



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/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības  
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”**

**REPRODUKTĪVĀ VECUMA  
ONKOLOĢISKO PACIENTU IZGLĪTOŠANA  
PAR PARTNERATTIECĪBĀM ĀRSTĒŠANAS  
LAIKĀ UN TURPMĀK**

**Rīga**

**2019**

# ANOTĀCIJA

Mācību materiāls “Reproduktīvā vecuma onkoloģisko pacientu izglītošana par partnerattiecībām ārstēšanas laikā un turpmāk” domāts plašai mērķauditorijai – ģimenes ārstiem, onkologiem ķīmijterapietiem, ķirurgiem, neirologiem, kā arī citu nozaru speciālistiem, kam ikdienā nākas saskarties ar reproduktīvā vecuma pacientiem, kas slimo ar onkoloģiskām saslimšanām.

Materiāla mērķis ir sniegt pamatzināšanas komunikācijā ar pacientiem un viņu personības īpatnībām un uzlabot viņu un viņu piederīgo dzīves kvalitāti.

Metodiskā materiāla autore: Maija Kārklīņa.

# SATURA RĀDĪTĀJS

1. KOMUNIKĀCIJA.....	5
2. SASKARSMES AKSIOMAS .....	6
3. SASKARSMES “ZELTA STANDARTS” .....	8
4. KALGARI-KEMBRIDŽAS PAMATPRINCIPI EFEKTĪVAI SASKARSMEI.....	10
5. PSIHOONKOLOĢIJA .....	13
6. PSIHOTERAPEITISKĀ ĀRSTĒŠANA.....	15
7. SĒRAS.....	16
8. KRĪZES .....	18
9. DEPRESIJA .....	24
10. TERAPIJA.....	27
11. NOBEIGUMS .....	29
IZMANTOTO AVOTU UN LITERATŪRAS SARAKSTS.....	32

# IEVADS

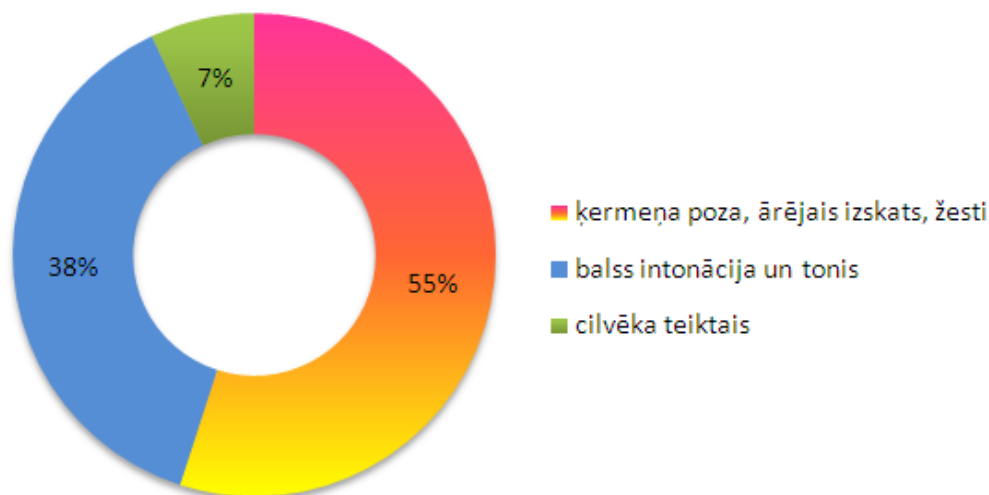
Onkoloģiskie pacienti ārstu praksē sastopas pietiekami bieži, tāpēc prasme ar viņiem komunicēt, atrast kontaktu, kopīgu valodu ir ļoti svarīga. Kad pacients jūtas saprasts, viņš ir līdzestīgāks ārstēšanai, ar viņu ir vieglāka saskarsme, izveidojas labāka sadarbība gan ar pacientu, gan viņa tuviniekiem, kas kopējā terapijas procesā tikai uzlabo gan savstarpēju sapratni, gan pacientu motivē ārstēties, gan radinieki labāk pieņem to, kas ar viņa tuvinieku notiek, un saprot, kā labāk palīdzēt.

Pilnīgāka komunicēšana un labāka pacienta izpratne veicina terapijas rezultātu uzlabošanos un uzlabo pacienta, viņa tuvinieku un ģimenes kopumā dzīves kvalitāti, kas darbā ar onkoloģiskajiem pacientiem ir viens no primārajiem mērķiem.

# 1. KOMUNIKĀCIJA

Kas ir saskarsme? Tā ir divu vai vairāk cilvēku mijiedarbība, viņu bioloģiskie, psihiskie, sociālie sakari, kuros realizējas savstarpējās attiecības.

Saskarsmes funkcijas rāda kādā veidā tiek apmierinātas cilvēku sociālās un praktiskās vajadzības.



1.1. attēls. Komunikācijas uztvere

## Sociāli nozīmīgās saskarsmes funkcijas

1. Informatīvi komunikatīvā funkcija – informācijas apmaiņa un attiecību uzturēšana.
2. Regulatīvā funkcija – partnera ietekmēšana, rīcības saskaņošana, sakaru koordinācija.
3. Sociālās kontroles funkcija – uzvedības vērtējums un tam atbilstīgas sankcijas (pozitīvas vai negatīvas).
4. Socializācijas funkcija – personības veidošana, saskarsmes pieredzes gūšana, adekvātu sociālās uzvedības iemaņu attīstīšana.

## Individuāli nozīmīgās funkcijas

1. Izpratne – iejušanās saskarsmes partnera situācijā.
2. Izziņas funkcija – sevis un saskarsmes partnera iepazīšana.
3. Ekspresīvā funkcija – savas attieksmes parādīšana.
4. Emocionālā funkcija – nepieciešamo emocionālo pārdzīvojumu radīšana saskarsmes partnerī.

## 2. SASKARSMES AKSIOMAS

1. Saskarsmē jebkuram uzvedības aktam un vārdam, apzinātam vai neapzinātam, kā arī emocijām, jūtām u. c., ir vēstījuma nozīme. Ikvienu darbība, vārds vai arī klusēšana kaut ko izsaka, un nav viegli prognozēt, kāda būs cilvēku atbildes reakcija.
2. Pastāv divu veidu saskarsmes attiecības: horizontālās (simetriskās) un vertikālās (asimetriskās – kad viena puse ir pārāka).
3. Vārdiem var nebūt nekādas nozīmes, jo patiesā jēga dažkārt slēpjas tādos saskarsmes subjektīvajos kritērijos kā motīvi, intereses, emocijas, pieredze, vērtības, kultūra, dzīves stils, personības psiholoģiskās īpatnības.
4. Dažkārt saskarsmes partneri reaģē adekvāti, dažkārt – neadekvāti. Piemēram, uz smaidu parasti tiek atbildēts ar smaidu, taču būtu kļūda domāt, ka tas tā notiks vienmēr.
5. Kaut gan runa ir izplatītākais saskarsmes veids, tikpat labi saskarsme var noritēt bez vārdiem.
6. Saskarsme ir neatgriezeniska – nav iespējams pagriezt laiku atpakaļ un labot savu rīcību vai vārdus.
7. Ja reālais Es ir pretrunā ar ideālo Es, tad šī neatbilstība tieši izpaužas saskarsmē.
8. Prasot no sevis par daudz saskarsmes kvalitātes, cilvēks ir pastāvīgi neapmierināts pats ar sevi.
9. Prasot no sevis par maz saskarsmes kvalitātes, pastāvīgi neapmierināti ir viņam apkārt esošie.
10. Efektīvas saskarsmes pamatnosacījums ir tolerance (iecietība), proti, spēja pieņemt otru cilvēku – it īpaši pacientu – tādu, kāds viņš ir.

Saskarsmes procesā tiek apmierinātas cilvēku sociālās vajadzības, un raksturīgākās no tām ir:

- vajadzība pēc pašvērtības un cieņas;
- vajadzība pēc piederības un atbalsta;
- vajadzība saņemt atzinību, tuvību un draudzību;
- vajadzība izteikt atzinību, izrādīt tuvību un draudzību.

Praktiskās vajadzības, kuras tiek apmierinātas, izmantojot saskarsmi:

- vajadzība ietekmēt citu cilvēku pārlicību;
- vajadzība ietekmēt citu rīcību un uzvedību.

Veiksmīga saskarsme nozīmē to, ka abu saskarsmes dalībnieku domas kaut daļēji sakrīt. Jebkurā gadījumā informācijas sūtītājam ir jāsaņem atbildes reakcija.

