

Rīgas Stradiņa universitātes

# PSIHOSOMATISKĀS MEDICĪNAS UN PSIHOTERAPIJAS

katedras 25 gadi un  
klīnikas 10 gadi



RĪGAS STRADIŅA  
UNIVERSITĀTE

# 25

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI

---

RSU

# 10

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI

---

RSU

*Orandum est ut sit mens sana in corpore sano.*

Ir jālūdz dievi, lai veselā miesā mājotu vesels gars.

/Juvenāls/

Rīgas Stradiņa universitātes

# PSIHOSOMATISKĀS MEDICĪNAS UN PSIHOTERAPIJAS

katedras 25 gadi un  
klīnikas 10 gadi



RĪGA • RSU • 2023

# Saturs

## Uzrunas un apsveikumi

<i>Andris Skride</i> , LR Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas vadītājs .....	7
<i>Daniels Pavļuts</i> , LR veselības ministrs .....	9
<i>Aigars Pētersons</i> , RSU rektors, profesors .....	11
RSU Medicīnas fakultātes dekanāts .....	13
<i>Māra Pilmane</i> , RSU Anatomijas un antropoloģijas institūta direktore, profesore .....	15
<i>Bernhards Palmovskis</i> un <i>Kristians Messers</i> , Vācijas Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas asociāciju AMP, BDMP un biedrības GDPM pārstāvji .....	17
<i>Lennarts Levi</i> , Stokholmas Karolinskas institūta emeritētais profesors psihosomatiskajā medicīnā .....	19
<i>Aivars Lejnieks</i> , RSU Iekšķīgo slimību katedras vadītājs, profesors .....	48
<i>Janīna Romanova</i> , PSKUS kardioloģe, 27. kardioloģijas nodaļas vadītāja .....	58
<i>Rinalds Muciņš</i> , PSKUS valdes priekšsēdētājs .....	68
<i>Līga Soida</i> un <i>Ģimenes medicīnas biedriba</i> .....	73
<i>Zaiga Gaile</i> , arhitekte .....	78
<i>Inga Ažiņa</i> , RAKUS Infektoloģijas poliklīnikas vadītāja .....	93
<i>Vija Siliņa</i> , ģimenes ārste, pārstāvot RSU Ģimenes medicīnas katedru un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociāciju .....	102
<i>Latvijas Jauno ārstu asociācija</i> .....	118
<i>Dace Rezeberga</i> un <i>Ieva Briedīte</i> , pārstāvot RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedru .....	128
<i>Huberts Špaidels</i> , psihosomatiskās medicīnas ārsts, psihoanalītiķis Vācijā .....	140
<i>Ilga Urtāne</i> , RSU Stomatoloģijas institūta valdes priekšsēdētāja, profesore .....	146
<i>Vilnis Lietuvietis</i> , RAKUS Uroloģijas un onkoloģiskās uroloģijas klīnikas vadītājs, asoc. profesors .....	161
<i>Mārtiņš Boiko</i> , Jāzepa Vītola Latvijas Mūzikas akadēmijas profesors .....	172

## **Katedras un klīnikas vēsture (1996–2021)**

Ieskats Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas  
un psihoterapijas katedras un klīnikas vēsturē.

*Romāns Beskrovnijs* ..... 24

Psihosomatikas un psihoterapijas katedra un klīnika fotogrāfijās ..... 27

## **Par veselību, dzīves jēgu un ārstēšanu**

Psihiskā veselība un tās loma cilvēku dzīvē.

*Gunta Ancāne, Laura Valaine, Dace Krūmiņa* ..... 52

Emociju loma sociologa skatījumā.

*Dagmāra Beitnere-Le Galla* ..... 59

Ko mēs (ne)zinām par savām jūtām.

*Roberts A. Berezins* ..... 69

Mūsdienu atklājumi medicīnas bāzes jomā par psihiskajiem procesiem.

*Māra Pilmane* ..... 74

Neirozinātnes pieresums praktiskajā ārsta psihoterapeita darbā.

*Artūrs Utināns* ..... 80

Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas ārstam  
nepieciešamās kompetences.

*Bernhards Palmovskis* ..... 94

Psihosomatiska pieeja ārstēšanā – emociju loma medicīnā un somatizācijā.

*Gunta Ancāne, Laura Valaine, Artūrs Utināns, Lelde Logina,  
Laura Bubko, Romāns Beskrovnijs* ..... 103

Psihosomatika un medicīnas māksla.

*Ruthers Jans van der Hāhs* ..... 119

Ārsta un pacienta terapeitiskas un emocionāli atbalstošas attiecības.

*Gunta Ancāne* ..... 130

Ko ārstam ir svarīgi zināt par sevi?

*Katrīna Fjeldsteda* ..... 141

Cilvēka personības attīstība, veselības pamati un ģimene.

*Gļebs Troščenkovs, Oļegs Plesunovs, Artūrs Ancāns, Olga Ļevašina* ..... 147

Pasakas kā dzīves scenāriji un to metaforiskā nozīme.

*Gunta Ancāne* ..... 162

## **Pēcvārds**

*Gunta Ancāne* ..... 174



Psihiskā veselība bieži vien tiek novērtēta par zemu, lai gan tā ir cilvēka kopējā veselības stāvokļa būtiska daļa. Ilgstošs stress, nogurums, pārslodze un citi apstākļi ilgākā laikposmā rada negatīvu ietekmi uz personas pašsajūtu. Īpaši aktuāli tas ir šobrīd, kad pasaule piedzīvo pandēmiju, kuras rezultātā sabiedrība ir saskārusies ar ilgstošu nepieciešamību ievērot plašus ierobežojumus, samazinot savstarpējo socializēšanos. Daudzi cilvēki ir zaudējuši darbu un ienākumus, tāpēc cieš no depresijas un veģetatīvās distonijas, turklāt joprojām aktuālas ir daļā sabiedrības pastāvošās agresijas un vardarbības izpausmes. Psihisko veselību visai būtiski ietekmē cilvēka emocionālā labsajūta, kas krīzes situācijas un dažādu apstākļu kopuma rezultātā ir pasliktinājusies. Līdz ar to būtiska loma ir psihoemocionālajam stāvoklim, jo ilgstošas psihiskās veselības problēmas veicina citu slimību attīstību, saasinās hroniskās slimības. Cilvēks un tā psihoemocionālā labsajūta tiek ietekmēta visas dzīves garumā, tomēr vairākos dzīves posmos, piemēram, pusaudža gados, tā ir īpaši “trausla” un ietekmējama.

Tāpēc tik nozīmīga ir gan profilakse, gan agrīna diagnostika, lai problēmsituācijās varētu uzsākt savlaicīgu ārstēšanu, novēršot vēl lielākas problēmas, kas bieži var beigties letāli. Stipra un laba katras personas veselība, kā arī kopējā visas sabiedrības psihiskā veselība ir svarīgs pamats stabilas, veselās un drošās valsts veidošanai.

Paldies tiem speciālistiem, kuri diendienā rūpējas par mūsu valsts iedzīvotāju psihoemocionālo stāvokli, sekmējot cilvēku labsajūtu! Lai turpinās specialitātes attīstība, audzinot jaunus ārstus – nozares profesionāļus!

*Dr. med. Andris Skride,*  
kardiologs, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas  
Reto slimību koordinācijas centra vadītājs,  
Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas priekšsēdētājs



**Apsveikums RSU Psihosomatiskās medicīnas un  
psihoterapijas katedras 25 gadu jubilejā un  
RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
klīnikas 10 gadu jubilejā**

Saruna par psihoemocionālo veselību Latvijā, iespējams, vēl nekad nav bijusi tik aktuāla un interesanta – ne tikai tādēļ, ka tā sevi pierāda kā strauji augoša zinātnes nozare, bet arī tādēļ, ka sabiedrībā arvien pieaug vēlme un gatavība saņemt praktisku palīdzību no nozares profesionāļiem. Tā ir vēsturiska iespēja, ko mums jāprot izmantot, lai ieguvējs būtu gan katrs cilvēks atsevišķi, gan Latvijas sabiedrība kopumā. Tāpēc ne tikai zinātniekiem, ārstiem un psihiskās veselības speciālistiem, bet arī valsts un privāto pakalpojumu veidotājiem un mums – politiķiem – novēlu: apzināties šīs veselības nozares disciplīnas atšķirību no citām ārstniecības nozarēm, “rakt” dziļumā un vienlaikus būt gataviem spēt sadarboties multidisciplinārās komandās, novērtējot vienam otra zināšanas un kompetences.

Vēlot panākumus,  
LR veselības ministrs ***Daniels Pavļuts***





Sveicu Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas fakultātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedru 25 gadu jubilejā un Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīniku 10 gadu jubilejā!

Veselība un labklājība ir visu cilvēku dzīves pamatā. Pasaules Veselības organizācija veselību definē kā pilnīgu fizisku, psihisku un sociālu labklājību, nevis tikai stāvokli bez slimības vai fiziskiem trūkumiem. Savukārt specifiski psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis, kad indivīds spēj īstenot savu potenciālu, tikt galā ar ikdienas stresu, produktīvi strādāt un dot ieguldījumu sabiedrībā. Laba indivīda un kopējā sabiedrības psihiskā veselība ir būtisks nosacījums stabilas, drošas un labklājīgas sabiedrības veidošanai.

Šābrīža Covid-19 situācija ietekmē sabiedrības veselību un labklājību kā nekad agrāk. Tāpat kā visi ideāli, veselība, to skaitā psihiskā veselība, visiem nodrošina vīziju un virziena izjūtu, kas sniedzas pāri praktiskajām problēmām. Neraugoties uz pašreizējo un turpmāko nenoteiktību, Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedrai un klīnikai ir sekmīgi izdevies būt starptautiskam flagmanim psihiskās veselības izglītības, zinātnes un praktiskās aprūpes jomā.

Izsaku pateicību katedras un klīnikas personālam, it īpaši profesorei Guntai Ancānei par nozīmīgo un neatlaidīgo darbu Rīgas Stradiņa universitātes studējošo izglītošanā psihosomatiskajā medicīnā un psihoterapijā! Pateicos par emocionālo atbalstu universitātes darbiniekiem, studentiem un sabiedrībai kopumā!

Ar patiesu cieņu  
RSU rektors profesors *Aigars Pētersons*



Sirsnīgi sveicam Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedru nozīmīgajos jubilejas svētkos! Paldies katedras darbiniekiem un katedras vadītājai profesorei Guntai Ancānei par būtisku ieguldījumu jauno speciālistu sagatavošanā līdzdiploma un pēcdiploma izglītībā. Katedras docētāji un viņu vadīto studiju kursu saturs vienmēr ir bijis augsti novērtēts Rīgas Stradiņa universitātes studējošo aptaujas anketās. Jau tradicionāli daudzus gadus nozares studentu zinātniskas pulciņš ir viens no populārākajiem RSU studējošo vidū. Katedrā vienmēr noticis aktīvs pētnieciskais darbs, iesaistot tajā gan plašu akadēmisko personālu, gan mūsu jauno paaudzi – studējošos un rezidentus. Katedru īpaši izceļ ilggadēja sadarbība ar dažādiem viesprofesoriem, kas ļauj RSU akadēmiskajā vidē ienest starptautisku redzējumu un organizēt lielas starpnozaru konferences, kur zināšanu ieguvēju loks kļūst arvien plašāks.

Katedras darbinieki jau daudzus gadus sniedz psihoemocionālu atbalstu RSU studējošajiem, un, aplūkojot sniegtā atbalsta pieejamību, dažādību un piedāvājumu risināmo problēmu spektram, varam droši apgalvot, ka RSU ikvienam studentam ir iespēja izprast un saņemt to, kas konkrētajā brīdī visvairāk nepieciešams, lai justos emocionāli droši un veseli. Nenovērtējams bija arī katedras un klīnikas ļoti operatīvais un augstā profesionālā līmenī sniegtais psihoemocionālais atbalsts gan studējošajiem, gan darbiniekiem jau no pašām pirmajām pandēmijas dienām, kad trauksmes līmenis visiem bija īpaši augsts.

Profesore Gunta Ancāne un katedras docētāji ir aktīvi dažādās mūsu valsts sabiedriskās norisēs, ir daudzu Latvijas sabiedrību izglītojošu publikāciju autori un savas nozares viedokļa līderi, gadu gaitā vairojot visas sabiedrības izpratni par psihoemocionālās veselības nozīmi mūsu dzīvē.

Novēlām katedrai turpināt pozitīvo attīstības ceļu pētniecībā, studentu un rezidentu apmācībā, kā arī sabiedrības izglītošanā!

RSU Medicīnas fakultātes dekanāta vārdā  
*Dr. med. asoc. profesore dekāne **Jana Pavāre***  
un *Dr. med. prodekāns **Ingus Skadiņš***



*Psihisko veselību lielā mērā ietekmē emocionālā labsajūta.  
Emocionālo labsajūtu galvenokārt nosaka cilvēka  
apmierinātība ar dzīvi, pozitīva domāšana un labas  
savstarpējās attiecības ar kolēģiem un ģimenes locekļiem.  
Psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis\**

Veselā miesā vesels gars – šis teiciens ilgus gadsimtus bija dogma mediķiem, tomēr tikai līdz šim... Gadsimtam, kurš ir absolūti fantastisks savā notikumu daudzveidībā un nostādījis gara mundrumu, spēju uztvert un reaģēt, kā arī atsijāt pelavas no graudiem dominējošā pozīcijā attiecībā pret miesu. Šo nomainīto dogmu praktiskās dzīves izpildījumā pierādījis britu fiziķis Stīvens Hokings, tomēr ne visi ir gara milži un spēj lepoties ar izcili noturīgu psihi.

Informācijas pārbaugātības laikmets iepludina ikdienas cilvēku milzīgā izziņu, ziņu un nepārtraukti plūstošu aktualitāšu plūsmā, un izrādās, ka cilvēks šeit maz orientējas! Tādējādi rodas disonanse, kura drupina garīgo veselību, nosakot, ka apmēram katram ceturtajam Latvijas iedzīvotājam nepieciešama prāta sakārtošana, pabalstīšana vai pavisam vienkārši – prāta samīļošana. Un ar to jau 25 gadus klusi un pacietīgi nodarbojas Rīgas Stradiņa universitātes (RSU) Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedra, savukārt klīnikā ar to tiek strādāts jau 10 gadus!

Šo it kā netaustāmo un neredzamo darbu no sirds ir novērtējis RSU Anatomijas un antropoloģijas institūts, kur nāve iet blakus dzīvībai un dažkārt rada papildu morālo slogu nenobriedušai un arī nobriedušai psihei. Tos prātus, kurus esam lūguši sakārtot psihosomatikas klīnikai, pēc tam ne atpazīt, – priecīgi jābrīnās, cik tie kļuvuši spirtīgi un izzināt griboši, kā arī ļoti patstāvīgi. Un par to no sirds sakām paldies katedrai, klīnikai un īpaši – profesorei Guntai Ancānei, kura pati visu mūžu praktizējusi smalko psihosomatisko pieeju, tāpat arī viņas radītā klīnika un viņas veidotā skola!

Turpiniet mīlēt mūsu prātus, un mēs jutisimies stipri savā garā un miesā!

Sirsnībā sveicot,  
*Dr. habil. med. profesore **Māra Pilmane**,*  
RSU Anatomijas un antropoloģijas institūta direktore,  
Latvijas Zinātņu akadēmijas īstenā locekle

\* Veselības ministrija. (2021, 24. februāris). Psihiskās veselības veicināšana.  
<https://www.vm.gov.lv/lv/psihiskas-veselibas-veicinasana>



Latvija un Vācija gadsimtiem ilgi ir dalījušās kopīgā kultūras vēsturē, tirdzniecībā un zinātnē. Abas valstis 1992. gadā ieviesa psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas specialitāti. Kopš tā laika šis lauks ir dinamiski attīstījies. Nodibinot Rīgas Stradiņa universitātē Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedru un pēc tam arī Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīniku, Latvija ir kļuvusi par medicīnas bāku, kas spīd pāri valsts robežām, piesaistot jauniešus no visas pasaules studēt medicīnu Rīgā. Sadarbība, kas balstīta uz profesionālo cieņu un personīgo draudzību, vienmēr ir bijusi bauda un, cerams, tiks turpināta un paplašināta arī turpmāk. Šī attīstība nav iedomājama bez profesores Guntas Ancānes neatlaidīgā ieguldījuma. Viņas vadībā gan katedra, gan klīnika ir kļuvušas par ļoti ietekmīgām iestādēm ne tikai izglītībā, bet arī pacientu aprūpē, tādējādi radot jaunu, augsti pilnvarotu un kompetentu ārstu paaudzi.

Mums ir liels prieks un gods sūtīt Jums mūsu vislabākos novēlējumus šajā brīnišķīgajā jubilejā!

*Dr. med. Bernhards Palmovskis (Bernhard Palmowski) un  
Dr. med. Kristians Messers (Christian Messer)*  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas akadēmija (APM),  
Vācijas Psihosomatiskās medicīnas un medicīniskās  
psihoterapijas profesionālā asociācija (BDPM),  
Vācijas Psihosomatiskās medicīnas un medicīniskās  
psihoterapijas biedrība (DGPM),  
Berlīne / Brandeburga



Ilgtspējīgas attīstības programma laikposmam līdz 2030. gadam, ko 2015. gadā pieņēma visas 193 Apvienoto Nāciju Organizācijas dalībvalstis, aptver kopīgu un ļoti vērienīgu plānu cilvēces un planētas mieram un labklājībai gan tagadnē, gan arī nākotnē. Tās pamatā ir 17 ilgtspējīgas attīstības mērķi, kas ietver aicinājumu uz steidzamu darbību, rīcību visām valstīm – attīstītajām un jaunattīstības –, uz to globālo līdzdalību. Tiek atzīts, ka nabadzības un citu trūkumu izskaušanai ir jāiet roku rokā ar stratēģijām, kas uzlabo veselību un izglītību, mazina nevienlīdzību un veicina ekonomikas izaugsmi, vienlaikus risinot klimata pārmaiņu problēmu, tiekot galā ar pašreizējo pandēmiju, un strādājot, lai saglabātu okeānus un mežus.

Nevienu no Apvienoto Nāciju Organizācijas ilgtspējīgas attīstības mērķiem – starptautiski saskaņoto sistēmu nabadzības, nevienlīdzības, slimību un klimata pārmaiņu novēršanai – nevar sasniegt bez ieguldījumiem augstākajā izglītībā, izmantojot pētniecību, izglītošanu un sabiedrības iesaistišanos.

Šis bija galvenais vēstījums paziņojumā, ko Ņujorkā paudusi Sadraudzības universitāšu asociācija (*ACU*), Frankofonijas Universitāšu aģentūra (*Agence Universitaire de la Francophonie, AUF*) un Starptautiskā universitāšu asociācija (*IAU*) ANO Augsta līmeņa politiskajā forumā par ilgtspējīgu attīstību. Šajā pasaules mēroga pasākumā šīs trīs universitāšu organizācijas, kas pārstāv vairāk nekā 2000 (*sic!*) dažādas universitātes visā pasaulē, izmantoja savu kolektīvo balsi, lai aizstāvētu augstākās izglītības nozīmi ilgtspējīgas attīstības mērķu sasniegšanā un aicinātu uz līdzdalību gan šīs nozares, gan citu jomu pārstāvjus, lai saņemtu noteiktos mērķus. Un tas jau tiek veikts, izmantojot 17 000 biomedicīnas grāmatu, kas tiek publicētas katru gadu, kā arī vairāk nekā 30 000 medicīnas žurnālu. Lieki teikt, ka šajos resursos ietilpinātās milzīgās zināšanas pašas par sevi ir ārkārtīgi svarīgas, jo īpaši katrā no daudzajām medicīnas specialitātēm.

Bet, kā mēdza teikt bioloģiskā stresa koncepcijas iniciators profesors *M.D., Ph.D., D.Sci.* Hanss Selje (*Hans Selye*), lielākā daļa pētnieku veicina “milzīgu ķieģeļu kaudzi”. Viņš piebilda, ka ir daudz “ķieģeļu ražotāju”, bet drīzāk maz “arhitektu”. Taču pēdējie ir ļoti nepieciešami, lai ķieģeļu kaudzi pārvērstu, piemēram, ilgtspējīgas attīstības programmas 2030 “katedrālē”.

Šodienas studenti ir rītdienas lēmumu pieņēmēji. Lai sasniegtu ilgtspējīgas attīstības mērķus, lēmumu īstenotājiem jābūt izglītotiem un motivētiem, lai viņiem būtu:

- kritiskā domāšana rūpīgai, precīzai izvērtēšanai un vērtējumam;
- ētiskā domāšana saskaņā ar principu kopumu par “pareizu” uzvedību;
- sistēmiskā domāšana, t. i., izpratne par to, ka mijiedarbīgu, savstarpēji saistītu elementu grupa veido sarežģītu kopumu;
- domāšana, kas koncentrējas uz 17 ilgtspējīgas attīstības mērķiem un to sarežģīto mijiedarbību.

Šajā kontekstā īpaša interese ir par trim starpdisciplinārām pieejām:

- 1) par psihosomatisko medicīnu ar savu misiju integrēt prātu, smadzenes, ķermeni un sociālo kontekstu medicīnā;
- 2) par uzvedības medicīnu, kas ir saistīta ar zināšanu integrēšanu bioloģijas, uzvedības, psiholoģiskajās un sociālajās zinātnēs, kuras attiecas uz veselību un slimībām;
- 3) par sabiedrības veselību, kas ir definēta kā māksla un zinātne, lai novērstu slimības, pagarinātu dzīvildzi un veicinātu veselību, pateicoties organizētiem sabiedrības centieniem.

Visos šajos virzienos tiek izmantota sistēmiska pieeja sarežģītām etioloģiskām, patogēnām, terapeitiskām un profilaktiskām problēmām. Attiecībā uz šādu pieeju mums tagad ir mandāts no visām 193 Apvienoto Nāciju Organizācijas dalībvalstīm – tā ir Programma 2030. Tās 17 ilgtspējīgas attīstības mērķi ir integrēti – tiek atzīts, ka rīcība vienā jomā ietekmē rezultātus citās jomās un ka attīstībai ir jālīdzsvaro sociālā, ekonomiskā un vides ilgtspēja.

Šie mērķi ir attiecināti gandrīz uz visiem galvenajiem draudiem cilvēcei un planētai. Daži piemēri par šo apgalvojumu: miljardiem pasaules iedzīvotāju joprojām dzīvo lielā nabadzībā; atšķirības starp dažādu cilvēku dzīves apstākļiem, bagātību un varu ir milzīgas; pastāv globāli veselības riski, arvien biežāk un intensīvāk notiek dabas katastrofas, vardarbīgs ekstrēmisms, terorisms, un ar to saistītās humanitārās krīzes un cilvēku piespiedu pārvietošana draud apstādināt lielu daļu attīstības, kas notikusi pēdējās desmitgadēs. Cilvēces, sabiedrības izdzīvošana un planētas bioloģiskās atbalsta sistēmas ir apdraudētas.

Tas viss prasa domāšanu un rīcību, kas ievērojami pārsniedz tradicionālās klīniskās medicīnas robežas.

Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnika ir viedokļa līdere psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas jomā Latvijā un ir iesaistīta ne tikai šīs jomas attīstībā nacionālā līmenī, bet arī popularizē Latvijas vārdu pasaulē, sniedzot ieguldījumu globālajā psihosomatiskajā medicīnā. Tās speciālisti ir vadošie psihoterapeiti, kā arī Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras lektori, asociētie profesori un profesori.

Kopš 2011. gada trīs galvenās attīstības jomas ir:

- ārstēšana – psihosomatiskā medicīna koncentrējas uz attiecību starp cilvēka fizisko un emocionālo veselību, kā arī pievērš lielu uzmanību ārsta un pacienta attiecībām, turklāt, apvienojot to visu, tiek radīta vislabākā iespēja veiksmīgi ārstēt pacientus ar psihosomatiskām problēmām;
- izglītība – speciālisti ar medicīnas studentiem, pēcdiploma studentiem un ārstiem dalās savās zināšanās par psihosomatisko traucējumu un slimību padziļinātu diagnostiku un ārstēšanas iespējām;
- sabiedrības veselība – misijas izjūta sabiedrības līmenī balstās uz to, ka psihiskās veselības uzlabošana ir vēlama ne tikai no medicīniskā viedokļa, bet arī no sociālā, kultūras un politiskā viedokļa, lai nodrošinātu veselu un nobriedušu sabiedrību.

Vissirsnīgākais apsveikums par jūsu jau sasniegto, un ceru, ka tādējādi arī jūs veicināsiet cilvēces un visas planētas veselību un labklājību!

*Dr. med. emeritētais profesors*  
**Lennarts Levi** (*Lennart Levi*),  
psihosociālās medicīnas profesors  
Karolinskas institūtā Stokholmā, Zviedrijā



**KATEDRAS UN KLĪNIKAS  
VĒSTURE (1996-2021)**



## Ieskats Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras un klīnikas vēsturē

*Romāns Beskrovnijs*

Psihoterapijas un psihosomatikas specialitāte kā neatkarīga ārstu specialitāte Latvijā sāka attīstīties līdz ar valsts neatkarības atgūšanu. Totalitārā sistēmā vēsturiski psihoterapija kā jēdziens pastāvēja, to dēvējot par psihiatrijas atkritumu spaini, un praktiski ietvēra divas metodes – autogēno treniņu un hipnozi, tādējādi psihoterapijas loma, jēga un būtība bija degradēta. Psihoterapijas attīstība Rietumeiropas izpratnē nebija iespējama, jo priekšnosacījumi tam ir personības brīvība.

Pēc neatkarības atgūšanas 1992. gadā tika izveidota neatkarīga ārstu specialitāte “psihosomatiskā medicīna un psihoterapija”, taču diemžēl pēc gada tās nosaukums pēc Veselības ministrijas ierēdņu lūguma tika saīsināts un turpmāk bija un ir “psihoterapija”.

Tomēr psihosomatiskā pieeja pacientiem Latvijas slimnīcās, īpaši P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā, sāka attīstīties jau agrāk. No 1982. gada tika uzsāktas psihoterapeita / psihosomatologa konsultācijas, ko veica dr. Gunta Ancāne un kas bija pieejamas visu nodaļu pacientiem. Konsultācijas bija ļoti pieprasītas, arī ķirurģijas nodaļās, kuras vadīja dr. Jānis Strods un dr. Mārtiņš Liepiņš. Sākās pētniecība, un divu zinātnisko vadītāju – gastroenterologa profesora Nikolaja Skujas un psihiatra profesora Imanta Eglīša – vadībā 1986. gadā dr. Gunta Ancāne aizstāvēja disertāciju “Divpadsmitpirkstu zarnas čūlas paasinājumu novēršana, ņemot vērā pacienta psihisko stāvokli” divās specialitātēs – iekšējgajās slimībās un psihiatrijā. No tā laika pieauga gan konsultāciju apjoms, gan arī ārstu interese par šīm zināšanām. 1986. gadā Rīgā tika sarīkota pirmā Psihosomatiskās medicīnas starptautiskā konference, kurā piedalījās vadošie Eiropas zinātnieki un profesūra. Konferencē piedalījās vairāki simti Latvijas ārstu.

1992. gadā tika izveidota Latvijas Psihoterapeitu asociācija un Latvijas Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas asociācija, kuru ilgu laiku vadīja katedras docētājs dr. Voldemārs Švarcs.

Sākās ārstu apmācība. Apmācība sākumā tika balstīta uz to kolēģu klīniskā darba pieredzi un zināšanām, kas savulaik bija apmeklējuši psihoterapijas apmācību Ļeņingradā. Tie bija dr. Arkādijs Pancs un dr. Gunta Ancāne. Pēc ārstu pieprasījuma P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā tika izveidoti trīs mēnešu kursi, kurus vadīja dr. Juris Batņa, dr. Voldemārs Švarcs un dr. Gunta Ancāne. Kursi bija ļoti bagātīgi apmeklēti un guva ļoti labas atsauksmes par praktisko noderību. Rīgas Stradiņa universitātes (RSU, tolaik Latvijas Medicīnas akadēmijas) prorektore mācību darbā profesore Aija Žilēvica uzaicināja šādas zināšanas sniegt arī medicīnas studentiem, un 1994. gadā RSU izveidoja psihoterapijas kursu, kurš, ņemot vērā lielo studentu interesi, kontaktstundu skaitu, tēmu daudzumu un izvērstību, 1996. gadā pārtapa par katedru.

Katedra sākumā lokalizējās Grēcinieku ielā 34, Rīgas 5. bērnu poliklīnikas telpās, kuras laipni atvēlēja galvenā ārste dr. Edīte Kraukle un vēlāk dr. Maija Broša. Drīz vien telpas izrādījās par šaurām, un, pateicoties tā laika veselības ministres profesores Baibas Rozentāles izpratnei par psihiskās veselības, psihosomatikas un psihoterapijas attīstības nepieciešamību un svarīgumu, 2011. gadā katedra pārcēlās uz Kapseļu ielu 23, kur sāka veidot klīniku. Turpinot augt katedras un klīnikas darba apjomam, arī šīs telpas kļuva par mazām, un, pateicoties valsts akciju sabiedrības “Latvijas valsts meži” dāvinājumam (sk. sadaļu “Nobeigums”), RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnika un katedra 2017. gadā ieguva jaunas telpas Kristapa ielā 30. Šobrīd attīstība notiek trīs lielos virzienos: studentu un ārstu apmācība, klīniskais virziens – pacientu ārstēšana – un pētniecība.

Katedra nodrošina apmācību dažādu profesiju RSU studentiem, bakalauriem, maģistrantiem, rezidenti un ārstiem studiju kursus “Psihosomatiskā medicīna un psihoterapija”, “Psihoterapijas pamati”, “Psihiskā veselība”, “Psihodinamiskie procesi grupā” u. c. Studiju kursus apgūst dažādu fakultāšu un specialitāšu studenti: medicīnas, stomatoloģijas, zobu higiēnistu, farmācijas, rehabilitācijas, ergoterapeitu, logopēdu, fizioterapeitu, uztura, sabiedrības veselības, sociālā darba studenti atbilstošās studiju programmās. Galvenās tēmas, ko apgūst studenti: psihiskā veselība, ārsta un pacienta terapeitiskās attiecības, personības teorijas, psihosomatiskās teorijas, psihosomatiskie traucējumi un slimības, ievads psihoterapijas jautājumos – ievads psihoanalītiskajā / psihodinamiskajā psihoterapijā, kognitīvi biheiviorālajā terapijā, individuālajā, grupu, ģimenes, bērnu psihoterapijā, atbalsta terapijā, kā arī krīžu intervences u. c.

Klīnikā notiek ārstu rezidentu apmācība psihoterapijā un psihosomatiskajā medicīnā, tiek organizēti psihoterapijas un psihosomatiskās medicīnas cikli ginekoloģijas un dzemdniecības, ģimenes ārstu, neirologu, anestezioloģijas un reanimatoloģijas, pediatrijas, stomatoloģijas, sejas-žokļu ķirurģijas u. c. specialitāšu rezidenti. Katedras un klīnikas apmācības darbs ir vērsts uz profesionālo integrāciju Eiropā esošajās profesionālajās struktūrās gan psihosomatiskajā medicīnā, gan arī psihoterapijā, galveno akcentu liekot uz psihosomatisko traucējumu diagnostiku un ārstēšanu un psihodinamiskās / psihoanalītiskās psihoterapijas attīstību.

To nodrošina regulāra ārzemju viesprofesoru piedalīšanās studentu un rezidentu apmācībā, mūsu speciālistu piedalīšanās starptautiskās konferencēs un to organizēšana.

Katedrā un klīnikā norit aktīvs pētnieciskais darbs. Zinātniskās pētniecības virzieni: veselības aprūpes darbinieku un veselības aprūpes virziena studējošo psihiskā veselība, dzīves kvalitāte un labsajūta, emocionālā atbalsta izjūta un psihosomatisko traucējumu prevalence, riska faktori; ārsta un pacienta terapeitiskās attiecības (empātija, terapeitiskie faktori); personības funkcionēšanas līmeņi un somatizācija, psihoterapijas efektivitāte; hronisku sāpju psihosomatiskie aspekti (sociāli kulturālie faktori, bioķīmiskie marķieri, kompleksas terapijas efektivitāte); posttraumatiskā stresa sindroms (prevalence, diagnostika, bioķīmiskie marķieri, korekcijas iespējas); maģiskā domāšana, ticība paranormālajam, kritiskā domāšana; agresija un tās fenomeni internetā.

Daina Šmite 2011. gadā aizstāvēja promocijas darbu “Hronisku muguras lejasdaļas sāpju pacientu analīze biopsihosociālā modeļa ietvaros”. Vladimirs Voicehovskis 2012. gadā izstrādāja promocijas darbu “Starptautisko operāciju kontingenta dažu oksidatīvā stresa rādītāju kā posttraumatiskā stresa sindroma izpausmes noteikšana un korekcija, izmantojot antioksidantus”. Artūrs Utināns 2015. gadā aizstāvēja promocijas darbu “Maģiskās domāšanas, ticības paranormālajam un kritiskās domāšanas dispozīcijas biežuma un izteiktības maiņa medicīnas studiju procesā”. Šobrīd promocijas darbu “Ar Covid-19 infekcijas pacientu kontaktā bijuša medicīnas personāla psihiskā veselība ārkārtas situācijā un tālākajā laikā Latvijā” izstrādā daktore Laura Valaine.

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnika un katedra darbojas kā viedokļa līderi un pilnveido šo jomu ne tikai Latvijā, bet veicina arī pasaules psihosomatiskās medicīnas attīstību. Latvijā izglītoti speciālisti strādā Vācijā, Lielbritānijā, Šveicē un daudzās citās valstīs.

