus simptomus, izvairīties no simptomu atkārtotāšanās nākotnē un veicināt pozitīvas personības izmaiņas, kas uzlabotu dzīves kvalitāti, veicinātu adaptīvu iekļaušanos sabiedrībā dažādos kontekstos (mājās/skolā/darbā), vairotu resursus izdarīt veselīgas izvēles dažādās dzīves jomās. [4]

Šajā darbā psihoterapija tiks apskatīta psihiskās veselības kontekstā, lai gan iespējamās arī citas perspektīvas, piemēram, psihoterapija kā pašizziņas metode, ģimenes un pāru terapija attiecību problēmu risināšanai u.c.

Atbilstoši pielāgota psihoterapija ir palīdzīga dažādās pacientu grupās, tajā skaitā, dažāda vecuma pacientiem, pacientiem ar funkcionāliem traucējumiem, pacientiem ar vieglu demenci.

Iespējamās dažādas terapijas modalitātes - individuālā, grupu, pāru, ģimenes terapija. Terapija var notikt klātienē, vai izmantojot citus komunikācijas kanālus, piemēram, pa telefonu, e-pastu, internetā.

Terapijas ilgums var būt no dažām sesijām līdz pat vairākiem gadiem. Vienas sesijas ilgums parasti ir 30-50 min.

Uzsākot terapiju, terapeits un klients vienojas par dažādiem praktiskiem aspektiem: sesiju un terapijas ilgumu, laiku, apmaksu, kā arī terapijas mērķiem un efektivitātes kritērijiem, kas ļautu novērtēt terapijas norises gaidu. Lai arī kopumā mērķu formulēšana psihoterapijā ir būtiska, dažu terapeitisko pieeju pārstāvji konkrēti akcentē procesu un mērķiem piešķir sekundāru nozīmi.

Psihoterapiju bieži lieto kombinācijā ar medikamentozu ārstēšanu un atsevišķu traucējumu gadījumā šādai kombinācijai ir augstāka efektivitāte nekā tikai medikamentozai ārstēšanai vai psihoterapijai.

## 3.2 Ieguvumi no psihoterapijas

Kopumā ieguvumi no psihoterapijas ir noturīgāki, retāk nepieciešama papildus terapijas, nekā izmantojot psihofarmakoloģisku ārstēšanu. Piemēram, trauksmes un depresijas pacienti apgūst prasmes, kuras var izmantot arī pēc terapijas.

Lai arī psihoterapijas primārais mērķis ir uzlabot psihisko veselību, novērots, ka daļai pacientu psihoterapija uzlabo arī kopējo veselības stāvokli, samazina saslimšanu biežumu, arī izmaksas, kas saistītas ar veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu.

## 3.3 Psihoterapijas efektivitāte

Kopumā pētījumi liecina, ka, ārstējot dažādus psihiskās veselības traucējumus, psiholoģiskās terapijas ir rezultatīvas un izmaksu ziņā efektīvas, gan vienas pašas, gan kombinācijā ar medikamentozo ārstēšanu. Psihoterapijas efektivitāte ir mainīga dažādās pacientu grupās un atkarīga no traucējumu ilguma, sarežģītības, intensitātes un sociālā atbalsta.

Psihoterapija ir heterogēna gan pielietoto metožu, gan apmācību kvalitātes ziņā. Sastopami vairāk kā 500 terapijas veidi un tikai daži no tiem ir pietiekami pētīti. Visplašāk pētītā terapijas metode ir kognitīvi biheiviorālā terapija (turpmāk – KBT), tomēr pieaug arī citu terapijas veidu efektivitātes pētījumi. Vairākos pētījumos, salīdzinot dažādas terapijas metodes, novērotas nenozīmīgas efektivitātes atšķirības, tāpēc šobrīd tiek uzskatīts, ka dažādās ticamās un strukturētās terapijas ir vienlīdz efektīvas.

Būtiska nozīme ir terapeitiskām attiecībām un dažādām pacienta un terapeita īpašībām, kas nav saistītas ar konkrētu diagnozi vai terapijas metodi.

Līdztekus psihoterapijas metožu izpētei jāatrisina daudzi izaicinājumi, lai veicinātu pierādījumos balstītas, efektīvas prakses izmantošanu un pieejamību [7]. Pierādījumos balstītas prakses īstenošana atkarīga no katra speciālista prasmēm integrēt savā darbā ar pacientiem pierādījumos balstītas zināšanas un tādas katra pacienta individuālās vajadzības un iezīmes, kā attīstības vēsturi un dzīves posmu, personīgos resursus un grūtības, personības struktūru, funkcionālo status, motivāciju mainīties un iesaistīties psihoterapijā, sociālo atbalstu, ģimenes un sociāli kulturālos faktoros. Šie faktori jāņem vērā katrā no terapijas soļiem - terapeitiskā plāna izveide un īstenošana, terapeitisku attiecību veidošana un mērķu sasniegšana. [7]

Viens no pierādījumos balstītas pieejas uzdevumiem ir veicināt pacienta iespējas pieņemt informētus lēmumus. Šis pieejas ietvaros klīniskie lēmumi par pierādījumos balstītas psihoterapijas izvēli pēc iespējas tiek pieņemti, sadarbojoties ar pacientu, balstoties uz pieejamajiem pierādījumiem, ņemot vērā izmaksas, ieguvumus, pieejamos resursus un izvēles iespējas. Situāciju novēro dinamikā un ārstēšanas stratēģiju atbilstoši pielāgo.