Esot saskarsmē, mēs sastopamies ar barjerām un tās pārvaram. Barjeru pārvarēšanā ir svarīgi saprast to, ka saskarsme ir aktīvs mijiedarbības process, tāpēc arī tajā radušies šķēršļi ir pārvarami ar rīcību, iepriekš plānotu darbību vēlamā sasniegšanai. Bezdarbība ir pielīdzināma bēgšanai no problēmsituācijas, ko nekādi nevajadzētu pieļaut, ja esam ieinteresēti saskarsmē. Psiholoģisko barjeru specifika ir tā, ka šīs barjeras darbojas kā aizsardzības mehānismi gan apzināti, gan neapzināti. Cilvēks var būt neuzmanīgs sarunu partneris tikai tāpēc vien, ka ir aizņemts ar savām problēmām. Šajā gadījumā automātiski iedarbojas izvairīšanās barjera. Lai to pārvarētu, ir jāpiesaista partnera uzmanība, izolējoties no ārējiem traucēkļiem, uzsverot partnerim informācijas nozīmību ar speciālu ievadvārdu palīdzību.

Arī autoritāte var būt kā komunikatīva barjera. Lai pārvarētu šādu barjeru, informācijas nesējam ir jācenšas radīt uzticama cilvēka iespaidu ar atklātu sarunas veidu, savas kompetences un labvēlīgas attieksmes izrādīšanu, jau iepriekš sagatavojoties tikšanās reizei.

Tāpat nesapratne var būt barjera, pie tam abiem saskarsmes partneriem vienlīdz lielā mērā.

Lai mazinātu nesapratni, jāpārvar:

- fonētiskās barjeras – jārunā skaidri un saprotami, lēnā tempā, atkārtojot galveno;
- semantiskās barjeras – jācenšas nelietot svešvārdus un profesionālo žargonu;
- stilistiskās barjeras – jālieto strukturēta informācijas pasniegšanas forma, tādējādi cienot partnera laiku;
- loģisko barjeru pārvarēšana ir atkarīga no mūsu spējas un vēlmes sadzirdēt otra cilvēka argumentus un pārliecinoši lietot savus.

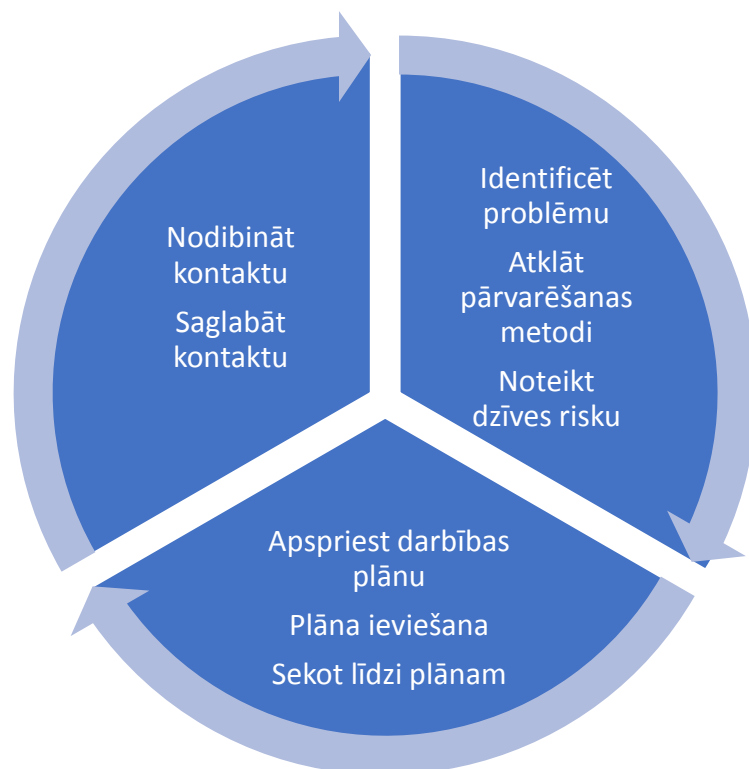
### 3. SASKARSMES “ZELTA STANDARTS”

1. Informētība – jo informētāks jūs esat par saskarsmes partneri (viņa temperamentu, rakstura īpašībām, uzvedības stilu, interesēm, īpatnībām), jo lielāka varbūtība, ka jums izdosies sasniegt konkrēto saskarsmes mērķi. Ja jums trūkst informācijas, tad jāizlīdzas ar uzmanīgu klausīšanos un partnera vērošanu.
2. Vienkāršība un skaidrība gan informācijas saturā, gan pasniegšanas veidā – šādi jūs radāt priekšstatu par sevi kā lietišķu saskarsmes partneri, kurš skaidri apzinās, ko vēlas, un mērķtiecīgi virzās uz mērķi. Jūs kļūstat par cilvēku, ar kuru saskarsme ir vēlama un attiecību veidošana iespējama.
3. Adevkāts pašnovērtējums attiecas uz sevi, saskarsmes partneri un saskarsmes kontekstu – tas ļauj brīvi justies un ātri reaģēt pat sarežģītās situācijās. Savlaicīgi pamanīts spriedzes pieaugums mazina agresijas un konflikta rašanās iespējamību.
4. Sankarsmes dalībniekiem ir noteikts vecums, dzimums, izglītība u. tml. – tas ir allaž jāņem vērā, ja nevēlamies būtiski kļūdīties partnera uzvedības interpretācijā. Ir jāatceras, ka, piemēram, agresija vīriešiem ir uzvedība ar mērķi ietekmēt, kas pārsvarā izpaužas fiziski, un vārdiskā agresija to tikai pavada, savukārt sievietēm pārsvarā ir raksturīga vārdiskā agresija ar mērķi pašapliecināties vai mazināt stresu.
5. Informācijas noformēšana ir svarīga, lai piesaistītu un noturētu saskarsmes partnera uzmanību, rosinātu interesi par saskarsmi. Tiklīdz jūs pamanāt niecīgākās partnera nepatikas vai garlaicotības izpausmes, ir jāmeklē citas izteiksmes formas.
6. Iecietība pret citu cilvēku individualitāti un tās izpausmēm ir saskarsmes priekšnosacījums. Bet iecietības prasība nav absolūta – ja jūtat, ka tas rada stresu un jūs netiekat galā, labāk laicīgi atturēties no saskarsmes nekā mocīt sevi un citus.
7. Viedokļu noskaidrošana – tieši noskaidrošana, nevis skaidrošana. Lai viedokļu atšķirības un uzskatu daudzveidība nekļūtu par šķērsli saskarsmē, ir svarīgi zināt šos viedokļus, bet ne vairāk, jo viedokļu detalizēta noskaidrošana varētu gausināt saskarsmi vai pat apdraudēt tās īstenošanu.
8. Sankarsmes biežums netieši nosaka kvalitāti, jo pārāk bieža saskarsme izraisa “psiholoģisko nogurdināmību” – nevēlēšanos satikt šo cilvēku neatkarīgi no viņa cilvēciskajām kvalitātēm, savukārt pārāk reta saskarsme mazina vēlēšanos uzturēt attiecības un veicina aizmiršanu.
9. Prasme pārliecināt ir nepieciešama savu uzskatu aizstāvībai un partnera viedokļa ietekmēšanai, taču saruna ir jāsāk ar neitrālām tēmām. Tradicionāli cilvēki var just



kopību, apspriežot laika apstākļus, kritizējot valdību, daloties informācijā par saviem vaļaspriekiem u. tml.

10. Spēja riskēt, rīkoties neordināri ir jāizmanto, lai ietekmētu notikumu gaitu situācijā, kad jūtat, ka nevarat citādi iedarboties uz saskarsmes partneri – šeit ir jādod vaļa savai izdomai, bet var sākt ar vienkāršāko – mainīt secību, piemēram, tas, kas tika plānots sarunas sākumā, tiek pārvirzīts uz beigu daļu, ņemot vērā to, ka pēdējo atceras vislabāk.



*3.1. attēls. Komunikācijas pamats*

## 4. KALGARI-KEMBRIDŽAS PAMATPRINCIPI EFEKTĪVAI SASKARSMEI

### Pacienta problēmas noskaidrošana

1. Ārstniecības persona uzdod uzvedinošus un apstiprinošus jautājumus, uzmanīgi izvēloties nepieciešamo jautājuma veidu.
2. Ārstniecības persona uzmanīgi klausās, nepārtrauc, ļauj pacientam pabeigt sakāmo un dod pacientam laiku apdomāt atbildes uz uzdoto jautājumu, nesteidzina pacientu, ļaujot tam taisīt pauzes atbilžu sniegšanas laikā.
3. Ārstniecības persona cenšas ar verbāliem un neverbāliem līdzekļiem iedrošināt pacientu sniegt atbildes, piemēram, uzmundrinot, ieturot pauzi, atkārtojot, pārfrāzējot, interpretējot teikto.
4. Ārstniecības persona seko līdzī verbālajiem un neverbālajiem signāliem (žesti, mīmika, runasveids), fiksē tos un attiecīgi reaģē.
5. Ārstniecības persona precizē neskaidrus pacienta izteikumus, kam jāpievērš pastiprināta uzmanība (piemēram, "Vai varat paskaidrot, ko tieši domājat ar vieglu nelabumu?").
6. Ārstniecības persona laiku pa laikam atreferē pacienta teikto, lai pārliecinātos, ka pacienta sacītais uztverts pareizi, kā arī lūdz pacientu sevi palabot neprecizitāšu gadījumā un sniegt papildu skaidrojumus.
7. Ārstniecības persona izsaka kodolīgus, viegli uztveramus jautājumus un komentārus, paskaidrojot profesionālā žargona lietojumu vai izvairoties no tā.
8. Ārstniecības persona detalizēti izzina un noskaidro:
  - pacienta domas (t. i., minējumus par problēmas iemesliem);
  - pacienta satraukuma iemeslus (t. i., raizes) dažādu problēmu sakarā;
  - pacienta cerības (t. i., gaidāmos pacienta norādītās problēmas risināšanas rezultātus);
  - norādīto problēmu iespaidu uz pacienta fizisko un psihoemocionālo labsajūtu.