---

***Romāns Beskrovnis***

Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
katedras docētājs, ārsts rezidents psihoterapijā  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikā

## **Psihosomatikas un psihoterapijas katedra un klīnika fotogrāfijās**



*Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras un klīnikas ēka Kristapa ielā 30, Rīgā*

## Slavenā Rīgas Pirmā starptautiskā psihosomatikas un psihoterapijas konference 1996. gadā



No kreisās: profesori Klauss Bahne-Bahnsons (ASV, Dānija, Vācija), Ulrihs Malts (Norvēģija), Gunta Ancāne (Latvija), Lennarts Levi (Zviedrija), Čārlzs Fords (ASV)

## Katedras kolektīvs 2007. gadā Grēcinieku ielas telpās



No kreisās: Monta Vašļevska, Artūrs Utināns, Laura Meistere, Gunta Ancāne, Ilisa Ostrovska, Voldemārs Švarcs, Ilze Siliņa, Andis Užāns

## Artūra Utināna grāmatas atklāšana 2008. gadā



Artūrs Utināns grāmatas "DNS, matrice un cilvēka uzvedība" atvēršanas svētkos

Artūrs Utināns un veselības ministrs Ivars Eglītis

## Katedras atklāšana 2010. gadā



*Katedras telpu atklāšana Kapseļu ielā 23*



*Katedras kolēģi 2010. gadā*



*Katedras atklāšanas pasākumā, klausoties Guntas Ancānes uzrunu.  
Priekšplānā labajā pusē profesori Baiba Rozentāle, Jānis Gardovskis un Dace Baltiņa*

## Profesores Guntas Ancānes lekcija 06.05.2010. Dzirciema ielā 16



## Psihosomatikas katedras un klīnikas atklāšana jaunajās Kapseļu ielas 23 telpās, 2011. gads



*Profesore Gunta Ancāne ar  
RSU rektoru profesoru Jāni Gardovski*



*Atklāšanas pasākuma viesi*



*Profesore Gunta Ancāne ar kolēģiem*

Katedra un klinika  
Kapseļu ielā 23





## Emocionālās veselības nedēļas Ģimenes diena



*Artūra Ancāna lekcija un diskusija "Biežākie psihiskās aizsardzības mehānismi ģimenē".  
2015. gads, Kapseļu iela 23*

## Pēc psihoanalīzes konferences Venēcijā tūkstošgades mijā



*Dace Cerava, Gunta Ancāne,  
Arkādījs Pancis, Voldemārs Švarcs*

## Katedras un klīnikas atklāšana jaunajās Kristapa ielas 30 telpās, 2017. gads



*Veselības ministre Anda Čakša, RSU rektors profesors Jānis Gardovskis, "Latvijas Valsts meži" valdes priekšsēdētājs Roberts Strīpnieks, profesore Gunta Ancāne*



*Profesores Guntas Ancānes atklāšanas pasākuma uzruna*



**Profesora Berndta Lēves (*Bernd Löwe*) vieslekcija Kapseļu ielas 23 telpās un  
EURONET SOMA starptautiskā zinātniskā sanāksme  
jaunajās Kristapa ielas 30 telpās, 2017. gads**



*Bernds Lēve, Laura Bubko, Artūrs Miksons, Artūrs Ancāns,  
Agnese Sperga, Olga Ļevašina, Laura Valaine*



*Profesore Gunta Ancāne, atklājot  
pasākumu Kristapa ielā 30*



*Artūrs Utināns, Vita Ķestere, Ulihs Malts*



*Olga Ļevašina, Ģļebs Troščenkovs,  
Elīna Zelča, Dace Krūmiņa*



*Artūrs Ancāns, Berndts Lēve, Elīna Zelča,  
vācu kolēģe, Artūrs Utināns*

**Profesora Berndta Lēves (*Bernd Löwe*) vieslekcija  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedrā 2017. gadā**



*Vieslekcijas klausītāji, pirmā no labās – profesore Gunta Ancāne*

**Katedras darbinieki RSU zinātniskajā konferencē 2017. gadā**



*Oļegs Plesunovs, Līga Kozlovska, Dace Krūmiņa,  
Gunta Ancāne, Guntis Bahs*

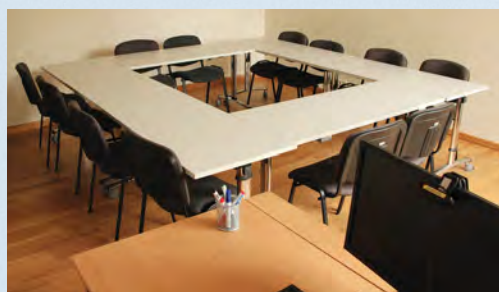


*Oļegs Plesunovs, Vita Ķestere,  
Dita Baumanē-Auza, Gunta Ancāne*

## Terapeitiskā palīdzība klīnikā notiek gan pieaugušajiem, gan bērniem



Laura Bubko, 2018. gads



Solveīga Rudmīze, 2019. gads

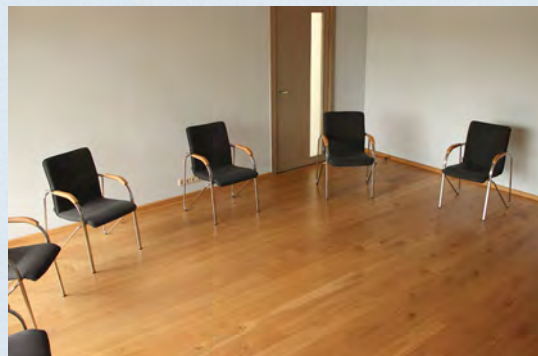


## Terapeitiskā palīdzība klīnikā notiek gan pieaugušajiem, gan bērniem

*Laura Valaine terapijas kabinetā pirms vizītes, 2021. gads*



*Artūrs Ancāns darbā pāru terapijā, 2018. gads*



## Psihoterapeitiskā palīdzība klīnikā ģimenēm un bērniem



*Lelde Smitte darbā ar pacientu, 2018. gads*



*Logopēde Andra Vabale ar pacientu, 2018. gads*



*Sandra Vinniņa darbā ar ģimeni, 2018. gads*

*Ģeļbs Troščenkovs un  
Ernests Pūliņš-Cinis  
darbā ar bērniem,  
2017. gads*



## Bērnu veselības dienas 2017



*Profesore Gunta Ancāne, uzstājoties Bērnu veselības dienas pasākumā 2017. gadā*

**Profesores Guntas Ancānes grāmatas “Vecākiem. Par sevi un bērniem: atziņas un ieteikumi, lai bērns augtu vesels un laimīgs” dāvinājums Latvijas bibliotēkām valsts simtgadē, 2018. gads, LNB korē**





**Pētījuma “Psihosomatiski pacienti ar somatoformiem traucējumiem primārā veselības aprūpē” rezultātu publicēšana medijiem, 2018. gads**



*Veselības ministre Anda Čakša, profesore Gunta Ancāne, Līga Soida*



*Profesors Ruthers Jans van der Hāhs*

*Profesora Ruthera Jana van der Hāha lekcijas klausītāji Mārtiņa Ziles zālē Kristapa ielā 30, 2018. gads*



## Miega dienu pasākums katedrā un klīnikā 2018. gadā



*Artūrs Miksons lekcijā*



*Solveiga Rudmieze,  
"izkustinot" klausītājus*

## RSU zinātniskā konference, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas sekcija, 2019. gadā



*Pirmajā rindā no kreisās Jana Grīnberga, Artūrs Utināns,  
Artūrs Ancāns*



*Pfofesore Gunta Ancāne un profesors  
Ruthers Jans van der Hāhs, vadot sekciju*

**Profesora Ruthera Jana van der Hāha lekcija / supervīzija  
katedras un klīnikas kolēģiem 2018. gadā**



*No labās: Ruthers Jans van der Hāhs, Artūrs Miksons, Lelde Smilte, Olga Ļevašina, Gļebs Troščenkovs*

**Psihoterapijas rezidenti pirms valsts pārbaudījuma  
kārtišanas 2019. un 2020. gadā**



*Agnese Sperga, Gļebs Troščenkovs, Elina Zelča, Olga Ļevašina,  
fonā biroja vadītāja Līvija Pīzele, 2019. gads*



*Psihoterapijas rezidenti Laura Bubko  
un Ernests Pūliņš-Cinis pirms valsts  
pārbaudījuma kārtišanas 2020. gadā*

**Psihoterapijas rezidentu izlaidums 2019. gadā.  
Pabeiguši 10 gadu studijas medicīnā – sertificēti un laimīgi ārsti**



*Agnese Sperga, Olga Ļevašina, Gļebs Troščenkovs, Elīna Zelča*

**Psihosomatikas katedras un klīnikas kolēģu ikgadējais pasākums,  
atzīmējot rezidentu izlaidumu, Virtuves studijā 2019. gadā**



## ICPM 2019. gada pasaules kongresā Florencē, Itālijā



*Profesore Gunta Ancāne ar Vācijas un Norvēģijas kolēģiem*



*Profesore Gunta Ancāne ar kolēģiem, profesoru Rutheru Janu van der Hāhu, Kristiānu Fazekas un Bernhardu Palmovski, ICPM 2019. gada pasaules kongresā Florencē, Itālijā*

## Ārstu un kolēģu apmācības 2019. gadā



*Profesore Gunta Ancāne (septītā no kreisās puses) ar Orto klinikas ārstiem un kolēģiem pēc kursiem "Ārstu un ārstniecības personu-pacientu terapeitisko attiecību veidošana" 2019. gadā*

## Mācību darbā



*Ernestis Pūliņš-Činis, vadot semināru ģimenes medicīnas ārstiem rezidentiem, 2021. gads*



*Profesore  
Gunta Ancāne,  
vadot attālināto  
lekciju / semināru  
zobārstniecības  
studentiem,  
2020. gads*

## Katedras un klīnikas sēde 2020. gadā



*Priekšplānā: Līvija Pīzele, Artūrs Utināns, Jana Grīnberga, Sandra Vīnniņa, Agnese Sperga, Artūrs Ancāns*

## Psihosomatikas katedras un klīnikas kolēģu ikdiena



*Dace Krūmiņa, 2021. gads*



*Kolēģes katedras darba birojā - Jana Grīnberga un Līvija Pīzele*

*Renāte Kangsepa, 2021. gads*



*Jana Grīnberga un Indra Dzene*



## Sveicot Psihosomatikas katedras un klīnikas kolēģus jubilejās 2021. gadā



*Covid-19 laikā: Lana Šišlo, Dace Krūmiņa, Gunta Ancāne, Romāns Beskrovnijs, Artūrs Ancāns, Gļebs Troščenkovs, Olga Ļevašina, Sigita Neikena, Agnese Sperga, Laura Valaine, Lelde Logina*

## Psihosomatikas katedras un klīnikas kolēģu kopbilde 2019. gada Ziemassvētkos



*Jana Grīnberga, Līvija Pīzele, Ernests Pūliņš-Cinis, Rudīte Cedriņa, Elīna Zelča, Romāns Beskrovnijs, Maija Šetlere, Jevgeņijs Dmitrijevs, Solveīga Rudmīze, Gļebs Troščenkovs, Sandra Vinniņa, Artūrs Miksons, Agnese Sperga, Laura Bubko, Artūrs Ancāns, Lelde Logina, Sanīta Lapiņa, Karīna Trone, Madara Pumpure, Renāte Kangsepa, Laura Valaine, Gunta Ancāne, Artūrs Utināns, Dace Krūmiņa, Olga Ļevašina, Sigita Neikena*



# 25

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI

# RSU

# 10

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI

# RSU

1998. gada 18. jūnijs. Tika atklāts Pirmais vispasaules latviešu ārstu kongress. Šajā laikā man bija iespēja pirmo reizi redzēt un dzirdēt Toronto Universitātes psihoterapijas un psihoanalīzes speciālistu profesoru Kasparu Tūteru. Iepriekš, protams, es biju dzirdējis un arī domājis, ka saprotu, kas ir psihosomatika, psihoanalīze un kā tā ietekmē cilvēku. Man likās, ka ikvienam ārstam, kurš ir beidzis Rīgas Medicīnas institūtu, tas ir jāsaprot un jāizmanto ikdienā, jo šīs prasmes palīdz gan precizēt diagnozi, gan arī izvēlēties labāko ārstēšanas taktiku. To mēs arī – viens veiksmīgāk, cits mazāk veiksmīgi – darījām savā ikdienas praksē. Pamatā tās bija empīriskas zināšanas, nevis būtiskas teorētiskās zināšanas. Tās izpaudās strukturētā komunikācijā ar pacientu vai viņa radniekiem, lai iegūtu vairāk informācijas par viņa veselības problēmām un pieņemtu lēmumu par iespējamo diagnozi. Tas nebija nepareizi, bet tā bija ļoti nepilnīga izpratne par psihosomatiku.

Tieši šī kongresa laikā es sapratu, ka psihosomatika ir konkrēta medicīnas nozare, kura māca un aplūko cilvēka ķermeņa, psihi un sociālo faktoru savstarpējo mijiedarbību un lomu, cilvēka psihisko un somatisko slimību un traucējumu izcelsmi, norisi, ārstēšanu, prognozi un profilaksi. Sapratu to, ka tā nav psihiatrijas paveids un to nevar apgūt tikai empīriski. Ir nepieciešamas ļoti fundamentālas teorētiskās zināšanas un regulāra mācīšanās. Bez speciālistiem un klīniskās bāzes to nav iespējams apgūt tādā līmenī, lai varētu palīdzēt pacientiem.

To redzēja un saprata arī medicīnas doktore Gunta Ancāne, kura pirms 25 gadiem pēc nopietnas sagatavošanās kopā ar domubiedriem izveidoja Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedru un vēlāk arī klīniku. Tās šobrīd ir ieguvušas nozīmīgu vietu Rīgas Stradiņa universitātes struktūrā. Katedras kolektīvs psihosomatiku un psihoterapiju ir uzlicis uz zinātniskiem pamatiem. Tieši viņi parādīja, ka psihosomatika īpaši pievēršas cilvēka emocionālajam stāvoklim un tajā noritošajiem procesiem, caur kuriem tiešā veidā cilvēka centrālā nervu sistēma regulē ķermeņa iekšējo orgānu darbību – tātad nosaka ķermeņa veselības stāvokli. Bez šīm zināšanām nebūs un nav iespējams panākt veselību tās pilnīgā izpratnē.

Mums, ārstiem, ir tā laime nodarboties gan ar zinātni, gan mākslu. Šis divējālais raksturs prasa no mums pilnībā izmantot visas mūsu cilvēciskās spējas. Zinātnē mēs formulējam hipotēzes, balstoties uz novērojumiem, un tā nonākam pie diagnozes un iespējamās ārstēšanas. Šo zinātni apgūst medicīnas skolās. Turpretim

māksla nebalstās uz tiešiem novērojumiem. Tikai darbojoties, pamazām apgūstam medicīnu arī kā mākslu, izzinām, ko un kā teikt un darīt. Apgūstot medicīnas mākslu, pamazām veidojas stils – mūsu domu un jūtu komunicēšanās modelis. Medicīnas mākslas mērķis ir atjaunot un uzturēt veselību. Medicīnai jābalstās uz zinātniskajiem pētījumiem, un tās prakse ir māksla. Slimību izpētei nepieciešama zinātniskā palīdzība. Lai izārstētu, ir nepieciešama medicīnas māksla, kad daba vairs nespēj sev palīdzēt.

Šī katedra ir tā, kurā nemitīgi tiek atgādināts un pierādīts, ka medicīna ir gan zinātne, gan māksla, tā palīdz saglabāt medicīnā šo mākslas komponenti. Šī katedra mums atgādina: “Mūsdienās ikvienam ārstam svarīgi izprast dažādus psihosomatisko simptomu veidošanās iemeslus un gaitu, jo laiks, kurā dzīvojam, ir stresa, depresijas, krīžu un pārdzīvojumu pilns. Bieži tieši emocionālais faktors ir ķermeniskās saslimšanas iemesls.”

*Dr. med. profesors **Aivars Lejnieks**,  
RSU Iekšējīgo slimību katedras vadītājs*



**PAR VESELĪBU, DZĪVES JĒGU  
UN ĀRSTĒŠANU**

## Psihiskā veselība un tās loma cilvēku dzīvē

*Gunta Ancāne, Laura Valaine, Dace Krūmiņa*

Jautājums par psihisko veselību ir ļoti sensitīvs: cilvēki labprāt atzīst, ka viņiem sāp locītavas, sirds vai vēders, bet nelabprāt runā par psihiskām, emocionālām vai kognitīvām problēmām. Gadsimtiem ilgi ārsti tās neizprata, un pastāvēja tendence izstumt šos jautājumus ārpus medicīnas robežām.

Pēdējos gadu desmitos medicīnas nozarē ir radusies plašāka interese par psihiskiem traucējumiem, bet joprojām ārsti izvairās runāt par psihisko veselību. Iespējams, tas saistīts ar to, ka zemā zināšanu līmeņa dēļ gadsimtiem ilgi oficiālās medicīnas pārstāvji attīstīja nelietderīgas, pat cietsirdīgas psihisko traucējumu ārstēšanas metodes, kas pacientus biedēja, jo nepalīdzēja, bet radīja jaunas ciešanas.

Mūsdienās aizvien pieaug klīniskā izpratne par psihisko faktoru lomu kopējā veselības stāvokļa saglabāšanā. Pasaules Veselības organizācija ir secinājusi, ka cilvēkiem ar labu psihisko veselību ir novērojama arī labāka somatiskā veselība, veselīgāks dzīvesveids un somatisku slimību gadījumā viņi ātrāk atveseļojas, un šiem cilvēkiem ir raksturīgs arī tiešāks un atvērtāks uzvedības stils, kura dēļ mazāk ir dažādu ierobežojošu emocionālu kompleksu ikdienā. Tā visa rezultātā cilvēkiem ar labu psihisko veselību ir augstāks izglītības līmenis, viņi ir prasmīgāki attiecību veidošanā, drošāki sevis attīstīšanā un pašrealizācijā, viņiem ir lielāki ienākumi un galu galā – augstāka dzīves kvalitāte.

Psihiskā veselība ir kopējā veselības stāvokļa daļa, kuru Pasaules Veselības organizācija definē kā abējādu – somatisku un psihisku – labsajūtu. Turklāt psihiskā veselība determinē somatisko.

Pasaulē joprojām nav vienotas psihiskās veselības (*mental health*) definīcijas jeb “normas”.

Karls Meningers (1947) psihisko veselību ir definējis kā cilvēku pielāgošanos pasaulei un citu citam ar maksimālu efektivitāti un laimi.

Amerikas Psihiatru asociācija (1980) psihisko veselību definē kā vienlaicīgus panākumus darbā, mīlestībā un radīšanā, spēju nobriest un elastīgi risināt konfliktu starp instinktiem, sirdsapziņu, citiem, sev svarīgiem, cilvēkiem un realitāti.

Pasaules Veselības organizācija psihisko veselību definējusi kā stāvokli bez psihiskiem traucējumiem, kā labklājības, labsajūtas stāvokli, kurā cilvēks apzinās savu potenciālu, spēj tikt galā ar ierasto dzīves stresu, var produktīvi un ražīgi strādāt un dot sabiedrisku pienesumu. Šī definīcija, kaut arī atspoguļo būtisku progresu attiecībā uz attālināšanos no psihiskās veselības koncepcijas kā psihiskas slimības neesamība, tomēr rada bažas un potenciālus pārpratumus, jo tajā patīkamas emocijas un pozitīva darbība tiek noteikta kā galvenie psihiskās veselības faktori.

Mēs izvēlamies turēties pie Pasaules Psihiatru asociācijas definīcijas (2015), kurā psihiskā veselība tiek raksturota kā dinamisks iekšējā līdzsvara stāvoklis, kas indivīdiem ļauj izmantot savas spējas saskaņā ar sabiedrības universālajām vērtībām. Kognitīvās un sociālās pamatprasmes – spēja atpazīt, izteikt un modulēt savas emocijas, kā arī just līdzī citiem, elastība un spēja tikt galā ar nelabvēlīgiem dzīves notikumiem un darboties sociālajās lomās –, kā arī līdzsvaroti fizioloģiskie procesi starp smadzenēm un pārējo ķermeni, – tās ir svarīgas psihiskās veselības sastāvdaļas, kas būtiski veicina iekšējā līdzsvara stāvokli.

Ar jēdzienu “universālās vērtības” tiek saprasta cieņa un rūpes par sevi un citām dzīvām būtnēm, saiknes starp cilvēkiem atzīšana, cieņa pret vidi un pret savu un citu brīvību. Jēdziens “dinamisks iekšējā līdzsvara stāvoklis” atspoguļo faktu, ka dažādos dzīves posmos ir nepieciešamas izmaiņas, lai sasniegtu līdzsvaru: pusaudžu krīzē, laulībā, kļūšanā par vecākiem vai aiziešanā pensijā. Šis jēdziens arī iekļauj un atzīst realitāti, ka psihiski veseli cilvēki izjūt situācijai adekvātas cilvēciskas emocijas, piemēram, bailes, dusmas, skumjas, bēdas, izmisumu un ciešanas, tomēr viņiem piemīt arī pietiekama noturība, lai laikus atjaunotu iekšējā līdzsvara dinamisko stāvokli.

Visi definīcijā piedāvātie komponenti ir svarīgi, bet ne obligāti psihiskās veselības aspekti. Tie atšķirīgā pakāpē var veicināt līdzsvara stāvokli – attīstītākās spējas var kompensēt trūkumus citos psihiskās darbības aspektos.

Definīcijas mērķis ir pārvarēt perspektīvas, kas balstītas uz ideālām normām, atbalstīt iekļaujošu pieeju, pēc iespējas brīvāku no ierobežojošiem un ar kultūru saistītiem apgalvojumiem, kā arī pēc iespējas tuvāku cilvēka dzīves emocionālai pieredzei, kas reizēm ir priecīga, bet citreiz skumja, pat pretīga, vai biedējoša, dažreiz apmierinoša un komfortabla, bet citreiz izaicinoša un nekomfortabla.

Definīcija ir saderīga ar atveseļošanās konceptu, kurā atveseļošanās pēc slimības tiek uzskatīta par procesu, kura mērķis ir sasniegt piepildītu un novērtētu dzīvi, balstoties uz slimības saudzētajām funkcijām, kaut arī citas funkcijas ir traucētas.

Diskutējot par psihiskās veselības definīciju, parādās dažādu kultūras un politisko sistēmu ietekme. Tomēr galvenie principi ir vienoti. Pasaules Veselības organizācija pauž uzskatu, ka psihiski veseli cilvēki ir lielākā sabiedrības vērtība – tie ir cilvēki, kuri spēj uzņemties atbildību par savu dzīvi un tās kvalitāti, kuri var realizēt savas spējas un talantus, kuri mazāk slimo, relatīvi ātrāk atveseļojas vai sasniedz remisiju, ja saslimst, kuri ne tikai tiecas pēc izglītības, bet arī ir izglītotāki,

kuriem ir augstāki ienākumi, kuri prot izveidot veiksmīgas un emocionāli tuvas ilgtermiņa attiecības, un tā visa rezultātā viņi ir priecīgāki un apmierinātāki ar savu dzīvi.

Psihiskā veselība nenozīmē to, ka cilvēkam nemēdz būt trauksmes un depresijas periodi. Tie ir tikpat normāli un neizbēgami kā dažādas dzīves problēmas un nepieciešamība tās pārvarēt. Psihiski veselam cilvēkam ir raksturīgs briedums, t. i., spēja izdzīvot visas jūtas un emocijas, arī nepatīkamās, visplašākajā diapazonā – no aizkaitinājuma līdz dūsmām, no naida līdz mīlestībai, no bēdām līdz gavilēm. Dzīve ir ambivalenču pilna: izdzīvošanas spēja pastāv vienlaikus ar pretrunīgām izjūtām, piemēram, vienu un to pašu cilvēku vienlaikus var gan mīlēt, gan dusmoties uz viņu, saglabājot emocionālo līdzsvaru, – šī ir brieduma pazīme.

Dzīve ir paradoksu pilna – tā vienlaikus ir sarežģīta un vienkārša, viegla un grūta. Jo labāka cilvēka psihiskā veselība, jo mazāk dažādu somatisku un psihisku traucējumu un “kompleksu” (bērnības traumu sekas), jo vieglāk un auglīgāk rit cilvēka dzīve. Spēks tiek veltīts problēmu konstruktīvai risināšanai (kas ne vienmēr nozīmē ātri sasniegtu rezultātu), nevis cīņai pret kaut ko vai par izdzīvošanu.

Vieglāk dzīvot ir tam, kurš šo paradoksu esamību var izturēt un dzīvot bez “kompleksiem”, tas nozīmē – spēt pieņemt realitāti tādu, kāda tā ir, un adaptēties tai. Tas nozīmē arī spēju saredzēt dzīves komplicētību un krāsainību un neapmaldīties tajā, liekus smagumus nemeklējot un nenesot un dzīvi neuztverot kā katastrofu, bet vienkārši dzīvojot, attiecoties pret cilvēkiem ar cieņu un nezaudējot savu pašcieņu. To nodrošina tas, ka psihiski veselam cilvēkam ir visu personības organizācijas tipu iezīmes, piemēram, narcistiskas iezīmes, kas saistītas ar ambīcijām un to realizēšanu, depresīvas iezīmes, kas “rūpējas”, lai netiek nodarīts pāri citiem, histēriskas iezīmes emocionālam “siltumam” u. tml.

Tieši spēja tikt galā ar ikdienas stresa situācijām un strādāt produktīvi ir viena no psihiskās veselības pazīmēm.

Ar psihiskās veselības jautājumu cieši ir saistīta dzīves mērķu izvirzīšana un sasniegšana. Atsevišķa cilvēka mērķi ir saistīti ar apkārtējā sabiedrībā valdošajām vērtībām, un tie savukārt iespaido visas sabiedrības dzīvi.

Psihiskās veselības svarīga pazīme ir līdzsvara esamība starp aktivitātes un pasivitātes periodiem – starp aktīvām, dzīvesprieka un možuma pilnām aktivitātēm un sevī ielūkošanās un pārdomu brīžiem vienatnē.

Var teikt, ka vesels cilvēks ir nobriedis cilvēks. Personības nobriešana ir kā ceļojums no atkarības uz neatkarību. Tajā noteicoša loma ir bērnībā izjustajai labai emocionālai aprūpei, kas ieliek labus pamatus psihiskajai veselībai, pašcieņai un labam sevis vērtējumam, vēlmei sadarboties ar citiem. Ir zināms, kādi pieaugušie izaug no kādiem bērniem. Pieaugušie, kuri slimo ar psihiskām un / vai somatiskām slimībām, nāk no ģimenēm, kurās bērnībā nav dzīvojuši emocionālā labsajūtā. Spēks dzīvot, virzīties uz personības integrāciju, uz neatkarību – visa tā veiksmīgas pieliešanas pamati tiek ielikti smadzeņu fizioloģijā bērnībā, līdz trīs gadu vecumam.

## Psihiskās veselības faktori

- Spēja uztvert sevi kā vienotu veselumu, autentisku, unikālu (*unique*), secīgi turpinoties laikā un telpā, izjūtot robežas starp sevi un citiem, un spēja atšķirt, aprakstīt un izvērtēt dažādas (ambivalentas) savas personības šķautnes; dzīvot ar savu vērtības izjūtu, kā arī spēja piedzīvot, izturēt un regulēt dažādas emocijas; turklāt uzvedība liecina par iekšēju saskaņu, tā ir konsekventa.
- Spēja noteikt un sasniegt jēgpilnus mērķus, pamatojoties uz reālistisku personīgo spēju izvērtējumu, izmantot atbilstošus un efektīvus uzvedības modeļus un sasniegt piepildījumu vairākās jomās, kā arī spēja pārdomāt (*reflect*) iekšējo pieredzi un padarīt to jēgpilnu.
- Spēja veidot dziļas, emocionāli piesātinātas, intīmas, empātiskas attiecības, turklāt ilgtermiņā; elastīgi reaģēt uz citu idejām, emocijām un uzvedību, tiecoties uz sadarbību un savstarpēju labumu.
- Spēja būt empātiskam(-ai), t. i., izprast un izvērtēt citu cilvēku pieredzi un motivāciju, spēja būt iecietīgam(-ai) pret dažādām perspektīvām un izprast sociālās cēloņsakarības. Apzināties savu darbību ietekmi uz citiem.

## Psihiski veselu cilvēku tipiskās īpašības

- Atļaut sev gribēt un negribēt.
- Just to, ko jūt, nevis to, “kas jājūt”.
- Labi justies gan vienatnē, gan ģimenes lokā, gan plašākā sabiedrībā.
- Spēt izpaust savus talantus un priecāties par tiem.
- Spēt sasniegt savus mērķus, sevi pašapliecināt.
- Spēt priecāties par citu cilvēku veiksmēm un panākumiem.
- Spēt otram dot bez žēluma un no otra saņemt ar prieku, bez vainas izjūtas.
- Spēt baudīt dzīvi un priecāties par to.
- Ļaut sev būt unikālam un respektēt citu vienreizību un dažādību.
- Spēt iekļauties vidē un sabiedrībā, kurā piedzimis.
- Nevainot sevi vai citus – analizēt situāciju un rīkoties, nevis nodarboties ar vainīgā meklēšanu.
- Uzņemties atbildību par savu dzīvi, t. sk. par veselību, materiālo un sociālo stāvokli.
- Neļaut neveiksmēm izkropļot paštēlu.
- Attiecību veidošanā balstīties uz jūtām, ko citi izraisa, nevis uz to, “kā vajag” un “kā ir pareizi”.
- Nelietot “maskas” – neīsto patību, piemēram, t. s. “iemācīto bezpalīdzību”.
- Dzīvot tagadnē, nevis bēdīgā pagātnē vai draudošā nākotnē.
- Ļaut sev mīlēt un sevi mīlēt.

Minēto psihiskās veselības raksturīgo īpašību pamatā ir veselīga pašcieņa (*self-confidence*), pašrealizēšanās (*self-actualization*), iekšēja integrācija, autonomija un kontakts ar realitāti.

### **Psihiskās veselības kritēriji**

- Spēja veidot dziļas, emocionāli piesātinātas, intīmas, empātiskas attiecības arī tad, ja emocijas ir spēcīgas, spēja veidot ilgtermiņa attiecības.
- Spēja pārdzīvot relatīvi pilnu jūtu amplitūdu, tās dziļi izjust, izprast un rīkoties saskaņā ar tām un kontrolēt tās, kā arī spēja uztvert citu cilvēku pilna spektra afektus.
- Laba afektu regulācija – impulsi un afekti tiek regulēti adaptīvā un apmierinājumu dodošā veidā, elastīgi lietojot psihiskās aizsardzības mehānismus un pārvarēšanas (*coping*) stratēģijas.
- Spēja relatīvi fleksibli funkcionēt iekšējo konfliktu un ārējo stresoru ietekmē, spēja adekvāti reaģēt uz stresu un bez grūtībām atgūties no sāpīgām situācijām.
- Spēja adaptēties dzīves apstākļiem, nepiedzīvojot nozīmīgu distresu un neradot to citiem.
- Konsekvents un morāli nobriedis jūtīgums kā darbības raksturotājs.
- Vispārpieņemto paražu akceptēšana, spēja iekļauties sociālajā vidē.
- Spēja realizēt savus talantus un iemaņas.
- Spēja izmanot savu potenciālu, iesaistīties sabiedriskās aktivitātēs, pašrealizēties.
- Spēja sasniegt gandarījuma izjūtu, kas padara vērtīgus ikdienas centienus.
- Spēja būt autonomam – pašnoteikšanās un lēmumu pieņemšanas neatkarība; cilvēks ir uz sevi vērsts un spēj sevi kontrolēt, darbojas neatkarīgi no ārpusaules, tā uzvedību principiālos jautājumos nenosaka vides apstākļi.
- Spēja būt veiksmīgam kādās sociālās lomās (piemēram, kā seksuālais partneris, vecāks, darbinieks) un atbilstoši funkcionēt tajās, spēja pielāgoties, regulēt un efektīvi risināt problēmas.

Psihiskā veselība ir līdzsvara stāvoklis starp dažādām jūtām, starp jūtām un domām, starp indivīda iekšējo un apkārtējo pasauli, saskanīga līdzāspastāvēšana starp sevi un citiem, savu un citu cilvēku realitāti un vidi. Tā ir neatņemama veselības sastāvdaļa – bez psihiskās veselības nav veselības kopumā.

Pasaules Veselības organizācija uzsver, ka cilvēki ir lielākā vērtība, kas valstij pieder. Īpaši – veseli cilvēki. Gan somatiski, gan psihiski veseli. Tādi, kuriem ne tikai ir dažādas spējas, talanti, kapacitāte un potenciāls, bet kuriem arī piemīt spēja tos realizēt dzīvē. Veselība ir būtiska kolektīvajām un individuālajām spējām



cilvēkiem domāt, just, savstarpēji mijiedarboties, nopelnīt iztikai un baudīt dzīvi un katram atsevišķi un sabiedrībai kopumā augt un attīstīties. Pamatojoties uz to, psihiskās veselības veicināšanu, aizsardzību un atjaunošanu katram individam un sabiedrībai kopumā var uzskatīt par būtiskām rūpēm.

---

*Dr. med. profesore **Gunta Ancāne***  
RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
katedras vadītāja, Psihosomatiskās medicīnas un  
psihoterapijas asociācijas (LPMPA) prezidente,  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas  
ārste psihoterapeite

***Laura Valaine***  
RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
katedras docētāja, Psihosomatiskās medicīnas un  
psihoterapijas klīnikas ārste psihoterapeite, doktorante

***Dace Krūmiņa***  
RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
katedras docētāja, Psihosomatiskās medicīnas un  
psihoterapijas klīnikas ārste psihoterapeite

Mums ar profesori Guntu Ancāni ir daudz kopīgu piedzīvojumu, esam pazīstamas jau kopš tiem laikiem, kad viņa vēl strādāja PSKUS Gastroenteroloģijas centrā un mūsu pacientiem sniedza psihoterapeita konsultācijas. Bijām ļoti laimīgi, ka varējām pacientus nosūtīt pie profesores, tas bija fantastiski. Tagad mums šādas iespējas ļoti pietrūkst. Pacienti bija ļoti apmierināti ar Guntas palīdzību. Kā jau zināms, ļoti daudzām saslimšanām klātesoša ir psihoemocionālā ietekme, un reizēm pacientiem, kuriem ir sūdzības, nemaz nav, piemēram, sirds organiskas saslimšanas. Kaut arī esam mācījušies no profesores Ancānes sarunāties ar pacientiem un skaidrot, ka ir labi, jo nekāda vaina nav atrasta, bet sūdzības ir saistītas ar nervu sistēmu, tomēr pacienti šo informāciju no mūsu mutes neuztver tā, kā profesores sacīto. Viņi ir liela pieredze un augsta profesionalitāte.