Pierādījumos balstītas psihoterapijas attīstīšana un pielietošana ir svarīga, lai psihiskās veselības speciālisti uzticētos šai ārstēšanas metodei un ieteiktu to pacientiem, kam tā varētu būt palīdzīga. Ja medicīnas speciālists nav pārliecināts par psihoterapijas darbības mehānismiem un efektivitāti, viņš, iespējams, dos priekšroku medikamentozai ārstēšanai kā šķietami precīzākai un izmērāmākai. [11]

Zināšanas par efektīvām psihoterapijas metodēm, rīkiem un procesiem pastāvīgi attīstās un papildinās. Lai īstenotu pierādījumos balstītu psihoterapijas praksi, speciālistam nemitīgi jāattīstās un jāizglītojas par jaunākajiem atklājumiem šajā jomā. Šo procesu atvieglo profesionālo organizāciju izveidotas vadlīnijas, datubāzes un citi rīki, kas palīdz terapeitam pilnveidot savas zināšanas un prasmes.

Izvērtējot psihoterapijas efektivitāti, jāņem vērā arī pieejamie resursi to nodrošināšanai. Epidemioloģiski pētījumi norāda, ka vismaz 38,2% Eiropas iedzīvotāju 12 mēnešu griezumā cieš no kāda psihiskās veselības traucējuma un lielākā daļa nesaņem atbilstošu ārstēšanu vai nesaņem ārstēšanu vispār [29]. It īpaši, ņemot vērā augsto pieprasījumu pēc psihiskās veselības pakalpojumiem, svarīgi, lai resursi tiktu izmantoti efektīvi, piedāvājot pakalpojumus, kas ir efektīvi [31].

Lai mazinātu psihisko traucējumu slogu, arvien plašāk tiek izmantotas arī mazāk intensīvas atbalsta metodes, tajā skaitā, pierādījumos balstītas pašterapijas metodes, nespeciālistu apmācības par psihisko veselību un vienkāršām atbalsta metodēm.

### 3.4 Psihoterapijas veidi

Psihiskās veselības uzlabošanai izmanto dažādas terapijas metodes. To izvēle atkarīga no traucējumu veida, apstākļiem un pacienta vēlmēm. Reizēm terapieti izmanto eklektisku pieeju, kombinējot dažādu pieeju elementus atbilstoši katra pacienta vajadzībām. Izvēloties atbilstošāko terapijas metodi, ieteicams izmantot profesionālo asociāciju vadlīnijas, kas atspoguļo jaunākos pētījumus par to, kādi terapijas veidi ir pierādīti kā efektīvi konkrēto traucējumu ārstēšanā. Piemēram, Anglijas Veselības un aprūpes nacionālā institūta vadlīnijas [18].

**Kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT)** ir īstermiņa terapija, kas strādā ar cilvēka reakcijām šeit un tagad. Tā palīdz apzināties un mainīt domāšanas un uzvedības modeļus, kas ir traucējoši vai neefektīvi, attīstot reālistiskāku situācijas interpretāciju un palīdzīgu uzvedību, tādējādi izmainot emocionālās reakcijas. Jaunākās KBT pieejas (shēmu terapijas, pieņemšanas un neatlaidības terapijas) lielāku nozīmi piešķir cilvēka attieksmei un reakciju variantiem, kā arī piedāvā metodes darbam ar tām. Pētījumi liecina, ka šī terapija var efektīvi palīdzēt cilvēkiem, kas cieš no depresijas, trauksmes, pētraumatiskā stresa, ēšanas traucējumiem.

**Starppersonu terapija** ir īstermiņa terapija, kas palīdz pacientam izprast problēmas starppersonu attiecībās, kas tam rada grūtības, piemēram, pārmaiņas sociālās lomās, zaudējums un sēras, konflikti utml. Tā palīdz attīstīt veselīgus veidus emociju paušanai, uzlabot attiecības ar apkārtējiem. Bieži izmanto depresijas pacientiem.

**Dialektiskā uzvedības terapija.** KBT veids, kas specifiski vērsts uz emociju regulācijas prasmju attīstīšanu, palīdz arī iemācīties uzņemt atbildību par savām reakcijām un izmantīt neveselīgus uzvedības modeļus. Tā ir efektīva un bieži tiek izmantota darbā ar cilvēkiem ar pašnāvības domām, robežstāvokļa personības traucējumiem, ēšanas traucējumiem un pēctraumatiskā stresa sindromu.

**Psihodinamiskā terapija** ir balstīta pieņēmumā, ka uzvedību un psihiskos stāvokļus ietekmē bērnības pieredze un neapzināti procesi. Terapijas laikā tiek attīstītas spējas apzināties šos procesus, mainīt ierastos modeļus un iegūt lielāku elastību. Intensīvāka psihodinamiskās terapijas forma ir psihoanalīze- sesijas notiek vismaz trīs reizes nedēļā.