### Uzticēšanās nodrošināšana

1. Ārstniecības persona neapšaubā pacienta viedokļa un sajūtu patiesumu, neļaujot aizspriedumiem ietekmēt savus secinājumus.
2. Ārstniecības persona ir iejūtīga, izrāda sapratni un pateicību par pacienta gatavību paust savas sajūtas un problēmas, kā arī nepārprotamu interesi par pacienta viedokli un sajūtām.

3. Ārstniecības persona sniedz morālo atbalstu – izrāda raizes, izpratni, vēlmi palīdzēt, izsaka atzinību pacienta centieniem atrisināt problēmu paša spēkiem un ar atbilstošām pašpalīdzības metodēm, kā arī piedāvā “draudzīgu plecu”.
4. Ārstniecības persona delikāti izturas pret mulsošiem, neērtiem jautājumiem un fiziskām sāpēm, emocionāliem pārdzīvojumiem.
5. Ārstniecības persona dalās savās domās ar pacientu, tiešāk iesaistot viņu lēmumu pieņemšanā (piemēram, “Redziet, teiktais mani vedina domāt...”).
6. Ārstniecības persona skaidro nākamā jautājuma vai izmeklējuma nepieciešamību, it īpaši, ja tie pacientam varētu nešķīst tieši saistīti ar konkrēto problēmu.

### **Skaidrošana, plānošana, atbilstošs informācijas apjoms un veids**

1. Ārstniecības persona sniedz informāciju loģiski pakārtotos blokos, pārliecinās, ka tā tiek uztverta un, spriežot pēc pacienta reakcijas, pieņem lēmumus par tālāko informēšanu.
2. Ārstniecības persona ņem vērā pacienta informētības līmeni – konsultācijas sākumā apjautājas par pacienta zināšanām attiecīgajā jautājumā, noskaidro pacienta vēlmi saņemt informāciju.
3. Ārstniecības persona pajautā pacientam, kāda informācija vēl būtu nepieciešama, piemēram, informācija par slimības cēloņiem, ārstēšanas rezultātu prognoze.
4. Ārstniecības persona sniedz skaidrojumus vajadzīgajās vietās, izvairoties no priekšlaicīgiem padomiem, informācijas vai apgalvojumiem.

### **Vienota izpratne, kas ietver pacienta viedokli**

1. Ārstniecības persona sniedz skaidrojumus atbilstoši pacienta viedoklim – atsaucoties uz iepriekš izteiktām atziņām, bažām un cerībām.
2. Ārstniecības persona rada apstākļus un mudina pacientu līdzdarboties, t. i., uzdot jautājumus, lūgt papildu skaidrojumus vai izteikt šaubas, kā arī attiecīgi reaģēt uz tiem.
3. Ārstniecības persona seko līdzi un reaģē uz pacienta verbālajiem, neverbālajiem signāliem, piemēram, pacienta vēlmi sniegt papildu informāciju, uzdot jautājumus, reakciju uz informācijas pārsātinājumu, veselības problēmu radīto diskomfortu.
4. Ārstniecības persona rūpīgi izzina pacienta uzskatus, reakciju un sajūtas attiecībā uz sniegto informāciju un tajā ietvertajiem terminiem, fiksē tos un, ja nepieciešams, atbilstoši rīkojas.

### **Plānošana – kopīga lēmuma pieņemšana**

1. Ārstniecības persona iespēju robežās dalās ar savām domām – apsvērumiem, domu gaitu un dilemmām.

2. Ārstniecības persona iesaista pacientu:
  - norādījumu vietā izsaka priekšlikumus un piedāvā izvēles iespējas;
  - mudina pacientu izteikt savas domas, priekšlikumus.
3. Ārstniecības persona apsver plāna realizācijas organizatoriskos aspektus.
4. Ārstniecības persona noskaidro pacienta vēlmi piedalīties konkrētu lēmumu pieņemšanā.
5. Ārstniecības persona vienojas par abpusēji pieņemamu tālākās rīcības plānu:
  - izklāsta savu viedokli par pieņemamāko variantu vai norāda uz, pēc viņa domām, vēlamu izvēli;
  - fiksē pacienta izvēli.
6. Jautā pacientam, vai:
  - plāns ir pieņemams;
  - plāns ļaus atrisināt konkrēto problēmu.

### **Konsultācijas noslēgums**

1. Ārstniecības persona vienojas par tālāko pacienta un ārsta rīcību.
2. Ārstniecības persona nodrošinās pret jebkādiem tālākiem starpgadījumiem, izskaidrojot iespējamās komplikācijas, norādot, kā rīkoties, kad un pie kā vērsties ārstēšanas plāna neveiksmes gadījumā.

### **Noslēguma jautājumi**

1. Ārstniecības persona īsumā pārstāsta konsultācijas gaitu un izskaidro ārstēšanas plānu.
2. Ārstniecības persona vēlreiz pārbauda, vai ārstēšanas plāns ir pacientam pieņemams un apmierinošs, kā arī atkārtoti jautā, vai ir vēl kādi precizējumi, jautājumi un citi aspekti.

## 5. PSIHOONKOLOĢIJA

Psihofizioloģisko vēža aspektu minējis jau Galēns (1824), kurš teicis, ka melanholiskām sievietēm daudz biežāk attīstās krūts vēzis nekā sangviniskām sievietēm. *Gay* (1759) rakstījis, ka ļaundabīgie audzēji veidojas sievietēm ar “histēriskām un nervozitātes sūdzībām” un īpaši “sadrūmušām, īgnām, smagām, flegmatiskām un melanholiskām”, īpaši tām, kas sastapušās ar dzīves likstām, grūtībām un sērām. Tāpat uzskata *Paget* (1870), *Parker* (1885), *Cutter* (1887), *Hughes* (1887) u. c.

Psihoanalīze izveidojusi divas galvenās pieejas vēzim. Pirmā pieeja ir saistīta ar zaudējumu un depresiju kā onkoloģiskā procesa priekšvēstnešiem, otrā pieeja – ar personības konfigurācijas pētījumiem, ko raksturo noliegums un depresija, kā arī stipru internalizētu kontroli un pieķeršanos sociālajām normām (*Reznikoff*, 1955; *Tabachnick*, 1972; *Wheeler&Caldwell*, 1955). *Bahnson* (1969) secinājis, ka onkoloģiska procesa attīstības iespējas var būt ilgstoša pastāvīga iekšējā stresa fizioloģisks efekts, kas netiek atrisināts ne ar ārējām darbībām, ne veiksmīgu adaptāciju. Tātad daudzos gadījumos tas var reprezentēt “neadaptācijas sindromu”.

*Renneker* (1963) izvirzītie septiņi uzvedības raksturlielumi sievietēm ar krūts karcinomu (40 pacientes):

- 1) mazohistiska rakstura struktūra;
- 2) apspiesta seksualitāte;
- 3) nospiests mātes stāvoklis vai apspiests mātes instinkts;
- 4) izpatikšana, slēpjot nespēju izteikt vai pareizi izmantot agresivitāti;
- 5) neatrisināts konflikts ar māti, pārvarēts caur noliegumu vai neracionālu ziedošanos;
- 6) ārstēšanās atlikšana;
- 7) bieža akūta vai hroniska depresija ar slēptām trauksmes, vainas, paškritikas un pašnosodījuma jūtām pirms audzēja klīniskās diagnozes.

Psihoanalīzes laikā vēža pacientiem īpaši bieži tiek konstatēti:

- 1) agrīns nozīmīgas personas zaudējums pacienta tuvākajā apkārtnē;
- 2) nespēja atklāti paust savas agresijas jūtas;
- 3) “nabas saites” saglabāšanās ar kādu no vecākiem;
- 4) seksuālie traucējumi.

Ir izteiktas hipotēzes par alternatīvu somatisku vai psihisku izvēli starp vēzi vai psihozi, jo starp stacionārā esošiem šizofrēnijas un depresijas slimniekiem gandrīz nav onkoloģisku slimnieku.

Izdarot katamnesticos novērojumus slimniekiem ar monopolārajiem un bipolārajiem traucējumiem, kad viņi gadiem atradās bezcerības un atrautības stāvoklī, pētnieki secināja, ka viņu vidū nepalielinājās saslimšana ar vēzi (*T. Niemi un līdzaut., 1978*).

Par psihisko faktoru ietekmi uz labvēlīgu vai nelabvēlīgu slimības norisi liecina pētījumi, kas pierāda, ka ilgāk dzīvo tās krūts dziedzera vēža patientes, kurām dod iespēju izpaust savu agresiju vispār un pret ārstējošo ārstu īpaši.