Man bija gods apmeklēt 10 dienu kursu "Atbalsta psihoterapijas intensīvie kursi ārstniecības personām", kuros uzstājās dažādi pasniedzēji, un jāatzīmē, ka visi pasniedzēji bija augsta līmeņa, bet jo īpaši klausītājiem patika nodarbības, kuras vadīja profesore Ancāne. Man arī ļoti noder viņas dāvinātā brošūra par bērnu audzināšanu. Domāju, ka viņa ļoti daudz ir darījusi gan pareizi audzinot bērnus, gan mazbērnus. Man vienmēr ir šķitis, ka tad, ja es zinātu to, ko zina profesore, būtu varējusi daudz vairāk iesaistīties savu bērnu un mazbērnu audzināšanā.

Daudz esam mācījušies no profesores Ancānes un turpinām zināšanas nodot jaunajiem kolēģiem. Pacienta psihiskā veselība ir ļoti nozīmīga, un ļoti daudz problēmu cilvēkam atkrīt, ja viņš nonāk profesionāla psihoterapeita rokās, kurš paskaidro, ka sliktās sajūtas nav saistītas ar kādu orgānu bojājumu, bet gan ar nervu sistēmu.

Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedrai un klīnikai no sirds novēlu rast iespēju piesaistīt un sagatavot arvien jaunus psihoterapijas speciālistus!

*Janīna Romanova,*  
PSKUS kardioloģe, 27. kardioloģijas nodaļas vadītāja

## Emociju loma sociologa skatījumā

*Dagmāra Beitnere-Le Galla*

Jau krietnu laiku emocijas tiek uzlūktas kā absolūti esenciālas zināšanas socioloģijā, jo neviena darbība sabiedrībā nav izprotama, ja, to analizējot, neņem vērā emociju klātbūtni. Jau pati sabiedrība ir emociju mijiedarbībā esoša sistēma, līdzīgi arī cilvēka dzīve nav iedomājama bez emocijām. Viens no emociju nozīmes pētniekiem Džeks Barbalets (*Jack Barbalet*) ir jautājis, kāpēc emociju izpratne ir tik pārpildīta ar nozīmēm, turklāt – visbiežāk ar pazeminošām (arī pejoratīvām).

Mēdz sacīt: “Tās ir tikai jūsu emocijas.” Šādi liekot saprast, ka ir kaut kas pārāks un svarīgāks par tām, ka cilvēkam jāstāv pāri savām emocijām un jārikojas saskaņā ar prāta racionāliem lēmumiem. Ir pat pieņemts, ka cilvēks kontrolē emocijas un impulsus, tādējādi demonstrējot paškontroli un noteiktu vērtību aizsardzību. Taču šāda lietu kārtība faktiski ignorē to, ka visas cilvēka darbības, lai sasniegtu savus mērķus, un dziļākajā nozīmē arī pats prāts, ir emociju vadīts. Katra cilvēka racionālā darbība ir balstīta emocijās – ticībā, ka problēmas risinājums izdosies, un nepieciešamībā pēc pārliecības sev. Arī prāts apstiprina emociju klātbūtni, jo bez tām nebūtu arī prāta – ar mierīguma, drošības un pārliecības sajūtu. Džeks Barbalets uzskata, ka bez atbilstošām emocijām, kas pamato un atbalsta saprātu, saprāts pārvēršas savā opozīcijā. Emocijas ir sava veida valoda, kas ne vienmēr ir formulēta vārdos, bet patiesībā ir mūsu būtības izteicēja. Visas mūsu fiziskās darbības ir mūsu domu izpausmes, jūtas atainojas mūsu uzvedībā. Mēs iemācāmies izteikt savas emocijas ar to valodu un tādā formā, ko ģimene, kultūra un sabiedrība mums ir iemācījusi.

Cilvēks piedzimst saviem vecākiem un pirmo pašizpratni iemanto ģimenē. Un vienlaikus cilvēks piedzimst arī savā kultūrā. Mācās sevi identificēt un saprast no citiem un caur citiem cilvēkiem – vispirms vecākiem, tad bērnudārza, skolas un studiju biedriem. Mācoties emocionālās reakcijas, pamazām ieaugam emociju izpaušanas veidos, saskaņojam tās ar savu temperamentu. Cilvēks visu dzīvi ir ceļā uz pašizpratni, ko veido visa sociālā vide – pēc ģimenes tie ir vienaudži, draugi, literatūra,

kinofilmas u. tml. Viss kultūras arsenāls ir stāsti, jo kultūra pati ir stāstu stāstīšana. Mēs dzīvojam to kultūras stāstu veidoti, kurus esam internalizējuši sevī – gan pašizpratnē, gan arī rīcībā.

Mūsdienu virtuālā vide piedāvā milzīgu informācijas apjomu, ar kuru iepazīties, identificēties, kam aktīvi sekot, lai izlemtu, kam piederēt. Socioloģijā jau vairāk nekā simts gadu ir atzīta doma, ka mēs sevi nemaz nemācētu saprast un izpaust, ja nebūtu šī iegūtā kultūras mantojuma – apkārtnes, ģimenes, draugu, biedru, viņu stāstu un rīcības. Franču sociologs Pjērs Burdjē (*Pierre Bourdieu*) dzimtas pieredzi dēvē par sociālo kapitālu, kuru cilvēks apgūst, klausoties dzimtas locekļu dzīvesstāstus, līdz tie integrējas viņa pašizpratnē par to, pie kura stāsta viņš pieder. Piemēram, vecāku izglītība, profesionālie sasniegumi vai veiksmīga uzņēmējdarbība, vai varonīga rīcība pagātnē ir šāds sociālais kapitāls, kurš virza un iedvesmo nākamās paaudzes. Vai arī noklusējuma zonas ģimenes vai dzimtas stāstos atstāj neizprastas pieredzes epizodes, kuras reizēm liek nākamajām paaudzēm ar tām saskarties un meklēt risinājumu.

Zigmunda Freida hrestomātiskais izteikums, ka mēs visi nākam no savas bērnības, pasaka to, ka svarīgi ir pētīt un saprast vidi, kurā piedzimām, un to, kas ar mums noticis bērnībā. Cilvēka dzīvē pienāk brīdis, kad rodas eksistenciāla vēlme saprast, kāpēc ar mani dzīvē notiek tā, kā notiek, ko daru nepareizi. Tas ir brīdis, kad apstāties un pētīt savu bērnību, savus vecākus, viņu pieredzi, arī dzimtas pieredzi. Strādājot ar dzīvesstāstiem, esmu piedzīvojusi brīžus, kad cilvēki stāsta par savu dzīvi, līdz paši atklāj, ka viņu dzīve atkārtoti kaut ko no vecāku vai dzimtas locekļu likteņiem un piedzīvotā. Būt emocionālā kontaktā ar ģimenes un dzimtas vēsturi nozīmē saprast, ka esam daļa no sistēmas, kuru veido ģimene un arī dzimta, tās pieredze, veselības indikācijas un bieži vien arī kopīgi likteņa pavedieni. Paplašinot šo domu, ir svarīgi uzsvērt, ka jābūt emocionālā kontaktā ar kultūru, kurā piedzimstam, kurā apgūstam un saprotam redzamos un neredzamos emocionālos kodus. Apgūstot dzimto valodu, uzvedības iemaņas, vienlaikus iemācāmies kultūrā pieņemtās reakcijas un attieksmes, ko socioloģijā sauc par mentalitāti. Pirmā ir valoda, ar kuru mācāmies izprast sevi un pasauli, ar tajā iekodētām emocionālām attieksmēm (ko demonstrē, piemēram, latviešu valodā lietotie daudzie deminutīvi). Tautasdziesmu tēlainība un pasakās ietvertā morāle ir daļa no bērnībā dzirdētā, tā kļūst par mūsu emocionālā kodola daļu pat tad, ja reizēm to neatpazīstam vai arī noliedzam. Mūsdienu pieredze atvērtajā pasaulē ar mobilitātes dinamiku, iekļaušanās citu valstu, valodas un kultūras vidē liek cilvēkam saskarties ar diskomfortu, jo viņš nespēj iejusties. Jūtas ir piederīgas kultūrai, kurā esam piedzimuši. Taču līdzās ir tādi cilvēki, kuri labi iekļaujas jaunā dzīves vietā un jūtas tai emocionāli piederīgi. Tāpat kultūras teksti – sākot ar šūpuļdziesmām līdz obligātās literatūras apguvei skolā – vieniem veido cilvēka emocionālu pieķeršanos, otriem šķiet mazāk svarīgi. Socioloģijā to apraksta sociālā rakstura teorijas pētnieki.

## Sociālais raksturs

Angļu sociologs Herberts Spensers (*Herbert Spencer*) norādīja, ka sociālā dzīve balstās cilvēku raksturos, jo tieši tie bieži nosaka sociālās dzīves procesus, veiksmes vai zaudējumus. Nenoliedzami, raksturi izaug no cilvēka iedzimtā temperamenta un audzināšanas, pašdisciplīnas un pašaudzināšanas. Bet ir arī sociālais raksturs, kuru mazliet mazāk apzināties, bet kura klātbūtne vēsturē un sabiedrībā bijusi ļoti nozīmīga. Sociālā rakstura klātbūtni diezgan būtiski nosaka sociāli ekonomisko attiecību pamats, jo katrā laikmetā ir sastopami dažādi sociālie raksturi, tikai kādam no tiem ir bijusi dominējoša nozīme. Divi pasaules kari 20. gadsimta socioloģijas zinātnes teoriju veidošanās centru pārvirzīja otrpus Atlantijas okeānam. Emīla Dirkema (*Émile Durkheim*) idejas turpināja attīstīt amerikāņu sociologs Roberts Mertons (*Robert K. Merton*), kas anomijas pētniecībā piedāvāja skaidrojumu par cilvēka reakcijām, to mērķi un nozīmi. Padziļinātu skatījumu uz sociālā rakstura fenomenu deva amerikāņu jurists un sociologs Deīvids Rīsmans (*David Riesman*) 1950. gadā publicētajā pētījumā "Vientuļais pūlis" (*The Lonely Crowd*), kurā viņš attīstīja teoriju par sociālo raksturu, kuru veido gan vecāki, gan arī sociālā vide. Īsā definīcija ir šāda: sociālais raksturs ietver adaptētas un attīstītas ekonomiskas, sociālas un kulturālas tradīcijas, kas ir kopējas kādai grupai sabiedrībā. Sociālā rakstura veidošanos iespaido veids, kā audzina bērnus; izglītības sistēma un skolas; literatūra un māksla, reliģija; arī patērniecība – viss kultūras "audums" veido tā stabilitāti. Svarīgi atzīmēt, ka rakstura struktūra ir sistēma, un, kā katrai sistēmai, tai ir kohēzijas spēks, jo katra daļa rada nākamo, un izmaiņas vienā daļā rada izmaiņas citā. Sociālā rakstura koncepts skaidro, kā psihiskā enerģija lielās līnijās pārveidojas specifiskās psihiskās enerģijas formās, kuras ir sabiedrībai nepieciešamas tās pastāvēšanai. Piemēram, latviešu kultūrā koru un deju kolektīvi veido izteiktu emocionālas kopības izjūtu, kas manifestējas reizi piecos gados lielajos Dziesmu un deju svētkos. Daudz sarežģītāk ir runāt par emocionālo kopību dažādās profesionālās grupās, bet, piemēram, medijos strādājošie izceļas ar lielu grupas saliedētību. Koru kustība radās Vācijā pirms tās apvienošanās, arī Francijas pierobežā notika ciema iedzīvotāju kopīga muzicēšana.

Emociju kohēzijas iespaids ir skaidrots angļu-īru izcelsmes amerikāņu politologa un vēsturnieka Benedikta Andersona (*Benedict Anderson*) teorijā par to, kā muzicēšana veidoja emocionālo kopības veidu, iedomāto kopienu. Viņš uzskata, ka dziedāšanas laikā notiek emociju sakausēšanās, līdz emocijas rada motivāciju darbībai. Īpaši tas sākās laikmetā, kad iedibinājās publiska himnas dziedāšana. Taču līdz dziedāšanai kolektīvā daudzu nākamo nacionālo valstu intelektuāļiem bija jānoiet ceļš, izkristalizējot tāda sociālā rakstura cilvēkus, kuri uzņemtos vadīt šos procesus. Bija jārodas līderiem, kas spēj domāt par kopējo labumu.

Deīvida Rīsmans teorija fokusējas uz trim sociālā rakstura tipiem, kuri ir dzīvojuši visos vēstures posmos, un katram no tiem ir bijusi sava nozīme vēsturē. Teorija deva iespēju skaidrot 19. gadsimta nacionālo valstu veidošanās fenomenu,

kura dzīlēs savu izpausmi guva tāds sociālā rakstura tips, kas, sevi attīstot, deva ieguldījumu nacionālo valstu kultūrā, ekonomikā, zinātnē un politikā.

**Pirmais sociālā rakstura tips** ir tradicionāli vērsta (*traditional-directed*), kas jūtas piederīgs savai kultūrai, ikdienā cenšas uzturēt ciešus kontaktus ar cilvēkiem. Tas nesagaida no citiem neko īpašu, dzīvo pats un ļauj dzīvot citiem. Izvairās no uzvedības, kas liktu kaunēties (“kauns no cilvēkiem”). Viņš ir atkarīgs no dzīves tradicionālā ritējuma. Sabiedrībā ar augstu attīstības potenciālu šā tipa cilvēki ir tipiska sociālā rakstura daļa, viņi ir “zemes sāls un pamats”. Tādas sabiedrības, kurās dominē pirmais sociālā rakstura tips, atbilst agrārājai, mednieku, zvejnieku sabiedrībai – tāpat tas ir tradicionālais sociālais raksturs.

**Otrais sociālā rakstura tips** – uz iekšu vērsta (*inner-directed*), kas jau no bērnības iemācījies sevi skatīt kā neatkarīgu personu, ir centrēts uz sevis pilnveidošanu un attīstīšanu. Šī tipa cilvēkos stipri jūtama vispirms vecāku, bet vēlāk citu autoritāšu ietekme, kas iespaido viņu darbību. Viņiem ir tendence just vainas apziņu, bet, tā kā uzvedības pamatprincipi iecentrēti bērnībā, šī tipa personas ir apveltītas ar lielu iekšēju stabilitāti, un viņu dzīvei raksturīga pašrealizācija un neiedomājama mobilitāte. Šāda sociālā rakstura nesēju daudzums, ja piedzīvo iespēju iegūt kritisko masu, vairo sasniegumus sabiedrībā, kurā viņi dzīvo. Deivids Rīsmans analizē rakstura veidošanos, vadoties no apgūtas mākas vienoties kopīgiem mērķiem, proti, saskaņošanas veida (*mode of confirmity*), vai cilvēki spēj kopā sasniegt mērķus, vai spēj kopā “pūst vienu ogli”. Šī tipa cilvēki veidojās ilgā laika periodā. Sairstot viduslaiku dzīves veidam, caur renesansi, reformāciju, kontrreformāciju, industriālo revolūciju un politiskām revolūcijām. Pētnieks norāda, ka daudzas cita līmeņa revolūcijas turpinās vēl mūsdienās. Sabiedrības pārmaiņu (*transit*) laikā tās populācijā aug un veidojas indivīdi ar tipiskiem sociāliem raksturiem, kuru savstarpējā saskaņošanās ir balstīta uz sasniegumiem dzīvē. Šie raksturi spēj internalizēt vairākus mērķus un tos sasniegt. Otrais sociālais tips rada sabiedrībai kultūras sasniegumus un vienlaikus atrod savas dzīves motivāciju un piepildījumu. Deivids Rīsmans kā spilgtāko piemēru min 19. gadsimta jaunās nācijas un to sasniegumus. Literatūrā tos portretē kā rakstura tipu, kas spēj vadīt sociālu dzīvi bez saistības ar tradicionāli vērsto sociālo raksturu.

Analizējot pirmo un otro sociālo raksturu, atklājas, ka tiem daudz kopīga tajā nozīmē, ka raksturs ir vecāku veidots agrā dzīves posmā, tikai uz iekšu vērsta sociālais raksturs ir gatavs mācīties no pieredzes un / vai arī intensificē publisko viedokli. Tas spēj iespaidot sabiedrības viedokli, attīsta sevi un savu pašapziņu, līdz pasauli padara par savām mājām. Otrais sociālā rakstura tips atbilst manufaktūru sabiedrībai, ražošanas laikmetam. Deivids Rīsmans uzskata, ka 19. gadsimts bija labvēlīgs plašākām iespējām dažādām grupām iegūt izglītību, un tas radīja dinamiku un mobilitāti rakstura izpausmēm.

**Trešais sociālā rakstura tips** – uz citiem vērsta (*other-directed*) – ir pretmets otrajam tipam. Šī tipa raksturs orientējas uz “tālajiem” signāliem, ko saņem no citiem, bet tie parasti nav viņa vecāki, un, vadoties pēc šiem signāliem, tas veido

savas dzīves mērķus un īsteno darbības. Šā tipa personas top laikmetos, kad ģimene vairs nav maza, noslēgta sistēma. Uz citiem vērstie ir kosmopolīti. Viņiem starp pazīstamo un svešinieku neeksistē robežas, kuras tradicionāli vērstās personas uztur stipras. Viņi māk svešo ātri padarīt intīmu, viņi visur jūtas kā mājās, spēj strauji pielāgoties un mainīties. Bet citi interesē tiktāl, ciktāl tie palīdz realizēt viņu mērķus. Viņi ir jūtīgi pret citu cilvēku ekspektācijām un citu vēlmēm. Šāds sociālais raksturs atbilst terciārai ekonomikai, tādām sabiedrisko un ekonomisko attiecību modelim, kurā dominē tirdzniecība, pakalpojumi un komunikācija. Deivids Rīsmans šo raksturu apraksta pēc Otrā pasaules kara, redzot ekonomikas attīstības vektorus. Trešais sociālais raksturs ir noteicējs mūsdienu sabiedrībā, kurai raksturīga informācijas un pakalpojumu sniegšanas ekonomika. Katram sociālā rakstura tipam ir pozitīvas iezīmes, un sociologs prognozēja, ka nākotnē otrais un trešais sociālā rakstura tips varētu radīt jaunu, ceturto tipu.

Deivida Rīsmāna sociālā rakstura teorija dod iespēju veidot izpratni par latviešu sabiedrības veiksmi koncentrēt enerģiju, emocijas un saprātīgu rīcību, lai veidotu savu kultūru un izglītoto grupu, kura 20. gadsimta sākumā visas sabiedrības vārdā pauda valstsgribu un pirmo reizi vēsturē proklamēja savu valsti. Kāpēc tieši 19. gadsimts bija labvēlīgs laiks, teorijas skatījumā, otrā sociālā rakstura nesējiem? Piemēram, komponista Jāņa Mediņa opera “Uguns un nakts” ir vāgneriska pēc stila un apjoma. Tā būtu jāuzved no desmitiem rītā līdz vienpadsmitiem vakarā, tik apjomīga ir partitūra. Jāatceras, ka Mediņam nav konservatorijā iegūtas kompozīcijas izglītības, bet ir emocionāla vēlme savai tautai un kultūrai pasniegt Eiropas mēroga operu. Līdzīgus piemērus varam minēt no nacionālās atmodas censoņiem ne tikai latviešu kultūrā. Tie raksturīgi visām tautām, kuras sāka apzināties savu pašvērtību un spēja emocionāli uzrunāt sabiedrību nacionālās atmodas kustībai. Nacionālā atmoda aktivizē politiskās emocijas, bieži tās atver un uzspirdzina katra indivīda personiskās emocijas.

### **Slēptās emocijas un literatūra**

1997. gadā konferencē “Mīlestība un likums Eiropā” ziņojuma laikā zālē negaidīti vienbalsīgi iesmējās. Akadēmiskais naratīvs bija par aptauju ar atspoguļotu latviešu jūtu kultūras raksturojumu, emocionālo saišu raksturojumu mīlestībā. Tajā mirkli sapratu, ka sastopos ar kaut ko tādu, kas, piederošai pie savas kultūras, līdz tam nebija “saredzams” – sistēmteorijas autors Niklass Lūmans (*Niklas Luhmann*) to dēvē par “sistēmas aklumu”. Būdamā pieredzīgai savai kultūrai, neredzēju, ka mīlestības jūtu ranžējums atsedz latviešu kultūrā “it kā akceptēto” slēgto emociju kodu. Ar jauniegūto pieredzi pēc konferences, klausoties dzīvesstāstus, sadzirdēju atkārtojamies daļu motīvus – jūtu un emociju dzīves anonimitāti. Reti kurš dzīvesstāsta teicējs atklāj savas dzīves svarīgāko mirkli – iemīlēšanos, satikšanos un apprecēšanos. Šie dzīves svarīgie mirkli dzīvesstāsta

prezentācijā ir kaut kur perifērijā. Jūtu izpausmes vai aizturēšanas, slēpšanas mūsu kultūrā ir veidojusi mutvārdu tradīcija – dainas, kurās ir atspoguļota tautas vēsture, izpratne par svētumu, labo un ļauno. Dainas ir tautas etoss, tajās atrodam ne tikai ētiski cildeno, bet visu dzīvi tās tvērumā. Nereti dominē viedoklis, ka dainas ir autentiskas un nav citu kultūru iespaidotas. Reliģiju pētnieks Haralds Biezais uzsver, ka dainas ir kristietības ideju un tēlu iespaidotas. Dainās atrodam pieņemtos kristīgos vārdus un tēlus, taču tie piemēroti savas kultūras tradīcijai un lietu kārtībai. Haralds Biezais norāda, ka dainas iekļauj dieva dēla attiecības ar Māru, tikai tās ir citādas nekā kristietībā – ne dēla un mātes, bet līgavaiņa un līgavas attiecības. Taču tautasdziesmās tās nekur neparādās kā emocionālas saites starp līgavu un līgavaini.

Par jūtu dzīves atspoguļojuma aplāpēšanu varētu teikt, ka tas raksturīgs ziemeļu tautām. Bet tas būtu maldinoši, jo mūsu tuviem likteņa radniekiem somiem viņu tautasdziesmas ir tikai par mīlestību vai nāvi. Tātad ziemeļnieku mentalitāte skaidrojumam neder, runājot par latviešu jūtu dzīvi.

Itāļu pētniece Luiza Paserini (*Luisella Passerini*) uzsver, ka romantizētā mīlestība ir Eiropas jūtu kultūras pamats, un apgalvo, ka romantizēto mīlestību pazinušas daudzas kultūras – no Austrālijas aborigēniem līdz ķīniešiem. Tad rodas jautājums, vai pie mums, latviešiem, ir citādāk? Latvieši ir Eiropas tauta, tomēr emocijas un jūtu izpausmes trūkums ir pat kultūras pamattekstos – dainās. Vai tas liecina par gadsimtu gaitā izstrādātu jūtu ekonomiju, kas ne vienmēr saistāma ar tautas skarbo vēsturisko pieredzi? Apspiestas un apslēptas emocijas un jūtas ir rūdījušas tautu skarbos izdzīvošanas apstākļos, bet vienlaikus atstājušas arī nospiedumu kultūrā – noslēgtu jūtu izpausmi kā kolektīvi izstrādātu un pieņemtu emociju veidu. “Aizslēgtas” jūtas un emociju neizrādīšana liedz pieeju cilvēka dziļākai pašizpratnei un neveicina atvērtību saskarsmē ar sev tuviem cilvēkiem. Slēpjot savas jūtas un emocijas, tiek pazaudēta kāda saikne pašam ar sevi, un cieš cilvēka pašizpratne, kas ir cilvēka dzīves harmoniskas realizācijas pamats. Sevis apspiešana, kavēšana sevi pieteikt vai izpaust mūsdienās ieguvusi jaunu, smalkāku apzīmējumu – prokrastiNĀCIJA, ar kuru startē Rakstniecības un mūzikas muzejs jaunajā konceptā par to, kas mēs, latvieši, esam. Līdzās parādās cietēja tēls, jo, nespējot atklāti paust jūtas, indivīds, pats to nemanot, pārvēršas par upuri – tas ir motīvs, kas pavada latviešu vēsturisko atmiņu, sākot ar naratīviem no Indriķa Livonijas hronikas, kas sabiedrības vienas grupas saziņā formulēta no “mēs vardarbīgi kristianizēti, pakļauti, kolonizēti” līdz jaunāko laiku saskaņotajam “mēs tikām okupēti”. Upura motīvu ne tikai semantiski, bet arī kultūrvēsturiski un psiholoģiski uzpilda tāds pašraksturojums, ar kuru operē indivīds vai indivīdu grupa sabiedrības vārdā, lai attaisnotu, noņemtu no sevis atbildību un atgādinātu, ka nebija morālas izvēles un pakļaušanās bija vienīgā iespēja.

Sabiedrības priekšstatu par sevi veido akadēmiskā vēsture, ar tēliem un raksturu attēlojumiem to papildina daiļliteratūra, jo tajā atspoguļojas sociālā atmiņa, dzīvesstāsti, un neapveramā mutvārdu vēsture. Latviešu literatūras vienkāršotā



sinopsē ir saskatāms viens kodols, ap kuru centrējas tēlojumi – stāsti par dzīvi laukos, īpaši izdalot agrāro Latviju starpkaru periodā. Par iekoptajām lauku sētām un par zemnieku sētas darba panākumiem, par to, ka īsts darbs ir smags un sūrs. Par latviešu ciešajām saitēm ar laukiem un lauku darbiem stāstīts Ilzes Kalnāres romānā “Aktrise Ragārēs”, kura galvenā varone ir aktrise no pilsētas, kas atrod darbu laukos un ir teicama priekšstrādniece, līdz viņu uzaicina darbam Rīgā viņas pamatprofesijā. Pilsētas intelektuālās grupas vainas apziņu, ka esi atrauts no zemes un lauku darbiem, man ilustrēja kāda mūsu baleta primabalerīna. Pēc lekcijas par šo tēmu viņa atzinās, ka vienmēr izjūt neērtību par savu profesiju, jo sevi salīdzina ar zemnieku smago darbu. Viņa savus pūliņus, disciplīnu un savus sasniegumus mākslā vērtē zemāk par lauku darbu. Kad pārvaicāju, kur radusies tāda vainas sajūta, salīdzinot savu talantu un lauku darbus, viņa atbildēja, ka tas ir nācis no audzināšanas. Audzina ne tikai vecāki, bet arī kultūras vide, kurā literatūrai ir svarīga loma. Skolas obligātās literatūras klāsts veidots tā, ka vairākas paaudzes tika apmācītas pamatvērtību un latviskās identitātes iegūšanā.

Socioloģiski literatūra nav tikai sabiedrības komunikācijas kanāls, bet tā, kas ietilpst izglītības sistēmas prasībās, audzina un veido nākamās sabiedrības dalībniekus. Literatūra palīdz veidot kolektīvo identitāti, īpaši sabiedrībās, kurās ir bijis valstiskuma neatkarības pārrāvums. Apgūstot oriģinālliteratūru, skolēni iemācās būt latvieši, tiek likti pamati emocionālai piesaistei nacionālajām un pasaules kultūras vērtībām. Tās ir īpašas zināšanas, kuras veido jaunās, topošās personības dziļāko psiholoģisko raksturu ar tendenci realizēties nākamās sabiedrības dalībnieku attieksmēs, viņu ikdienas praksēs un rīcības motīvu atlasē. Mūsu oriģinālliteratūrā ir viens centrālais tēls – klusējošs vīrietis, kurš nerunā un, iespējams, nemāk runāt par jūtām un identificēt sevi ar tām.

Šis apgalvojums nesaskan ar modernisma latviešu mīlas dzeju, kas ir kā kompensācija par slēpto jūtu izpausmes kodu. Dzejas neiedomājamā popularitāte okupācijas gados skaidrojama ar to, ka tēlainības aizsegā zemtekstos varēja izteikt, ko jūtam. Iespējams, tāpēc mūsu kultūrā, apsveikumus rakstot, izmanto dzeju, jo jūtu izpausme dzejas formā ir tuva daļu izteiksmē. Ikdienā sabiedrība izmanto valodas izteiksmi, kuru analītiski apzīmē kā prozu. Literārie teksti – romāni un stāsti – palīdz piekļūt literāro tēlu iekšējiem dialogiem pašiem ar sevi, ar kuriem lasītāji iemācās atpazīt sevi dzīves situācijās. Literatūrā izkristalizējas arī nācīgas rakstura īpašības. Prokrastinācija kā sevis atlikta emocionāla distance. Obligātā literatūra izglītības sistēmā atstāj tiešu vai netiešu iespaidu uz cilvēka dzīvi, vērtībām un attieksmēm. Divi piemēri – latviešu un norvēģu varianti jaunā varoņa pašapziņai un svarīgām izvēlēm. Raiņa luga bērniem “Zelta zirgs” (1910) ir simbolu luga, kas izsaka latviešu tautas mentālo raksturu. Lugas varonis Antiņš ir kļuvis par vienu no īpašiem latviešu kultūras varoņiem – uzvarētāju. Kā līdzīgas struktūras pasakās, viņš uzvar konkurentus, viņam ir iespēja kļūt par savas dzīves un situācijas saimnieku, noteicēju. Antiņš, pretēji gaidītajam, nemaz netiecas identificēt sevi ar uzvarētāju, viņš jau no princeses atbrīvošanas brīža distancē sevi no precinieka

statusa. Arī tad, kad princese ir tuvu nāvei, un tikai Antiņa varē ir viņas atbrīvošanu realizēt līdz galam, Antiņš labāk ļauj sev nocirst pirkstu, nevis aktīvi turpina cīņu par princesi. Viņš pasīvi atdod negodīgajam melnajam princim savu veiksmi, savu laimi. Un tikai princeses aktīva iejaukšanās, Raiņa versijā, glābj Antiņu. Faktiski Saulcerīte izglābj pati sevi un par sevi nedrošo Antiņu. Pretēji rikojas analoga stāsta norvēģu pasakas varonis Halvors – viņš nedomādams viņa kausā iemet gredzenu, ar šo žestu dodams ziņu, kurš ir atbrīvotājs, un ar cieņu ieņem savu atbrīvotāja un varoņa vietu, apprec princesi. Šajās divās pasakās strukturāli tuvās sižeta līnijās divu tautu rakstnieki izteikuši būtisku savas tautas mentalitātes aspektu. Raiņa luga fiksē varoņa rīcību kā pretrunu varoņa raksturā – uzvarētājs, bet ar neticību saviem spēkiem un vāju identificēšanos ar veiksmēm – emocijām. Antiņa tēlu vispārinot uz sabiedrībā atpazīstamu tipāžu, var secināt, ka šeit attēlota varas un statusa sadursme, kuru emociju pētniecībā apzīmē kā attiecības starp sociālo stresu un miokarda infarktu.

## Emocijas un veselība

Emocijas dzīvo sociālās attiecībās, bet kāda daļa no sociālām attiecībām ir emocijas. Džeks Barbalets tāpēc lieto jēdzienu “emocionālais klimats” – lielās un mazās sociālās grupās, un retāk vispārinot – sabiedrībā. Sabiedrības emocionālais klimats krasāk iezīmējas robežsituācijās, kāda šobrīd ir Covid-19 izplatības dēļ, proti, pandēmijā. Moderno laiku vēsturē tā ir pirmā lielākā globālā krīze. Atmiņas par gripas epidēmiju pēc Pirmā pasaules kara ir kļuvušas sporādiskas, un tikai mediju atgādinājums, raksti un fotogrāfijas atgādina, ka sejas maskas tika lietotas arī toreiz. Emocionālais klimats nenozīmē, ka katra persona piedzīvo tās pašas emocijas, kādas ir citiem. Emocionālais klimats ir grupu fenomens, un dažādi cilvēki var būt atšķirīgās emociju pieredzēs.

Mūsdienu sociālo tīklu burbuļi personas ievēl vienā vai otrā noskaņojumu grupā un turpina sniega bumbas efekta veidā veidot dažādas kolektīvās emocijas. Latviešu sabiedrībā ir izteikta dominance lejup krītošām emociju izpausmēm. Pasivitāte un bezspēcība mijas ar kauna un pazemojuma jūtām. Vēsturiskā identitāte un no tās iegūtā pašizpratne ir veidojusies daudzu sarežģītu notikumu iespaidā, pie kuriem pieskaitāma ir arī valsts neatkarības zaudēšana. Tā radīja daudzas emocionālas traumas – zaudētā valsts neatkarība, deportācijas un civiliedzīvotāju mobilizācija pretējās karojošās armijās polarizēja sabiedrību uz daudziem gadu desmitiem arī pēc kara beigām. Katrai sabiedrībai ir svarīgi attīstīt kopības izjūtu (*community feeling*), jo tā var radīt enerģiju, kas centrē un saliedē sabiedrību, vai arī var tikt vērsta pret valsts iekārtu. Modernā nacionālā valstī politiskās emocijas ir arī vēstures stāsti, jo tie ir savienoti ar individu pašapziņu, tie veido grupu pašapziņu un identitāti. Pilsoņi definē savu attieksmi pret valsti, tāpat kā pilsoņiem ir tiesības nepārtraukti raidīt emociju izpausmes un definēt piederību valstij, kā arī

noteikt valsts politiskās robežas, jo pilsonība ir kaut kas vairāk nekā tikai juridiskas attiecības.

Pagātne nav kaut kas aizgājis, tas ir iespaids uz tagadni, kas reizēm spēj radīt negaidītus "sastrēgumus", ja noskaidrojas kaut kas nezināms vai noklusēts. Klusuma zonas ģimenes un dzimtas stāstos bija saistītas ar valsts neatkarības zaudēšanu, patiesos notikumus baidoties stāstīt jaunākajiem ģimenē. Viena grupa priecājās, bet otrai nebija ļauts izpaust savas bēdas publiski, vairojot sajūtu, ka ir izslēgti no kopējā vēstures stāsta. Neatkarības atjaunošana atjaunoja arī cilvēku attiecības ar savas ģimenes un dzimtas vēsturi. Saītes, kas vieno paaudzes, ir sarežģīti definējamas. Ģimenes vēsture ir sociālais kapitāls, ar kuru, satiekoties pēc ilgiem noklusējuma gadiem, arī maldu ideoloģijas ceļiem, var radīt nopietnu emocionālu sastrēgumu.