**Pārnesē balstīta psihoterapija** ir psihodinamiskās pieejas veids, kurā īpaša nozīme ir objektu attiecību teorijai un lielāka loma piešķirta struktūrai un robežām. Terapijā strādā ar internalizētiem priekšstatiem par sevi un citiem. Cilvēkiem ar personības traucējumiem tie ir nereālistiski, izmainīti un pārspīlēti, kas izpaužas kā garastāvokļa traucējumi, izmainīts pašvērtējums un grūtības veidot attiecības. Terapijas mērķis ir ar terapeitiskām attiecībām veidot palīdzošākus priekšstatus un modeļus. Šī pieeja ir efektīva darbā ar personības traucējumiem, palīdz mazināt trauksmes un depresijas simptomus.

**Atbalsta terapija** sniedz atbalstu un iedrošinājumu, lai palīdzētu pacientam apzināties un izmantot savus resursu problēmu situāciju risināšanai. Tās mērķis ir attīstīt pašvērtējumu, mazināt trauksmi, attīstīt kopinga mehānismus, kā arī uzlabot sociālo funkcionēšanu.

### 3.5 Kognitīvi biheiviorālā terapija

KBT ir psiholoģisko metožu kopa, kas guvusi plašu empīrisku pamatojumu, tā piedzīvojusi vairākus attīstības viļņus vai paudzes. Sākotnēji KBT pamatā bija uzvedības terapija, tā pielietoja uzvedības zinātnes principus, lai palīdzētu mainīt cilvēkam uzvedību. 70.gados attīstījās klasiska kognitīvi biheiviorāla terapija, kuras centrā bija idejas un metodes par neadaptīvu domāšanas veidu saistību ar emocijām un uzvedību. Ar dažādu metožu palīdzību terapija palīdzēja atpazīt un mainīt šos veidus pret elastīgākiem.

Trešais KBT vilnis saistīts ar perspektīvas maiņu, lielāku nozīmi piešķirot cilvēka attieksmei pret savām domām un emocijām, nevis to saturam. Mainījās arī KBT metodes, iekļaujot dažādas metodes darbam ar emocijām, pieņemšanu, attiecībām, vērtībām, mērķiem un metakognīcijas. Aktuālas kļuva apzinātības prakses un darbs ar bērnības atmiņām. Attīstījās

tādi jauni KBT virzieni kā pieņemšanas un neatlaidības terapija, dialektiskā uzvedības terapija, apzinātībā balstīta kognitīvā terapija, funkcionāli analītiskā psihoterapija, metakognitīvā terapija, shēmu terapija un citas. [12]

Tradicionāli KBT ir izstrādāti protokoli darbam ar dažādā veida psihopatoloģijām un novērtēta dažādu terapijas protokolu efektivitāte. Savukārt jaunākie KBT virzieni lielākā mērā akcentē dažādus procesu terapijā, to lomā un efektivitāti. Šāda pieeja ir tuvāka arī dimensionālajam psihopatoloģijas modelim, kas ir pamatā DSM-5 klasifikācijai.

KBT var notikt klātienē vai, izmantojot kādus komunikācijas līdzekļus, piemēram, telefoniski, e-pastu, e-intervences utml.

### **3.6 KBT principu pielietojums medicīnas speciālistu darbā**

Biopsihosociāla veselības modeļa un pacienta centrētas pieejas integrēšana medicīnas speciālistu darbā sekmējusi psihoterapijas prakses un metožu integrāciju ārstēšanā un rehabilitācijā. Pētījumi apstiprina, ka KBT principi ir pielietojami gan primārajā veselības aprūpē, gan dažādu specialitāšu ārstu praksē, tajā skaitā onkoloģijā, gastroenteroloģijā, infektoloģijā, endokrinoloģijā un kardioloģijā [16].

**KBT kā uzvedības vadības metode.** KBT metodes var palīdzēt mainīt pacientu uzvedību, lai mazinātu veselības riskus un attīstītu veselīgākus ieradumus, piemēram, smēķēšanas pārtraukšana, diēta, fiziskās aktivitātes, atkarības vielu nelietošana.

**Uzlabo iesaisti ārstēšanā.** KBT var palīdzēt vadīt pacienta uzvedību ārstēšanas procesā, tajā skaitā pareizu medikamentu lietošanu. Ir pierādīts, ka dažādu psihosociālu komorbidityšu gadījumos, kas negatīvi ietekmē ārstēšanas procesu, novēršot šos psihosociālos faktorus ārstēšanas efektivitāte neuzlabojas. Lai situāciju risinātu, nepieciešamas atbilstošas intervences.