Daži autori (*S. Nakagawa un Y. Ikemi, 1977*) uzskata, ka, paaugstinot iekšējo pretestību un izveidojot aktīvu cīnītāju nostādni, var palīdzēt dažiem vēža patientiem.

*D. Spiegel* un līdzautori (1989) prospektīvi izpētīja divas slimnieku grupas ar metastazējošu krūts vēzi, izmantojot grupas psihoterapiju; 83 pacienšu epikrīzes parādīja, ka šīs patientes dzīvoja par 18 mēnešiem ilgāk, salīdzinot ar kontroles grupu.

Onkoloģiskas slimības, piemēram, melanomas, gadījumos atrasti dati, ka stipri emocionāli reaģējošiem patientiem ir mazāka tendence uz recidīviem nekā tiem, kas reaģē aizsargājoties un ārēji izskatās, ka ir pielāgojušies slimībai (*L. Temoshok un B. Fox, 1984*).

## 6. PSIHOTERAPEITISKĀ ĀRSTĒŠANA

Saskaņā ar psihodinamisko teoriju, ja netiek koriģēti domāšanas traucējumi, viens simptoms vai sindroms pēc farmakoloģijas vai citādas bioloģiskas korekcijas transformējas citā. Piemēram, pēc kuņģa rezekcijas čūlas slimības dēļ pacientam sākas pēcooperācijas depresija; alkoholiķis, pēc tam, kad iešūta ampula, dažreiz kļūst par impulsīvu azartspēlmani vai nonāk depresijā (paliek atkarība domāšanā un emocionāla infantilitāte attiecībās). Emocionāli nestabilam pacientam ar personības traucējumiem depresivitāte un pašdestruktivitāte domāšanā izpaužas vienlaicīgi daudzos simptomos un uzvedības traucējumu veidos tādos kā multiplas somatoformas sūdzības daudzos orgānos, medicīnisku simptomu radīšana, hroniski suicidāla uzvedība, alkohola un narkotiku ekscesi, braukšana reibumā, pārēšanās ekscesi, seksuāli ekscesi, nešķirojot seksuālo orientāciju, nelietojot medikamentus dzīvībai bīstamu slimību gadījumā un izrakstīto psihotropo medikamentu izmantošana suicidālos vai eiforizējošos nolūkos.

Smadzeņu garozas funkcionālais slānis atspoguļo mijiedarbības pieredzi ar sociālo vidi, kas veido emocijas, afektus un domāšanu. Līdz ar to afektīvi-kognitīvo traucējumu psihoterapijai ir svarīga, nevis otršķirīga nozīme līdztekus psihofarmakoterapijai. Kognitīvās disfunkcijas var koriģēt īstemiņa psihodinamiskā vai kognitīvā psihoterapija, bet dziļās afektīvi-kognitīvās disfunkcijas, kas veido personības traucējumus, iespējams pārveidot tikai ilgstošu psihoterapiju laikā. Tā tiek risināta emocionālās atkarības problēma no citiem cilvēkiem, tai skaitā arī ārsta, un ar to saistītā afektīvā reaģēšana (atkarības noliegums ar afektīviem izvirdumiem, impulsivitāti, suicidalitāti, ķīmisku vielu atkarību, nervu anoreksiju un bulīmiju, depresiju un somatizētu depresiju).

Psihoterapijas procesā pacienta fiziskās sūdzības tiek pārvērstas vārdos un emocijās.

Smagi somatiski slimiem pacientiem ar aleksitīmiju izmantojamas daudzas pašregulācijas palīgmetodes: atpūta un relaksācijas treniņi, antidepresanti un prettrauksmes medikamenti, atpūtas un izklaides plānošana, mūzikas, mākslas un ķermeņa terapija, ģimenes psihoterapija, pašpalīdzības grupas.

## 7. SĒRAS

Pamatvārdi, kas apzīmē šo jēdzienu, ir sēras, bēdas, skumjas, nomāktība, kurus dažreiz lieto kā sinonīmus, dažreiz diferencē.

Cilvēka nosliece uz sērām ir individuāla un atkarīga no diviem faktoriem – bioloģiskā un sociālā. Neurofizioloģiskos pētījumos ir atklāti atsevišķi sēru neironi, ķīmiskie un fizioloģiskie mehānismi. Sēras iespējamās tikai tad, ja notikusi emocionāla piesaiste kādai personai, lietām, sociālajai lomai vai idejām.

### Sēru funkcijas

Cilvēki un augstākie primāti pēc savas dabas ir sabiedriski, sociāli radījumi, kas dzīvo grupās. Viņu izdzīvošana un labklājība ir tiešā veidā atkarīga no attiecībām ar grupu. Individīda atdalīšanās no grupas samazina tā izdzīvošanas iespējas. Sēras ir bioloģiska reakcija, kas evolucionāri nodrošina grupas saliedētību. Atšķiršana no grupas vai atsevišķiem grupas locekļiem indivīdam rada milzīgu sasprindzinājumu, kas ietekmē viņu gan psihiski, gan fizioloģiski (*Averill, 1968*).

Separācijas traucsmi var definēt kā zaudējuma sāpju iespējas apzināšanos. Pašas sēras ir process, kurā persona emocionāli distancējas no zaudētā svarīgā objekta, kuram ir bijis piekēries. Sēru darbs ir arī zudušā objekta tēla restaurācija iekšējā pasaulē.

Sēru emocijas pilda komunikatīvu funkciju, signalizējot cilvēkam pašam un apkārtējiem par disharmoniju. Paužot sēras, indivīds liek manīt, ka viņam ir slikti un nepieciešama palīdzība. *Savitsky* un *Sim* (1974) eksperimentu rezultāti liecina, ka pusaudžiem par pilnīgi vienādiem kriminālpārkāpumiem piesprieda dažādu sodu: tiem, kuru sejas pauda bēdas, mazāku sodu nekā tiem, kuru sejas bija dusmas vai prieks.

Sēras pilda motivācijas funkciju. Tās var radīt vēlmi atjaunot vai nostiprināt saites ar cilvēkiem. Bēdas, ko rada zaudējums vai neveiksme, parasti veicina vēlmi sākt problēmas risināt. Pilnīga sēru afekta izstumšana var būt cilvēkam ļoti kaitīga, jo skumjām ir svarīga loma personiskajā izaugsmē (*Izard, 1991*).

Sērām ir sava loma empātijas veidošanā un attīstībā. Bērna raudas mātei izraisa līdzcietību, kas kopā ar citām emocijām nostiprina mātes un bērna diādi. Mātes sapratne ieliek pamatu bērna empātijas spēju attīstībai. Ja cilvēks atceras skumju notikumu savā dzīvē, viņš žēlo sevi, bet, ja notikumu piedzīvo draugs vai mīļotais cilvēks, uzmanība koncentrējas uz otra nelaimi un, šai gadījumā viņš izjutīs žēlumu un līdzcietību pret otru, centīsies viņam palīdzēt. Tādējādi sēras aktivizē altruistisko uzvedību.



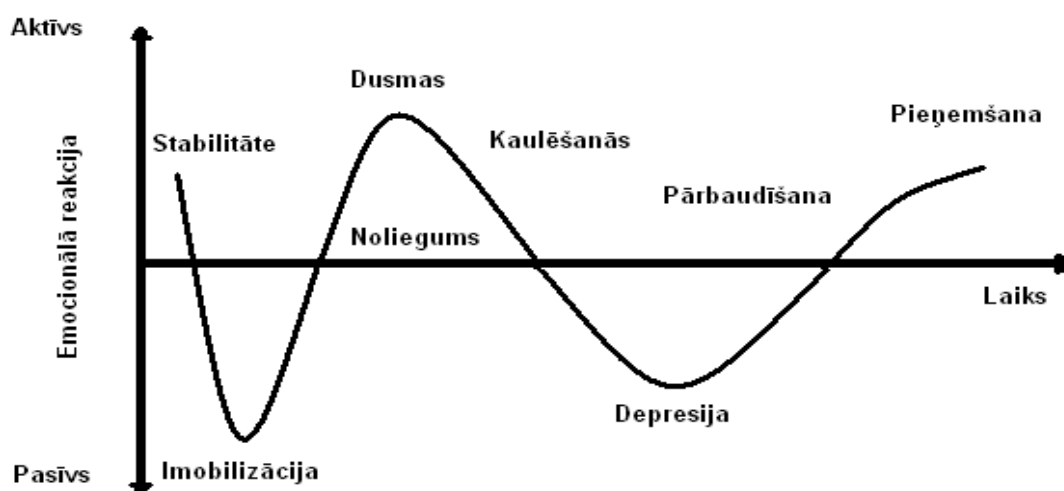
Sēru reakcijas izraisa:

- 1) tuva cilvēka nāve;
- 2) nedzīvi dzimis bērns;
- 3) spontāns aborts, īpaši, ja bērns ilgi gaidīts;
- 4) bērns piedzimis ar iedzimtiem psihiskiem un fiziskiem defektiem;
- 5) savas letālas diagnozes uzzināšana;
- 6) kāda orgāna amputācija vai ekstirpācija, īpaši, ja tas saistīts ar ārējo izskatu vai dzimumsfēru (krūts amputācija, dzemdes ekstirpācija);
- 7) sociālās lomas zaudējums grupas līmenī.