Emociju nozīme ir lielāka, nekā to ikdienā piešķiram. Ar tām bieži sacenšamies – kurš vairāk pārdzīvojis, cietis vai laimīgs bijis. Emocijas veido cilvēku un vienlaikus virza vai arī nobloķē dabisku dzīves ritumu. Ne tikai indivīdu dzīvē, bet lielākām sociālām grupām, kuras veido daļu no sabiedrības. Socioloģijas klasisko teoriju pārstāvji Ogists Konts, Emīls Dirkems, Georgs Zimmels un Makss Vēbers ir piešķīruši nozīmi emociju studijām. Sākot ar socioloģijas dibinātāju, kurš apzinājās jaunā laikmeta iestāšanos ar racionalitātes izvirzīšanu prioritātē, ka emociju nozīme ir sabiedrības katra indivīda pašizpratnes veidošanā. Būt saskaņā ar sevi, sociālo vidi un arī lielo politiku, kura, lai arī to mēģina ignorēt, ir klātesoša katra indivīda dzīvē. Emocijas ir līdzīgas varai, tās ir katra cilvēka dzīvē, un to savstarpējās attiecības ir gan indivīda, gan sabiedrības atbildība. Sistēmiska pieeja pētniecībā ir svarīga ne tikai sociālajās zinātnēs, bet jo īpaši svarīga tā ir psiholoģijā, jo katra indivīda problēmas ir dziļāk integrētas un izriet no sistēmiskā sociālo attiecību kopuma.

---

*Dr. sc. soc. Dagmāra Beitnere-Le Galla*  
Latviešu kultūras socioloģe, politiķe,  
Latvijas Universitātes Filozofijas un socioloģijas  
institūta vadošā pētniece

# 25

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI

RSU

# 10

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI

RSU

## Apsveikums

### **Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedrai 25 gadu un klīnikai 10 gadu jubilejā**

Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca jūs sveic nozīmīgajā jubilejā! Psihiskā veselība ir pamatā dzīvespriecīgam un elastīgam skatījumam uz dzīvi, tā palielina fiziskās veselības resursus, kapacitāti pozitīvi adaptēties dažādām situācijām, kā arī spēju tikt galā ar dzīves problēmām. Tāpēc jo īpaši augsti novērtējam jūsu katedras un klīnikas izcilo speciālistu un studentu veikumu Latvijas sabiedrības un pacientu labā. Pateicamies par jūsu gatavību allaž sniegt profesionālu un vērtīgu padomu arī mūsu slimnīcas speciālistiem un pacientiem.

Vēlam kolektīvam radošu laiku, stipru veselību un neizsīkstošu entuziasmu rūpēs par Latvijas cilvēkiem!

Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas  
vārdā valdes priekšsēdētājs  
*Rinalds Muciņš*

## Ko mēs (ne)zinām par savām jūtām?

*Roberts A. Berezins*

Reiz sensenos laikos, pirms daudziem gadiem mēs ar sievu Nensiju pavadījām atvaļinājumu Eksmūrā aiz Devonšīras robežas Anglijas dienvidrietumos. Mēs sekojām ceļam, lai kurp tas arī vestu.

Pakalna virsotnē pamanījām vēlā rīta saulē mirgojošu baltu ēku. Nedaudz baiļojoties, ka no likuma varētu iznirt cita mašīna, uzbraucām uz galvenā ceļa un sākām virzīties kalnup. Ēka izrādījās mūžveca baznīca, kas slējās virs kalna pakājē mierīgi dusošā ciema māju salmu jumtiem. Baznīca stāvēja stingri kā klints. Spožā saule, šķiet, nespēja šķelt tumsu un noslēpumaino klusumu, kas valdīja svētajā vietā ar tās skaisti grebtajiem anglikāņu soliem.

Jutāmies tā, it kā mūs kāds šeit būtu atvedis, un nolēmām pavadīt šajā vietā nakti. Apjautājās baznīcas kalpotājai, vai ciemā ir viesnīca. Viņa teica: “Ir divas, bet jums laikam vajadzētu doties uz to, kur tiešām labi izturas pret amerikāņiem.” Tā šķita laba doma.

Izkāpām no mašīnas viesnīcas priekšā, un mūs sveica Roze, mazliet skarba, tomēr solīda, krietna angļu sieva, un Hanss, vācietis ar izrieztu krūtežu un stipru akcentu, tieši kā izkāpis no brāļu Grimmu pasakas. Viņi aicināja mūs padzert tēju kopā ar viņu draudzeni Margarētu. Mēs visi apsēdāmies pasaku mājiņām līdzīgo kotedžu ieskaustajā dārzā.

Roze man jautāja: “Nu, tātad ar ko jūs nodarbojaties?”

Novērsos un cerībā pieklusināt nenovēršamo nomurmināju: “Esmu ārsts.”

“Kāds ārsts?”

Murmināju vēl neskaidrāk: “Esmu psihiatrs.”

“Kas?”

“Psihiatrs.”

“Ak, jūs, amerikāņi... Vienmēr paļaujaties uz psihiatriem, psihoterapeitiem. Mums šeit nav vajadzīgi nekādi psihiatri,” viņa teica, klusu iesmiedamās.

## Tikšanās ar Margarētu

“Mūsu draudzene Margarēta ir rakstniece. Viņa dzīvo purvājos. Purvāju ļaudis neievēro Anglijas likumus. Viņiem ir pašiem savi likumi, un viņi ir nevaldāmi. Viņi medī un nodarbojas ar malumedniecību, kad grib. Ziemā sniegs paceļas virs jumtu korēm. Pārtikas krājumi tiek glabāti Ziemassvētkiem, un purvāju ļaudis apciemo cits citu pa sniegā izraktu tuneļu tīklu.”

Roze turpināja: “Patiesībā nabaga mīļā Margarēta gribēja patverties purvāju vientulībā, lai rakstītu romānu. Diemžēl viņas rakstīšanas process bija nobloķējies, un viņa mēnešiem ilgi jutās kā lamatās, nespējot no turienes izkļūt.”

Margarēta teica: “Es tā gaidīju šo pārceļšanos. Biju sagādājusi sev milzu pārtikas krājumus un grāmatas. Man bija kompanjons – kaķis. Vētras nāca un puteņi griezās, kā jau bija gaidāms, un dažus nākamos mēnešus es biju pilnīgi viena. Taču es biju pilnīgi bloķēta. Vispār nespēju rakstīt. Nekas nesanāca. Es nevienu nepazīnu.”

Margarētai bija ap 50, viņa bija erudīta un ļoti daiļrunīga sieviete. Viņa turpināja stāstu. “Mani vecāki ir īri. Mans tēvs Īrijā darbojās arodbiedrībās. Viņu nosūtīja organizēt arodbiedrības Velsā, tieši Bristoles līča otrajā pusē. Tie bija grūti laiki. Velsas skolas bērni neizturējās draudzīgi pret katoļu meiteni. Man nebija draugu, bija tikai manas grāmatas. Mana māte nespēja izturēt šķiršanos no savas lielās ģimenes, kura palika mājās. Viņa jutās vientuļa un daudz laika pavadīja Īrijā. Viņai tur bija daudz labāk, es priecājos par viņu. Mēs ar tēvu bijām divi vien. Es viņu mīlēju un dariju, ko spēju, rūpējos par viņu. Vārīju, tīrīju, mazgāju veļu papildus saviem skolas darbiem. Tēvs bija ļoti aizņemts, un es pieradu pavadīt daudz laika vienatnē. Patiesībā man tas patīk.”

Kad Margarēta turpināja, mani satrieca viņas stāsta emocionālais naivums. Beigās viņa atklāja tādu ievainojamību, kādu psihiskās veselības jautājumos informēts un rutīnas nomocīts amerikānis nekad nebūtu pat pieminējis. Viņas precīzi neregulētais jūtīgums padarīja šo stāstu neatvairāmu. Mēs klausījāmies kā apburti. Stāstam beidzoties, viņa pagriezās pret mani un jautāja: “Kā jūs domājat, kas izraisīja “rakstīšanas bloķēšanos”?”

Parasti, savā ierastajā dzīvē, es izvairītos no profesionālās darbības. Mēs bijām atvaļinājumā un joprojām jutāmies noguruši. Taču man viņa ārkārtīgi patika, un es ieteicu pārīs lietas.

“Jūs varētu padomāt par to, ka jūsu pārceļšanās atsauc atmiņā vientulību Velsā, kad bijāt meitene,” es teicu. “Turklāt jūsu mātes prombūtne varēja nebūt tik brīnišķīga, kā jūs sakāt. Tā varēja būt daudz traumatiskāka.”

## Dodoties pa senām takām

Vai tas bija tas, kas atvilka mūs uz šo šķietami idillisko vietu? Kad tējas laiks beidzās, Roze pastāstīja mums par druīdu kapulauku aiz meža, pakalna otrajā pusē. To mēs noteikti gribējām redzēt. Viņa deva mums virkni sarežģītu norāžu.

“Ejiet pa taku, ceļa sazarojumā pagriezieties pa kreisi, pēc tam, kad ieraugāt kritušo koku, ejiet taisni vien uz priekšu pa taku, kamēr nonāksiet līdz tiltiņam pāri upei, un tā tālāk... Ak, dievs ar to! Kāpēc jums vienkārši nepaņemot līdz suni? Viņš zina, kur tas ir. Viņš paliks pie jums un atvedīs jūs atpakaļ mājās.”

Tā nu mēs atvadījāmies un devāmies ceļā kopā ar suni, kurš aizveda mūs pāri upei un cauri mežam pie kapulauka. Aiz meža mums pavērsās dabisks, akmens sienu ieskauts amfiteātris, krāteris kalna kores augstākajā virsotnē. Debesis bija ļoti zemas. Mēs varējām pieskarties mākoņiem. Valdija neticams miers. Abi apsēdāmies un, sapņos aizklīduši, ilgu laiku neteicām ne vārda.

Bija spēcīgi jūtama garīgā klātbūtne. Varbūt šeit bija Merlins, varbūt Artūrs un pārējie Apaļā galda bruņinieki? Nāve šeit nešķīta tik sveša un biedējoša. Šeit būtu labi nomirt. Šī varētu būt vieta, kur mēs vēlētos palikt. Ja tas būtu mūsu laiks, mēs pievienotos druīdiem.

Saulrieta rožainais spožums lika mums saprast, ka labāk doties atceļā. Suns bija pacietīgi gaidījis un tagad aizveda mūs atpakaļ uz ciemu tieši pirms saules rieta. Mēs apjautājāmies Hansam, vai šeit ir kāda vieta, kur varētu paēst. Viņš norādīja uz vecu zemnieku māju, kas tagad bija restorāns. Vēl viena maģiska vieta, kur vakariņās mums pasniedza jauna jēra gaļu, Božolē un desertā izcilu citrona krēmu kopā ar glāzi portvīna. Mājās atgriezāmies noguruši un paēduši, gatavi doties gulēt.

## Nosūtījums pie ārsta un saruna par ģimenes tragēdiju brokastu laikā

Nākamajā rītā sapakojām savas ceļasomas un kāpām lejup brokastīs. Roze pavilka mani sāņus un teica: “Margarēta apdomāja jūsu teikto un vēlētos saņemt psihoterapeita palīdzību.”

Kā gan es varētu nosūtīt kādu pie ārsta Eksmūrā? Miglaini atcerējos, ka Tevistoka atrodas kaut kur Anglijas laukos, un jautāju Rozei, vai viņai par to kaut kas zināms. Nebija. Ielūkojāmies tālruņu grāmatā, un izrādījās, ka tā atrodas Devonšīrā. Roze piezvanīja un norunāja vizīti Margarētai. (Tas bija 1987. gads, un visur vēl eksistēja laba psihoterapija.)

Apsēdāmies pie brokastu galda un pļāpājām ar Hansu, kamēr Roze gatavoja olu kulteni. Spriežot pēc mājas saimnieku vecuma, mēs pieņēmām, ka Hanss varētu būt bijis vācu karagūsteknis. Pēc kara viņš bija palicis šeit un apprecējis Rozi. Grūti iedomāties, ka tajā laikā to uzņēma labvēlīgi.

Kad pasniedza olas, mēs kādu laiku turpinājām tērzēt. Roze pastāvīgi atkārtoja, ka viss ir “jauki, vienkārši jauki”. Viņa bija katoļticīgā, nevis anglikāniete, un viņai piemita īsta “angļu savaldība”. Apjautājāties viņiem par ģimeni. Roze sāka runāt. “Mums bija divi dēli.” Viņas sastinga, stāvot un lūkojoties uz mums, pie galda sēdošajiem.

“Tiešām, vai kaut kas notika?”

Roze turpināja: “Mūsu vecākais dēls bija medicīnas students. Un viņš gāja bojā negadījumā.”

Vakardienas saulrieta sārtums kļuva tumšāks un ienāca istabā. “Augstais dievs, mums ir tik žēl!”

“Tomass bija medicīnas students. Pirms desmit gadiem viņš devās niršanas ceļojumā uz Karību salām. Viņš bija ļoti īpašs jauneklis, un mēs tā lepojāties ar viņu...”

Tad viņa sāka šņukstēt. Šņukstēt sāka arī Hanss. Istabas sienas bija asarām pievilgušas. Mēs sākām raudāt.

“Viņš bija pilnā nirēja tērpā, pieslēgts skābeklim ar garu plastmasas cauruli. Viņš atradās 30 pēdu dziļumā, kad skābekļa caurule kaut kā atvienojās. Viņš neizdzīvoja. Un viņu tā arī neatrada.”

Roze turpināja stāstīt par to, cik brīnišķīgs dēls viņš bija. Viņa uzskaitīja dēla akadēmiskos sasniegumus, pieminēja viņa meistarību futbolā, to, cik lielisks brālis viņš bija viņu jaunākajam dēlam, kāds mīļš un maigs zēns viņš bija. Sāpes eksplodēja un izveidoja virs mūsu galvām mākonī, un tas atkal lija lejup, piesātinot visu ar bēdām. Mēs visi sliķām. Pēc stundas tas beidzās. Jūtāmie gandrīz pateicīgi, kad Roze pārstāja raudāt un lēni un pieklājīgi iegāja virtuvē

Vienkāršā patiesība ir tāda, ka arī jaukiem, smaidošiem cilvēkiem viņu personības dziļumos gruzd sāpes pat šādā idilliskā, skaistā, rāmā, mazā ciemā. Dzīve nekad nav vienkārši “jauka”. Pagātne nebeidz mūs vajāt.

Vai tā būtu Margarēta vai Roze, pagātnes sēru izdzīvošana ir process, ar kura palīdzību mēs varam būt atvērti nākotnei. Sērošana ir psihoterapijas procesa centrs. Tā dod mūžīgo mieru mūsu rēģiem. Reizēm, kad zaudējums ir pārāk liels, to var labot tikai daļēji. Mēs varam palīdzēt Rozei apraudāt Tomasa rēģu, kas viņu bija vajājis. Taču vairāk viņu izdziedināt nav iespējams.

Domas par viņu vienmēr raisīs sāpes, bet, iespējams, tās pavērs ceļu dārgu atmiņu klātbūtnei.

*(Avots: Robert A. Berezin. (2019). A Psychiatrist Encounters Ghosts of Past Trauma at an Idyllic English B&B. Medscape. Fragments tulkots latviešu valodā un izmantots ar autora atļauju.)*

---

**Roberts A. Berezins** (Robert A. Berezin)  
Ārsts psihiatrs privātā klīnikā Leksingtonā  
(Masačūsetsa), ASV



Apsveikumu par godu nozīmīgajai Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras 25 gadu un Psihosomatikas un psihoterapijas klīnikas 10 gadu jubilejai gribas iesākt ar filozofa Dada Dž. P. Vasvani vārdiem: “Vislabākā grāmata ir sirds grāmata. Tāda ir katram, taču jājautā: cik daudzi māk to lasīt? Šīs grāmatas pirmajā lappusē rakstīti vārdi: “Rūpējies par savām domām! Kā tu domāsi, tāds būsi.”

Mūsu Latvijas sabiedrībai ar tai tik ļoti raksturīgo aleksitīmiju Jūsu komandas ieguldījums sabiedrības veselībā ir nenovērtējams. Kā ģimenes medicīnas holistiskas veselības aprūpes atbalstītājam man ir patīess prieks, ka ne tikai pasaulē, bet arī Latvijā emocionālajai veselībai tiek atvēlēta arvien lielāka loma, arvien mazāk tiek lietotas padomju laika psihiatrijas ārstniecības “tradīcijas”, kas galvenokārt balstījās uz farmakoterapiju. Mūsdienās par emocionālo veselību ir iespēja rūpēties ar pasaulē atzītām un novērtētām psihoterapijas metodēm, piemēram, psihodinamisko terapiju vai kognitīvi biheiviorālo terapiju gan grupās, gan individuāli, ir iespējama psihiatriskā palīdzība, ja tā nepieciešama, kā arī ir iespēja piesaistīt citus speciālistus. Tas ir Eiropas psihoterapijas klīnikas paraugs, kas pieejams arī Latvijā, un par to liels lepnums un prieks!

Es esmu starp tiem jaunajiem speciālistiem, kam, specializējoties savā specialitātē, bija lieliskā iespēja apgūt zināšanas Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedrā, gūstot vajadzīgo ieskatu emocionālās veselības nozīmīgumā cilvēka veselībā. Paldies Jums par to! Katedras darbs sniedz speciālistiem daudz plašāku redzesloku cilvēka veselībā, kas pēc Pasaules Veselības organizācijas definīcijas ir ne tikai fiziska, bet arī sociāla un psihiska labklājība. Cilvēku emocionālā veselība vairs nav abstrakts, nebūtisks koncepts, bet nozīmīgs sabiedrības veselības indikators.

Sakot kolēģiem paldies par ieguldījumu, sadarbību un atsaucību,  
vēlot izaugsmi un attīstību,  
ģimenes ārste *Līga Soida* un  
*Ģimenes medicīnas biedrība*

## Mūsdienu atklājumi medicīnas bāzes jomā par psihiskajiem procesiem

*Māra Pilmane*

### Dopamīna kā neiromediatora un sinapšu lomas atklāšana

Divdesmit pirmajā gadsimtā pagaidām ir iegūtas divas Nobela prēmijas par pētījumiem neirozinātņu jomā. Amerikāņu neirobiologs Pauls Grīngārds (*Paul Greengard*, 1925–2019) vienlaikus ar zviedru farmakologu Arvidu Karlsonu (*Arvid Carlsson*, 1923–2018) un Austrijas ebreju izcelsmes amerikāņu neirobiologu Eriku Kandelu (*Eric Kandel*, 1929) 2000. gadā saņēma Nobela prēmiju fizioloģijā / medicīnā par dopamīna kā neiromediatora lomas atklāšanu smadzenēs. Šie atklājumi ļāva izveidot Pārkinsona slimības ārstēšanas vadlīnijas.

A. Karlsona pētījumi atklāja izteiktu dopamīna koncentrāciju tajās smadzeņu daļās, kas kontrolē gaitu un gribas noteiktas kustības. Dopamīna trūkuma gadījumā eksperimenta dzīvniekiem zuda spēja kustēties, kas atjaunojās pēc L-dopa lietošanas ārstēšanas kursā. Tādējādi tika atklāta minētā faktora nozīme Pārkinsona slimības ārstēšanā, kā arī konstatēta saikne starp neiromediatoru un mentālo statusu, kas rezultējās ar pretdepresijas medikamentu izveidi.

Dopamīns, kura sinonīms ir arī hidroksitiramīns, veidojas kā slāpekli saturošs starpkomponents no dihidroksifenilalanīna (DOPA). Pēdējais veidojas enzīma tirozināzes darbības ietekmē, kas bezkrāsaino aminoskābi tirozīnu pārvērš krāsainajā DOPA (to sauc arī par DOPA reakciju, kas raksturīga ādas iesauļošanās procesam). Dopamīns ir hormonu adrenalīna (epinefrīna) un noradrenalīna (norepinefrīna) priekštecis; pēdējie nosaka virkni simpātiskās nervu sistēmas reakciju: svīšanu, nobālēšanu, asinsspiediena paaugstināšanos un sirds ritma palielināšanos. Vienlaikus dopamīns funkcionē kā neiromediators – vispirms kā nervu impulsu pārvades inhibētājs sinapsēs, īpaši tādās smadzeņu struktūrās kā melnā viela (*substantia nigra*), bazālie gangliji un pelēkās vielas masa – svītrainais ķermenis (*corpus striatum*). Ja minētajās struktūrās dopamīna trūkst, šūnas iet bojā. Savukārt dopamīna receptoru

agonisti, piesaistoties dopamīnu producējošo neironu receptoriem neiromediatora deficīta gadījumā, spēj nozīmīgi palielināt smadzeņu dopamīnerģisko aktivitāti, samazinot, piemēram, Pārkinsona slimības simptomus. Dopamīna nenormāla pārvade ir psihisku sindromu rašanās iemesls, kā tas notiek, piemēram, šizofrēnijas gadījumā. Visbeidzot, *corpus striatum* un polimorfo šūnu kodola (*nucleus accumbens*) dopamīnerģiskās struktūras iesaistās ar atlīdzību saistītas uzvedības noteikšanā.

P. Grīngārds atklāja sinapšu signālpārvades ķīmisko reakciju jeb proteīnu fosforilāciju; proti, ka ar proteīnu saistītā fosfātu molekula spēj mainīt proteīna funkcijas. Kad dopamīns saistās ar neirona ārējās citolemmas receptoru, tas palielina cita "kurjera", cikliskā adenozinmonofosfāta (cAMF), līmeni. cAMF aktivē enzīmu, kas piesaista fosfāta molekulu citiem neirona proteīniem. Tādējādi proteīna fosforilācija var dažādi ietekmēt neironu, tostarp nervu, signālpārvades modulāciju.

E. Kandels eksperimentos ar *Aplysia* jūras gliemjiem un vēlāk ar pelēm atklāja, ka atmiņa veidojas sinapsēs, turklāt sinapšu funkcijas mainās atkarībā no atmiņu veida. Vāji signāli izraisa noteiktas ķīmiskas sinapšu reakcijas, kas ir raksturīgas īslaicīgai atmiņai un ilgst no dažām minūtēm līdz stundām. Savukārt stiprāki stimuli izraisa citas sinapšu pārmaiņas, kas nodrošina ilglaicīgo atmiņu un saglabājas nedēļām.

### Telpas atmiņa, vietas un režģa šūnas

2014. gadā Lielbritānijā strādājošajam amerikāņu neirozinātniekam Džonam O'Kīfam (*John O'Keefe*) un Norvēģijas zinātniekiem Edvardam Moseram (*Edvard Moser*) un Maijai Britai Moserei (*May-Britt Moser*) tika piešķirta Nobela prēmija medicīnā par pozicionēšanas sistēmu veidojošu šūnu atklāšanu smadzenēs. Būtībā runa ir par telpas atmiņu jeb iekšējo smadzeņu "navigācijas sistēmu", kas padara iespējamu cilvēka un jebkura zīdītāja orientēšanos telpā.

Londonas Universitātes koledžas mācībspēks D. O'Kīfs pirmo šīs cilvēka iekšējās pozicionēšanas sistēmas elementu atklāja 1971. gadā, kad konstatēja, ka noteikta veida smadzeņu nervu šūnas vienmēr aktivizējas, kad žurka atrodas noteiktā telpas vietā. Minētie neironi atrodas hipokampā (*hippocampus*), un pētījuma laikā tie aktivējās, kad žurkas pārvietojās būri uz visdziļāko stūri ziemeļrietumu virzienā. Tādējādi šī vieta, kas izraisīja vislielāko neironu aktivāciju, tika nodēvēta par **vietas lauku**, savukārt neironi, kas aktivējās, dzīvniekiem dodoties atpakaļ – no stūra uz centru –, tika nosaukti par **vietas šūnām**.

Vietas šūnas atgādina sensorās sistēmas neironu uztveres laukus un saistās ar vizuālo apkārtējās vides uztveri. Interesanti, ka šīs šūnas ir specifiskas atkarībā no novietojuma, kas nozīmē, ka aktivējas tad, kad dzīvnieks "domā", ka dodas pareizajā virzienā. Vietas šūnas ir arī dinamiskas, kas izskaidro, ka eksperimenta dzīvnieki viegli "adaptējās", uzrādot šo vietas šūnu kairinājumu, ja atradās izmainītā, – samazinātā vai palielinātā – teritorijā. Cilvēkam iespējama smadzeņu aktivācija

noteiktās situācijās, kad jāpielieto telpas navigācija, piemēram, navigācijas video-spēļu laikā tiek aktivēts labais hipokampa rajons un astveida kodola (*nucleus caudatus*) astes rajons. Personām ar smagu hipokampa bojājumu tiek daļēji vai pilnīgi saglabāta spēja pārvietoties pa iepriekš jau ilgstoši lietotiem ceļiem, kas pierāda šīs struktūras nozīmi telpas atmiņas veidošanā.

2005. gadā Moseru pāris no Norvēģijas Zinātnes un tehnoloģiju universitātes Tronheimā identificēja vēl vienu nervu šūnu veidu – **režģa šūnas**, kas rada koordinācijas sistēmu, lai precīzi atrastu ceļu telpā. Šīs šūnas atrodamas smadzeņu entorhinālajā garozā, kas ir mediālais deniņu daivas rajons un hipokampa un *neo-cortex* savienotājstruktūra. Galvenās tās funkcijas ir laika, navigācijas un atmiņas uztveres nodrošināšana. Režģa šūnas aktivējas tad, kad subjekts atrodas multiplā heksagonālam režģim līdzīgā kustībā. Atklāts, ka hipokampa vietas lauki, iespējams, veidojas, kad tiek saņemta informācija no režģa šūnām. Tādējādi hipokampa neironi, vietas šūnas un režģa šūnas kopā veido t. s. **smadzeņu pozicionēšanas sistēmu**, kas padara iespējamu cilvēka orientēšanos telpā. Šīs sistēmas atklāšana, iespējams, varētu arī palīdzēt saprast mehānismu, kas rada postošu telpiskās atmiņas zudumu un ietekmē ar Alzheimerā slimību sirgstošus cilvēkus.

Interesanti, ka ir atklātas arī specifiskas šūnas jeb **fon Ekonomo neironi**, kurus raksturo liela vārpstveidīga soma un mazi sazaroti dendriti bazālajā un apikālajā šūnas polā. Cilvēkiem šie neironi atrodami gan smadzeņu entorhinālajā garozā, gan hipokampā, gan priekšējā cingulārajā garozā, gan saliņas (*insula*) rostrālajā daļā, gan arī Brodmana 9. lauka dorsomediālajā daļā. Visi šie rajoni atbild par socializāciju, intuīciju un emociju veidošanos (González-Acosta et al., 2018).

Pēdējā laikā parādās arī sporādiskas norādes par pozicionēšanas sistēmas saikni ar emocijām. Anteriodorsālais priekšķīļa (*precuneus*) rajons, kas izvietots smadzeņu parietālās garozas mediālajā daļā kā ķīlis starp okcipitālo garozu un paracentrālo daiviņu, funkcionāli ir ļoti heterogēns. Tā svarīgākā funkcija ir multisensorā integrācija specifiskos ķermeņa izpratnes veidošanas jautājumos, piemēram, ķermeņa topogrāfijas izpratnes veidošanā (Herbert et al., 2019).

## Mikrobioms un emocijas

Cilvēka ķermeņa zarnu baktēriju skaits sasniedz ķermeņa šūnu skaitu, t. i., ap 30 triljoniem. Hipotalāma-hipofīzes-virsnieru ass ir galvenā fizioloģiskā stresa koordinācijas sistēma un producē kortizolu, kas tieši iesaistīts apkārtējās vides radīta stresa atbildē un modificē arī smadzeņu stresa atbildi (de Weerth, 2017). Tomēr jaundzimušajam šī ass nav attīstīta, bet zarnu disbakterioze spēj radīt neirālās attīstības problēmas. Tādēļ mūsdienās, pateicoties zarnu mikrobioma tiešai / netiešai spējai iespaidot emocijas, uzvedību un augstākās kognitīvās funkcijas, izvirzīts specifisks termins, proti, mikrobioma-zarnu-smadzeņu regulējošā ass (Frankiensztajn et al., 2020). Zarnu mikrobioms spēj modulēt stresu, un otrādi, – stress

spēj ietekmēt zarnu mikrobiomu. Tomēr, neraugoties uz plašajiem preklīniskajiem (bāzes zinātņu) pierādījumiem par iepriekšminētajām sakarībām, klīniskie pierādījumi šai saiknei ir ierobežoti (Molina-Torres et al., 2019). Zināms, ka, trūkstot iekaisuma stimulējošiem efektiem zarnās, parādās antidepresīvi efekti. Tā, piemēram, pelēm, kurām zarnās samazinājās iekaisumu veicinošā kaspāze, interferona gamma receptori un slāpekļa oksīda sintetāze, samazinājās depresīvais un baiļu stāvoklis, bet palielinājās lokomotorā aktivitāte (Inserra et al., 2019). Saikni starp stresa atbildi, mikrobiomu, depresiju un bailēm uzsvēr arī citi zinātnieki (Peirce & Alviņa, 2019), gan norādot, ka pastāv virkne nenoskaidrotu patoģenēzes mehānismu. To vidū tiek minēta zarnu mikrobioma saikne starp neuroimūnajiem, neuroendokrīnajiem signālmehānismiem, epiģenētisko modifikāciju, neuroģenēzi un signālpārvadi (Kelly et al., 2019). Mikrobioma pārmaiņas modelē saimniekorganisma uzvedību, proti, sociālo aktivitāti, stresu, no trauksmes atkarīgus stāvokļus. Transkraniāla divfotonu attēlu analīze atklājusi, ka mikrobioma pārmaiņas pelēm saistās ar mācīšanās traucējumiem, parādoties defektīviem postsinaptisko dendritu dzelksnīšiem un mediālās prefrontālās garozas neironu samazinātai aktivitātei. Zināms, ka “iemācītu” baiļu signāliem nepieciešama zarnu mikrobioma stimulācija gan agrīnā postnatālā attīstības stadijā, gan pieaugušām pelēm (Chu et al., 2019). Tomēr kopumā mikrobioma un zīdītāju emocionālā statusa kopsakarību izpēte vēl ir tikai sākuma stadijā.

---

*Dr. habil. med. profesore Māra Pilmane*  
RSU Anatomijas un antropoloģijas institūta direktore,  
Morfoloģijas katedras vadītāja

# 25

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI

# RSU

# 10

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI

# RSU

Mēs sēžam ar Guntu Ancāni mākslinieku grupā Sarmītes Māliņas izstādes atklāšanā Dubultu stacijā uz terases un skatāmies uz ainavu pāri upei. Ir neparasti karsta jūnija diena pirms saulgriežiem. Garām brauc vilcieni abos virzienos, apstājas stacijā un brauc tālāk. Izstādes nosaukums – “TŪLĪT”.

Māksliniece ir uzbūvējusi gigantisku trauksmes mašīnu, kas izstādīta stacijas uzgaidāmajā telpā. Piecus metrus plats disks, šķīvis vai tablete, kas ietrīcas un aprimst, atkal ietrīcas un vibrē labu laiku, atkal aprimst. Blakus melns cilvēka siluets, uz kura pulsē uzraksts “TŪLĪT”, iedegas un nodziest, atkal iedegas un nodziest. Sarmīte Māliņa ir uzdrošinājusies runāt par savām mentālajām problēmām neparasti spēcīgos mākslas tēlos, jo droši vien nav izejas, ir jādzīvo savas psihiskās ciešanas. Sanākušie mākslinieki un jaunieši cits caur citu izmanto iespēju iztaujāt psihoterapijas profesori, jo visiem ir trauksmes, visiem ir panikas lēkmes un depresijas periodi.

Es nonācu pie Guntas Ancānes pirms 30 gadiem, kad man bija 40. Toreiz sabiedrībā neviens vēl nerunāja par psihosomatiskajiem traucējumiem, 1990. gadā. Kas tie tādi? Mēs bijām vairāk aizņemti ar savām domām par brīvību, jo tā brieda gaisā un sabiedrības apziņā.

Man bija krampjainas vēdera sāpes, un es nonācu gudrās ārstes Anitas Grietēnas Gastroenteroloģijas nodaļā Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā. Mani izmeklēja pa visām līnijām, un manā iekšējā sistēmā nekādus traucējumus un izmaiņas neatrada. Daktare Grietēna man ieteica aiziet pie gastroenteroloģes Guntas Ancānes, kura bija pievērsusies psihosomatikai. Tā sākas mans ilgais ceļš uz izveseļošanas 20 gadu garumā. Tas nav bijis viegls ceļš, un bieži es ārstei jautāju, vai man ir cerības izveseļoties, vai kādreiz iestāsies miers un brīvība.

Es zinu, kas ir trauksme. Kam tās nav bijis, tas to nevar zināt, jo ārēji jau nekas nav pamanāms. Tā sagrābj no rīta pamostoties, tā – lietuvēns. Nelīdz ne ledainas peldes ziemas vidū, ne garas pastaigas gar jūru, kad tu skaties uz horizontu un tā neatkāpjas.

Atceros, es skrēju viņos un kļiedzu: “Atkāpies, nu atkāpies!”

Grūtākajos periodos tā neatkāpjas ne par kādu naudu. Bet es cīnījos un nepadevos. Es nevienu dienu nepaliku mājās, saņēmos un braucu ar riteni uz darbu, strādāju līdz spēku izsīkumam, jo tā nolādētā atņem spēkus.

Tad es iemanījos viņu piemānīt. Ja es sēžu un zīmēju, cīnos ar kādu ideju, kuru nevaru uzreiz notvert, attopos kādā brīdī, ka trauksme ir pārgājusi. Manas domas ir bijušas aizņemtā ar ko svarīgāku. Tāpēc man vienmēr tuvumā ir mans rasējamais dēlis ar sliedi, oranžais trijstūra lineāls, zīmulis un dzēšgumija. Es uzspraužu pauspapīru, tas ir caurspīdīgs pergaments, kuram cauri redz zīmējumu zem tā, un skicēju, skicēju, meklējot labāko risinājumu, piemēram, mājas plānam vai kādai detaļai. Ar to pietiek. Zāles pret trauksmi. Grūtos pārbaudījumu brīžos es vienmēr sevi atceros pie rasējamā dēļa. Toreiz, kad Rīgā iebrauca tanki, barikāžu laikā, laulības krīzēs un citās nepatikšanās. Tā es praktizēju joprojām, un izrādās, ka esmu attīstījusi spēju intensīvi un arvien ātrāk zīmēt un zīmēt visu ko. Roka ir jāvingrina. Zīmējuma jēga ir ļaut skaidrāk saskatīt – to ir teicis modernisma arhitektūras tēvs Lekorbizjē. Šodien arhitekti vairāk nezīmē, tikai klikšķina kompjuātera taustiņus. Kad piesēžos pie jaunajiem kolēģiem, nevar atrast ne zīmuli, ne papīru uz viņu darba galda.