Piemēram, pacientiem ar HIV infekciju un komorbīdiem depresijas traucējumiem, veiksmīgi ārstējot depresiju ar antidepresantiem, pacientu iesaistīšanās HIV ārstēšanā ar sistemātisku medikamentu lietošanu netika novērota [28]. Savukārt, kombinējot kognitīvi biheiviorālo terapiju gan depresijai, gan iesaistei citu slimību (piemēram, HIV, diabēts) ārstēšanā, uzlabojas gan psihiskā veselība, gan pacientu iesaistīšanās citu slimību ārstēšanā [24; 25].

**Palīdz novērst dažādus psihiskās veselības traucējumus un psiholoģiskus simptomus.** Cilvēki ar dažādiem veselības traucējumiem biežāk cieš no depresijas, trauksmes. Turklāt depresijas un trauksmes simptomi ir saistīti ar biežāku un ilgāku hospitalizāciju un medicīnisko aprūpi kopumā, tādējādi nepamatoti sadārdzinot ārstēšanu [6]. Uzlabojot psihisko veselību, iespējams uzlabot funkcionēšanu kopumā, dzīves kvalitāti un mainīt specifiskus

kognitīvus, emocionālus vai uzvedības aspektus, uzlabojot ārstēšanas procesu un samazinot izmaksas.

Jāņem vērā, ka cilvēki ar psihiskās veselības traucējumiem visbiežāk vēršas pie primārās aprūpes speciālista, un tikai neliela daļa šo pacientu izvēlas vērsties pie psihiskās veselības speciālista.

**KBT izmantošana** vispārējās medicīnas praksē un pie psihiskās veselības speciālista atšķiras. Psihiskās veselības speciālistam tā ir galvenā metode ārstēšanas mērķu sasniegšanai, vispārējās medicīnas speciālistam KBT metodes kalpo kā palīgrieks citu, ar ārstēšanu saistītu, mērķu īstenošanai. Viņam galvenie efektivitātes rādītāji ir fiziskās veselības uzlabošanās, veiksmīgs ārstēšanas process un psiholoģisko simptomu samazināšanās.

Medicīnas praksē KBT drīkst īstenot tikai speciālists, kas apguvis šo metodi. Praksē novērots, ka liela daļa pacientu, arī, saņemot nosūtījumu no ģimenes ārsta, pie psihiskās veselības speciālista nenonāk. Ja KBT speciālists medicīnas praksē pieejams uz vietas, kā daļa no komandas, terapiju integrēt ārstēšanā izdodas veiksmīgāk.

Lai veicinātu pierādītas un efektīvas terapijas pieejamību, klīniskos pētījumos ir pārbaudīti dažādi terapijas protokoli, kas palīdz speciālistam izvēlēties katram pacientam piemērotāko terapijas stratēģiju un metodes. Piemēram, ir izstrādāti protokoli darbam ar pacientiem, kas cieš no tādiem veselības traucējumiem kā hroniskas sāpes, diabēts, liekais svars, bezmiegs, kas vēlas attīstīt veselīgākus ieradumus vai vēlas vairāk iesaistīties ārstēšanā.

### 3.7 KBT protokolu piemēri.

**KBT onkoloģisko slimību pacientiem.** Zinātnieki izstrādājuši KBT pacientiem, kam nesen diagnosticēts galvas vai kakla vēzis un kas šī iemesla dēļ cieš no depresijas vai trauksmes traucējumiem. Terapijas mērķis ir mazināt akūtos psiholoģiskos simptomus un izvairīties no hroniskas psihopatoloģijas attīstības. Terapijā ir iekļauta psihoizglītošana, progresīvā muskuļu relaksācija, elpošanas vingrinājumi, kognitīvā terapija, ekspozīciju vingrinājumi, aktivitāšu plānošana un tā notiek līdztekus radioloģiskajai ārstēšanai. [14]

Levins un Aplbaums (*Levin & Applebaum*) akūta vēža pacientiem piedāvā izmantot kognitīvo terapiju, kas pielāgota šiem pacientiem raksturīgām kognitīvām grūtībām, akcentējot reālistisku optimismu, adaptīvu domāšanu un kopinga mehānismus. Autori piedāvā arī veidus, kā runāt ar pacientu par prognozēm un jautājumiem, kas saistīti ar nāvi. [15]



## **4 UZVEDĪBAS TRAUČĒJUMU UN AGRESIJAS NEMEDIKAMENTOZA TERAPIJA**

Līdztekus ārstniecībai daļa no veselības aprūpes speciālista ikdienas ir pacientu uzvedības koordinēšana, tajā skaitā, sakaroties ar dažādām sarežģītām situācijām, uzvedības problēmām, pacientu agresīvu uzvedību. Liela daļa speciālistu atzīst, ka uzvedības problēmu novēršana, konflikta situāciju risināšanu paņem daudz enerģijas, rada emocionālu slogu, stresu, kas ilgtermiņā pazemina apmierinātību ar darbu un paaugstina izdegšanas risku. Salīdzinot dažādus veselības aprūpes speciālistus, medmāsu sastopas ar pacientu agresiju biežāk nekā cits ārstniecības personāls. Pētījumi parāda, ka komunikācijas un konfliktu risināšanas apmācības samazina uztvertās agresijas biežumu, palīdz izvairīties no agresijas eskalācijas, mazina stresu darbā un uzlabo psiholoģisko labklājību. [5; 27]

Problēmu uzvedības vadības metodes ambulatorajā aprūpē un stacionārā atšķiras. Ambulatorajā aprūpē biežāk nākas reaģēt uz negaidītām situācijām, kamēr stacionārā iespējams plānveidīgi novērst sistemātiskas uzvedības problēmas.