## 8. KRĪZES

Elizabete Kiblere Rosa 1969. gadā pirmoreiz formulēja sēru stadijas, un vēlāk šis sadalījums kļuva par pamatu arī krīzes teorijas pamatelementiem. Šis modelis ir nedaudz pagarināts, salīdzinot ar oriģinālo Kibleres Rosas modeli, kas neiekļauj šoka un pārbaudes stāvokli. Lai vai kā, šie stāvokļi bieži der, lai saprastu, kas notiek ar cilvēku, un veiktu attiecīgas darbības:

- 1) šoka stāvoklis: sākotnēja paralīze, izdzirdot ziņu;
- 2) nolieguma stāvoklis: centieni izvairīties no neizbēgamā;
- 3) dusmu stāvoklis: sakrājušos emociju neapmierināta izgāšana;
- 4) kaulēšanās stāvoklis: veltīga izejas meklēšana;
- 5) depresijas stāvoklis: neizbēgamā aptveršana;
- 6) pārbaudīšanas stāvoklis:
- 7) reālu risinājumu meklēšana;
- 8) pieņemšanas stāvoklis: turpmākā ceļa atrašana.



8.1. attēls. Sēru stadijas

Krīzes stāvoklis rodas tādā dzīves brīdī, kad cilvēka iepriekšējā pieredze un līdzšinējie reakciju veidi nav pietiekami, lai pārvarētu situāciju. Tā rada iespēju izšķirīgām pārmaiņām. Krīze bieži dod iespēju mainīt attieksmi pret sevi un savu dzīvi, liek nobriest un mainīties.

Krīžu veidi:

- 1) traumatiskās krīzes;
- 2) attīstības krīzes;
- 3) eksistenciālās krīzes;
- 4) daudzdimensiālās krīzes.

Traumatiskās krīzes:

- 1) zaudējuma gadījumā (tuvinieka nāve, smaga slimība, šķiršanās, mīļa dzīvnieka, īpašuma vai darba zaudējums u. c.);
- 2) noniecinātas pašapziņas gadījumā (konflikti vai publiskas neizdošanās, kaunpilnas situācijas, darbs kopā ar cilvēkiem, kas nicina, pazemo, citus cilvēkus);
- 3) katastrofu un šausmu pārdzīvojumi (dabas katastrofas, kara laikā u. tml.).

Psihosociālie stresori (pēc *Blomke*):

- 1) sociāla nesakārtotība;
- 2) sociālā statusa maiņa;
- 3) neapmierinātība ar darbu;
- 4) dramatiski dzīves notikumi un krīzes.

### **Onkoloģiska slimnieka personības raksturojums**

Par kancerogēniem var kalpot dažādas traumējošas dzīves situācijas, grūtības sakarā ar objekta zaudējumu, ar to saistītas bailes, grūtības paust emocijas, konfliktu risināšanas grūtības, ilgstoša bezpalīdzības sajūta, nomāktība un bezcerība.

Bieži vēzis liecina, ka dzīvē bijušas neatrisinātas problēmas, kas sarežģījušās stresa situācijas dēļ, kas notikusi 0,5–1,5 gadus pirms vēža atklāšanas.

Tipiska vēža slimnieka reakcija uz šādām problēmām ir bezpalīdzības sajūta, atteikšanās no cīņas. Šī emocionālā reakcija iedarbina vairākus fizioloģiskos procesus, kas nomāc dabiskos aizsargmehānismus un veido apstākļus slimības attīstībai.

Izdala piecus vēždraudes psiholoģiskās attīstības posmus (pēc *C & S Simonton*):

- 1) bērnības pārdzīvojumi, kas veido vienu vai otru personības tipu;
- 2) pār cilvēka galvu gāžas dramatisku notikumu lavīna, kas izraisa stresu;
- 3) radusies stresa situācija izraisa cilvēkam problēmas, ar ko viņš netiek galā;
- 4) neredzot iespēju mainīt rīcības noteikumus, cilvēks jūtas bezspēcīgs un neredz iespēju risināt problēmas;
- 5) cilvēks atsakās no problēmu risināšanas, zaudē elastību, spēju mainīties un attīstīties.

Cilvēks, kurš izvēlas upura lomu, ietekmē savu dzīvi tādējādi, ka pievērš paaugstinātu uzmanību tādiem notikumiem, kas nostiprina pārliecību par viņa stāvokļa bezcerību. Katrs no mums pats izvēlas (ne vienmēr apzināti), kā reaģēt uz to vai citu notikumu.

Stresa lielumu nosaka:

- 1) nozīmīgums, ko mēs tam (notikumam) piešķiram;
- 2) tie noteikumi, ko mēs paši esam izstrādājuši un kas norāda uz pieļaujamo izeju no stresa situācijas.

Daudzi pacienti uzskata, ka vēža rašanās gaitā svarīga nozīme ir psihiskiem iemesliem. Vairāk nekā 1/3 krūts vēža slimnieču blakus tādiem iemesliem kā traumas, kaitīgi ārējās vides faktori nosauc arī psihiskus konfliktus, pārslodzi. 30% pacientu uzskata slimību par sodu par grēkiem un kļūdām. Tas saistīts ar priekšstatu, ka vēzis nav tāda slimība kā citas. Pats vārds “vēzis” ir metafora ļaundabīgam, nepārvaramam procesam, noslēpumainam cilvēka liktenim, ietverot sevī vainu un sodu.

### **Pacienta un tuvinieku informēšana**

Ārstniecības personas bieži grēko un iet tuvinieku pavadā. Reizēm tuviniekiem izdodas pierunāt mediķus lielāko un svarīgāko informāciju pacientam neizpaust. No iepriekšējiem medicīnas modeļiem ir palikusi tendence pārlietu informēt tuviniekus un nepietiekami pašu pacientu. Šādā veidā rodas bīstama situācija, kad tuvinieki izolējas no pacienta.

Kas un cik ārstam jāsaka pacientam, ir sarežģīts jautājums, kas katrā ziņā jārisina atsevišķi, ievērojot arī Pacientu tiesību likuma 4. pantu “Tiesības uz informāciju”, kurā noteikts:

“(3) Pacientam ir tiesības saņemt no ārstējošā ārsta informāciju par savu veselības stāvokli, tajā skaitā par slimības diagnozi, ārstēšanas, izmeklēšanas un rehabilitācijas plānu, prognozi un sekām, arī slimības radītajiem funkcionēšanas ierobežojumiem, profilakses iespējām, kā arī tiesības pēc ārstniecības ietvaros veiktas izmeklēšanas un ķirurģiskās vai cita veida invazīvās iejaukšanās saņemt informāciju par ārstniecības rezultātiem, par iepriekš neparedzētu iznākumu un tā iemesliem.”

Jebkurā gadījumā, lai būtu kopā ar pacientu, viņa tuviniekiem jābūt tikpat daudz informācijai kā pašam pacientam.

Dažāds informētības līmenis atņem ģimenei spēju sadarboties. Šādā situācijā neviens nevar rīkoties dabiski, viss ir pakļauts izkropļotām refleksijām, lai gan nepieciešama atklātība. Lai šādu atklātību panāktu, bieži nepieciešama ģimenes locekļu konfrontācija.

Partneris var pārdzīvot krīzi līdzīgi kā pats patients. Bieži sastopama vainas sajūta, dusmas, bezspēcība u. c. Ģimenes sarunas darbojas nomierinoši un pasargā no šo jūtu hronizācijas.

Vispārējais veselības stāvoklis var radīt arī seksuālu disfunkciju. Kritēriji ir distress vai interpersonālās grūtības, izteikta seksuālā disfunkcija, kas ir tieši cēloniski saistīta ar kādu somatisku stāvokli, bet traucējums nav radies psihiskas slimības dēļ.

Var būt sāpīgs dzimumakts iekaisuma dēļ, pēc epiziotomijas, postmenopauzālā mukoza slāņa samazināšanās, endometriozes dēļ, pēc okoginekoloģiskām operācijām utt. Seksuālo vēlmju hipoaktivitāte savukārt var rasties no smagām slimībām vai ķirurģiskām operācijām, kas aizskar ķermeņa imidžu: mastektomijas, ileostomijas, histerektomijas. Ir slimības, kas iztukšo indivīda enerģijas krājumus, jo prasa pastāvīgu mobilizēšanos un adaptēšanos, rada depresiju, kas pavājina seksuālās vēlmes.

Ņemot vērā kopējo sabiedrības priekšstatu par onkoloģiskām saslimšanām un to ietekmi uz cilvēku fizisko ķermeni, psihoemocionālo stāvokli un citām sfērām, kļūst skaidrs, cik bīstams ir šis spēks, par spīti paša pacienta bailēm, apkārtējo cilvēku centieniem mainīt savus priekšstatus par šīm slimībām un noticēt, ka vēl spēs atlabt un dzīvot aktīvu un jēgpilnu dzīvi. Ārstēšanās, slimība un arī partneris, ģimene un sabiedrība kopumā prasa milzīgu vīrišķību un spēku. Lai palīdzētu pacientiem šai grūtajā cīņā, mēs, pirmkārt cenšamies negatīviem sabiedrības priekšstatiem par vēzi pretī likt pozitīvu priekšstatu sistēmu.