Man apkārt ir daudz cilvēku, un vienmēr somiņā *Xanax* tabletītes. Drošībai. Es tās lietoju ļoti reti, varbūt brīžos, kad saiet satraukumi un pārdzīvojumi kaudzē viens pāri otram. Jo es vadu vismaz piecus miljonus vērtus būvlaukumus. Lielākais ir Jaunā Rīgas teātra projekts. Birojā ir desmit jaunieši, un es saku, ka mans galvenais uzdevums, bez zīmēšanas, ir atsiet tos mezglīņus – lielākus un mazākus sapiņķerējušos mezglus. Tas pats ir lielajā ģimenē, kurā tomēr visi mezglī satiekas un krustojas manā saules pinumā. *Xanax* tabletes pusīti vai ceturtdaļu es drīzāk piedāvāju kādam biedram vai draugam. Es ceru, ka tas nav liels pārkāpums.

Apsveicu jubilejā un novēlu izturību un spēku grūtajā darbā!

Pateicos par man atdoto dzīvi, kuru tikai tagad sāku pa īstam dzīvot!

*Zaiga Gaile*, arhitekte

## Neirozinātnes piensums praktiskajā ārsta psihoterapeita darbā

*Artūrs Utināns*

### Apziņa

Neirozinātne ir ieviesusi būtiskus atklājumus, kas pavirzīja psihiatriju un psihoterapiju dabaszinātņu virzienā. Īpaši psihoterapijā teorijas par psihe uzbūvi, emocionālo attīstību un psihoterapeitisku ārstēšanu līdz šim labākajā gadījumā balstījās sociālo zinātņu gultnē, bet sliktākajā šīs teorijas nereti tika sauktas par pseidozinātniskām.

Sociālajās zinātnēs ilgu laiku dominēja teorija, ka piedzimstot psihe ir kā balta lapa. Tikai individuālā pieredze izveido cilvēku tādu, kāds tas ir – ar visām labajām un sliktajām rakstura īpašībām. Filozofs Džons Loks (1632–1704) uzskatīja, ka prātā nav nekā tāda, kas pirms tam nav bijis sajūtu orgānos. Renē Dekarts (1596–1650), kurš tiek uzskatīts par modernās filosofijas pamatlicēju, noformulēja duālista pamatpostulātus. Viņš uzskatīja, ka apziņa (dvēsele, gars) eksistē atšķirīgā, nefizikālā līmenī. Ir divas savstarpēji atšķirīgas jomas, kas mijiedarbojas, – mentālā un materiālā. Dekarta skatījumā materiālā pasaule nesatur neko citu kā tikai matēriju kustībā. Visi fizikālie efekti ir vienu matērijas daļiņu sadursmes ar citām. Matērijai nemaz nevar būt domāšanas, un domāšanai nevar būt materiāla substrāta. Šī cita pasaule – apziņa – bija domas, emocijas, bauda un sāpes. Šiem apziņas elementiem nav telpiskās matērijas raksturlielumu – formas, izmēru un kustības. Pretēji materiāliem objektiem, krāsas, skaņas un smaržas nav objekti paši par sevi, bet apziņas iespaidi, ko materiālās daļiņas atstāj, saduroties ar mūsu sajūtu orgāniem. Piemēram, pieskaroties materiālai karstai plītiņai, apziņa sajūt sāpes. Un mentālie cēloņi var radīt materiālus efektus – roka tiek atrauta. Dekarts uzskatīja, ka prāts un matērija, lai arī radikāli atšķirīgi, var mijiedarboties epifizes dziedzerī. Skeptiķi par teorijas vājo vietu uzskatīja tieši šo mijiedarbību, jo Dekarta duālista teorija neizskaidro, kā tieši matērija un prāts, būdamas tik atšķirīgas parādības, var savā starpā mijiedarboties.



Neirozinātne ir atklājusi, ka smadzenēs jau kopš piedzimšanas ir dažādas dispozīcijas un dažādas smadzeņu daļas pilda dažādas funkcijas. Kad cilvēks skatās un redz lietas, uz to reaģē vienas smadzeņu daļas; kad tas dzird vārdus, uz to reaģē citas daļas; kad izrunā vārdus – vēl citas daļas; un piedevām visas šīs daļas var darboties vienlaikus. Tas lika radīt t. s. modulāro hipotēzi – ideju, ka smadzenēs ir dažādi centri, kas pielāgoti dažādām funkcijām.

Neirozinātne šādus datus ieguva:

- ķirurģiski izpētot (izjaucot) kādas smadzeņu daļas dzīvniekiem;
- stimulējot dažādas smadzeņu daļas ar elektriskiem impulsiem neiroķirurģisku operāciju laikā un novērojot tā efektus;
- novērojot un neiro psiholoģiski pētot pacientus ar neiroloģiskiem traucējumiem;
- izmantojot neirovizualizācijas metodes, kuru laikā cilvēki pilda dažādus uzdevumus.

Jau pirms neirozinātņu apziņas pētījumiem varēja apšaubīt Dekarta teoriju. Ja apziņa būtu neatkarīga no smadzenēm, tā nezustu bezsapņu miega laikā. ASV neirozinātnieks Deivids Īglmens (*David Eagleman*) uzskatīja: kad cilvēks ir nomodā, tas ir pie apziņas, bet, kad tas guļ, apziņas nav. Ja Dekarts uzskatīja “Domāju, tātad eksistēju”, tad vajadzēja tikai uzdot jautājumu: “Vai es eksistēju miegā tad, kad neko nedomāju un neapzinos?” Līdz ar neirozinātnes attīstību daudzi neirobiologi ir kritizējuši Dekarta substances duālisma teoriju. D. Īglmens rakstīja: “*Dekartam nenācās būt slimnīcas neiroloģijas nodaļā, citādi viņš ieraudzītu, ka, izmainoties smadzenēm, izmainās arī cilvēka personība. Vieni smadzeņu bojājumi izraisa depresiju, citi pārvērš cilvēku maniakā, trešie ietekmē reliģiozitāti, humora sajūtu vai attieksmi pret azartspēlēm. Cilvēks var palikt neuzņēmīgs, agresīvs vai pārņemts ar murgu lēkmēm. Tas ir pretrunā idejai, ka psihisko var atdalīt no fiziskā.*”\*

Psihoanalīzes pamatlicējs Zigmunds Freids atšķirībā no Dekarta būtu pieskaitāms materiālistiem monistiem. Viņš uzskatīja, ka apziņa ir smadzeņu īpašība, un prognozēja, ka kādreiz visi psihiskie procesi tiks aprakstīti bioķīmiskos terminos.

Z. Freids uzskatīja, ka mēs uztveram realitāti ar sensorajiem orgāniem caur galvaskausa spraugām. Tikai cilvēku neapzinātās instinktīvās vēlmes projekciju veidā, ko sauc par iekšējo realitāti, uzkonstruējas virsū ārējai realitātei un liek to saskatīt sagrozītā veidā. Neirobiologi nu ir izpratuši dziļāku patiesību – arī caur sensorajiem orgāniem mēs uztveram sagrozītu realitāti. To brīnišķīgi ir apkopojis D. Īglmens: “*Apkārtējā pasaule ar visu savu krāsu, skaņu, tekstūru bagātību nav nekas cits kā vien ilūzija, šovs, kuru jums piespēlē smadzenes. Ja jums būtu iespēja uztvert realitāti tādu, kāda tā ir, jūs būtu šokēti par krāsu, skaņu, smaržu un garšu trūkumu. Aiz jūsu smadzenēm eksistē tikai enerģija un matērija. Miljonu gadu evolūcijas laikā*

---

\* Dažādu autoru tekstu citējumi latviešu valodā sniegti šī raksta autora tulkojumā no angļu valodas. – *Red. piezīme.*

*cilvēka smadzenes meistarīgi pārvērta enerģiju un matēriju par bagātīgu juteklisku pārdzīvojumu uztveres pasauli.*” Pašas smadzenes ir ieslēgtas tumšā telpā, aiz biezas galvaskausa kaulu sienas. Pa nervu kūlišiem skrien tikai elektroķīmiski signāli. Tādējādi priekšstati par iekšējo un ārējo realitāti psihoanalīzē un neirobioloģijā atšķiras. No neirobioloģijas viedokļa cilvēkiem vispār nav tieša kontakta ar realitāti – ne psihozes, ne labas veselības gadījumā (sk. turpmāk par zemapziņu). Abos gadījumos tumšajā teātrī izspēlējas elektroķīmiska luga. Neurozinātne, apbruņojusies ar evolucionārās bioloģijas datiem, apstiprināja, ka zemapziņa smadzeņu evolucionārajā attīstībā ir agrināks veidojums par apziņu.

Pret apziņas izpratnes redukcionismu uz fizikāli elektroķīmiskiem procesiem ir vērsts Gotfrīda Leibnīca (*Gottfried Leibniz*, 1646–1716) arguments no viņa 1714. gadā sarakstītā traktāta “Monadoloģija” (*Monadology*): “*Iedomāsimies, ka ir mašīna, kuras struktūra producē domas, jūtas un uztveri. Iedomāsimies šo mašīnu tā palielinātu, ka varam tajā ieiet kā dzirnavās. Ko mēs tur ieraudzīsim? Nekā, izņemot daļas, kas grūž un iekustina cita citu. Un nekad kaut ko tādu, kas varētu izskaidrot uztveri.*” Leibnīcis norādīja: pat ja mēs zinātu par smadzeņu fizisko darbību visu, tāpat kā mēs zinām par dzirnavu darbību, mēs tik un tā nesapratisim apziņu. Tas, izskatās, norāda, ka apziņa ir kaut kas atšķirīgs no fiziska mehānisma. Ar šādu redukcionismu apziņa it kā tiek vienkāršota līdz dažām tās sastāvdaļām.

Pēc daudzu filosofu domām, katrs no šiem definējumiem izlaiž kādu būtisku sastāvdaļu. Tie neizskaidro, kāpēc apziņas stāvokļi tiek izjusti noteiktā veidā. Objektīvais – tas ir psihiskais un fiziskais ietērs. Subjektīvais komponents ir pārdzīvojuma moments. Piemēram, ASV filozofs Tomass Nāgels (*Thomas Nagel*) nosauca par miklu to, ko nozīmē būt sikspārnim. Sikspārņi orientējas pēc eholoķācijas, viņu apziņa orientējas un piedzīvo pasauli caur eholoķāciju, un viņi dzīvo tumšās alās, karājoties ar galvu uz leju. Tāpat kā cilvēki ar redzi uztver objektus, nevis gaismas viļņus, arī sikspārņi uztver apkārtējās pasaules objektus, nevis ultraskaņas. Bet kā tas izskatās caur sikspārņa apziņu? Nāgela jautājums liek aizdomāties par atšķirībām subjektīvās un objektīvās apziņas aprakstā. Kaut gan, no otras puses, Nāgela arguments tikpat labi apstiprina fizikālajos procesos izraisītas apziņas koncepciju – sikspārnim ir nedaudz atšķirīgas smadzenes nekā cilvēkam, un viņam var būt citāda veida sensori – receptori.

Franču filozofs Renē Dekarts (1596–1650) savā laikā pārdomāja mehānismu (zombiju) darbību bez apziņas līdzdalības. Šādi cilvēku darināti mehānismi jeb automāti “*nekad nevarētu izmantot valodu, ne arī savienot citas zīmes, kā to darām mēs, lai citiem darītu zināmas mūsu domas. Jo var gan iedomāties, ka ir izveidots tāds mehānisms, kas izrunā vārdus, un ka tas dažus no šiem vārdiem pat izrunā saistībā ar kādām fiziskām darbībām, kas izraisītu zināmas izmaiņas tā orgānos. Piemēram, ja tam pieskartos vienā vietā, tas vaicātu, ko viņam vēlas teikt; ja citā, tad tas kliegtu, ka viņam dara sāpes, vai arī teiktu kaut ko citu. Taču nevar iedomāties mehānismu, kas šos vārdus dažādi izkārtotu, lai ar jēgu atbildētu uz visu, kas būtu sacīts tā klātbūtnē, kā to spēj pat vismuļķīgākie cilvēki. Un otrs no šiem līdzekļiem ir tāds, ka, lai gan*

*daudzus uzdevumus šie mehānismi veiktu tikpat labi kā mēs vai pat labāk par jebkuru no mums, tie nenovēršami piedzīvotu neveiksmi citos, un no tā varētu uzzināt, ka to rīcību nevada vis apziņa, bet vienīgi to orgānu izvietojums. Jo, kamēr prāts ir universāls instruments, kas var kalpot jebkurā situācijā, šāda mehānisma orgāniem būtu nepieciešams specifisks izvietojums katram atsevišķam darbam; no tā izriet, ka morāli nav iespējams, ka mehānismam varētu būt pietiekami daudz dažādu orgānu, lai tas visās dzīves nejausajās situācijās varētu rīkoties tā, kā mūsu prāts liek rīkoties mums”.*

Šeit rodas jautājums: ja mēs principā varētu uzbūvēt robotu, kurš apmierina jebkuru no šīm zinātniskajām definīcijām, bet kuram nav jūtu, vai tad iznāktu, ka apziņa ir kaut kas cits? Piemēram, iekšējas robota programmas reģistrē informāciju par apkārtējo pasauli un ietekmē robota lēmumus. Šāda uzbūve negarantē, ka robotam ir kādas reālas jūtas. “Elektrība ir ieslēgta, bet vai kāds ir mājās?” Materiālisma problēma ir izskaidrot, kā smadzenes un prāts var būt identiski, ja šie fenomeni izskatās tik atšķirīgi. Tomēr substanču duālisma problēma ir izskaidrot, kā tik atšķirīga substance kā matērija var ietekmēt apziņu (“es sajutu, ka mana roka apdedzinājās”) un kā atšķirīgā substance apziņa var ietekmēt matēriju (“es izlēmu atraut roku no karstās tējkannas”).

Leibnica argumentu mūsdienās var apgāzt ar “televizora” metaforu, proti: mēs katru reizi redzam televizorā kustamies un runājam dažādus tēlus. Pieņemsim, ka televizora tēli ir kaut kas līdzīgs domām un tēliem, kuras skrien caur mūsu apziņu. Tagad iedomāsimies, ka mēs ieejam vai ieskatāmies televizora iekšpusē. Ko mēs tur ieraudzīsim? Nekā no tā, ko redzam uz televizora ekrāna. Tikai tranzistori, mikroshēmas, diodes, releji un vadi. Bet neviens taču neteiks, ka tāpēc televizora ekrāna tēli ir kaut kas būtiski neatkarīgs no televizora fizikālās struktūras.

Mūsdienu duālisti, piemēram, filozofs Deivids Čalmerss (*David Chalmers*), izvairās no substanču duālisma, bet iztiek ar īpašību duālismu (angl. *dualism of properties*). Cilvēka prāts ir veidots nevis no atšķirīgām, bet gan no vienotas substances. Vienotā substance ir veidota no matērijas. Šai vienotajai substancei ir divu atšķirīgu veidu īpašības – fizikālās un mentālās. Tomēr vienu īpašību nevar noreducēt uz otru. Cilvēkam ir fizikālās īpašības – augums, svars un nervu šķiedru impulsācija –, kā arī apziņas īpašības – sāpju vai depresijas sajūta. To apzīmēja ar latīņu valodas izcelsmes jēdzienu “*qualia*”. Tādējādi daudzi filosofi palika par īpašību duālistiem, nevis substanču duālistiem. Īpašību duālistus vēl nosauca par nereduktīvajiem fizikālistiem.

Pēc D. Čalmersa uzskatiem, fenomenālās apziņas izskaidrošana ir grūtā apziņas problēma (angl. *hard problem of consciousness*). Viņš atdala apziņas izpētes grūto problēmu no vieglajām problēmām. Vieglās problēmas attiecas uz smadzeņu objektīvo izpēti. Šai vieglajā jeb objektīvajā līmenī tiek risināti dažādu psihisko stāvokļu kauzālie cēloņi, kā arī tas, kā šādi stāvokļi ir izveidojušies dažādu dzīvo būtņu smadzenēs. Lai gan tas ir izaicinājums psihologiem un fiziologiem, to vieglums ir taisnvirziena zinātnisko metožu lietojumā, nevis neatrisināmu filosofisku mezglu šķetināšanā. Piemēram, sāpes var analizēt kā stāvokli, kas rodas no ķermeniska

bojājuma un kas parasti izraisa vēlmi turpmāk izvairīties no šādiem stāvokļiem. Sāpes var izpētīt kā A šķiedru un C šķiedru pārvadāmību mijiedarbībā ar citām fizioloģiskām sistēmām. Tieši tāpat var izpētīt redzi, dzirdi, atmiņu u. c. Varēs izgatavot šādus robotus. Taču, kā uzskata Čalmerss, tas neko nesaka par iesaistītajām sajūtām. Grūtā problēma ir izskaidrot gan to, kā rodas sajūtas, jūtas, gan arī apziņu. Filozofi šo problēmu nosauca par izskaidrošanas šķērslī vai pārrāvumu. Objektīvā zinātne var aizvest mūs tikai tik tālu, cik sniedzas objektīvais apraksts. Tomēr ir šis “kaut kas vēl”. Pat ja mēs aprakstām A un C šķiedru darbību, tik un tā paliek jautājums: “Jā, bet kāpēc tas tiek sajūsts tā, kā tiek sajūsts? Kāpēc sāp?”

Zīgmunds Freids un pat daudzi vēlinākie neirologi un psihoanalītiķi uzskatīja, ka apziņa veidojas smadzeņu garozā. Freidam nebija nekādu teoriju, kā apziņa izveidojas. Viņa izpratnē cilvēks jau ar gatavu apziņu caur galvaskausa caurumiem ar maņu orgānu palīdzību lūkojas apkārtējā pasaulē – tādā, kāda tā ir, – un tas veido kontaktu ar realitāti. Turpretim zemapziņa iekrāso apziņas uztveri ar savām haotiskajām vēlmēm pēc baudas un zemapziņas fantāzijām.

Dabaszinātniskās metodes smadzeņu funkciju un arī apziņas pētīšanā un saprašānā izmanto smadzeņu darbības vizualizācijas metodes (MRT, fMRT, SPECT un PET) un izsmalcinātas datorprogrammas, nosakot, kuri smadzeņu rajoni aktivējas dažādu mentālo uzdevumu laikā. Metodikas ļauj pētīt nevis pašu apziņu kā tādu, bet gan bioķīmiskās izmaiņas apziņas un bezapziņas darbības laikā, t. i., apziņas neirālos korelātus.

Neirobiologi ir pamatīgi modificējuši uzskatus par apziņu un zemapziņu. Portugāļu-amerikāņu neirozinātnieks Antonio Damasio darbā “*Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*” apkopo neirozinātnes datus, ka apziņas izcelsmē būtiska loma ir smadzeņu stumbram. Patība ir smadzeņu aktivitātes process. Ja mentālajā plūsmā veidojas sakārtoti tēli, rodas psihe. Tomēr bez dažiem papildu procesiem psihei vēl nepiemītis apziņa. Šai psihei bez apziņas vēl nav patības. Gan evolucionārās, gan arī individuālās attīstības gaitā no iesākuma neverbālām sajūtām jau smadzeņu stumbra līmenī izveidojas protopatība (angl. *protoself*), tālāk izveidojas no darbībām atkarīgā kodolpatība (angl. *core self*) un, visbeidzot, autobiogrāfiskā patība (angl. *autobiographical self*), kas ietver pagātnes un nākotnes sociālos un mentālos plānus. Katra no šīm patībām nav sastindzis tēls, bet gan dinamisks process. Tieši patība, pēc Damasio domām, atļauj mums būt par savu iekšējo psihisko procesu novērotāju. Smadzeņu arhitektūra ar konverģentajiem un diverģentajiem neironu tīklojumiem augsta līmeņa tēlu koordinācijā ietekmējot patības sajūtas un citu psihisko funkciju (atmiņas, iztēles, runas, radošās domāšanas) rašanos. Protopatība ar savām vienkāršākajām sajūtām un kodolpatība ir cilvēka fiziskais “es”. Autobiogrāfiskā patība aptver visus sociālās personas aspektus.

Neirozinātne noskaidro smadzeņu anatomijas un elektroķīmijas nozīmi apziņas konstruēšanā. Maikls Gazaniga (*Michael Gazzaniga*) atklāja, ka pacientiem, kuriem neiroķirurģiskā operācijā tiek pāršķeltis lielais smadzeņu saiklis (*corpus callosum*), veidojas arī divas atšķirīgas apziņas. Viņš rakstīja: “*Mēs sākām šaubīties,*

*ka eksistē kāds vienots apzināto pārdzīvojumu veidošanās mehānisms, bet drīzāk pieņemām to, ka apzinātā pieredze ir sajūtas, kuras veidos neskaitāmi moduļi, no kuriem katram ir savas funkcijas.”*

## Zemapziņa

Kad Zigmunds Freids klīniskajā praksē ieviesa jēdzienu “zemapziņa”, daudzi ārsti centās apstrīdēt šo konceptu ar argumentu, ka cilvēki ir apzinātas būtnes. Arī ārstiem 19. gadsimta beigās apziņa likās pati par sevi saprotama, bet koncepts “zemapziņa” šķita mistisks un klīniskajā praksē nelietojams.

Mūsdienās zemapziņas koncepta izpratnei ir vairākas nozīmes. Viena nozīme, ko tai piešķīra Z. Freids, ir izmantošana klīniskajā praksē diagnostikai un psihoterapeitiskai ārstēšanai. Pacientam, saprotot savas neapzinātās vēlmes un emocijas, uzlabojas pašizpratne, savas uzvedības kontrole un efektīvāka lēmumu pieņemšana. Otra nozīme ir filosofiskais pasaules uzskats. Dažās austrumu filosofijās tiek uzskatīts, ka apziņa ir primāra un materiālā pasaule – sekundāra vai tādas pat nemaz nav. No šī viedokļa zemapziņas vai nu nemaz nevar būt, vai arī zemapziņa ir kaut kas sekundārs apziņai. Tādā skatījumā cilvēks kaut ko neatceras tāpēc, ka apziņa nevajadzīgu informāciju nobāž zemapziņas noliktavās un pēc tam ne vienmēr spēj to atrast. Turpretim, ja zemapziņa ir primāra, tad apziņa ir sekundāra. Viss, kas ir apziņā, pirms tam bijis zemapziņā. Tādā skatījumā apziņa nevar būt nekas patstāvīgs un neatkarīgs no materiālās pasaules. Trešais viedoklis var būt tāds, ka apziņa un zemapziņa ir savstarpēji neatkarīgas un viena otru var ietekmēt nedaudz vai neietekmēt nemaz.

Z. Freids izvirzīja teoriju, ka zemapziņa ir primitīvi neorganizēts process. Neurozinātne ir konstatējusi, ka augstāka kognitīvā apstrāde smadzeņu garozā var notikt bez apziņas. Mūsu apzinātu uzmanību virza smadzeņu reģioni, kas atbild par emocijām un motīviem, nevis garoza.

Neurobiologs Stanislavs Dehāns (*Stanislas Dehaene*) teorētiski izvirzīja piecus zemapziņas līmeņus:

- 1) priekšapziņa;
- 2) zemsliedzīgs līmenis;
- 3) atvienotās shēmas;
- 4) saplūduši informācija;
- 5) neapzināti intuitīvās zināšanas.

Zemsliedzīgs līmenis attiecas tieši uz tādām situācijām, kad ienākošais sensorais vilnis izplēn ātrāk, nekā tas sasniedz “cunami” izmērus, lai ielauztos globālajā darbtelpā. Tas atšķiras no priekšapziņas stimuliem, kurus varam apzināties, ja vien pievērsīsim tiem uzmanību.

Lai tiktu apziņā, informācijai jābūt iekodētai sakārtotā neironu impulsu secībā augstākajos galvas smadzeņu rajonos. Šai neironu impulsu secībai jāizraisa

savstarpēji cieši saistītu smadzeņu rajonu iekšējā loka aktivācija, no kuras veidojas globālā darbtelpa (angl. *an inner circle of tightly interconnected areas forming a global workspace*). Šīs masīvās aktivācijas īpašība – impulsu pārvade lielos attālumos, kā rezultātā arī parādās apziņas autogrāfi.

Zemapziņa nekad neguļ, kamēr vien cilvēks dzīvo. Pētījumos par smadzeņu darbību miegā un komas laikā konstatēta pastāvīga smadzeņu darbība. Kamēr miegā ķermenis atpūšas, smadzenes aktīvi darbojas. Nakts sapņi ātro viļņu miega fāzē ir īpatnēja apziņas forma, kad smadzenes darbojas endogēnā režīmā. Bāzes apziņa darbojas nomoda laikā. Pašapzināšanās ir fluktuējoša.

### Neapzinātais redzes ceļš un vizuālo tēlu veidošanās apziņā

Lai gan cilvēka apziņai mājīgi liekas, ka tā redz ārējo pasauli tādu, kāda tā reāli ir, redzes neirofizioloģija atklāj citu ainu. Ieejošais redzes tēls nav kādas bildītes, bet gan elektrisks darbības potenciāls, kas pārvietojas pa īsiem acs tīklenes sakaru kanāliem. “Saspiestais tēls” ir darbības potenciāla kods, kurš tālāk pārvietojas pa resnu optiskā nerva kabeli, sasniedz redzes pauguru un dodas uz pakauša daivas primāro redzes garozu. U veida šķiedras nodod informāciju labajai vārpstveida rievai, kurā pētnieki atrada sejas atpazīšanas klasterus. Piemēram, izmantojot neirovizuālizācijas metodes, noteikts, ka smadzenes reģistrē visus burtus, arī tos, ko cilvēks neapzinās. Šis fenomens nosaukts par zemsliekšņa uztveri (angl. *subliminal perception/subception*). Kādā pētījumā ir aplūkots, vai biedējoši attēli, vārdi vai sejas zemsliekšņa režīmā izraisīs mandeļveida kodolu reakcijas. Pētījuma rezultātos mandeļveida kodolu reakcija uz šādiem stimuliem arī tika iegūta, taču uz neitrāliem stimuliem / vārdiem tāda pati reakcija netika novērota. Pētījumos konstatēts, ka vārdi vai cipari var nokļūt smadzenēs, ietekmēt mūsu spriedumus, aizskart runas apgalbus un tai pašā laikā palikt neredzami vai neapzināti.

Daudzi neiropsihologi tagad uzskata, ka CNS ir divi vizuālās sistēmas ceļi. “Zemais ceļš” ved pie objektu atpazīšanas apziņā, un tā funkcija ir noteikt “kas?”. “Augstais ceļš” satur informāciju, kas kontrolē ķermeņa kustības, tostarp rokas kustības priekšmetu satveršanai, un šī CNS ceļa funkcija ir noteikt “kur?”. Tādējādi, kaut arī “augstais ceļš” kontrolē uzvedību, tas darbojas zem apziņas līmeņa.

Līdzīgi tas izpaužas pacientiem ar redzes agnoziju – nespēju redzēt un atpazīt objektus redzes līmenī. Tas ir t. s. kortikālais (garozas) aklums, kaut arī redzes ceļi no acs tīklenes līdz garozai ir veseli un darbojas labi. Šādi pacienti neredz ar apziņu un apgalvo, ka ir akli. Tomēr, ja viņiem lūdz minēt, kas atrodas viņu priekšā, izrādās, ka pacienti spēj itin labi uzminēt līniju, gaismas avotu un pat krāsu esamību. Viņu spēja iegūt pareizas atbildes norāda, ka informācija pienāk zemapziņas līmenī.

## Kāpēc cilvēkiem nav tieša kontakta ar realitāti?

Tagad neurobiologiem ir skaidrāks, kā kodētie kombinētie signāli (horizontālo un vertikālo līniju, krāsu un kustību kopums) sasniedz primāro vizuālo garozu. Tiek sintezēts kustīgs attēls. Visa šī darbība smadzenēs notiek bez apziņas iesaistes. Tas nozīmē, ka cilvēka apziņai nav tieša vizuāla sakara ar realitāti, bet gan smadzeņu zemapziņa piespēlē apziņai redzes tēlus. Attēlu sintēze no sākuma notiek zemapziņā un tikai pēc tam nonāk apziņā. Mēs redzam nevis ar acīm, bet ar smadzenēm. Apziņā izveidojušos tēlus var salīdzināt ar videokameras attēlu tiešsaistes jeb *online* režīmā. To var konstatēt gan ar neurovizualizācijas metodēm, gan novērojot un pētot pacientus ar attiecīgās smadzeņu daļas bojājumiem. Bojājums redzes garozā rada vizuālo tēlu uztveres pārrāvumus, ko sauc par kortikālo aklumu, kaut arī acu funkcijas nemainās. Pacients ar mazāka apjoma kortikālo aklumu spēj atšķirt dažādas intensitātes gaismu un nojaust, ka tuvumā kāds kustas, bet nespēj objektus identificēt. Ja garozas bojājums ir ļoti plašs, nereti pacients pats savu aklumu neapzinās, un to sauc par Antona sindromu. Pacientam liekas, ka mājā izslēgta gaisma un tāpēc ir tumsa.

Savukārt vizuālā asociatīvā garoza, kas atrodas kreisajā smadzeņu puslodē starp temporālo (deniņu) un okcipitālo (pakauša) daivu, piedalās vizuālo objektu identificēšanā. Šī smadzeņu rajona bojājumi rada t. s. vizuālo objektagnoziju – nespēju atpazīt iepriekš zināmus priekšmetus. Taču nepietiek priekšmetus atpazīt, jo jābūt tos arī lietot. Zināšanas par atpazītā priekšmeta lietošanu glabājas parietālajā (paura) daivā, biežāk kreisajā. Bojājums šai daivā izraisa ideomotoro apraksiju, kad pacients ar sadzīves priekšmetiem sāk darboties bezmērķīgi vai pat zaudē spēju apgērbties, ko reizēm sauc par “drēbju” apraksiju. Savukārt spēju atpazīt sejas, kas ir pazīstamas, nosaka labā deniņu daiva. Ja šajā rajonā ir bojājums, rodas seju atpazīšanas traucējums – sejas agnozija jeb prozopagnozija. Vizuālā asociatīvā garoza, kas atrodas kreisajā puslodē, reģistrē, vai seja ir nepazīstama, uztraukta, dusmīga, smaidoša. Spēju pārredzēt detaļām bagātu vizuālo panorāmu, uzņemot plašu informāciju no dažādām pusēm, regulē pieres daivas frontālie redzes apvidi.

Cilvēka smadzenēm nav arī tieša laika kontakta ar realitāti. Īstenībā mūsu apzinātā uztvere ir aizkavēta realitātes versija. No sākuma smadzenes savāc visu informāciju no visiem maņu orgāniem un tikai tad “uzzīmē” kopējo versiju. Tā ir sensoro signālu sinhronizācija. Iznāk, ka cilvēka apziņa vienmēr nedaudz dzīvo pagātnē. Piedevām dažās situācijās cilvēkam liekas, ka realitāte virzās lēni, citos gadījumos – strauji. Tātad realitāte ir gan redīgēta, gan personalizēta.

## Neapzinātais dzirdes ceļš un audiālo tēlu veidošanās apziņā

No ārējās auss, vidusauss un iekšējās auss mehanoreceptoriem ap trīsdesmit tūkstošiem dzirdes nerva šķiedru sūta darbības potenciālu uz apakšējo četrkalni. Katra šķiedra uztver atšķirīgu diapazona frekvenci. Skaņas tiek apstrādātas augšējā deniņu daivā, kas ir primārā audiālā garoza. Blakus atrodas asociatīvā audiālā garoza. Viena daļa no šīm šķiedrām ceļo uz augšējās un mugurējās deniņu daivas un paura daivas saskares vietu, t. s. Vernikes centru, kurā notiek valodas apstrāde. Pacientiem ar bojājumu Vernikes centrā ir valodas saprašanas grūtības. Pazīstama vai dzimtā valoda skan tāpat kā nepazīstama svešvaloda, respektīvi, kā skaņu savārstījums (Vernikes sensorā afāzija). Ja pacienti runā, tas skan kā vārdu mikslis. Vernikes rajonam ir plaša saikne ar Brokā centru pieres daivā, kas savukārt kontrolē runas motoro aparātu. Tā bojājums rada runas traucējumus (Brokā motoro afāziju). Abi centri 95% labroču atrodas kreisajā daivā. Ja labročiem šis rajons tiek bojāts labajā pusē, viņi nespēj atšķirt valodas tonalitātes un ritma (prosodijas) izmaiņas, kuras piešķir teiktajam nozīmi. Šis rajons piedalās arī mūzikas atpazīšanā, un tā bojājuma dēļ var izveidoties nespēja atšķirt mūzikas melodijas (amūzija).

Kā to konstatējuši neurozinātnieki, valodas veidošanā piedalās mehānismi, kas atrodas daudzos smadzeņu rajonos. Latvijā dzimušais amerikāņu zinātnieks Elhonons Goldbergs (*Elkhonon Goldberg*) raksta, ka *“lietvārdu jēga uzglabājas kreisajā temporālajā daivā redzes garozas tuvumā. Tas ir loģiski, jo mūsu priekšstati par mentāliem objektiem lielākoties rodas no redzes uztveres. Darbības vārdu jēga uzkrājas kreisajā pieres (frontālajā) daivā, motorās garozas tuvumā. Sarežģīti izteicieni, kas pauž attiecības starp dažādiem fenomeniem, tiek apstrādāti tajā kreisās puslodes daļā, kur robežojas temporālie un parietālie lobusi, kreisajā lenķa krokā (lat. gyrus angularis)”*. Bojājums kreisajā temporālajā daivā rada gan afāziju, gan nespēju identificēt apkārtējo skaņu avotu – auditīvu asociatīvu agnoziju. Labā smadzeņu puslode uztver balss intonācijas un tempu (ko maina, piemēram, satraukums, prieks vai bēdas). Tātad labā puslode uztver emocionālo tonkārtu jeb prosodiju. Ja ir disfunkcija šai labās puslodes rajonā (kā Asperģera sindroma gadījumā), pacients nespēj apstrādāt šādu kontekstuālo informāciju un neuztver runātāju emocionālās nianšes. Šie mehānismi ir neapzināti, un organisku bojājumu gadījumā pacienta apzinātā griba tos nevar ietekmēt.