### **4.1 Pacientu uzvedības problēmu cēloņi**

Riska faktorus var iedalīt statiskos un dinamiskos. Statiskie faktori saistīti ar iepriekšējo pieredzi, piemēram, traumatiska bērnības pieredze. Dinamiskie faktori attiecas uz patreizējo brīdi un ir maināmi, piemēram, depresijas simptomi, atkarības izraisošu vielu lietošana, dažādi vides faktori.

Biežākie problemātiskas uzvedības cēloņi ir

- Klīniski traucējumi, piemēram, psihiskas saslimšanas, smadzeņu darbības traucējumi, intelekta vai kognitīvi traucējumi;
- Nepatīkama, nevēlama komunikācija;
- Augsts stress un trauksme;
- Vides problēmas, skaļš troksnis, ierobežota telpa. [30]

Agresīva uzvedība bieži aizsākas ar konfliktu, kura cēlonis ir neapmierinoša saskarsmes kultūra vai arī personīgās problēmas, kuras pacients vai speciālists neapzināti izpauž.

Pacientiem ar noteiktiem veselības traucējumiem problemātiska uzvedība sastopama biežāk, piemēram, cilvēkiem ar demenci, galvas traumām, dažāda veida neiroloģiskiem traucējumiem. Vienlaikus pētījumi parāda, ka psihiskās veselības traucējumi paši reti stimulē agresiju, lielākā mērā tā ir saistīta ar citiem faktoriem, piemēram, atkarības izraisošu vielu lietošanu.

Ir novērota nesakritība pacientu un personāla vērtējumā par problemātiskās uzvedības cēloņiem - personāls biežāk uzskata, ka agresija ir pacienta slimības izpausme, kamēr paši pacienti vienlīdz lielu nozīmi piešķir veselības problēmām, starppersonu un vides faktoriem. Precīza problēmu uzvedības cēloņu atpazīšana ietekmē risinājumu efektivitāti. [19]

## 4.2 Agresīva uzvedība

Agresija tiek definēta kā uzvedība, kas var radīt apdraudējumu, sāpināt vai ievainot citu personu, tā var izpausties verbāli vai kā apdraudoša rīcība.

Veselības aprūpē pacientu agresīva rīcība ir bieži sastopama. Tā izpaužas kā progresējošs uzvedības veids, aizsākas ar nemieru, pāraug satraukumā, aizkaitināmībā, kas var izpausties kā verbāla agresija, žesti, draudi, priekšmetu bojāšana un progresējot var nonākt līdz uzbrukumam. Atpazīstot uzvedības eskalācijas pazīmes, to iespējams savlaicīgi novērst.

Ja patients jau ir agresīvs vai citādi draudīgi izturas:

- neejiet viņa personīgajā telpā bez atļaujas, tas var pastiprināt stresu, dusmas un problēmu uzvedību. Izņēmums ir situācijas, kad patients apdraud sevi vai apkārtējos.
- Ja patients ir spēcīgu emociju varā, dodiet iespēju pacientam paust to, kas viņu satrauc. Ieteicams uzrunāt pacientu tieši, izzināt viņa skatījumu uz problēmu un izvairīties ieņemt aizsargpozīciju.

## 4.3 Preventīvi pasākumu uzvedības problēmu novēršanai

Uzvedības problēmas, izprotot to cēloņus un izmantojot atbilstošas saskarsmes metodes, lielākoties iespējams novērst vai mazināt. Preventīvas stratēģijas ietver sevī:

- cieņpilna, laipna, līdzjūtīga un iedrošinoša saskarsme ar pacientu un viņa ģimeni;
- atpazīt dusmas un stresu izraisošos apstākļus;
- situācijas izvērtēšana un de-eskalēšana;

Situācijās, kad patients ir agresīvs, būtiska nozīme ir speciālista spējai atpazīt, regulēt savas emocijas un pielietot atbilstošas komunikācijas prasmes. Labas komunikācijas prasmes nozīmē, ka personāls apzinās savu neverbālo un verbālo uzvedību, piemēram, pozu, acu kontaktu, balss toni, izmanto skaidru un saprotamu valodu. Ja pacienta problemātiskā uzvedība sasaucas ar kādu speciālistam nepatīkamu vai sarežģītu personīgo pieredzi, var būt grūtāk saglabāt mieru, neitralitāti, būt empātiskam un atbalstošam.

Saglabāt cieņpilnu attieksmi, strādājot ar pacientiem, kas ir agresīvi, ir izaicinošs uzdevums, kura īstenošanai nepieciešamas prasmes un atbalsts. Regulāri nesaņemot pietiekamu atbalstu, speciālistiem pašiem pastāv augsts izdegšanas, trauksmes un depresijas risks. Tādi

organizatoriskie faktori kā vienoti standarti un vadlīnijas sarežģītu situāciju risināšanā, atbalsts to īstenošanā un atbalstoša vide palīdz mazināt bezspēcības sajūtu, trauksmi un psihiskās veselības riskus speciālistiem, kam ikdienā jāstrādā ar pacientiem ar uzvedības problēmām.