### **Sabiedrības priekšstati par nāvi**

Negatīvie priekšstati:

- 1) vēzis ir nāvējoša slimība;
- 2) vēzis “uzbrūk” no ārienes, un cīnīties nav iespējams;
- 3) jebkura ārstēšana ir sāpīga un mazefektīva, turklāt bieži rodas blaknes.

Pozitīvie priekšstati:

- 1) vēzis ne vienmēr ir nāvējošs;
- 2) paša slimnieka iekšējie resursi var cīnīties ar vēzi, lai kas to būtu izraisījis;
- 3) ārstēšana var būt sabiedrotais cilvēka organisma resursiem.

### **Četri psiholoģiskie posmi, kas cilvēku no krīzes aizvada līdz veselībai**

- 1) kad cilvēks uzzina, ka ir slims un viņa slimība var būt nāvējoša, viņš citām acīm ierauga savas problēmas;
- 2) cilvēks pieņem lēmumu mainīt savu uzvedību, mainīties, kļūt par citu cilvēku;
- 3) organismā notiekošie fizioloģiskie procesi reaģē uz uzliesmojušo cerību un atjaunojošos vēlmi dzīvot, veidojas jauna pozitīva fizioloģisko procesu un pacienta emocionālā stāvokļa atkarība;
- 4) izārstējies pacients jūtas labāk nekā vienkārši labi.

Pirmais uzdevums ir palīdzēt pacientam noticēt ārstēšanas efektivitātei un sava organisma spējām pretoties slimībai, pēc tam iemācīt viņu tikt galā ar stresa situācijām. Īpaši svarīgi, lai pacients mainītu attieksmi pret sevi (vai arī pret tām problēmām, kas ir bijušas pirms saslimšanas).

Pacientam jātic savām spējām, jābūt pārliecinātam, ka viņš savas problēmas var atrisināt efektīvāk.

Ticība spējai izveseļoties, kas radusies pacientā, un jauna attieksme pret savām problēmām, kas jārisina, veido tādu dzīves pozīciju, kurā ir vieta cerībai un ticībai nākotnei.

Tie paši mehānismi, kuru ietekmē jūtas un sajūtas pārvērtās fizioloģiskos procesos, kas izraisīja saslimšanu, var tikt izmantoti arī veselības atjaunošanai. Te īpaši svarīga loma arī partnerim un ģimenei.

Kā vērtēt notikumu nozīmi?

Nav grūti noteikt, kādu nozīmi katrs piešķir noteiktiem notikumiem savā mūžā. Daudz grūtāk to saprast pēc sava personiskā piemēra, piem., darba zaudējums var nozīmēt:

- 1) sakāvi un neveiksmi;
- 2) izaicinājumu;
- 3) iespēju sākt visu no jauna;
- 4) apliecinājumu, ka “virs zemes nav taisnības”.

Kādu no šīm nozīmēm piešķir konkrētais cilvēks, atkarīgs no citiem priekšstatiem, piemēram:

- 1) vai viņš redz iespēju atrast citu darbu;
- 2) cik ļoti cilvēks šo darbu vērtē kā personiskās vērtības atzīšanu;
- 3) vai viņš jūtas kā savas dzīves saimnieks;
- 4) viņa spējas veidot jaunu pozitīvu situāciju.

Princips, ko izmanto, lai noteiktu notikuma nozīmi, der visām situācijām. Lai cik sāpīgas šīs situācijas ir pašas par sevi, piemēram, mīlotā cilvēka vai galvenās lomas zudums, stresa līmenis un it īpaši bezpalīdzības un bezcerības pakāpe, tas atkarīgs no tās nozīmes, ko jūs šim notikumam piešķīrat.

Tikko jūs sākat uzmanīgi pētīt izveidojušos priekšstatus, kas ierobežo jūsu reakcijas, tikko dodat sev iespēju izskatīt interpretācijas variantus un reakcijas uz tām, rodas reāla iespēja mainīt situācijas vērtējumu un pārvērst negatīvās emocijas par pozitīvām. Kad tiek atrasta un iznīcināta galvenā pārliecība, kas bloķēja normālo dzīves gaitu, tā atkal sāk mierīgi un bez šķēršļiem iet savu gaitu, bet kopā ar to atjaunojas dzīves enerģija, kas atjauno veselīgu cilvēka dabisko aizsargmehānismu funkcionēšanu.

### **Slimības “ieguvuma” noteikšana**

Lai gan slimība nes ciešanas un sāpes, tā vienlaikus palīdz risināt problēmas, kas cilvēkam radušās. Slimība kļūst par sava veida risinājumu, kas dod tiesības rīkoties tā, kā viņš nekad neatļautos, būdams vesels.

Tikai iedomājoties visu to, ko saņem slimais cilvēks: pastiprinātu uzmanību un rūpes, iespēju neiet uz darbu, pienākumu mazināšanos, samazinātas prasības u. c. Tā kā onkoloģiskie slimnieki bieži vien ir cilvēki, kas sabiedrības intereses vērtē augstāk par savējām, viņiem ir grūti atļaut sev darīt to, ko vēlas – būt pašiem sev galvenajiem, mīlēt sevi u. tml., bez īpaša iemesla. Šajā gadījumā slimība “atceļ” daudzus priekšstatus, kas cilvēkam traucē pievērsties savām personiskajām vajadzībām, gan emocionālā, gan fiziskā plāksnē.

Bet, dodot cilvēkam pārejošu atelpu, slimība vienlaikus ir arī lamatas. Ja viņam izdodas saņemt uzmanību un tiesības atpūsties tikai tad, kad viņš ir slims, kāda daļa ļaužu nemaz negribēs izveseļoties. Vēzis ir pārāk augsta maksa, lai ar tā palīdzību risinātu problēmas, ko varētu atrisināt, mainot izstrādātos dzīves noteikumus, kas neļauj pievērst uzmanību personiskām vajadzībām.

Pacienta uzdevums būtu:

- 1) noteikt tās vajadzības, kas tiek apmierinātas sakarā ar saslimšanu;
- 2) atrast citus sevis apmierināšanas veidus, kas saistīti ar saslimšanu.

## 9. DEPRESIJA

Depresija (latīņu *depressio* – nospiestība, nomāktība) ir psihes stāvoklis, kam raksturīga nomāktība, drūmums, arī domāšanas aizture. Medicīnā šo terminu kā diagnozi lieto, ja nospiestībai ir patoloģisks raksturs.

Depresijas ir viens no iemesliem, kas rada grūtības strādāt, rodas problēmas ģimenē un sabiedrībā. Ja depresīvi traucējumi kombinējas ar trauksmi, vēl vairāk pasliktinās sociālā adaptācija un dzīves kvalitāte.

Bieži vien depresīvie traucējumi aktualizējas uz somatisku saslimšanu fona – depresijas biežums pacientiem ar hronisku somatisku patoloģiju ir 20–60% gadījumu. Depresija var būt arī viens no somatiskas saslimšanas riska faktoriem vai tās pavadsindroms. Somatologa praksē depresiju kombinācijā ar trauksmi novēro deviņas reizes biežāk nekā izolētu, un sešas reizes biežāk kombinācijā ar vismaz divām hroniskām somatiskām slimībām.

### Depresijas izpausmes

- 1) emocionālās izpausmes: skumjas, prieka zudums par ikdienas aktivitātēm, raudulīgums, bezcerīgums, vainas sajūta, bezvērtības sajūta;
- 2) motivācijas izpausmes: pastiprināta atkarība, vāja enerģija, nogurums, grūtības koncentrēties, apātija, interešu sašaurināšanās;
- 3) kognitīvās izpausmes: negatīvu notikumu gaidas, zems pašvērtējums, pārspīlētas problēmas, grūtības pieņemt lēmumus, pašnāvības domas, domas par smagu somatisku slimību;
- 4) psihomotoriskās izpausmes: ēstgribas traucējumi un masas pieaugums vai zudums, miega traucējumi – agra pamošanās, vājināta dzimumtieksme (libido), garstāvokļa svārstības, īpaši slikts tas ir no rīta;
- 5) ķermeniskās izpausmes: neregulārs menstruālais cikls vai “amenoreja”, aizcietējums, galvassāpes.

Ārsta praksē depresija sastopama gan rekurentu depresīvu, gan bipolāru afektīvu traucējumu gadījumā, gan kā simptomātiska jeb eksogēna depresija – nosacīti var izšķirt endogēno un eksogēno depresiju.