## Neapzinātais fizisko kairinājumu ceļš un fizisko sajūtu tēlu veidošanās apziņā

Receptori ādā un ķermeņa iekšpusē pārveido spiedienu, temperatūru, iestiepumus un kaitīgu vielu saskari par elektroķīmisku signālu – gandrīz ar tādu pašu darbības potenciālu kā redzei un dzirdei. Visas šīs fizikālās sajūtas apziņā veidojas galvas smadzeņu paura daivā. Tas secināts neiroķirurga Vailtera Penfilda (*Wilder*



*Penfield*) eksperimentos operāciju laikā uz smadzenēm, kad pacienti bija pie apziņas. Pārvietojot elektrodus pa pacienta smadzeņu virsmu, Penfilds pastāvīgi jautāja: “Ko jūs tagad jūtat?” Pacients atbildēja: “Jūtu durstīšanu labajā apakšdelmā”, “Jūtu apdeguša ēdiena smaku”, “Dzirdu dziesmiņu, kuru pēdējo reizi klausījos bērnībā”. Primārās somatosensorās garozas stimulācija radīja dažādas fizikālas sajūtas dažādās ķermeņa daļās. Tādā veidā tika izveidota ķermeņa fizikālo sajūtu shēma. Šis fenomens nozīmē, ka sajūtas, kas rodas smadzenēs, tiek projicētas atpakaļ uz attiecīgo ķermeņa daļu. Veidojas ilūzija, ka patīkamas, seksuālas vai sāpju sajūtas rodas rokā, ciskā, mugurā, vēderā vai jebkur citur. Lai arī patīkamo sajūtu un sāpju sajūtu izraisošie nervu impulsi tiek pārvadīti pa dažādām šķiedrām un dažādiem neironiem, to pamatā ir viena un tā paša darbības potenciāla mehānisms, līdzīgs redzes vai dzirdes impulsu pārvades mehānismam.

Šo pašu mehānismu apstiprina arī sajūtas vai pat sāpes amputētā locekļa vietā, t. s. fantoma sāpes. Pacienta apziņā atrodas neesošas ekstremitātes fizikālu sajūtu tēls un fiziskas sāpes. Fantoma sāpju mehānisms var izskaidrot arī somatoformo sāpju rašanās mehānismu. Daļu mediķu sabiedrības ir mulsinājis psihosomatisko sāpju mehānisms: kā bez organiskiem bojājumiem audu šūnās var rasties fiziskas sāpes? Šāda mulsuma rezultātā somatoformās sāpes un citus somatoformus traucējumus nosauca par medicīniski neizskaidrojamiem simptomiem (angl. *medically unexplained symptoms*) vai par somatiski neizskaidrojamiem simptomiem (angl. *somatically unexplained symptoms*). Pacienti ar somatoformām sāpēm pretojas ārstu skaidrojumiem, ka sāpēm ir psihiska jeb emocionāla izcelsme. No vienas puses, pacienti nevēlas atzīt sāpīgas apspiestas emocijas, kā jau to aprakstīja Zigmunds Freids, no otras puses, pacienti nesaprot, kā iemesls var būt galvā, ja sāp rokas, iegurnis vai mugura.

Neirobioloģisko mehānismu izpratne ļauj izskaidrot šo sāpju fenomenu. Atbilde ir tāda, ka visas sāpes rodas galvā. Arī traumatisku, onkoloģisku vai iekaisuma sāpju gadījumā pati apziņas sajūta kā tāda tiek projicēta atpakaļ traumētajā orgānā. Tikai šo iepriekšminēto sāpju gadījumā mehānisms ir ilūzija tiešsaistes jeb *online* režīmā, savukārt somatoformām vai fantoma sāpēm mehānisms pēc būtības ir halucinācija. Intensitātes ziņā somatoformās sāpes var neatšķirties no iekaisuma sāpēm nociceptīvo receptoru kairinājuma gadījumā un ir tikpat reālas. Citiem vārdiem, abu tipu sāpēm ir vienāds CNS substrāts.

Tāpat pacientiem gan ar iekaisuma, gan onkoloģiskām, gan arī somatoformām sāpēm palīdz placebo efekts un meditācija. Placebo efekts ir saistīts ar pozitīvām gaidām, un tā rezultātā izdalās dopamīns, endorfīni un enkefalīni, kas paaugstina sāpju uztveres sliekšni centrālās nervu sistēmas emociju-sāpju ceļos, tostarp priekšējā cingulārajā un prefrontālajā garozā, smadzenītēs, mandelē un centrālajā pelēkajā vielā. Un otrādi – trauksmainas sāpju gaidas samazina sāpju sliekšni (nocebo efekts).

Tāpat kā endorfīni, arī eksogēnie narkotiskie līdzekļi (morfīns) samazina vai “izslēdz” sāpju sajūtas. Morfīns simulē smadzeņu endogēno morfīnveidīgo

molekulu – endorfīnu un enkefalīnu – iedarbi. Šo vielu receptori atrodas centrālajā pelēkajā vielā, iegarenajās smadzenēs, muguras smadzeņu mugurējos ragos. Centrālajai pelēkajai vielai sāpju noņemšanā ir tik liela loma, ka šīs zonas elektriskā stimulācija var aizvietot ķīmisko anestēziju ķirurģisku operāciju laikā vai pacients ar hroniskām sāpēm pats var stimulēt šīs zonas, ja tajās ievietoti elektrodi. Savukārt fantoma sāpes, tāpat kā somatoformas sāpes, var samazināt vai novērst ar nefarmakoloģiskām metodēm. Pacientiem ar somatoformām sāpēm palīdz gan psihoterapija, gan fizioterapija, savukārt fantoma sāpes var samazināt ar spoguļa palīdzību. Šo metodi izstrādāja neirobiologs Vilajanurs Ramačandrans (*Vilayanur Ramachandran*). Pacients, kuram ir fantoma sāpes kreisajā rokā, spoguļi redz savu labo roku trūkstošās kreisās vietā. Ja pacients šo roku vingrina un izstaipa, viņam rodas ilūzija, ka viņš šādi nodarbina trūkstošo kreiso roku, un sāpes pāriet.

Par sāpju sajūtas izveidi neatbild kāds viens smadzeņu rajons. CNS audu bojājumu rezultātā fizisku sāpju sajūta pilnīgi trūkst ļoti reti, jo sāpju sajūta ir svarīgs izdzīvošanas mehānisms, tāpēc par to atbild daudzi, vismaz pieci, nervu ceļi. Piemēram, organiski bojājumi paura daivā var samazināt karstuma un aukstuma sāpju sajūtas. Priekšējās cingulārās garozas mugurējā daļa atbild par sāpju afektīvi emocionālo ķēdīti, kuras bojājums rada sāpju asimbolijas simptomus. Šie pacienti spēj precīzi aprakstīt sāpju īpašības un kvalitātes, kā arī intensitāti un lokalizāciju, bet tiem nav nepatīkamo emocionālo reakciju uz šīm sāpēm. Tādi pacienti neuztver sāpju destruktīvo signālu, tāpēc no kaitīgajiem stimuliem atbrīvojas pārāk lēni. Fiziskās sāpes tos it kā vispār neuztrauc. Pacienti ar sāpju asimboliju nav mazohisti – tieši otrādi. Mazohisti sāpēm piešķir dziļu emocionālu nozīmi, turpretī pacienti ar sāpju asimboliju neizbauda sāpes un nemeklē tās. Sāpes tiem nerada nekādu emocionālu reakciju – ne patīkamu, ne nepatīkamu.

## Zemapziņas procesi

Freidam nebija taisnība – apziņa ne tik daudz skatās caur galvaskausa spraugām uz ārējo pasauli, cik redz tikai smadzeņu / zemapziņas veidotos vizuālos tēlus, skaņas, smaržas, garšas, ķermeniskās sajūtas. Freidam izrādījās taisnība jautājumā, ka zemapziņa pastāvīgi izvērtē. Statistiski izvērtējumi notiek arī miega laikā. Šobrīd zinātnieki uzskata, ka gandrīz jebkurš smadzeņu procesors var darboties bez apziņas līdzdalības. Neapzinātā uzmanība ir kā sargsuns, kas vienmēr ir modrs. Freidam nebija taisnība, ka zemapziņā ir primārā procesa haoss un apziņā ir sekundārā procesa sakārtotība. Neirobiologi atklājuši, ka visi procesi sakārtojas zemapziņā, tikai nav skaidrs, kā vizuālie, audiālie, ožas, smaržas, garšas un fizisko sajūtu tēli, kuri tiek apstrādāti katrs savā smadzeņu daļā, smadzenēs izveidojas par vienotu pasaules ainu.

Neirobiologs un apziņas pētnieks Stanislass Dehāns piekrit Freidam, kad apraksta, ka priekšapziņā ir neapzinātā informācija, kas var viegli nonākt apziņā.

Globālās darbtelpas modelis pieļauj priekšapziņas neironu mehānisma eksistenci. Kad globālajā darbtelpā ienāk stimuls/informācija, cita stimula/informācijas fragmenta nonākšana tur tiek nobremzēta. No šādas konkurences nevar izvairīties. Šī globālā bremzēšana galvas smadzeņu augstākajos centros izveido šauru “pudeles kaklu”. Mēs apzināti neredzam divas lietas vienlaikus un nevaram arī veikt divas mērķtiecīgas darbības vienlaikus. Priekšapziņas informācija atrodas laicīgās atmiņas krātuvēs, aiz globālās darbtelpas robežām, un tā sāk lēnām izzust, ja vien mēs tai nepievērsīsim uzmanību. Īsā laika periodā šo kūstošo priekšapziņas informāciju var atjaunot un pārvietot globālajā darbtelpā. Tas būs īslaicīgi pēc notikuma. Šāda pieeja liecina par dienasgrāmatas rakstīšanas plusiem, ja ir vēlme saprast sevi, kā to praktizē kognitīvajā psihoterapijā.

Priekšapziņai nav nekā kopīga ar otro zemapziņas veidu, ko daudzi neirofiziologi sauc par subliminālu (zemsliedzīgu) stāvokli. Pētījumos, ja cilvēkam parāda bildi tik ātri (vai bilde ir tik neskaidra), ka tas apzināti neko neredz, tad parādās pavisam cits fenomens. Lai kā tas censtos koncentrēties vai atcerēties, cilvēks nespēs šo attēlu apzināt. Maskētais stimuls uz visiem laikiem aizslīd no apziņas. Tomēr šāds zemsliedzīgu stimuls spēj izraisīt konstatējamu aktivitāti smadzeņu vizuālajās, semantiskajās un motorajās zonās. Aktivitāte būs neilga, un tā neieplūdīs globālajā darbtelpā. Termins “zemsliedzīgu” attiecas tieši uz tādām situācijām, kad ienākošais sensorais vilnis izplēn ātrāk, nekā tas sasniedz cunami apmērus, lai ielauztos globālajā darbtelpā. Tas atšķiras no priekšapziņas stimuliem, kurus varam apzināties, ja vien pievērsīsim tiem uzmanību.

Neapzinātā informācija neaprobežojas tikai ar priekšapziņas un zemsliedzīgu opcijām. Elpošana un daži citi procesi veidojas smadzeņu aktivitātes ietekmē ilgā laika vienībā, tāpēc tos nevar uzskatīt par zemsliedzīgu impulsiem. Tā būtu trešā zemapziņas kategorija – atvienotās shēmas (angl. *disconnected patterns*). Mēs sajūtam savu elpošanu tikai netieši, pievērsot uzmanību krūškurvja kustībām. Lai gan mums ir sajūta, ka kontrolējam savu ķermeni, miljoniem neironu signālu ceļo cauri smadzeņu moduļiem, nesasniedzot apziņas līmeni un atvienoti no augstākajiem smadzeņu centriem.

Pacientiem ar organiskiem smadzeņu *corpus callosum* bojājumiem (piemēram, insultu) var veidoties izteiktāka atvienošanās jeb t. s. atvienošanās sindroms (angl. *disconnection syndrome*). Pacients zaudē savu motoro plānu apzināšanos. Kreisā ķermeņa puse (roka) sāk uzvesties “randomā”, bez apziņas gribas kontroles. Šai gadījumā veidojas divas globālās darbtelpas ar divām apziņām.

Saskaņā ar globālās darbtelpas teoriju ceturtais veids, kā informācija var palikt neapzināta: tā izšķīst kompleksajā neironu izlādes troksnī. Eksperimentos to var konstatēt, skatoties uz ļoti smalku tīklojumu, kas mūsu apziņai izskatās pelēks. Ja šo tīklojumu groza, aktivējas dažādas neironu grupas, taču šādas izmaiņas apziņā neatspoguļojas. Lai šāda informācija nonāktu apziņā, impulsam jātiek pastiprinātam. Lai impulsu pastiprinātu, jādarbojas speciālai neironu grupai. Citādi informācija līdz apziņai nevar tikt.

Piektais veids snauž nervu sistēmā latentu saišu veidā. Mēs varam apzināties neironu darbību tikai tad, ja tie veido aktīvu savienojumu darbību, kas aptver lielu smadzeņu daļu. Lielākā informācijas daļa uzglabājas mēmajās smadzeņu saišu sinapsēs (visas dzīves guļošo atmiņu krātuvē). Vēl līdz dzimšanai neironi sāk veidot savu statistiku, vācot apkārtējās pasaules paraugus un veidojot attiecīgas saites. Pēc pirmajiem pieciem mūsu dzīves gadiem, kad smadzenes pielāgojas apkārtnei, rodas un sabrūk miljardiem sinaptisko saišu. Katra sinapse uzglabā niecīgu kopējās statistikas daļu. Tas ir pamats neapzināti intuitīvajām zināšanām: intuitīvai gramatikas izjūtai (atšķirībā no aritmētikas un plānošanas, kur iesaistīta introspekcija), tāpat veidojas arī mūzikas izjūta. Tiešā veidā šīs sinaptiskās zināšanas mēs iegūt nevaram, jo to neironu formāts (shēma) ļoti atšķiras no tā formāta, ar kuru palīdzību mēs apzināmies domas.

Ar intuitīvo zemapziņu var saistīt šveiciešu psihiatra un analītiskās psiholoģijas pamatlicēja Karla Gustava Junga (*Carl Gustav Jung*) kolektīvās zemapziņas koncepciju. Par intuitīvajām dipozīcijām uzskata intuīvo morāli, simetrijas estētiku, dispozīcijas uz dažām fobijām (bailēm no zirnekļiem, čūskām, pelēm, žurkām, augstuma, svešiniekiem (ksenofobijas)) un vismaz daļu no kognitīvajiem aizspriedumiem: aizsprieduma apstiprinājumu (angl. *confirmation bias*), grupas domāšanu (angl. *the bandwagon effect, groupthink*), pieejamības heuristiku (angl. *availability heuristic bias*), halo efektu (angl. *halo effect*), Forera jeb Barnuma efektu (angl. *Forer or Barnum effect*), antropocentrisko domāšanu (angl. *anthropocentric thinking*).

Tātad, kopumā secinot, neirobioloģijā tiek pieņemts, ka apziņa ir sekundāra zemapziņai un nav neatkarīga no smadzenēm. Tāpēc pasaules uzskatu filosofiskajā strīdā zinātnē uzvar fizikālais monisms, savukārt duālismam vai ideālismam nav zinātnisku apstiprinājumu. Tādējādi no psihoanalītiskā viedokļa duālisti un monisti nav kontaktā ar realitāti, bet dzīvo vēlmes piepildošā filosofiskā ilūzijā.

---

*Dr. med. Artūrs Utināns*

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
katedras docents, RSU "Psihoterapijas" rezidentūras vadītājs,  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārsts  
psihoterapeits

*Vai debesis var aizsniegt, sēdot peļķē, -  
Par to jo bieži iznāk pārdomāt,  
Kad apkārt zied man burbuļi, ne neļķes  
Un plika dvēsele kā slotas kāts.*

*Vai debesis var aizsniegt, sēdot peļķē?  
Vai to maz kādreiz izdarījis kāds?  
Tas izdosies ar smieklu spārniem augšup,  
Jo noskumušo garu nesīs prāts.*

*/Kornēlija Apškrūma/*



Mēs visi zinām, cik nozīmīga ir cilvēka garīgā veselība un cik būtiski ir par to rūpēties. Fiziskās sāpes bieži šķiet nepārvaramas, tāpēc mēs meklējam speciālistu palīdzību, tomēr tādas garīgās veselības problēmas kā pārgurums, ikdienas stress, nemiers un uzmācīgas domas, mēs bieži atstājam novārtā.

Taču mums ir jāapzinās, ka mūsu mentālais stāvoklis ir pamats arī mūsu fiziskajai veselībai, tāpēc tam ir jāpievērš pastiprināta uzmanība, lai garīgās veselības pasliktināšanās nekalpotu par katalizatoru smagākām saslimšanām, un otrādi.

Ir ļoti iepriecinoši apzināties, ka mums blakus ir profesionāļi, kas spēj palīdzēt, uzmundrināt un atbalstīt ikdienas gaitās, grūtos brīžos, situācijās, kurās paši dažkārt neredzam risinājumu. Arī laiks, ko pavadījām pandēmijā mums pierādīja, ka šādos mirkļos ir grūti saglabāt dzīvesprieku un pozitīvu attieksmi, tāpēc bez liekas kautrības ir jāmeklē profesionāla palīdzība, ko var saņemt tieši pie jums.

Atrisinot kādu garīgu problēmu, mūsu veselība uzlabojas, dzīves krāsas kļūst krāšņākas, acis iemirdzas un seju atkal rotā smaids, kas ieliksimo citus.

Tieši tas ir Jūsu paveiktais šajos ievērijas cienīgajos gadu desmitos – neskaitāmas mūsu līdzcilvēku atjaunotās pilnvērtīgās dzīves, prieks par atgūto veselību un dāvātā iespēja būt noderīgiem saviem tuviniekiem.

Sirsnīgi sveicu Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras 25 gadu un klīnikas 10 gadu jubilejā, un no sirds vēlos pateikties par profesionālo sadarbību jau vairākus gadus!

Cienā  
*Dr. med. Inga Ažiņa*, ārste infektoloģe, dermatoloģe, veneroloģe,  
Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas  
Infektoloģijas poliklīnikas vadītāja

## **Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas ārstam nepieciešamās kompetences**

*Bernhards Palmovskis*

### **Kas pamudināja mani mainīties**

Es jutos tā, it kā būtu atbildīgs par stacijas uzgaidāmo zāli, kad savas karjeras sākumā strādāju par ārstu Vestendas klīnikā Šarlotenburgā, pašos Berlīnes rietumos. Gaitenī uz krēsliem sēdēja un gaidīja daudz (40–50) cilvēku – poliklīnikas studentu, darbinieku un akadēmiķu, tajā skaitā arī mani, pacienti. Viņi tur nika kā ceļotāji pirms reģistrācijas. Kad manas durvis atvērās, es rikojos šādi: izmeklēju un ārstēju viņus kā pie konveijera, veicu noteiktas darbības. Viens pacients pēc otra, minūšu ritmā. Lielākā daļa vēlējās parunāt par savām ciešanām un raizēm, taču es vēlējos darīt tikai to, ko internists dara: noteikt režīmu, izmeklēt, nozīmēt ārstēšanu. Es biju kļuvis par gabaldarba internistu.

Pēc studiju pabeigšanas Berlīnē nokļuvu Frankfurtē pie Mainas, kur mans mērķis bija kļūt par internās medicīnas speciālistu. Viss ritēja pēc plāna. Es biju viens no pirmajiem, kurš veica ultraskaņas pārbaudes, – mani fascinēja tehniskās iespējas. Biju ļoti motivēts un apņēmīgs. Var teikt, ka veiksmīgi darīju to, ko biju izvēlējis. Taču es nebiju apmierināts, un tas man traucēja arvien vairāk. Atskatoties atpakaļ, jāatzīst, ka tad, kad biju kļuvis par speciālistu, ieslīgu krīzē.

Kādā brīdī es to vairs negribēju. Nevēlējos masveida pārbaudes. Mani pacienti tika aprūpēti pēc augstākajiem medicīniskajiem standartiem, taču pilnīgi noteikti netika izārstēti. Es zināju, ka jābūt citam ceļam, nevis tikai tīri medicīniskam internista darbam ar pacientu.

Man palīdzēja sieva (toreiz draudzene), kura arī bija ieguvusi psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas speciālista grādu. Atšķirībā no manis viņa jau ilgāku laiku strādāja par psihoterapeiti, un kopējās pārdomās un sarunās man arvien vairāk kļuva skaidrs, ka psihoterapija un psihoanalīze varētu būt tas, kas paver citu ceļu pacientu ārstēšanai.

Manas medicīniskās krīzes risinājums atradās pavisam tuvu – tikai trīs stāvus augstāk tajā pašā Vestendas klīnikā. Tajā atradās viena no pirmajām psihosomatiskās medicīnas katedrām Vācijā. Es vēl joprojām ļoti labi atceros, kā kāpu augšup pa kāpnēm un nonācu pie profesores Annemarijas Dīrsenas. Viņa bija viena no pirmajām medicīnas speciālistēm šajā nozarē, arī mācījusies par internisti, tāpat kā es. Pieteicos Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas nodaļā un ieguvu šo darbu. Abas dāmas, mana topošā sieva un profesore Dīrsenas kundze, kļuva par manām iedvesmotājām. Pēc noieta gara, grumbuļaina ceļa beidzot ieguvu skaidrību: no vienkārša internista – devos psihosomatikas virzienā. Saviem pacientiem gribēju būt kas vairāk, gribēju redzēt vairāk, nevis tikai orgānus. Vēlējos pacientos arī ieklausīties. Tas, protams, bija pavisam kas cits atšķirībā no tā, ko biju darījis iepriekš.

Psihogēno slimību institūtā Berlīnē, it kā jau paredzot, ka vēlāk tiks ieviesta specialitāte “psihosomatiskās medicīnas speciālists”, ieguvu psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas speciālista izglītību un strādāju arī par štata ārstu Berlīnē. Vēlāk uzsāku savu biznesu un atvēru Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas / psihoanalīzes praksi, kas man nozīmēja to pašu, ko kļūt pieaugušam. Un tagad, pēc 28 gadiem un simtiem pacientu, varu teikt: tas bija pareizais lēmums. Es pieņēmu pareizu lēmumu, uzdrīkstējos mainīties.

Annemarija Dīrsena nedaudz vēlāk deva man ceļa vārdus: “Ļauj pacientiem nākt!” To es līdz pat šai dienai pielietoju arī savā saskarsmē ar pacientiem. Jo esmu pārliecināts, ka tas ir veids, kā gūt panākumus ārstēšanā: pavisam neitrāli un atvērti, bez aizspriedumiem un pacietīgi pieņemt cilvēkus, kuri nāk, ar viņu raizēm, ciešanām un dzīves pieredzi. Būt ne tikai ķermeņa ekspertam, bet arī uzticības personai. Turklāt balstīties vairākās kompetencēs, pacientus dziedināt, pielietojot zināšanas un pieredzi vairākās jomās. Manā gadījumā tā ir internista pieredze. Tas, ko es atklāju kā dziedinošu, bija laiks, kuru tagad varēju sniegt ikvienam savam pacientam. Minūšu ritmā veiktas masveida pārbaudes tika aizstātas ar piecdesmit minūtēm pirmajai vai terapijas vizītei, un tā man bija kā paradīze.

## Metodika, kas pārlicina

Savā dzīvē esmu drīkstējis aprūpēt simtiem pacientu. Es saku “drīkstējis”, jo no tā labumu guva abas puses. Līdz šim esmu varējis palīdzēt daudziem pacientiem tikt galā ar viņu problēmām, esmu varējis daudzus cilvēkus dziļi iepazīt. Tas ir bijis kā pārpilnības rags, kas dāvājis man tikšanās ar arvien jauniem, interesantiem, jaukiem cilvēkiem. Jā, arī ar sarežģītiem cilvēkiem, viņu likteņiem un drāmām, taču pārsvaru gūst stāsti ar labām un laimīgām beigām.

Gandrīz visiem pacientiem ir ne tikai psihosociāli sarežģījumi, bet arī ķermeniski simptomi. Viņi jūtas izsmelti, noguruši, zaudētāji. Viņi cieš sāpes no galvas līdz kājām. Daudzi jau ilgu laiku ārstējas, pirms nonāk līdz psihosomatiskajai medicīnai. Pie ģimenes ārsta, pēc tam pie ortopēda, neirologa, internista vai

kardiologa. Daudziem ir ievērojama pacienta pieredze. Dažkārt viņus nomierina vienkārši fakts, ka ārstējošais ārsts pazīst endoskopiju vai sirds katetru. Tādēļ elementāri svarīgas ir ne tikai zināšanas un pieredze par psihi, bet arī par somatisko medicīnu. Bez šīm zināšanām un kompetences nevar iztikt. Daudziem pacientiem, kas meklē palīdzību, tas rada bailes. Daudzi jau pirmajā sarunā pa tālruni uzdod jautājumu, vai es patiešām esmu ārsts. Viņiem ir neizmērojami svarīgi tādā veidā nodrošināties. Tas ir tik saprotami, ka personīgās attiecības un ārstēšanu negribas nodot sveša ārsta rokās. Neskaitāmi psihosomatikas specialitātes ārsti personīgi atbild uz pirmajiem telefonu zvaniem, reģistrē pacientu datus, tādējādi viņi ir tiešās kontaktpersonas. Šis tuvums vispirms rada uzticēšanās iespēju, kas pacientiem atvieglo emocionālo atvēršanos un – vēl būtiskāk – ļauj būt atvērtiem mainīt lietas savā dzīvē. Psihosomatiskā medicīna ir attiecību medicīna. Te mēs atkal nonākam pie Annemarijas Dīrsenas teiktā – ļauj pacientiem nākt! Tā ir māksla izveidot uzticības pilnas ārsta un pacienta attiecības, veicināt, lai cilvēki runā.

### Četras nozīmīgākās psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas speciālista kompetences

Ceļš uz speciālista panākumiem balstās četrās kompetencēs, kuras sevī būtu jāapvieno jebkuram labam ārstam, īpaši psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas speciālistam, lai jēgpilni strādātu ar pacientiem, kuri ierodas praksē. Pirmoreiz šīs kompetences – zināšanu un pieredzes apvienojumu – vairākās nozarēs noteikusi un formulējusi Vācijas Psihosomatiskās medicīnas un ārstnieciskās psihoterapijas profesionālā asociācija (*BDPM*), un tās ir:

- 1) somatiskās medicīnas kompetence;
- 2) visaptveroša un diferencēta psihoterapijas kompetence;
- 3) sociāli medicīniskā kompetence;
- 4) farmakoloģijas kompetence.

**Somatiskās medicīnas kompetence.** Bieži vien pacienti vārdos nevar tieši aprakstīt, kas viņiem rada raizes, no kā viņi cieš. Viņu sūdzības bieži ir neskaidras vai nenoteiktas. Viņi jūtas izsmelti, bez spēka, vārgi, nomākti, bez prieka. Viņi apraksta, kā mainījies viņu ķermenis, ka viņi ir pieņēmušies svarā vai zaudējuši to. Kas visus vieno: viņi vēlas, pat pieprasa palīdzību.

Plašais iespējamo cēloņu spektrs ārstējošajam ārstam liek ārstēšanu veikt kompleksi. Sliktās pašsajūtas cēlonis var būt psihosociāli konflikti (piemēram, attiecību problēmas vai sarežģījumi darbavietā), kā arī slimības, piemēram, hepatīts, tuberkuloze vai pat vēzis.

Nereti pacienti ar nopietnām fiziskām saslimšanām vienlaikus cieš arī no psihosomatiskiem traucējumiem. Tādos gadījumos runa ir par tā saucamo funkcionālo pārklāšanos. Ķermenis un psihe ir cieši un daudzslāņaini savstarpēji saistīti.



Diapazons ir milzīgs. Šeit fundamentāli nozīmīga ir somatiskās medicīnas kompetence. Jo tikai tāds ārsts, kurš atpazīst somatisku saslimšanu un psihosociālas grūtības, varēs pa īstam palīdzēt pacientam.

Situācijas piemērs:

*45 gadu vecs bankas ierēdnis, neprecējies, bez bērniem, dzīvo homoseksuālās partnerattiecībās. Viņu pie manis nosūtījis ārstējošais kardiologs. Pacients pirms kāda laika bija pārcietis nelielu miokarda mugurējās sienas infarktu. Koronārajā angiogrāfijā tika konstatēta izteikta ramus circumflexus stenoze. Tai sekoja PTCA (perkutāna transfemorālā koronārā angioplāzija) ar stenozes dilatāciju un stentu implantāciju pēc tās.*

Pirms operācijas pacientam bija klasiskā stenokardija ar retrosternālu spiediena sajūtu, ko ietekmēja slodze. Pēc dilatācijas ar balonu šīs sūdzības bija pilnībā izzudušas, kas sniedza pacientam lielu atvieglojumu un dzīvesprieku. Tomēr dažas nedēļas pēc šīs veiksmīgās operācijas sirds problēmas izteikti atkārtojās, kas izpaudās kā sāpes krūtīs. Līdztekus radās baiļu izjūta, kuru gan pacients, gan ārstējošais kardiologs skaidroja kā nedrošību un vilšanos, jo sūdzības bija atgriezušās.

Padziļinātos izmeklējumos tika konstatēts, ka patiesībā pirms PCTA pacientam bijusi klasiskā stresa stenokardija. Jaunā sūdzību aina atšķirās no iepriekš konstatētajiem simptomiem gan periodiskuma ziņā, gan pēc būtības. Viņam tagad bija arī sāpes krūtīs, šoreiz gan vairāk duroša rakstura. Arī tās pārsvarā bija asas punktveida sāpes kreisajā krūškurvja daļā, pēc viņa sajūtām tieši sirdī, nevis trulas, lokalizētas aiz krūšu kaula. No tā izrietēja, ka pacientam spontāni radies intensīvs baiļu simptoms.

Pārskatot biogrāfisko anamnēzi, atklājās, ka pacients līdz šim ir dzīvojis pārlieku šaurās, pat neirotikās, baiļu pilnās partnerattiecībās ar savu draugu, kas bija amerikānis un noteiktu iemeslu dēļ vēlējās atgriezties Amerikas Savienotajās Valstīs. Šo gaidāmo dzīves pārmaiņu dēļ pacients nokļuva emocionālā stresā, tāpēc viņam radās baiļu simptomi, kā arī aprakstītie funkcionālie sāpju sindromi. Noteikto diagnozi pacients akceptēja, kaut arī ļoti bailīgi un nedroši. Pacientam tika nozīmēta analītiska grupas psihoterapija; to pielietojot, bailes ļoti strauji izzuda.

Vērtējot šo situāciju, jāuzsver, ka runa ir arī par spēju radīt, vadoties no vispārīgas ārsta pieredzes. Ārsts, pamatojoties uz savu profesionālo izglītību un apmācību, labi pazīst eksistenciālās dzīves pamatsituācijas: dzimšanu, slimību un nāvi. Zināšanas un izpratne par šiem cilvēciskās eksistences pamatnosacījumiem ir daļa no medicīniskās identitātes.

**Visaptveroša un diferencēta psihoterapijas kompetence.** Cilvēki, kuri ierodas praksē, bieži vien ir gājuši garu ciešanu ceļu. Tie lielākoties ir “grūtie” cilvēki ar lielu vilšanās un ievainojamības pieredzi. Tādi, kuri visur rada neapmierinātību, tāpēc tiek pakļauti vardarbībai. Lai šiem “grūtajiem” cilvēkiem palīdzētu, steidzami

jāliek lietā psihoterapijas kompetences un pieredze. Praktiski tas nozīmē to, ka apzināti jānodod ļoti atvērts pirmais jautājums: “Kādas raizes Jūs šurp atvedušas?” Šis jautājums ir sinonīms aicinājumam stāstīt ne tikai par fiziskām ciešanām, piemēram, sāpēm krūtīs vai muguras sāpēm, bet arī par emocionālām raizēm. Ir svarīgi, lai pacienti uztvertu, ka pie šī ārstējošā ārsta viņi nokļuvuši pareizajā vietā. Jo dziļi esošās bažas bieži vien ir nevis fiziskas, bet gan personiskas: raizes par darbu, ģimeni, attiecībām ar partneri, bērniem, vecākiem. Tad jāļauj cilvēkiem runāt. Lielākā atšķirība no citu specialitāšu pārstāvjiem slēpjas laikā, ko ārsts var atvēlēt. Kad mūsdienās pacients aiziet pie ārsta, viņš pacientam var atvēlēt varbūt trīs četras vai piecas minūtes laika, un viss. Tad ārsts strādā ar viņu. Protams, dažiem pacientiem šis process liksies pieņemams. Taču ir ļoti daudz cilvēku, kuriem vienkārši vajag vienreiz izrunāt visu. Varbūt viņiem līdz šim nav bijusi iespēja, varbūt viņiem pietrūcis drosmes vai vienkārši bijis bail no šī mirkļa. Ir skaidrs, ka tie, kuri nonāk līdz psihosomatiskajai medicīnai, saskaras ar secinājumu – lai virzītos uz priekšu, kaut kas savā dzīvē ir jāmaina. Tas vienmēr prasa drosmi. Šeit ārsta kompetence veikt psihoterapiju ir ļoti nozīmīga, lai varētu palīdzēt pacientam. Un šeit atkal jācītē Annemarija Dirsena, kura šādi runā par pacienta ilgām: “Izmazgā manu kažoku, taču, lūdzu, nesaslapini mani! Palīdzi man, taču nemaini neko!” Šī ambivalence ir psihoterapijas aroda centrā.