## 4.4 De-eskalācija

Lielbritānijas Nacionālais veselības un aprūpes institūts raksturo de-eskalāciju kā "runāšanu ar dusmīgu vai satrauktu pakalpojumu saņēmēju tādā veidā, lai novērstu vardarbību un cilvēks atgūtu mieru un paškontroli". Tā ietver dažādas verbālas un neverbālas saskarsmes prasmes un tehnikas, tā sniedz tūlītēju uzlabojumu, bet nerisina problēmu ilgtermiņā. De-eskalācijai nepieciešamas 5-10 minūtes [17].

De-eskalācijas prasmes iespējams apgūt. Lai īstenotu de-eskalācijas tehnikas, nepieciešams:

- spēja paraudzīties uz agresīvu pacientu pozitīvā veidā, apzinoties, ka viņš dara labāko, kas viņam tajā brīdī iespējams;
- atpazīt agrīnas satraukuma, aizkaitināmības, dusmu un agresijas pazīmes;
- atklāt agresijas cēloņus;
- atpazīt pazīmes, ka pacients nespēja sadarboties, pieņemt ierobežojumus un efektīvi apmierināt savas vajadzības kognitīvu traucējumu (piem., delīrijs, psihoze, intoksikācija, garīgās attīstības traucējumi) vai personības traucējumu dēļ;
- izmantot dažādas stratēģijas, lai palīdzētu sarunas biedram nomierināties, atslābināties, pārslēgt uzmanību;
- ievērot personīgo telpu;
- reaģēt uz pacienta dusmām piemērotā, līdzsvarotā veidā, izvairoties no provokācijas.

### **Pamatprincipi**

- Sadarbības ietvaros novērot pacientu garastāvokļa izmaiņas un pamanīt agresijas priekšvēstnešus;
- Piedāvāt drošu, mierīgu vietu, kur nomierināties;
- Izmantot verbālas un neverbālas saskarsmes metodes, izvairīties no provokatīvām situācijām (piemēram, provokatīva situācija var būt atteikt pakalpojumu, lūgt pārtraukt darīt to, ko cilvēks dara) vai apzināti virzīt tās, lai novērstu agresiju.
- Visos de-eskalācijas posmos izturēties ar cieņu un empātiju. [20]

## Tehnikas

Ja pacients ir satraukts vai dusmīgs, jāizvēlas darbinieks, kas būs galvenā kontakta persona. Šis darbinieks izvērtē drošību, noskaidro pacienta situācijas redzējumu un nekonfrontējošā veidā vienojas par situācijas risinājumu.

Darbinieks izmanto emociju pašregulācijas metodes, lai mazinātu savu trauksmi un kontrolētu verbālas un neverbālas tās izpausmes.

De-eskalējoša saruna veido verbālu loku - speciālists uzklausā pacientu, reaģē pieņemošā, apstiprinošā veidā un tad atkal pauž savas gaidas par pacienta uzvedību, piemēram, apsēsties, iedzert zāles utml. Tāds 'loks' var atkārtoties, līdz pat 10-15 reizēm. [21]

4.1 tabula

### De-eskalācijas bauši

Ievērojiet personīgo telpu	Noteikt skaidras robežas
Atbilstoša, nekonfrontējoša ķermeņa valoda	Būt cieņpilnam
Izveidot atbilstošu verbālu kontaktu	Paust vēlmi palīdzēt
Skaidra, precīza komunikācija	Piedāvāt reālistiskas izvēles
Uzklausīt un atzīt cilvēka bažas	Sadarboties ar ģimenes locekļiem, aprūpētāju, radniekiem
Atklāt vajadzības un jūtas	Dot laiku un telpu, lai nomierinātos. [10]

## 4.5 ABC metode

Lai novērstu agresīvu uzvedību, kas atkārtojas, precīzi jāidentificē tās cēloņi un pastiprinošie faktori. Galvenie soļi problēmu uzvedības novēršanai ir:

- Cieņpilna saskarsme ar pacientu un viņa ģimeni, aprūpētāju, ja nepieciešams citiem speciālistiem, lai atklātu stresorus/ triggerus.
- Klīniska izvērtēšana, piemēram, kognitīvo spēju skrīnings vecākiem pacientiem, psihiskās veselības un atkarību izvērtējums.
- Attīstīt, dokumentēt un īstenot stratēģiju stresoru/ triggeru regulēšanai, tajā iesaistot arī citus.

ABC metode ir uzvedības vadības stratēģija, kas ietver rīcības analīzi cēloņu un seku kontekstā. Šī tehnika palīdz izvairīties no emocionālas reaģēšanas sarežģītās situācijās, ļauj racionāli izvērtēt situāciju un mērķtiecīgi atrast efektīvas stratēģijas tās novēršanai.