### Endogēnā depresija

- 1) nav saistīta ar ārējiem psihotraumējošiem faktoriem vai arī trauma ir nenozīmīga;
- 2) ir depresijas triāde – nomākts garstāvoklis, domāšanas aizture, kustību gausums;
- 3) slimnieks cenšas ieņemt pēc iespējas mazāk vietas; runā klusā, monotonā balsī, tik tikko kustinot lūpas;
- 4) domas ar negatīvu saturu;



- 5) ideatoriska aizture – nespēja veikt darbu;
- 6) nespēja just – psihiskā dolorozā anestēzija;
- 7) mainās pasaules uztvere – nav krāsu, ir “skumjas ķermenī”;
- 8) miega traucējumi – sākumā ir grūtības aizmigt, reizēm tikai trūkst miega sajūtas, bet objektīvi cilvēks guļ;
- 9) nespēja raudāt;
- 10) slikta ēstgriba;
- 11) sievietēm mēdz būt menstruālā cikla traucējumi;
- 12) sliktāk jūtas no rītiem;
- 13) depresijas sākums ir vieglāks, pēc tam depresija padziļinās.

### **Eksogēnā depresija**

Eksogēno depresiju izraisa ārēji iemesli, un atkarībā no tiem izšķir:

- 1) organisku depresiju, kas rodas pacientiem ar organiskām CNS slimībām (smadzeņu asinsvadu patoloģija, galvas trauma, somatiskas slimības), vienmēr ir astēnija un organiskai slimībai raksturīgi simptomi;
- 2) reaktīvu depresiju – atbilstoša atbildes reakcija uz psihotraumējošu situāciju.

Reaktīvai depresijai ir raksturīga Jaspersa triāde – depresija kā psihotraumējošas situācijas sekas; depresijas izpausme atspoguļo problēmu, pēc kuras atrisināšanas depresija pāriet.

Slimniekiem ar reaktīvu depresiju raksturīgi:

- 1) sūdzas par neatvairāmām nepatīkamām domām par psihotraumējošo situāciju, “galvas depresija”;
- 2) sliktāk jūtas vakarā;
- 3) daudz raud;
- 4) ir kustīgi, satraukti, uzbudināti;
- 5) var nebūt miega un ēstgribas traucējumu;
- 6) depresijas sākums ir smagāks.

Simptomātiskas (eksogēnas) depresijas attīstību var sekmēt ne tikai pats somatiskās slimības smagums, bet arī pacienta psiholoģiskais stāvoklis un sabiedrības attieksme pret konkrēto slimību:

- 1) slimības faktori – kāds ir slimības raksturs: vai tā kļūst hroniska, vai izraisa invaliditāti, vai jācieš no sāpēm, vai iespējama radikāla vai tikai paliatīva ārstēšana, kāda ir mirstība;

- 2) kādus sociālos traucējumus slimība izraisa – vai ietekmē materiālo labklājību, kā uz šo slimību raugās darbā un sabiedrībā, vai tā ietekmē ģimenes dzīvi, seksuālo dzīvi un brīvā laika pavadīšanu.

Pacientiem ar hronisku somatisku slimību (onkoloģisku, neiroloģisku u. c.) bieži ir arī sociālas un materiālas grūtības, kas vēl vairāk pasliktina depresīvo traucējumu norisi.

### **Maskētā depresija**

- 1) dažkārt pacienti nomāktu garastāvokli vai skumjas nepamana, pat noliedz;
- 2) pacientiem ir mokošas somatiskas sūdzības, kuru intensitāte ir spilgtāka no rīta un kuras slikti padodas simptomātiskai terapijai;
- 3) objektīvās atrades dati un klīniskie izmeklējumi neapstiprina somatisku diagnozi;
- 4) jūtama stāvokļa uzlabošanās, ja terapijā tiek ordinēti antidepresanti;
- 5) depresija var slēpties arī aiz alkohola vai psihoaktīvu vielu atkarības, seksuālas disfunkcijas vai citu traucējumu “maskas”.

### **Risks saslimt ar depresiju**

Vismaz reizi mūžā pārciest depresiju iespējams 10–15% vīriešu un 20–30% sieviešu.

Pašreiz ir tendence palielināties depresijas gadījumu skaitam.

### **Ļaundabīgie audzēji un depresija**

Hronisku depresiju uzskata par vēža riska faktoru. 25% gadījumu slimības laikā sākas depresija, kas jāvērtē un jāārstē kā atsevišķa slimība, taču 80% vēža slimnieku depresija netiek diagnosticēta un ārstēta. Visbiežāk novēro disforiju un skumjas jeb grūtsirdību.

Vairākos pētījumos konstatēts, ka paliatīvās aprūpes pacientiem ar vēža diagnozi 40–60% gadījumu ir emocionāls distress, bet 25% – depresija.

Būtiska nozīme šo traucējumu attīstībā ir citokīniem (imūnsistēmas modulatoriem). Ja to līmenis ir paaugstināts, pacients jūt anhedoniju, nespēku, ēstgribas trūkumu, miegainību un pastiprinātu jutību pret sāpēm.

Biežāk (40–50% gadījumu) ar depresiju sirgst slimnieki ar aizkuņģa dziedzera un kakla un rīkles audzēju.

Ļaundabīgu audzēju gadījumā, ja diagnosticēta depresija, pirmās kārtas medikamenti ir SSRI antidepresanti.

Depresiju atklāt kavē:

- 1) nepietiekams laiks pacienta apskatei;
- 2) biežākas pacienta sūdzības par fiziskiem traucējumiem;
- 3) hroniska somatiska slimība slēpj depresijas simptomus;
- 4) stigmatizācija un pacienta attieksme pret depresijas diagnozi.

## 10. TERAPIJA

### Atbalsta terapija

Galvenie atbalsta terapijas metodes uzdevumi ir mazināt trauksmi un celt pašcieņu.

Darba metodes sastāvdaļas:

- 1) klausīšanās;
- 2) sarunvalodas stils;
- 3) sarunas veicināšana, iesaistīšanās;
- 4) paužu likvidēšana;
- 5) elpošana;
- 6) iztaujāšana;
- 7) klarifikācija (noskaidrošana).

Sarunas beigās tiek izdarīts kopsavilkums, piemēram, jūs esat nobijies vai jūtaties pamests, utt. Iztaujājot mēs paužam interesi par stāstīto. Klarificēt nozīmē noskaidrot. Šī metode centrēta uz smagām jūtām un emocijām.

Pacienti parasti vēršas ar sūdzībām par

- 1) bailēm;
- 2) trauksmi;
- 3) depresiju.

Atbalsta terapija pacientam sniedz:

- 1) mierinājumu;
- 2) iedrošinājumu;
- 3) uzmundrinājumu;
- 4) ierosinājumu;
- 5) padomu.

Rezumējot sarunu, mēs to izskaidrojam. Ir pacienta sajūtas un ārsta sajūtas. Atbalsta terapijas sarunām nav vērtējuma. Empātiska izturēšanās ceļ pacienta pašcieņu. Saskarsme ar empātisku personu ir emocionāli koriģējoša tāpēc, ka empātiska persona ir droša. Empātisks cilvēks ievēro distanci. Pacientu nedrīkst apgrūtināt arī ar simpātijām. Balsij jābūt mierīgai, tonim empātiskam. Nevajadzētu uzsvērt pacienta vājumu un ārsta pārākumu. Ja tas ir patients, ar ko strādājat ilgāku laiku, tiekaties atkārtoti, būtu jāzina, kas jūsu pacientu biedē, kas viņam patīk vai nepatīk utt.

To var arī ierakstīt slimības vēsturē. Uzskatāmi jāpauž tas, par ko bijusi runa iepriekšējā vizītē. Jāatsaucas uz emocionāliem piemēriem pacienta dzīvē.

Biežākās emocijas ir dusmas, pazemojums, frustrācija.

Pacientu slavējam, tas nozīmē, pamanām vismazāko viņa panākumu, piemēram: “Tas bija gudri, kā rīkojāties”. Savukārt nepamatota uzslava cilvēku sagrauj.

Sarunājoties savus jautājumus un atbildes veidojam pozitīvi, lai arī atbilde būtu pozitīva.

Jāizvairās no uzbrūkošiem jautājumiem. Neuzdot jautājumus, kas sākas ar “kāpēc”. Labāk ir teikt: “Es gribētu labāk saprast...” vai “Tās ir ļoti svarīgas lietas...” u. c. Sarunas gaitā jebkurā veidā jāizvairās no strīda, jācenšas nedominēt un vairīties no kritikas un devalvācijas.

### **Kognitīvi biheiviorālā pieeja**

Tā ir izziņas un uzvedības pieeja. Arons Beks tiek uzskatīts par kognitīvās terapijas pamatlicēju. Domas un priekšstati nosaka disfunkcionālu uzvedību. Terapijas mērķis ir mainīt neadekvātās domas. Ja pacientam ir sliktas domas, tās radījis kāds ārējs, racionāls iemesls. Viens no šās tehnikas elementiem ir mājasdarbi, kas tiek uzdoti pacientam. Viena no tehnikām ir atpazīt domas: piemēram, katru dienu atrast vistraucējošāko negatīvo domu.

Pacientam jāsecina pašam:

- 1) jāatceras emocijas;
- 2) jāmēģina atrast notikumus pirms emocijām;
- 3) jāpārbauda, vai tas tiešām ir notikums, vai tikai domas;
- 4) jānosaka, kādas domas radušās par notikumu.