Situācijas piemērs:

*42 gadus veca aptiekāre gadiem ilgi cieta no mokošām galvas sāpēm, kuras izpaudās katru dienu. Neskaitāmi neiroloģiski izmeklējumi, tostarp lumbālpunkcija, datortomogrāfija un magnētiskā rezonanse, nesniedza atzinumu par patoloģijas esamību. Arvien biežākas kļuva fāzes ar zāļu pārmērīgu lietošanu, līdz beidzot pacientei iestājās stāvoklis, kas radīja domas par pašnāvību – iedzerot tabletes, pielikt punktu savai bezizejai. Pateicoties slimnīcas intensīvās terapijas un krīzes nodaļai, viņai tika sniegta ambulatora psihosomatiskā ārstēšana.*

Ārstēšanas gaitā tika noskaidrots, ka neprecējusies paciente, kurai nebija bērnu, ar pieaugošu intensitāti bija nodevusies profesionālai izaugsmei, lai kontrolētu pastāvīgi uzmācīgu vientulības, tukšuma un izmisuma sajūtu. Viņa jutās nemīlama un nepievilcīga, tāpēc darīja visu, lai kļūtu neaizstājama sava priekšnieka acīs, un beidzot kļuva par viņa labo roku. Tā kā viņa kautrējās palūgt atbilstošu finansiālu atlīdzību, šis darbs netika adekvāti atalgots. Kad īpašnieks nolīga jaunu darbinieku, paciente redzēja, ka viņas ar grūtībām uzturētā, vitāli nepieciešamā pozīcija zaudē savu nozīmi un vairs nav nepieciešama. Kā vecākā no pieciem brāļiem un māsām viņa jutās vilusies pārāk prasīgajā mātē un jau agri bija cīnījusies par tēva atzinību un mīlestību, strādājot par palīgu pie viņa mazā amatniecības uzņēmumā.

Psihoterapijas kompetence ietver arī iespējami tiešu un ātru palīdzības sniegšanu šādiem pacientiem.

**Sociāli medicīniskā kompetence.** Šī kompetence ietver sociāli medicīnisko robežu noteikšanu, piemēram, nosakot, kāds ir darba nespējas un invaliditātes pamats. Citiem vārdiem, kādi kritēriji nosaka darba nespēju? Dažiem pacientiem, kuri strādājuši 35, 40 gadus, pensijā aiziešana, kad viņiem vairs nav jāatgriežas darbā, var izraisīt slimību.

Situācijas piemērs:

*50 gadu vecai sekretārei ir nogurums un depresija (atslēgvārds "izdegšana"), fobija darbavietas pārstrukturizācijas dēļ, hroniskas muguras sāpes, aptaukošanās, 13 mēnešus ilga darba nespēja, stacionāra rehabilitācija bez rezultātiem un pretrunīga nodarbinātības perspektīva.*

Ir nepieciešama atbilstoša sociāli medicīniskā pieredze, lai kritiski un empātiski saprastu šajā gadījumā uz terapiju attiecināmo pretrunīgo motivācijas situāciju un lai noteiktos apstākļos izvairītos no bezjēdzīgas un kaitīgas ārējās ietekmes un neierobežotu mērķtiecīgas psihoterapijas aktivitātes. Ja iespējams, prioritāte nav atgriešanās darba dzīvē, bet iekšējā sasprindzinājuma mazināšana.

Lai palīdzētu šādos smagos gadījumos, no vienas puses, nepieciešamas dzirdīgas ausis un iespēja uzdot tiešus jautājumus, no otras puses, arī speciālista zināšanas tiesiskos jautājumos par darba nespēju un invaliditāti. Lai izvairītos no nejēdzīgiem un liekiem pasākumiem, kas izraisa jaunas ciešanas un jaunas, lielas izmaksas, ārstam vispirms jānovērtē nepasacītās emocijas, kas pacientei var veicināt primāras un sekundāras slimības rašanos, un to ietekmi uz turpmākās dzīves plānošanu.

Pastāv milzīga veselības politikas problēma – ja ārstam nav zināšanu un prasmju izvērtēt pacienta emocionālo stāvokli, tūkstošiem cilvēku cieš, piemēram, muguras sāpes, daudziem tiek operēts mugurkauls, savukārt citiem pacientiem ir gūžu sāpes un viņi saņem jaunu gūžas locītavu, kaut gan trūkst pamatotu medicīnisku indikāciju. Tā rodas milzīgas personīgās ciešanas un nereti neprofesionāla medicīniskā aprūpe.

Šādu pacientu ārstēšana ir jāmāca, lai patiešām spētu viņiem palīdzēt un lai pasargātu veselības aprūpes sistēmu no pārmērīgām, nevajadzīgām izmaksām.

**Farmakoloģijas kompetence.** Visbeidzot, ārstam ir būtiski pārzināt farmakoloģijas jautājumus, lai varētu atbalstīt pacientus, arī ārstējot ar medikamentiem. Vai zāles ir nepieciešamas? Varbūt tā ir vienīgā terapijas forma, vai varbūt tā ir tilts uz psihoterapiju? Gandrīz vēl svarīgāk ir atpazīt iespējamās zāļu blaknes un savstarpējo mijiedarbību, piemēram, lai zinātu, vai pacientu nogurums, agresivitāte, seksuālie traucējumi vai baiļu stāvokļi nav saistīti tieši ar attiecīgajiem medikamentiem.

Situācijas piemērs:

*48 gadu vecs inženieris, precējies, divi bērni. Izjūt neirotisku depresiju, izteiktu hiperventilācijas sindromu, kā arī nestabilu hipertensiju. Iepriekš pastāvošie simptomi pēdējo sešu mēnešu laikā pakāpeniski spēcīgi pastiprinās ļoti agresīva laulības šķiršanas strīda dēļ.*

*Tika noteiktas indikācijas analītiskai psihoterapijai, kuru pacients drīz vien arī uzsāka. Pēc aptuveni trim četrām nedēļām pārsteidzošā kārtā ievērojami pieauga apgrūtinātas elpošanas simptomi. Tas satrauca pacientu tik ļoti, ka viņš nopietni apsvēra iespēju pārtraukt analītisko terapiju. Kā parasti, uzsākot ārstēšanu, viņam bija paskaidrots, ka var būt pārejoša simptomu pastiprināšanās. Notikumu intensitāte lielā mērā radīja pacientam nedrošības izjūtu, un viņš domāja, ka sūdzību ainas pasliktināšanās, iespējams, ir saistīta ar iekšējo procesu virzību analīzes ietvaros. Šajā mirklī ārstēšana tiešā nozīmē atradās bīstamā situācijā.*

Padziļinātos izmeklējumos tika konstatēts, ka faktiski ievērojami palielinājusies viņa elpas trūkumu intensitāte. Vienlaikus bija mainījies arī simptomu raksturs un periodiskums. Ja sākotnēji sūdzības parādījās lielākoties fiziska miera stāvoklī, piemēram, ēdot vai skatoties televizoru, tagad tās pastiprinājās fiziskas slodzes laikā. Piemēram, spēlējot hokeju, viņam vienmēr vajadzēja apstāties, lai ievilkto elpu, un šī problēma radās, arī kāpjot pa kāpnēm. Turklāt viņš divas reizes naktī bija cietis no tā, ka šāda lēkme viņu uzmodina. Pamatojoties uz šādu sūdzību aprakstu, jau varēja nojaust, ka runa nav tikai par to, ka tas viss ir saistīts ar hiperventilācijas sindromu. Pacienta auskultācijas rezultātā elpvadā konstatēja sausu, grabošu un svelpjošu troksni, turklāt izmērītā maksimālā izelpotā gaisa plūsma ievērojami samazinājās.

Atklājās, ka nesen draudzīgs ārsts viņam pret paaugstinātu asinsspiedienu bija izrakstījis beta blokatoru, jo līdz šim lietotais diurētiskais līdzeklis nebija pietiekami efektīvs. Pamatojoties uz apkopotajiem atzinumiem un zināmo beta blokatoru blakņu spektru, tika diagnosticēti medikamentu izraisīti akūti obstruktīvi ventilācijas traucējumi. Ārstēšana ar beta blokatoru tika nekavējoties pārtraukta, un to aizstāja ar kalcija antagonistu terapiju. Tādējādi varēja pilnībā pārtraukt obstruktīvos ventilācijas traucējumus. Pacients atbrivojās no elpas trūkuma un ārkārtīgi atvieglots varēja turpināt savu analītisko ārstēšanu.

Bez farmakoloģijas zināšanām daudzos gadījumos ārstēšana vienkārši nav iespējama. Zināšanas par medikamentu – psihotropo, asinsspiediena vai anti-biotiku – iedarbību, blaknēm un savstarpēju mijiedarbību ir izšķirošas pozitīvas ārstēšanas gaitā.

## Kopsavilkums

Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas speciālistam nepieciešamas šīs četras kompetences. Tas ir noteikts Vācijas Federālās ārstu asociācijas tālākizglītības paraugnoteikumos. Šobrīd aktīvo psihosomatikas speciālistu atbildība ir šīs zināšanas un prasmes nodot tālāk jaunajai paaudzei.

Visi ārsti pabeidz medicīnas studijas un iegūst profesionālo izglītību kā vispārīgi medicīnas speciālisti. Turpmākās noteiktas jomas vai nozares specializācijas uzdevums ir zināšanu un pieredzes padziļināšana praksē, kā arī nobriedušas un uzticamas ārsta personības attīstība un nostiprināšana. No studijās gūtajām zināšanām jāveido profesionālas prasmes. Šo kompetenču pielietošanas vieta vairs nav universitāte, bet gan “meistara darbnīca” – ārsta prakse vai slimnīcas nodaļa. Nepieciešamo specifisko zināšanu, pieredzes un prasmju apgūšana vairs nenotiek tikai semināros, lekcijās auditorijās vai literatūras studijās, bet gan ciešā personiskā sadarbībā ar nozares meistarū. Jāņem vērā, ka izglītojamais šo attīstības uzdevumu parasti visbiežāk var veikt, profesionālajā ikdienā neierobežoti atkal un atkal skatoties meistarū pār plecu, retāk tādā veidā, ka meistars skatās viņam pār plecu. Praktiskā pieredze un ārsta paraugs ir jebkuras auglīgas un veiksmīgas tālākizglītības pamatā. Tikai ārsta parauga praktiskā pieredze ikdienas darbā ar pacientiem ļauj iegūt nepieciešamo apmācību praksē, kas dod iespēju arī izglītojamajam pašam kļūt par labu ārstu un uzņemties atbildību par savu pacientu labklājību un likteni.

Jaunos cilvēkus uz medicīnas studijām atved cerības un vīzijas – viņi galvenokārt gaida visaptverošu pieeju un pacientu ārstēšanu, kurā ietvert ne tikai fiziskus, bet arī psihiskus aspektus. Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas nozarē īpašā veidā ir realizējusies medicīnas studentu un jauno ārstu tieksme ikdienas praksē pēc integrētas, cilvēciski psihoterapeitiskas un somatiski tehniskas tikšanās ar cilvēku, kurš cieš.

---

*Dr. med. Bernhards Palmovskis (Bernhard Palmowski)*  
Ārsts psihosomatiskajā medicīnā un psihoterapijā,  
internajā medicīnā (Vācija)

# 25

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI

# RSU

# 10

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI

# RSU

*Cilvēka augstākais sasniegums ir mācīties  
izpratnei, jo izprast nozīmē būt brīvam.  
Jo vairāk saproti sevi un savas emocijas,  
jo vairāk iemīli to, kas ir.*

*/Benedikts (Baruhs) Spinoza/*

Medicīna ir māksla pielietot zināšanas un prasmes, lai saglabātu cilvēka veselību. Pauls Stradiņš ir teicis, ka “medicīna ir viscilvēcīgākā no mākslām.”

Esam mācījušies izprast cilvēka uzbūvi, funkcijas un slimības. Neskatoties uz sasniegumiem un straujo progresu medicīnā, sastopam pacientus, kas kavējas atlaist uz pierādījumiem balstītas terapijas rezultātā vai kuru simptomus nevaram apstiprināt izmeklējumos. Jūtam, ka dažas konsultācijas izraisa mūsos vairāk emociju nekā citas.

Tiek lēsts, ka primārajā aprūpē ap 10% pacientu aizņem 30-50% konsultāciju laiku. Tikai daļai no tiem ir hroniskas slimības, kam nepieciešama regulāra novērošana. Līdz pat 30% konsultāciju ir saistītas ar “medicīniski neizskaidrojamiem simptomiem”, kad pacients jūtas slikti un bieži ir neapmierināts, ka izmeklējumu rezultāti neatbilst subjektīvajam stāvoklim. Savukārt ārsts, negūstot gandarījumu par paveikto, ir vairāk pakļauts izdegšanas riskam.

Ģimenes medicīna apvieno ilgstošu, pieejamu, visaptverošu un individualizētu personas un viņa ģimenes locekļu aprūpi. Tā ir iespēja palīdzēt pacientam, ņemot vērā ne tikai bioloģiskos, bet arī psihosociālos aspektus. Somatiska saslimšana ietekmē cilvēka emocionālo stāvokli, un otrādi – emocijas var kļūt par iemeslu fiziskai neveselībai. Izprotot savas emocijas, mēs varam saglabāt savu veselību un justies laimīgi. Palīdzot citiem šajā ceļā – divkārt laimīgi. Sadarbojoties ar kompetentiem kolēģiem – trīskārt laimīgi.

Paldies RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas un katedras kolēģiem par sadarbību, ārstējot pacientus, nevis atsevišķas viņu diagnozes; par aizraujošām nodarbībām un lekcijām, kas dod iespēju gan jauniem, gan ļoti pieredzējušiem ģimenes ārstiem regulāri pilnveidot savas prasmes un zināšanas psihosomatiskās medicīnas jomā; par atbalstu ģimenes ārstu veselības saglabāšanā, palīdzot izprast ārstu un pacientu attiecību likločus ar reāliem piemēriem gan individuālu konsultāciju, gan Bālinta grupu ietvaros. Paldies par to, ka esat.

Lai nākamajos gados daudz jaunu ideju un daudz spīdošu psihosomatiskās medicīnas speciālistu!

**Vija Siliņa**, ģimenes ārste,  
pārstāvot RSU Ģimenes medicīnas katedru  
un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociāciju

## **Psihosomatiska pieeja ārstēšanā – emociju loma medicīnā un somatizācijā**

*Gunta Ancāne, Laura Valaine, Artūrs Utināns, Lelde Logina,  
Laura Bubko, Artūrs Ancāns, Romāns Beskrovnijs*

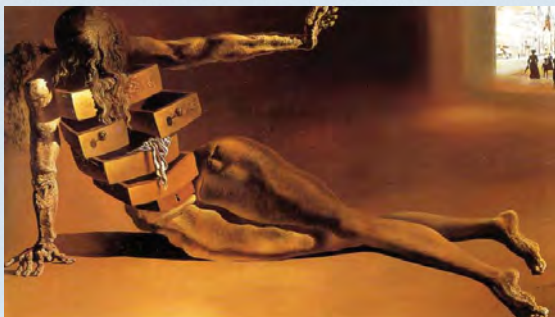
Par psihosomatiskiem traucējumiem un slimībām sauc tādas patoloģijas, kuru etiopatoģenēzē galvenā loma ir emocionālajiem faktoriem (emocionālajam distresam) un kuru ārstēšanā blakus farmakoloģiskajai ārstēšanai svarīga nozīme ir kādai no medicīniskās psihoterapijas metodēm.

Ārstam, nosakot diagnozi, nākas rēķināties, ka ķermeņa sajūtas un emocijas bieži mēdz saplūst. To atšķetināšana ir viens no ārsta mākslas uzdevumiem. Psihosomatisks pacients parasti ir cilvēks ar daudziem emocionāliem ievainojumiem un traumām, kas iegūtas, sākot jau no bērnības. Pētījumi rāda, ka bērni ar psihosomatiskiem traucējumiem stacionārā vidēji pavada vairāk laika. Viņiem ir daudz apzinātu un vēl vairāk neapzinātu sāpju, bēdu un izmisuma. Ja kāda iemesla dēļ papildus tiek izraisītas arī tādas jūtas kā bezcerība un bezpalīdzība, tad sākas kārtējais paasinājums. Pašcieņa un pašvērtējums šiem pacientiem ir zems, tāpēc minētās jūtas kā reakcija uz apkārt notiekošo izraisās viegli.

Longitudinālos pētījumos konstatēts, ka bērni, kuri bērnībā atrodas hroniska distresa stāvoklī, kā pieaugušie biežāk slimo ar somatiskām un psihiskām slimībām. Šiem pacientiem kā vislabākās zāles ir īpaši nepieciešams prieks un stipra ārsta personība. Daudzi pacienti spēju no sirds un dziļi izpriecāties iegūst tikai psihodinamiskās psihoterapijas kursa laikā. Latviešu dzejniecei Aspazijai pieder zīmīgi vārdi: “Viss, kas kādam dara prieku vai patīk, nozīmē vienu saiti vairāk pie dzīves.”

Jebkuras slimības ārstēšanas gadījumā rezultāts būs veiksmīgāks, ja ārsta pieeja pacientam būs kā vienotam veselumam. Veselums ir kas pilnīgi cits nekā atsevišķo daļu summa. Gleznotāja Salvadora Dalī attēlotie atvilktnēs fragmentētie cilvēki ir labs piemērs tam, ka fragmentēts cilvēks ne somatiski, ne psihiski nevar justies labi, tātad nav vesels un pat ne dzīvotspējīgs. Pretstats tam – antīko laiku

un renesanses perioda mākslas darbos attēlotā harmonija, veselums, sintēze un līdzsvars (sk. 1., 2. attēlu).



1. attēls. Salvadors Dalī, "Atvilktņu pilsēta"  
(1936. gads)



2. attēls. Sandro Botičelli, "Venēras dzimšana"  
(1485.-1486. gads)

Ja ārsta skatījums uz pacientu ir fragmentējošs, tas padziļina pacienta jau esošo emocionālā distresa līmeni, jo rada nedrošības un neuzticēšanās jūtas ārsta spējām un ieinteresētībai pacienta veselības un labsajūtas atgūšanā. Tādēļ pieaug slodze homeostāzes mehānismiem, kas atveseļošanos nevis veicina, bet kavē.

Kad 1977. gadā Džordžs Engels (*George Engel*) ieviesa t. s. biopsihosociālo modeli medicīnā, tas bija tiešs aicinājums pievērsties pacienta personībai, viņa jūtām, emocijām un ārstēt pacientu, nevis slimību. Šāda pieeja atbilda Pasaules Veselības organizācijas dotajai veselības definīcijai, kur veselība tiek traktēta nevis kā slimību neesamība, bet kā psihiska un somatiska labsajūta (angl. *wellbeing*). Tomēr pusgadsimta laikā šis modelis medicīnā īsti nav ieviesies, lai gan bieži ir ticis citēts. Viens no iemesliem, iespējams, ir tas, ka medicīnas profesionāļi ir eksakto zinātņu pārstāvji, un lielu pretestību veselības aprūpē strādājošajiem rada fakts, ka biopsihosociālais



modelis, kurš it kā izriet no dabaszinātnēm, aicina pievērsties sociālo zinātņu metodēm, kuras ārstniecības personām ir svešas un tādējādi saistītas ar risku, ka medicīnas studiju pirmajosursos iegūtās ētiskās nostādnes – “*noli nocere*” un “*salus aegroti suprema lex*” – varētu tikt apdraudētas. Tas nebūtu savienojams ar ārsta galveno misiju – pienākumu mazināt pacienta ciešanas, kuras, kā tiek konstatēts klīniskajā praksē, ir gan somatiskas, gan emocionālas.

## Emocijas un to klasifikācija

Jēdziens “emocijas” ir cēlies no latīņu valodas vārda “*emovere*” (satraukt, savīļņot, sakustināt), un to būtība ir ierosināt darbību. Šis fakts ir precīzi definēts afektu teorijā: spēcīgu jūtu, īpaši kodola afekta, pārdzīvojums, nekad neatstāj lietas tādas, kādas tās bijušas pirms tam; tas rada izteiktu darbību, kā rezultātā notiek būtiskas izmaiņas cilvēka dzīvē un pilnīgi nomainās darbības vektors.

Tomēr ikdienā emocijas joprojām tiek devalvētas un viņu loma netiek izprasta. Tas ir pārsteidzošs paradokss, ņemot vērā, kāda loma emocijām ir cilvēka ikdienas dzīvē, attīstībā, attiecībās, notikumos un izvēlēs. Gadu tūkstošiem pasaules kultūra – māksla, literatūra, filozofija –, tāpat arī dažādas zinātņu nozares, tostarp dabaszinātnes, ir nodarbojušās ar emociju analīzi, pētišanu un attēlošanu, taču joprojām valda nekonsekvenca attiecībā uz to, kas tad isti ir emocijas un kā pret tām attiekties.

No medicīnas viedokļa emocijas ir nozīmīga psihes daļa – tām ir būtiska loma organisma adaptācijas procesos. Emocijas sniedz informāciju par ārējās pasaules un vides objektiem, paša organisma stāvokli un to savstarpējām attiecībām. Emocijas signalizē par to, kā cilvēks jūtas konkrētajā situācijā, ar konkrētajiem cilvēkiem, kāda ir notiekošā nozīme un kāda šobrīd, no adaptācijas viedokļa raugoties, šim organismam ir visadaptīvākā atbildes reakcija.

Tomēr, tā kā emocijas savā ziņā ir piesātinātas ar indivīda biogrāfisko atmiņu, ne vienmēr caur emocijām iegūtā informācija pasaka ko precīzu un patiesu par apkārtējo pasauli, drīzāk atspoguļo indivīda iekšējo – psihisko – realitāti un skatījumu uz notiekošo. Viens un tas pats notikums dažādiem cilvēkiem var izraisīt dažādas emocijas, kas balstītas šo cilvēku iepriekšējā pagātnes emocionālajā pieredzē apzinātu vai neapzinātu jūtu līmenī. Piemēram, ja darbā ar studentu grupu pasniedzējs izsaka ieteikumus, daži to uztver ar vainas vai baiļu jūtām kā pārmetumu, kritiku, daži priecājas, ka uzzina ko jaunu.

Klīniski nozīmīgs ir kodola afekta jēdziens. Kodola afekts attiecas uz cilvēka patieso pārdzīvojumu, emocionālo reakciju, kad viņš necenšas to maskēt, bloķēt, apklusināt vai izmainīt tad, kad nedarbojas psihiskās aizsardzības mehānismi vai tādas bloķējošas emocijas kā kauns vai trauksme. Neapslāpēts pārdzīvojums ir tas, kas padara cilvēku vitālu, spontānu un patiesu. Līdz ar kodola afekta pārdzīvojumu ķermeņa stāvoklī vienmēr noris izmaiņas. Dziļu afektu pavadošais viscerālais pārdzīvojums cilvēkam dod lielāku autentiskuma un patiesuma sajūtu un izjūtu.

Psihoterapijas uzdevums, raugoties no afektu teorijas viedokļa, ir atvieglot kodola afekta parādīšanos, izstrādāt to un turpmāko pārmaiņu procesu. Kodola afektu pārdzīvošana palielina cilvēka adaptācijas spējas. Pacienti bieži to pirmo reizi pārdzīvo ārsta psihoterapeita kabinetā, retāk pie citu specialitāšu ārstiem.

Visi primārie afekti rodas galvas smadzeņu evolucionāri senākajā daļā – limbiskajā sistēmā un tās struktūrās – un ir atbildes reakcija uz vides stimuliem. Limbiskās sistēmas struktūras ir saistītas ar galvas smadzeņu lielo pusložu garozu, kur notiek informācijas intelektuālā / kognitīvā apstrāde. Tādējādi afekti var tikt apzināti kā jūtas galvas smadzeņu garozā un attiecīgi tikt verbalizēti un kontrolēti (tas ir kortikālais ceļš), bet var tā arī nenonākt garozā, respektīvi, palikt neapzināti (subkortikālais ceļš). Tāpat kā jebkura cita neurobioloģiska aktivitāte, arī afekti (un attiecīgi emocijas) variē to intensitātē. Viena no limbiskās sistēmas centrālajām daļām ir hipotalāms, kurš ar neuroendokrīnām saitēm ir nesaraujami saistīts ar pārējo limbisko sistēmu un ir augstākais iekšējo orgānu sistēmu regulācijas centrs. Tādējādi afekti vienmēr noris līdz ar veģetatīvām iekšējo orgānu reakcijām, kas sagatavo ķermeni noteiktai darbībai – atslābt, cīnīties, aizsargāties, bēgt, tuvināties u. tml.

Agrīnās attīstības posmā (jaundzimušā un zīdaiņa vecumā) visas emocijas (korektāk – jūtas) iziet subkortikālo ceļu un ir automātiskas. Attīstoties un nobriestot centrālajai nervu sistēmai, pieaugot kognitīvajai kapacitātei, palielinās arī kortikālā ceļa iesaiste. Laikā, kad bērns apgūst valodas prasmes un pieaug ilgtermiņa atmiņas kapacitāte, jebkuru notikumu un ārējās vides stimulu ir iespējams apstrādāt, izmantojot abus iepriekšminētos ceļus – subkortikālo un kortikālo, kur subkortikālais ceļš ir aktīvs situācijās, kurās nepieciešama ātra, tūlītēja atbildes reakcija, savukārt kortikālais ceļš ļauj kognitīvi izvērtēt situāciju vai notikumu un piemērot adaptīvākas, adekvātākas un komplicētākas reaģēšanas stratēģijas. Labu laiku pirms bērna apgūst valodas prasmes, lai konceptualizētu savas jūtas, zīdains jau ir pārdzīvojis lielāko daļu emociju. Svarīgs fakts: valodas prasmju apgūšana negarantē, ka emocijas vienmēr tiks atpazītas un izpaustas verbāli vārdos (*Izard, 2009*). Arī pieaugušajiem var būt grūtības precīzi artikulēt savus emocionālos stāvokļus, kam iemesls var būt dažādi faktori, piemēram, aleksitīmija, nepietiekams jūtu analīzes treniņš, augot ģimenē, kurā vecākiem trūkušas prasmes runāt par jūtām u. c.

Emocijām ir šādas komponentes:

- jūtu komponente (izjūtas);
- noteiktas veģetatīvās nervu sistēmas reakcijas, kuras izraisās iekšējos orgānos, muskuļos, uz ādas;
- reakcija, kas izpaužas uzvedībā.

Piemēram, bailes ietver:

- nepatīkamu izjūtu;
- izmaiņas funkcionālajos iekšējo orgānu rādītājos – sirdsdarbības frekvencē, elpošanas biežumā, svīšanā, urinācijas nepieciešamībā vai spontānā urīna

noplūdē, muskuļu trīcē, ādas temperatūras izmaiņās ekstremitāšu distālajās daļās u. c.;

- uzvedības izmaiņas – pēkšņa sakustēšanās, saraušanās, bēgšana, t. i., uzvedībā izpaužas tendence izvairīties no situācijām, kuras provocē bailes.

Klīniskā prakse rāda, ka ir emocijas, kuru bioķīmija veselību veicina, – piemēram, prieks, gandarījums, interese, sajūsma, bauda. Ir pierādīts, ka pēcope-rācijas brūces labāk dzīst pacientiem, kam pirmsoperācijas posmā ir vairāk patīkamu emociju. Jaunākie pētījumi liecina, ka pacientiem ar depresiju ir izmainīta sirdsdarbības frekvence un ritma variabilitāte, kas asociējas ar augstāku kardiovas-kulāro slimību risku. Analizējot sirdsdarbības frekvenci un variabilitāti, pētniekiem ar augstu precizitāti (80–90%) šiem pacientiem izdevās diagnosticēt depresiju.

Runājot par emociju nozīmīgumu, jāuzsver, ka visas emocijas ir svarīgas un nepieciešamas veselības saglabāšanai. Nozīme ir attiecīgo izjūtu mērenībai un atbilstībai situācijai. Vietā ir atcerēties Aristoteļa pirms vairāk nekā 2000 gadiem rakstīto darbā par retoriku: “Katrs var kļūt dusmīgs – tas ir vienkārši. Būt dusmīgam uz isto cilvēku, istajā mērā, istajā laikā, istā mērķa dēļ un istajā veidā – tas nav katram pa spēkam un nebūt nav vienkārši.”\*

Emocionālo faktoru nozīmīgo lomu slimību etiopatogēnēzē, norisē un ārstēšanas iznākumā ārsti novērtē arvien vairāk. Tomēr līdz šim – atšķirībā no fiziskās veselības – par psihisko veselību paši ārsti runā daudz mazāk un nedrošāk. Ar centrālās nervu sistēmas funkcionēšanas traucējumiem saistītie pacientu veselības jautājumi daļā gadījumu tiek nepamatoti nosaukti par psiholoģiskiem traucējumiem, tādējādi tos it kā pārceļot no medicīnas jomas uz sociālajām un psiholoģijas zinātnēm. Emocionāli un kognitīvi simptomi tiek atrauti gan no to dabaszinātniskās etiopatogēnēzes, no cilvēka ķermeņa, kura daļa tie ir, gan arī vienlaikus no medicīnas. Šādi tiek izpostīta gan diagnostikas, gan ārstēšanas procesa efektivitāte.

Daļēji tas ir izskaidrojams ar 21. gadsimtā joprojām pastāvošo zināšanu trūkumu par smadzeņu anatomiju, histoloģiju un fizioloģiju, ar ko ārstiem nākas sastapties. Tas rada vēlēšanos noliegt mazpazīstamā eksistēšanu vispār. Vairākus gadu desmitus medicīnā ir pastāvējusi tendence izstumt ārpus medicīnas pat psihiatriju. Biomarkieru trūkuma dēļ psihoterapija, psihosomatika un psihiatrija vienmēr ir bijušas medicīnas pabērnu lomā (*Lieberman, 2020*). Ir svarīgi, ka pieaug ārstu izpratne par psihisko procesu un personības iezīmju bioloģisko dabu. Psihe kā smadzeņu funkcija pēc savas dabas ir bioloģiska. Smadzenēs notiekošie fizikāli ķīmiskie procesi mijiedarbojas ar citu organisma iekšējo orgānu darbībām, pat vēl vairāk – regulē tās.

---

\* Tulkots no angļu val. “*Anybody can become angry – that is easy, but to be angry with the right person and to the right degree and at the right time and for the right purpose, and in the right way – that is not within everybody’s power and is not easy.*”

Šobrīd psihisko norišu iekļaušana kopējā ķermeņa funkcionēšanas shēmā klīniskajā praksē ārstus joprojām mulšina. Cilvēki slikti pazīst otra cilvēka iekšējo pasauli, bet vēl sliktāk – paši savu. Tādēļ mēdz būt pārsteigti, ko nupat pateikuši vai izdarījuši, pārsteigti par paškaitējuma apjomiem. Piemēram, katrs zina, ka adipozitāte un smēķēšana saīsina dzīves ilgumu un dzīves kvalitāti, tomēr cilvēku ar lieko svaru un smēķētāju joprojām netrūkst. Taču savas psihs, jūtu un domu nepārzināšana nemaina faktu, ka šīs jūtas un domas determinē veselības vai slimības stāvokli.

Psihs kā smadzeņu funkcijas atgriešanās dabaszinātņu nozarē un medicīnā ir viens no lielākajiem medicīnas sasniegumiem pēdējos gadu desmitos. Emociju līdzdalība slimību etiopatogēnēzē ir zināma jau tūkstošiem gadu. Pēdējos gadu desmitos, pieaugot izpratnei par emociju neirobioloģisko dabu, padziļinās izpratne par to būtisko ietekmi uz dažādu slimību sākšanos, gaitu un zināmā mērā arī iznākumu. Strauji attīstoties epigēnētikai, arvien lielāka nozīme tiek piešķirta ne vien gēniem, kas nosaka kādas slimības rašanos, bet arī faktoriem, kas veicina konkrētā gēna aktivizēšanu. Pie šiem faktoriem, kā liecina pētījumi, pieder arī ilgstošas nepatīkamas izjūtas un psihoemocionālas traumas. Par emociju nozīmīgo lomu dažādu slimību etiopatogēnēzē liecina arī papildu disciplīnu (psihoneiroimunoloģijas, psihodermatoloģijas, psihoneiroonkoloģijas, psihokardioloģijas u. c.) attīstīšanās.

Īpaša nozīme emocijām tiek pievērsta mūsu specialitātē – psihoterapijā un psihosomatikā –, kur emocijas un jūtas ir galvenais ārsta “darba orgāns”. Svarīga ir informācija par Latvijas psihiskās veselības aprūpes niansēm. Viena no būtiskākajām ir tā, ka Latvijā ārsti psihoterapeiti un psihosomatiskās medicīnas speciālisti, tāpat kā Vācijā, pārstāv atsevišķu neatkarīgu ārstu specialitāti. Lielā daļā Eiropas valstu un arī ASV psihiatri labi pārzina psihodinamiskās un psihoanalītiskās teorijas un nepieciešamības gadījumā paši var veikt psihoterapeitisku ārstēšanu. Latvijā ar pacientu psihoterapeitisku diagnostiku un ārstēšanu nodarbojas ārsti psihoterapeiti, savukārt ārstu psihiatru pamatārstēšanas metode lielā daļā gadījumu aizvien ir medikamentoza.

Literatūrā nepastāv vienots skatījums uz emociju klasifikāciju. Nereti emocijas tiek klasificētas pēc tā, kuras ir primāras, t. s. pamatemocijas, un tad ir tās, kuras veidojas, saplūstot vairākām emocijām kopā. Kritiski aplūkojams ir emociju dalījums pozitīvajās un negatīvajās – kā zināms, visas emocijas cilvēka veselībai ir svarīgas, jo palīdz adaptēties apkārtējai videi un situācijai.

Klīniski nozīmīgas varētu būt divas emociju klasifikācijas.

#### 1. Klasifikācija pēc izjūtu rakstura: patīkamās un nepatīkamās.

Ir emocijas, kuru izjušana sniedz labsajūtu, piemēram, prieks, gandarījums, interese, un ir emocijas, kuras izjust ir grūti, smagi, nepatīkami, piemēram, dusmas, bailes, kauns, vilšanās, vaina, izmisums. Zināms, ka nepatīkamās emocijas ir nozīmīgas, lai veiksmīgi adaptētos situācijām, piemēram, bailes pasargā no briesmām, dusmas palīdz aizstāvēt savas personības robežas un

risināt problēmas, skumjas un bēdas palīdz separēties. Maldīgs ir uzskats, ka tikai negatīvas izjūtas rada emocionālu distresu. Arī patīkamās jūtas pārlietu lielā intensitātē var būt patoloģiju izraisošas. Kā viens no spēcīgākajiem stresoriem t. s. Holmsa stresoru skalā ir minētas, piemēram, kāzas.