Lai uzvedības intervence sniegtu gaidīto rezultātu, tā sistemātiski jāīsteno noteiktu laika posmu (piemēram, 2 nedēļas) visās atbilstošās situācijās. Rezultāts būs labāks, ja visi aprūpē iesaistītie cilvēki, kas saskaras ar problēmu uzvedību, izmantos vienotu stratēģiju. Ja reakcija

ir nekonsekventa, problēmu uzvedība ir noturīgāka. Arī cilvēkiem, kas īsteno uzvedības intervenci, nepieciešams laiks, lai attīstītu jaunus reaģēšanas veidus. Sākotnēji tas var šķist samāksloti, bet ar laiku kļūs par dabisku ieradumu.

**Uzvedības novērošana.** ABC metodes pamatā ir uzvedības novērošana.

**1.Solis.** Novērot uzvedību, vērojot un ieklausoties pacientā, izvairoties no pāragriem secinājumiem.

**2.Solis.** Izzināt un analizēt iekšējos (somatiski simptomi, domas, emocijas) un ārējos notikumus pirms uzvedības.

Piemēram. Nemierīga uzvedība (staigāšana, jautājuma atkārtošana) var būt saistīta ar medicīniskiem iemesliem - kognitīvi traucējumi, urīnceļu iekaisums vai muguras sāpes, psihoemocionāliem faktoriem - garlaicību, uzmanības deficītu. Tā var būt arī reakcija uz vides faktoriem - gaisma, troksnis, neskaidras norādes.

Apātiskai uzvedībai var būt medicīniski cēloņi, piemēram, depresija, psihoemocionāli iemesli - nedrošības sajūta, maz pozitīvu iespaidu un stimulu.

Nozīmīgi faktori izvērtēšanai ir:

- Citu cilvēku teiktais vai rīcība.
- Fiziskais un emocionālais stāvoklis (nogurums, dusmas, apjukums utml.).
- Vides faktori (karsts, skaļš, smakas, spilgta gaisma utml.).

**3.solis.** Izvērtēt esošās rīcības sekas. Ja agresīva vai citādi problemātiska uzvedība palīdz apmierināt vajadzības un sasniegt pozitīvu rezultātu, pacients, visticamākais, līdzīgi rīkosies arī nākotnē. Rīcība tiek "iekodēta" atmiņā kā efektīva.

Trīs soļu novērošana ir pamats trīs soļu uzvedības izmaiņu plānam, atklājot (1) kādu uzvedību vēlētos sasniegt, (2) kā iespējams mainīt apstākļus, kas veicina nepareizo uzvedību un (3) apzināt sekas, kas rodas, sasniedzot vēlamo uzvedību.

**Uzvedības mainīšana.**

**1. solis.** Skaidri definēt uzvedības mērķus - kādu uzvedību vēlas redzēt nevēlamās uzvedības vietā.

**2.solis.** Noformulēt veidus, kā proaktīvi novērst provocējošus faktorus, kas veicina nevēlamo uzvedību un identificēt, veicināt apstākļus, kas stiprina pozitīvu uzvedību. Intervenču laikā strādā ar faktoriem, kas uzvedības analīzes posmā identificēti kā ticamākie problēmu uzvedības priekšvēstneši vai pozitīvas sekas.

**3.solis.** Novērst iespējas gūt labumu ar problemātisku uzvedību, un radīt pozitīvas sekas vēlamajai uzvedībai.

Noderīgas stratēģijas šajā posmā ir:

- Nodibināt un uzturēt labu kontaktu ar pacientu;

- Izvairīties un minimizēt kairinātājus;
- Pārrunāt ar pacientu kairinātājus;
- Kopīgi atrast risinājumu kairinātāju ietekmes mazināšanai;
- Ierosināt un atbalstīt šo risinājumu izmantošanu nākotnē.

### **Pakāpeniska pieradināšana**

Ne vienmēr iespējams vai vēlams izvairīties no kairinātājiem. Piemēram, socializācija, grūtību pārvarēšana var būt nepieciešama, bet tajā pat laikā izraisīt trauksmi. Tādā gadījumā var izveidot plānu pakāpeniskai pārejai uz vēlamo uzvedības modeli, sākot ar maziem soļiem un pakāpeniski palielinot sarežģītību.

Ja intervence nesniedz gaidīto rezultātu, īsteno uzvedības intervenci darbam ar nākamajiem ticamākajiem faktoriem, kas veicina negatīvās uzvedības izpausmes. [17]

## **4.6 Komunikācija ar sarežģītiem pacientiem**

### **Dusmīgs patients**

- Atklāt pacienta dusmu iemeslus. (*Jūs esat dusmīgs, pastāstiet, kas noticis.*)
- Paust empātiju. (*Es saprotu, kāpēc jūs esat dusmīgs.*)
- Apliecināt pacienta perspektīvu. (*Ko mēs varam darīt, lai uzlabotu situāciju?*)
- Ja tas ir piemēroti, atvainojieties. (*Man žēl, ka jums vajadzēja tik ilgi gaidīt.*)