Mērķis: identificēt domas, kas ir traucējošas, neadaptīvas, iracionālas. Jāatrod galvenā iracionālā doma.

Nākamais solis ir atrast pamatojumus pret šo apgalvojumu. Jāpalīdz iracionālas domas apstrīdēt netieši un tad nepareizo domu vietā adaptēt citas domas, kas neizraisa virkni negatīvu emociju.

## 11. NOBEIGUMS

Pasaulē ir ļoti daudz vēža slimnieku. Cilvēki, kuri ir saslimuši, nav izpelnījušies likteņa nolemtību, lāstu vai sabiedrības nosodījumu. Vēzis ir īsta nelaime, bet ne kauns vai sods. Ar to slimo gan miljonāri un nabagi, gan valstsvīri un bezpajumtnieki, gan intelektuāļi un analfabēti. Diemžēl mūsu sabiedrība joprojām ar šaubām un neticību mēdz raudzīties uz vēža slimnieku un viņa tuviniekiem. Vēzis ir kā tabu tēma, un sabiedrībā par to skaļi nemēdz runāt. Tā nav angīna, tas nav apendicīts vai žultsakmeņu operācija, par ko var droši papļāpāt un padalīties pieredzē. Vēzi joprojām piemin pusčukstus, it kā baidoties piesaukt nelaimi. Tas viss neapšaubāmi rada to fatālisma un baiļu auru, kas tiklab slimniekus, tā nereti arī piederīgos dzen papildu izmisumā un grūtsirdībā. Nekas tik ļoti nedemoralizē cilvēku kā sociāla marginalizācija apšaubāmu mitoloģizētu priekšstatu dēļ. Vēzis – tā ir kopēja pārliecība par kaut ko drausmīgu un fatālu. Tādēļ, jo drošāki un zinošāki būs cilvēki, jo atklātāk par šīm lietām runās, jo draudīgā negaisa mākoņi virs galvas pašķirsies.

Latvijā ar vēzi ik gadu no jauna saslimst tūkstošiem cilvēku. Uzlabojoties diagnostikas un ārstēšanas metodēm, ar katru gadu palielinās no jauna saslimušo un agrāk reģistrēto, bet joprojām dzīvo vēža slimnieku skaits. Latvijā tie ir daudzi desmiti tūkstoši. Tātad vēzis nebūt nav retums, un gandrīz vai katrā ceturtajā ģimenē atrodams kāds vēža gadījums tuvāku vai tālāku radnieku lokā.

Lielākajai daļai cilvēku liekas, ka brīdī, kad viņa tuvinieku sitis kāds liktenīgs trieciens, un šinī gadījumā tā ir onkoloģiska slimība, viņu pienākums ir nezaudēt galvu, saglabāt aukstasinību, drosmīgi skatīties patiesībai acīs un, pats galvenais, nekādi neizrādīt savus pārdzīvojumus. Brīdī, kad cilvēks uzzina par sava tuvinieka slimību, šķiet, viņā kaut kas salūzt. Pārņem milzīga netaisnības, pāridarījuma un nolemtības sajūta. Tādēļ visnotaļ pret dabīga un mulsinoša būs nesakarīga tarkšķēšana par to, ka tas jau nav tik nopietni, tās ir blēņas, gan jau būs labi, un uzspēlēts optimisms. Vispareizāk būtu apkampties un no sirds izraudāties. Nav tiesa, ka slimnieks nevēlas sāpināt savus tuviniekus. Sirds dziļumos viņš grib sajūst to, ka kādam uz šīs pasaules viņa ir patiesi žēl. Šī sajūta ir ļoti nepieciešama, jo lielā mērā atvieglo to procesu, ko sauc par adaptāciju, respektīvi, pieņemšanu un samierināšanos ar savu slimību un spēju sadzīvot ar to. Jo smagāk un ilgstošāk noris šis process, jo vairāk tas ietekmē arī slimības gaitu. Kā jau iepriekš tika minēts, psihe un emocijas nav atdalāmas no fiziskās veselības.

Taču svarīgi ir paturēt prātā dažas patiesības:

- Vēzis ir viena no labāk ārstējamām hroniskām slimībām. Ar esošām terapijas metodēm šobrīd daudzus slimniekus iespējams izārstēt pilnībā, daudziem pagarināt

dzīvi un pārējiem būtiski uzlabot pašsajūtu. Alcheimera slimības, plaša insulta vai dažu citu hronisku slimību radītās invaliditātes gadījumā palīdzības iespējas ir daudz ierobežotākas.

- Nav tādu audzēju, kurus nemaz nevar ārstēt.
- Nav tādu audzēju, no kuriem vismaz kāda daļa pacietu nebūtu izārstēti pilnībā.
- Žēlošana žēlošanas dēļ nevienam nekādu labumu nedos.
- Nekad nemelojiet. Meliem ir “īsas kājas”.
- Necentieties kaut ko slēpt no slimā cilvēka. Intuitīvi viņš tāpat agrāk vai vēlāk to sajūtīs, un šī atziņa viņu vēl vairāk sarūgtinās.
- Nepieļaujiet domu, ka viss, ko darāt tāpat ir velīgi.
- Nekādā gadījumā necentieties ar varu atrunāt pacientu no kaut kā, ko viņš pats ir apņēmis darīt, pat ja jums tas liekas aplam.
- Neizsākieties par slimības prognozi, Jūs neesat Dievs!

Katra cilvēka pārdzīvojumu izpausmes sakņojas viņa temperamentā, raksturā, audzināšanā, arī reliģiskā pārliecībā un tradīcijās. Atcerieties, ka nav ne sliktu, ne labu sajūtu izteiksmes veidu, tās vienkārši katram ir tādas, kādas ir.

Ilgusi, pārmērīga aprūpe pacientā var radīt “ieiešanu savā slimībā un nevarībā” un nevēlēšanos atveseļoties. Tādēļ iedrošiniet slimnieku pašu rūpēties par sevi, ciktāl to atļauj viņa veselības stāvoklis. Paslavējiet viņu par jebkurām pozitīvām pārmaiņām un dariet to no sirds, lai arī pacientam būtu prieks censties.

Bija laiks, kad par vēža diagnozi informēja tikai kādu no tuviniekiem, apejot pašu slimnieku. Tagad laiki ir mainījušies, bet tuvinieki bieži vecās tradīcijas grib turpināt. Arī Pacientu tiesību likums šobrīd nosaka to, ka pacients pats ir informācijas saņēmējs, un lemj par tālākas informācijas izplatīšanu vai gluži otrādi, konfidencialitāti.

Runājot par partnerattiecībām ne vienu reizi vien nākas uzklaut bažas: “Ja vīrs (sieva) par slimību uzzinās, viņš (viņa) mani pameīs!” Tam ir jābūt vēl vienam papildu argumentam tam, lai tuvinieks netiktu informēts par slimnieka slimību, ārstēšanu, tās apjomu un sekām (piemēram, ļoti saprotamas ir sievietes bažas par to, ka vīrs viņu pameīs, kad uzzinās, ka viņai ir izoperēta dzemde).

Ļaundabīgā slimība ir ļoti smags pārbaudījums visiem ģimenes locekļiem, it īpaši laulāto attiecībām. Nebūt ne tik reti ģimenes izjūk, taču, par laimi, ir arī pretēji gadījumi, kad savstarpējā pieķeršanās kļūst vēl spēcīgāka un jūtas uzbango pavisam citā, pozitīvā kvalitātē.

No kāda pāra pieredzes, kur vīrs allaž pavadīja savu sievu uz kārtējo vizīti pie ārsta. Reiz viņš ārstam atzinies, ka nekad tik ļoti nav mīlējis savu sievu kā tagad, apzinoties, cik maz laika ir lemts būt abiem kopā. Tas ir tik mīļi un cilvēcīgi!

Šīs tēmas ir par to, lai, strādājot ar onkoloģiskajiem pacientiem, mēs saredzētu viņos dzīvus cilvēkus, ne tikai diagnozes, lai būtu empātiski, iejūtīgi un vienlaikus gudri un zinoši ārsti, māšas, sarunu biedri.

# IZMANTOTO AVOTU UN LITERATŪRAS SARAKSTS

1. Dzīvības koks (onkoloģisko pacientu atbalsta biedrība). Tīmekļa vietne: [www.dzivibaskoks.lv](http://www.dzivibaskoks.lv)
2. Ķilkuts, G. *Veselības aprūpes un veicināšanas institūcijās iesaistītā personāla un pacienta komunikācijas prasmju pilnveidošana*. Rīga, 2009.
3. MakViljams, N. (2007) *Psihoanalītiskā diagnostika*. Maskava, Klass. 2007. (krievu val.)
4. Malkina-Pih, I. (2008). *Psihosomatika*. Maskava, Eksmo. (krievu val.)
5. Saimonton, K., Saimonton S. (2001). *Vēža psihoterapija*. Pēterburga. (krievu val.)
6. Sīle, V. (2006). *Biomedicīnas ētika*. Rīga, RSU.
7. Utināns, A. *Cilvēka psihe*. Rīga, 2005.