### **Klusais patients**

- Uzrunājiet problēmu. (*Jūs esat ļoti kluss.*)
- Izziniet pacienta klusēšanas iemeslus. (*Kāpēc jūs esat tik kluss?*)
- Izskaidrojiet sadarbības nozīmīgumu. (*Lai es jums varētu jums palīdzēt, man ir svarīgi, lai jūs pastāstītu vairāk par savu problēmu.*)
- Ja ir kādas pazīmes par komunikācijas barjerām, uzrunājiet tās. (*Vai jums ir grūti mani dzirdēt vai saprast?*)

### **Prasīgais patients**

- Uzrunājiet prasību. (*Jūs neatlaidīgi vēlaties, lai jums veiktu magnētisko rezonansi. Kāpēc jūs domājat, ka tas ir svarīgi?*)
- Atklājiet prasības mērķi. (*Vai jūs domājat, ka ir kāda problēma, kuru MR palīdzēs atklāt?*)
- Pamaniet emocijas, kas motivē prasību. (*Es saprotu, tas ir ļoti satraucoši, ka jūsu mugura joprojām sāp.*)
- Atklājiet pacienta perspektīvu. (*Kas, jūsu prāt, rada problēmu? Kādā veidā jūs vēlētos, lai es jums palīdzu?*)

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. *Ārstniecības likums*. LR Likums. Saeima: 12.06.1997.
2. Slimību Profilakses un kontroles centrs. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā*. Pieejams šeit: [https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska\\_veseliba\\_faili/tz\\_pvl\\_2016\\_final.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/tz_pvl_2016_final.pdf)
3. Tērauds, E., Andrēziņa, R., & Zārde, I. (2013). *Praktizējošā ārsta rokasgrāmata - Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā.pdf*. SIA PS media.
4. American Psychological Association (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. Pieejams šeit: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
5. Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2019). A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 27(1), 170–181. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1111/hsc.12636>
6. Blount, A., Schoenbaum, M., ... Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 290–297. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.3.290>
7. Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537–545. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
8. Davis, T. (2012). Conceptualizing Psychiatric Disorders Using “Four D’s” of Diagnoses. *The Internet Journal of Psychiatry*, 1(1), 1–5. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.5580/7e6>
9. Dogar, I. A. (2007). Biopsychosocial model.
10. Fishkind, A. (2002). Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. *Current Psychiatry*.
11. Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 813–824. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.004>
12. Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
13. Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2007). A new look at the neural diathesis-stress model of schizophrenia: The primacy of social-evaluative and uncontrollable situations.

- Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1171–1177. Pieejams šeit:  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl058>
14. Kangas, M., Milross, C., & Bryant, R. A. (2014). A Brief, Early Cognitive-Behavioral Program for Cancer-Related PTSD, Anxiety, and Comorbid Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 416–431. Pieejams šeit:  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.002>
  15. Levin, T. T., & Applebaum, A. J. (2014). Acute Cancer Cognitive Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 404–415. Pieejams šeit:  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.03.003>
  16. Magidson, J. F., & Weisberg, R. B. (2014). Implementing Cognitive Behavioral Therapy in Specialty Medical Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 367–371. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.08.003>
  17. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. (2015). *Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Pieejams šeit: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26180871>
  18. National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges*. Pieejams šeit: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
  19. Paterson, B., McKenna, K., & Bowie, V. (2014). A charter for trainers in the prevention and management of workplace violence in mental health settings. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 9(2), 101–108. Pieejams šeit:  
<https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2013-0028>
  20. Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis: KEY COMPONENTS OF DE-ESCALATION TECHNIQUES. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 310–319. Pieejams šeit:  
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>
  21. Richmond, J., Berlin, J., ... Wilson, M. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
  22. Riiskjær, E., Ammentorp, J., ... Kofoed, P.-E. (2010). *Patient surveys—A key to organizational change?* *Patient Education and Counseling*, 78(3), 394–401. Pieejams šeit:  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.017>



23. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioural Science/Clinical Psychiatry* (11th Editi). Wolters Kluwer.
24. Safren, S. A., Gonzalez, J. S., ... Cagliero, E. (2014). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 37(3), 625–633. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.2337/dc13-0816>
25. Safren, S. A., O'Cleirigh, C., ... Mayer, K. H. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1–10. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1037/a0012715>
26. Semple, D., & Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry* (Third Edit). Oxford University Press.
27. Swain, N., & Gale, C. (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-postest study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(9), 1241–1245. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.016>
28. Tsai, A. C., Karasic, D. H., ... Bangsberg, D. R. (2013). Directly Observed Antidepressant Medication Treatment and HIV Outcomes Among Homeless and Marginally Housed HIV-Positive Adults: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 103(2), 308–315. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300422>
29. Wang, Y.-G., Wang, Y.-Q., ... Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view. *Psychiatry Research*, 161(2), 153–161. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.018>
30. Winkens, I., van Heugten, C., ... Ponds, R. (2019). Effects of a behaviour management technique for nursing staff on behavioural problems after acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(4), 605–624. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1313166>
31. Wittchen, H. U., Jacobi, F., ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
32. World Health Organisation. (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>