## 2. Klasifikācija pēc sagaidāmās psihofizioloģiskās slodzes:

- emocijas, kas sagatavo organismu sagaidāmajai psihiskajai un fiziskajai slodzei, – prieks, interese, sajūsma, trauksme, bailes, nemiers, dusmas u. tml. To pamatā ir vēlēšanās kaut ko izdarīt, piemēram, paspēt uz pienākošo autobusu. Šīs emocijas pavada noteiktas veģetatīvas un uzvedības reakcijas, piemēram, asinsspiediena paaugstināšanās, paātrināta sirdsdarbība, elpošanas biežuma palielināšanās, relatīva asins pārsadale organismā – pastiprināta asiņu pieplūde lielajiem kāju muskuļiem – u. tml.;
- emocijas, kas ir saistītas ar nodomātā uzdevuma sekmīgu izpildi, – prieka, laimes, gandarījuma u. c. izjūtas. Šo emociju iedarbība uz ķermeni veselības ziņā ir izcili vērtīga, jo tiek līdzsvarotas iekšējo orgānu funkcijas. Piemēram, ja ir bijis paaugstināts arteriālais asinsspiediens, to zināmās robežās pazemina; ja bijis pazemināts – paaugstina; ja ir bijis paātrināts sirds ritms, to zināmās robežās palēnina; ja palēnināts – paātrina utt. Tas nozīmē, ka šī emociju grupa tiešā veidā piedalās psihiskās un fiziskās veselības uzturēšanā;
- emocijas, kas ir saistītas ar uzdevuma neveiksmīgu izpildi, turklāt ir vienalga, vai vienkārši nepaveicās vai uzdevums varbūt vispār nebija paveicams. Tādos gadījumos cilvēks jūt bēdas, bezcerību, bezpalīdzību, sarūgtinājumu, izmisumu u. c. Arī šīm jūtām ir sava veģetatīvā komponente, kura noteiktos gadījumos ir cēlonis dažādiem psihiskiem un somatiskiem traucējumiem un slimībām.

## Somatizācija un psihosomatiskie traucējumi un slimības

Emociju lomu slimību etiopatogēnēzē palīdz izprast somatizācijas jēdziens. Psihodinamiskās teorijas skatījumā somatizācija tiek aplūkota kā neapzināts psihiskās aizsardzības mehānisms – neapzināto, represēto emociju izpausme somatiskos simptomos. Koncepts par somatiskiem simptomiem kā izpausmes veidu neapzinātām psihes fantāzijām un impulsiem, kas tika saistīti ar iepriekš pieredzētām emocionālajām traumām, pastāv jau kopš psihoanalīzes pirmsākumiem.

Tātad somatizācija ir neapzināts process, kura laikā pacients emocionālas problēmas / distresu nevis verbalizē, bet izpauž somatisku simptomu veidā. Tas pacientam dod iespēju apzināti meklēt citu cilvēku atbalstu, papildu uzmanību un ārsta palīdzību. Var teikt, ka somatizācija ir īpašs komunikācijas veids saziņai ar citiem cilvēkiem, lai ar fizisku simptomu palīdzību dotu ziņu par savu emocionālo distresu.

Pirmo reizi zinātniskajā literatūrā termins “somatizācija” parādījās 1925. gadā, psihiatram Džeimsam van Teslāram (*James van Teslaar*) tulkojot Viljama Stekela (*William Stekel*) grāmatu (*Impulshandlungen, Wandertrieb, Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie und verwandte Zustände, Störungen des Trieb- und Affektlebens*) angļu valodā. Termins “somatizācija” radās no vārda “*organsprache*”, kas tiešā tulkojumā nozīmē “orgānu valoda” – emocionālu stāvokļu pārvēršanās fiziskos simptomos. Vēlāk šī paša autora grāmatā 1935. gadā somatizācija tika definēta kā “psihiskā konflikta izteiksme fiziskos simptomos”.

Somatizācijas simptomi ir variabli un var skart jebkuru ķermeņa daļu un sistēmu, tādēļ patiesībā zem somatizācijas diagnozes var slēpties teju jebkurš somatisks simptoms. Pacienti ar somatizāciju nereti tiek pieskaitīti literatūrā aprakstītajiem t. s. grūtajiem vai sarežģītajiem pacientiem (angl. *difficult patients*), jo ārstiem ir grūti viņiem palīdzēt. Lai ārstētu šos pacientus, aiz somatiskā simptoma ir nepieciešams “sapalpēt” emocionālo distresu izraisošos faktoros un to radītās jūtas.

Ja ārsta uzmanība ir pievērsta tikai somatiskajiem simptomiem un tos uzturošie emocionālie traucējumi diagnosticēti netiek, tad rezultāts ir “grūtais patients”. Šādam pacientam ir raksturīgi bezgalīgi ārsta apmeklējumi, neskaitāmi atkārtoti diagnostiskie izmeklējumi bez īpašas patoloģiskas atrades, tādēļ patients kļūst neapmierināts ar ārstu, īgns un beigās arī dusmīgs un izmisis. Būtiska veselības stāvokļa uzlabošanās un sūdzību mazināšanās pēc šīm medicīniskajām intervencēm nenotiek. Saprotams, ka ārstam rodas smagas izjūtas, tostarp bezspēcība, iracionāla vainas izjūta, izmisums, kas ir viens no ārstu izdegšanas riska faktoriem. Tie ir pacienti, kuru somatiskās ciešanas var mazināt, tikai mazinot viņu emocionālās ciešanas. Tādēļ šo pacientu ārstēšanā ir īpaši ieteicama sadarbība starp speciālistiem, piemēram, ginekologiem un ārstiem psihoterapeitiem, psihosomatiskās medicīnas speciālistiem.

Psihosomatiskie traucējumi un slimības ir klasificējami trīs līmeņos:

- 1) psihosomatiskas reakcijas – emocijas pavadošās veģetatīvās nervu sistēmas izraisītās somatiskās reakcijas, piemēram, sarkšana, bālēšana, svīšana u. c.;
- 2) psihosomatiski funkcionāli traucējumi – orgānu funkcijas traucējums bez anatomiska bojājuma: kairinātas resnās zarnas sindroms, kairināts kuņģis, hipertona un hipotona žultsceļu diskinēzija, sirds neuroze, dažādi aritmijas veidi, nervozais hiperventilācijas sindroms, fibromialģija, t. s. somatoformie traucējumi, dažādas seksuālās disfunkcijas, premenstruālais sindroms, menstruāciju ritma traucējumi, sekundāra amenoreja, psihogēna neauglība, problēmas dzemdību procesa sekmīgā vadīšanā u. c.;
- 3) psihosomatiski organiski traucējumi – orgāna anatomisks bojājums, kura etiopatogēnēzē nozīme ir arī emocionāliem faktoriem, piemēram, imunitātes rādītāju izmaiņām stresa situācijās, kas var provocēt iekaisuma procesu, dažu olnīcu cistu veidus, onkoloģiskās slimības u. c.

Viens no vēsturiski dokumentētākajiem un plašāk aprakstītajiem psihosomatiskajiem funkcionālajiem traucējumiem ir karalienes Mērijas (1516–1558) pseidogrūtniecības stāsts.

Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmātā pseidogrūtniecība definēta kā nepatiesa pārliecība par grūtniecību, kas saistīta ar objektīvām pazīmēm un grūtniecības simptomiem, kas var ietvert vēdera palielināšanos, samazinātu menstruālo asiņu daudzumu, amenoreju, subjektīvu augļa kustību sajūtu, sliktu dūšu, krūšu dziedzeru sekrēciju un dzemdību sāpes paredzētajā dzemdību dienā. Tās pamatā ir sarežģīti neuroendokrīni mehānismi.

Karaļa Henrija VIII vecākā meita Mērija uzauga emocionāli traumējošā situācijā – pastāvīgā baiļu un nedrošības atmosfērā, kurā emocionālās traumas kulminācija tika sasniegta brīdī, kad viņas tēvs šķīrās no viņas mātes Aragonas Katrīnas, lai apprecētu Annu Boleinu. Kas šodien izklausās kā ikdienišķa situācija, tajā vēstures posmā bija kas neiedomājams un šokējošs. Mērija kļuva par bastardu jeb ārļaulības bērnu, kas atņēma tai visas princeses privilēģijas, tostarp iespēju mantot troni. Turklāt vairākus gadus bija apdraudēta ne tikai Katrīnas, bet arī Mērijas dzīvība. Septiņpadsmit gadu vecumā Mērija tika no mātes nošķirta un auga kā cietumā, savu māti tā arī vairs nekad nesatiekot. Mērija tomēr ne tikai izdzīvoja, bet uz pieciem gadiem kļuva par Anglijas karalieni. Psihiski nevesela, baiļu, naida, ciešanu pārņemta, bez attīstītas un nobriedušas sievišķīgās identitātes viņa ciešanās meklēja glābiņu katoļu baznīcā un kļuva par fanātisku tās ideju aizstāvi. Viņas un reliģijas vārdā tika brutāli nogalināti simtiem cilvēku, tādēļ viņa ieguva palamu Asiņainā Mērija (angl. *Bloody Mary*).

Bez ķeceru jeb protestantu vajāšanas viņas otrais svarīgais uzdevums – kā visām karalienēm un karaļiem – bija radīt pēcnācējus, lai nostiprinātu dinastiju. Viņa apprecējās ar katolisko Spānijas karali Filipu II un vienā brīdī paziņoja, ka gaida bērnu. Tā bija psihiski slima cilvēka pseidogrūtniecība. Tā laika medicīniskajos tekstos ir aprakstīts, ka nebija iespējams diferencēt pseidogrūtniecību no īstas līdz pat bērna piedzimšanai. Vēsturnieki tās izcelsmi redz līdzīgi kā ārsti – pamatā ir pacientes visaptveroša vēlme pēc bērna, ārsti vēl pievienotu komentāru – kuras patiesie motīvi ir slēpti dziļi zemāpziņā, jo tas nostabilizētu viņas pozīcijas nemierīgajā lielvaru cīņā par Anglijas troni un sniegtu viņai personīgi tik nepieciešamo drošības izjūtu par savu dzīvību. Daži gan šaubījās, piemēram, Simons Renārs (*Simon Renard*), spāņu vēstnieks Anglijā, tomēr kopumā pseidogrūtniecība noritēja ārēji tik pārliecinoši, ka pat tika sāka troņmantnieka piedzimšanas svinēšana, kas, protams, beidzās ar pazemojumu, vilšanos, izmisumu un politisku katastrofu.

**Psihosomatisko traucējumu un slimību diagnostikā** svarīga loma ir ārsta izpratnei par slimības primāro un sekundāro ieguvumu. Jau 1895. gadā Jozefs Breiers (*Josef Breuer*) un Zigmunds Freids (*Sigmund Freud*) secināja, ka simptomam ir noteikta vieta adaptācijas procesos un ka simptomu var labāk izprast, ja atklāj aiz tā paslēpto motivāciju. Simptomi reprezentē, ko cilvēks vēlas, pēc kā ilgojas, pat

ja zemapziņas līmenī tiek uztverti kā sāpīgi un nevēlami. Citiem vārdiem – atsevišķiem pacientiem slimošana dažreiz ir labākais adaptācijas mehānisms, kas šai personības struktūrai tobrīd ir pieejams.

**Slimības primārais ieguvums** ir vienmēr. Tas ir neapzināts, bet būtisks, jo mazina trauksmi par neatrisinātām emocionālajām problēmām. Tieši šis primārais ieguvums ir simptoma veidošanās galvenā motivācija. Tā ir problēmas eksternalizācija – problēma tiek it kā izņemta no iekšējās, psihiskās pasaules un ielikta ārējā, ķermeniskajā – pēc principa “man viss kārtībā, tikai galva, locītavas, vēders regulāri sāp”. Šāds somatisks simptoms atbrīvo no grūtā un smagā darba ar sevi.

*Piemēram, 19 gadus veca paciente sūdzas par lēkmjveida sāpēm sirdī kreisās 5. ribstarpas rajonā, grūtībām dziļi ieelpot, fobijas pēkšņi nomirt “ar sirdi”. Paciente pastāvīgi jūtas slima, un ārsti “palīdzēt nevar”, ar ko paciente aizbildina pārtrauktās studijas un nespēju atrast labi apmaksātu darbu. Paciente ir izmeklēta laboratoriski un instrumentāli bez būtiskas patoloģiskas atrades. Viņas dzīvesveids – daudz atrasties gultā, lasīt grāmatas, skatīties filmas un doties uz vizītēm pie ārstiem. Tā kā viena viņa baidās uz ielas iziet, “jo var palikt slikti”, viņa pieprasa, lai māte vai māsa viņu pavada. Tādējādi paciente ieņem infantilu pozīciju, kurā visa atbildība par viņas labsajūtu ir uzlikta mātei un mātai. Mātei un mātai jāturpina rūpēties par viņu un atbalstīt finansiāli un emocionāli kā mazu bērnu.*

*Psihoterapijas procesā paciente nonāk kontaktā ar savām dusmām un niknuma jūtām pret māti un māsu, kuras nekad nav rēķinājušās ar viņas jūtām, nepieciešamībām, vēlmēm un interesēm. Vissāpīgākais pārdzīvojums pacientei ir saistīts ar faktu, ka pēc māsas piedzimšanas viņai ik pa laikam bijis jānododas prom dzīvot pie radiem. Kad viņa ir raudājusi un sūdzējusies, ka negrib braukt prom no mamma, viņa ir kaunināta, ka nemīl mazo māsu, kura taču ir bezpalīdzīgāka un kurai mamma ir vairāk vajadzīga. Pacientes dusmas ne tikai nav bijušas akceptētas, bet noliegtas kā nevērtīgas. Viņas izmisums nav pamanīts. Dusmas pret māti, kurai nebija laika un spēka savai vecākajai meitai, ir bijušas biedējošas, slikti panesamas un grūti tolerējamas, tādēļ no apziņas tikušas izstumtas. Tas ir izraisījis somatizāciju – emocionālu traucējumu izteikšanu ar somatiskiem simptomiem.*

*Tālāk jau visa pašas un ārstu uzmanība pievērsta šiem simptomiem. Simptomātiskā terapija ir neefektīva, jo simptomu uztur spēcīgas pacientes jūtas – bezpalīdzīgas dusmas. Tās viņa neapzināti izpauž veidā, kas mātes un māsas dzīvi būtiski apgrūtina, – liekot sevi aprūpēt kā mazu un nevarīgu bērnu un piederīgajiem nemītīgi atcerēties par viņas emocionālo nelabsajūtu. Šādi pacienti izārstējas psihodinamiskās psihoterapijas kursā, kura rezultātā pacients iegūst spēju dusmas apzināt un adekvāti izpaust tiem, kuri tās izraisījuši, neizmantojot somatizāciju. Simptomi izzuda astoņu mēnešu laikā.*

Primāro ieguvumu no slimības var sniegt gan somatiski, gan psihiski simptomi. Jārēķinās, ka simptomi bieži ir mainīgi, dažādas jūtas mēdz būt izteiktas ar



dažādiem simptomiem. Rezultātā ķermeniski vesels cilvēks jūtas pastāvīgi slims. Un patiesībā visu mūžu dzīvo savas bērnības realitātes radītajās grūtajās, smagajās jūtās un emocionālā distresā, atkal un atkal no jauna tās somatizējot. Piemēram, ja cilvēks nāk no ģimenes, kurā “mums nebija pieņemts maigoties”, tad, visticamāk, attiecības, kurās šis cilvēks izvēlēšies dzīvot un kuras veidos jau pieaugušā vecumā, būs emocionāli atturīgas un vēsas, tajās aiz ironijas, kriticisma un atturības varbūt būs aizslēpusies labestība, bet nebūs sirsnības, intimitātes un maiguma.

Šādi emocionāli traumēti cilvēki, ja neiziet dziļā veida psihodinamiskās psihoterapijas kursu, atrodas somatizācijas riska zonā, t. i., vienmēr jūtas slimi, jo emocionālais stress, kurš simptomu rada, joprojām pastāv. Jautājums, kurā brīdī no kuras orgānu sistēmas puses simptomi parādīsies. To noteiks arī iedzimtība, ģenētiskie faktori, sociālie faktori un apkārtējās situācijas specifika. Par atrašanos hroniskā emocionālā distresā ķermenis “runās” pastāvīgi. Jautājums ir tikai, vai traucējumi būs veģetatīvu reakciju, funkcionālu traucējumu vai organisku slimību līmenī.

**Slimības sekundārais ieguvums** ir apzināts – parasti tas izpaužas vai nu kā finansiāls (invaliditātes pabalsti u. tml.) vai emocionāls ieguvums, gūstot apkārtējo cilvēku papildu emocionālo atbalstu, uzmanības pievēršanu, izdabāšanu, kā rezultātā pašam pacientam vairs nav pienākuma pielikt pūles labu attiecību veidošanā, jo viņam “slimības dēļ” pienākas īpaša attieksme”. Atšķirībā no iepriekšējā pacienta gadījuma šeit izdevīgums attiecībās ar citiem ir apzināts un manipulatīvs. Līdz ar to sekundāro ieguvumu no slimības ārstam ir vieglāk novērst, nekā pēc tam likvidēt.

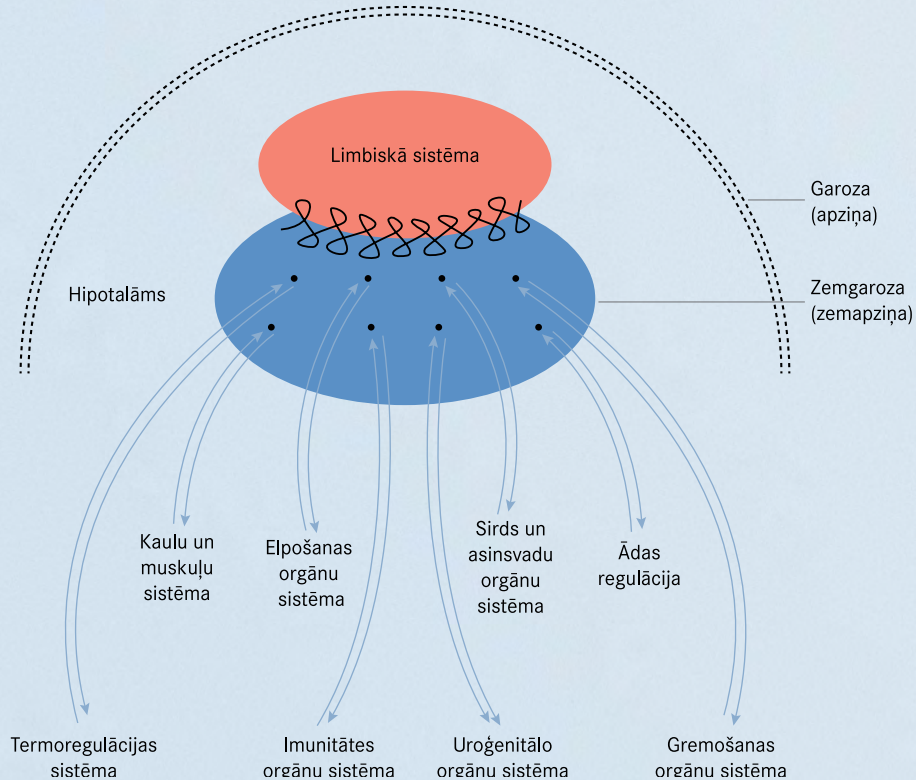
## Somatizācijas etiopatogēze

Somatizācijas pamatā ir cilvēka organisma anatomiska un fizioloģiska īpašība, proti, emocionālās reakcijas ir cieši saistītas ar somatiskajām reakcijām, kuras regulē veģetatīvā nervu sistēma. Tādējādi organisms uz jebkuru stresoru reaģē kā veselums, jūtas kā smadzeņu funkciju ieskaitot.

Limbiskās sistēmas struktūras ar neuroendokrīnām saitēm ir nesaraujami saistītas ar vienu no limbiskās sistēmas centrālajām daļām – hipotalāmu, kas ir augstākais iekšējo orgānu sistēmu regulācijas centrs un atbild par virkni autonomu, t. i., gribai nepakļautu, veģetatīvu reakciju (piemēram, sirdsdarbības, elpošanas, zarnu peristaltikas) regulāciju.

Ja nenotiek jūtu apzināšanās smadzeņu garozas līmenī, tad cilvēks sajūt tikai somatisko reakciju izraisītās sajūtas – sāpes, smagumu, trīci, nespēku u. c. Piemēram, situācijā, kad cilvēkam kopš bērnības ir aizliegts dusmoties, viņam ir grūti pateikt draugam, ka ir pamatīgi noskaities uz viņu, un viņš var mēģināt sevi apmānīt, savas dusmas “nejust”, respektīvi, izstumt no apziņas zemapziņā. Tad var gadīties, ka pēc brīža viņš jutīs, ka nav dusmīgs, bet sākušās, piemēram, stipras galvassāpes. Jo vairāk cilvēks noliedz savas jūtas un/vai cenšas nebūt ar tām kontaktā, jo lielāka iespēja, ka izstumtās jūtas izpaudīsies ar dažādiem somatiskiem simptomiem.

Psihosomatisku traucējumu un slimību gadījumā centrālais etiopatogēniskais faktors ir neapzinātas emocijas, kuras viņš kontrolēt nespēj. Tādēļ emocijas kontrolē viņu pašu, tostarp viņa veselības stāvokli, pašsajūtu un uzvedību. Svarīgs ir jautājums, kā cilvēks pret saviem pārdzīvojumiem un izjūtām izturas.



3. attēls. Somatizācijas etiopatogēnēzes shēma (Ancāne, 2012)

Pēc attieksmes pret saviem pārdzīvojumiem jeb emocionālās inteliģences pakāpes cilvēkus var iedalīt divās grupās:

- 1) cilvēki, kas koncentrējas uz savām nepatīkamajām izjūtām (nedrošību, bailēm, bezcerību, bezpalīdzību, izmisumu, vientulības izjūtu u. c.), uz savu emocionālo nelabsajūtu, un savu pašsajūtu mēģina uzlabot, risinot savas psihiskās (emocionālās) problēmas; tie savu veselību saglabā;
- 2) cilvēki, kuru psihiskās veselības resursi nav pietiekami, koncentrējas uz nepatīkamo emociju somatiskajiem pavadoņiem – veģetatīvajām iekšējo orgānu reakcijām, t. i., uz somatiskajiem simptomiem. Tā ir cilvēku grupa ar tendenci somatizēties. Jo nobriedušāks cilvēks, jo somatizācija būs mazāk izteikta.

Kliniskajā praksē ar noteiktiem nosacījumiem jebkurš simptoms var būt psihosomatisks. Psihosomatisks reaģēšanas veids īpaši ir raksturīgs pacientiem emocionālas krīzes vai regresijas brīžos, kad personības spēks izrādās nepietiekams, lai problēmsituāciju pārvarētu ar psihiskajiem pārvarēšanas līdzekļiem. Pieauguši cilvēki mēdz saslimt pēc kāda tuva cilvēka zaudēšanas vai šķiršanās, pēc dzīves apstākļu (darba vai dzīvesvietas) maiņas u. tml. Makss Šurs (*Max Schur*) to dēvēja par resomatizāciju – uz stresoru cilvēks atbild nevis psihiskā veidā, bet gan somatiski – ar ķermeņa palīdzību. Patiesībā reakcija ar ķermeni tādā gadījumā pacientam ir vienīgā iespējamā reakcija uz stresoru. Lai arī neveselīga, tomēr nodrošina zināmu adaptāciju.

Pirmajā brīdī doma, ka slimošanā var būt kas adaptīvs, šķiet aplama. Tomēr katra slimošana kaut ko atisina pacienta emocionālajā sistēmā, lai arī nepilnīgi un uz laiku. Piemēram, bērnam slimošana, sākot apmeklēt skolu, nodrošina pārejas perioda no mājas uz skolas dzīvi pagarināšanos – palielinās vismaz teorētiska iespēja spēt jaunajai videi adaptēties pakāpeniskāk, lēnāk, jo, kā zināms, adaptācija vienmēr prasa laiku.

Somatizācijas etiopatogēnēzē nozīmīgs koncepts ir aleksitīmija – personības attīstības apstākļu izraisīta nespēja būt kontaktā ar savām jūtām. Aleksitīmija būtībā ir priekšnosacījums, lai notiktu somatizācija. Vairākos pētījumos atrasta saistība starp aleksitīmiju (grūtībām identificēt un aprakstīt savas jūtas) un psihosomatiskiem traucējumiem. Aleksitīmija ietekmē dzīves kvalitāti un tiek uzskatīta par dažādu somatisku slimību riska faktoru.

Aleksitīmijas konceptu 20. gadsimta 70. gados izstrādāja ārsti psihoanalītiķi Džons Nemaija (*John Nemiah*) un Pīters Emanuels Sifneoss (*Peter Emanuel Sifneos*). Oficiāli šis termins parādījās 1973. gadā. Sifneoss atklāja, ka daži cilvēki saziņā izmanto tikai faktus, it kā vērotu visu no malas. Viņi izsaka savas domas, spriedumus, bet nekādi nepauž emocijas. Tulkojumā no grieķu valodas “*a lexis thymos*” (aleksitīmija) nozīmē “nav vārdu, lai izteiktu jūtas” (*Bleicher, 1996*). Pacientiem ar aleksitīmiju ir raksturīgas grūtības izprast un verbāli izteikt jūtas un emocijas, problēmas atšķirt emocijas no somatiskām sajūtām. Raksturīga ir arī koncentrēšanās uz ārējiem notikumiem, nevis uz iekšējiem pārdzīvojumiem, tāpēc pacienta emocionālā sfēra ir maz diferencēta un vāji regulēta.

Aleksitīmijas slimnieki nespēj verbalizēt savu emocionālo stāvokli, jo nevar to apzināties un verbāli apzīmēt, viņi it kā nezina, ko jūt. Izjūtas un emocijas paliek “jūtos labi” vai “jūtos slikti” līmenī, viņi nespēj tās atšķirt citu no citas (piemēram, dusmas no bailēm). Rodas iespaids, ka šie cilvēki nejūt psihiskas sāpes, nepārdzīvo, ir mierīgi, viņus neskar ne patīkami, ne nepatīkami notikumi. Visas grūtības, traģēdijas slīd tiem garām. Viņu psihes vietā reaģē ķermenis, neietekmējot emocijas un domas. Aleksitīmijas izplatība vispārējā populācijā ir apmēram 10%, savukārt pacientiem ar psihosomatiskiem traucējumiem – apmēram 40–60%.

Vēl viens nozīmīgs devums somatizācijas etiopatogēnēzes izpratnē bija 2002. gadā Ulrika Īgles (*Ulrich Egle*) un līdzautoru izstrādātais biopsihopatoloģiskās

ievainojamības modelis, kurš izgaismoja bērnības emocionālo traumu patoloģisko ietekmi uz pieauguša cilvēka somatisko un psihisko veselību – bioloģisks un emocionāls stress bērnībā ieliek fizioloģiskus pamatus somatiskām un psihiskām slimībām pieaugušo vecumā. Nav iespējams slima cilvēka organismā atdalīt bioloģiski ģenētisko daļu no psihosociālās jeb emocionālās daļas. Gan psihisku, gan somatisku slimību gadījumā nepieciešams ārstēt visu organismu un visu personību, t. i., cilvēku kopumā, – ārstēt slimnieku, ne slimību (*Egle et al., 2002*). Vairākos literatūras avotos tiek uzsvērtā somatizācijas saistība ar nedrošas pieķeršanās uzvedību agrīnā bērnībā; arī šajā Īgles un līdzautoru modeli tā tiek uzskatīta par vienu no centrālajiem etiopatogēniskajiem faktoriem, kam ir paliekošas sekas.

Droša pieķeršanās uzvedība ir būtisks bērna psihiskās un somatiskās veselības un adaptācijas kapacitātes rādītājs, kas pamatojas uz ģenētiski pārmantotu cilvēka nepieciešamību būt tuvās attiecībās, kuras dod drošības sajūtu un izjūtu. Pieķeršanās teorijā pieķeršanās uzvedība tiek skaidrota šādi: tā ir bērna jeb, skatoties plašāk, cilvēka bioloģiski pamatota evolucionāra nepieciešamība, kura izpaužas kā tuvības meklēšana ar kādu, kurš var aizsargāt. Ja primārais aprūpētājs šo vajadzību spēj veselīgi un pietiekami apmierināt jau bērnībā, tad pirmo 12–18 mēnešu laikā izveidojas drošas pieķeršanās uzvedība, savukārt, ja šī vajadzība netiek apmierināta, – nedrošas pieķeršanās uzvedība. Pētījumi liecina, ka agrīns emocionāls stress, piemēram, mātes trūkums agrīnās mātes un bērna attiecībās, rada tādas ilgtermiņa sekas kā nedrošu, izvairīgu vai trauksmainu (angl. *insecure-avoiding, insecure-anxious*) pieķeršanās uzvedību. Šādu apstākļu dēļ izveidojas aleksitimiski traucējumi, kā arī ir traucētas pašrefleksijas spējas jūtu uztverē un novērtēšanā, kas savukārt paaugstina noslieci somatizēties.

Drošas pieķeršanās gadījumā, kad zīdains ir saņēmis no mātes adekvātas rūpes un sensitivitāti, smadzeņu stumbrā tiek aktivētas dopamīnērgiskās šķiedras, kas savukārt stimulē endorfīnu izdalīšanos. Tās darbojas kā kompensators aizsargfaktors somatizācijai un citām agrīna stresa ilgtermiņa sekām. Drošas pieķeršanās gadījumā veidojas uzvedība, kura aizsargā smadzenes – sevišķi hipokampu un prefrontālo orbitālo garozu – no bojājumiem, kurus izraisa stresa hormonu (glikokortikoidu, norepinefrīna) izdalīšanās. Tādējādi droša pieķeršanās paaugstina stresa sliksni – tiek kavēta stresa reakcija hipotalāma–hipofīzes–virsnieru (HPA) asī un *locus coeruleus*-norepinefrīna (LC-NE) asī. Drošas pieķeršanās rezultātā paaugstinās imunitātes spējas – pieaug T-šūnu un dabisko galētājšūnu skaits, interleikīna-4 aktivitāte, interferona līmenis u. c.

Patoloģiska / abnormāla LC-NE sistēmas funkcionēšana ar bojājumiem prefrontālajā orbitālajā garozā izraisa somatizāciju, kā arī traucējumus kognitīvā stresa menedžmentā.

Bērnu nenoturīgāku pret stresu padara stresa faktoru piedzīvošana bērnībā, piemēram, gadījumos, ja veidojas pieķeršanās traucējumi, ja primārie aprūpētāji nav pietiekami rūpējušies par bērnu, nav apmierinājuši viņa nepieciešamības vai ir izturējušies pret viņu nolaidīgi. Šeit nozīmīga loma ir tam, ka notiek palielināta

kortikotropīna atbrīvotājhormona (CRH) izdalīšanās, kas palaiž ķēdes reakciju caur HPA un LC-NE asi, radot bojājumus hipokampā un prefrontālajā garozā, kas savukārt rada ilgtermiņa bojājumus stresa atbildes sistēmā. Tātad ārēji stresori kombinācijā ar jau bērnībā izveidojušos intrapsihisku ievainojamību un neiroendokrīniem traucējumiem ir psihosomatisku traucējumu un slimību pamatā.

Psihosomatisku traucējumu un slimību ārstēšanā svarīga ir psihodinamiskā psihoterapija – bieži vien tā ir etiopatogēnētiska ārstēšanas metode.

---

*Dr. med. profesore **Gunta Ancāne***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras vadītāja, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas asociācijas (LPMPA) prezidente, Psihosomatikas un psihoterapijas klīnikas ārste psihoterapeite

***Laura Valaine***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docētāja, ārste psihoterapeite Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikā, doktorante

*Dr. med. **Artūrs Utināns***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docents, RSU “Psihoterapijas” rezidentūras vadītājs, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārsts psihoterapeits

***Lelde Logina***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docētāja, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārste psihoterapeite

***Laura Bubko***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docētāja, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārste psihoterapeite

***Artūrs Ancāns***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārsts psihoterapeits

***Romāns Beskrovnijs***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docētājs, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārsts psihoterapeits

25 10  
GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI  
RSU  
GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI  
RSU

Latvijas Jauno ārstu asociācija sveic Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedru un klīniku svētkos!

Psihiskā veselība ir nozīmīga jebkura cilvēka dzīvē, lai viņš spētu pilnvērtīgi izmantot dzīves sniegtās iespējas, kā arī laba psihiskā veselība ir aizsardzība pret dzīves izaicinājumiem un fiziskām saslimšanām. Diemžēl arī starp jaunajiem ārstiem tiek novērota satraucoša tendence – paaugstināti depresijas un trauksmes rādītāji. Ārsta profesija ir sarežģīta un prasa lielus psiholoģiskos resursus. Jaunajam ārstam, ienākot veselības aprūpes sistēmā, ir jāsaskaras ar sarežģītām situācijām un izaicinājumiem, savienojot pacientu ārstēšanu un mācības ar privāto dzīvi. Ir būtiski sagatavot cilvēkus jau laikus. Psihoterapeitiskā palīdzība ir nozīmīga šajā ziņā.

Mēs izsakām atzinību par Jūsu darbu, lepojamies ar Jūsu panākumiem un novēlam turpināt iesākto!

*Latvijas Jauno ārstu asociācija*

## **Psihosomatika un medicīnas māksla**

*Ruthers Jans van der Hāhs*

Tehnoloģijas revolucionizē medicīnu. Laboratorijas rezultātus var iegūt visīsākajā laikā, attēlveidošana var nekavējoties uzrādīt lūzumus un malformācijas. Daudzas kādreiz nāvējošas slimības, piemēram, infekcijas slimības, var izārstēt vai novērst, lai gan Covid-19 pandēmija izgaisināja dažas ilūzijas, lika atgriezties realitātē un saprast, ka mums joprojām ir jābūt uzmanīgiem ar pandēmijām un ka rezistence pret antibiotikām rada milzīgu problēmu. Daudzi vēža veidi, reimatisms, vielmaiņas traucējumi, autoimūnās slimības ir kļuvušas par hroniskām slimībām, taču ļauj pacientiem kontrolēti dzīvot veselīgu un aktīvu dzīvi.

Tomēr, neraugoties uz visu šo progresu, pacienti un ārsti joprojām cīnās ar lielām ciešanām, ko rada somatiski neizskaidrojami fiziski simptomi. Medicīnas progress un plašas medicīniskās informācijas pieejamība nav vienkāršojusi šo vienādojumu – prāts un ķermenis ir nešķirami, tomēr ne pacientiem, ne viņu ģimenēm, ne arī daudziem ārstiem šī savstarpējā saikne nav skaidra.

Savu medicīnas studiju laikā ārstiem bieži “skalo smadzenes” – baida, ka viņi varētu nepamanīt svarīgu diagnozi. Daļēji tādēļ lielākā daļa medicīnas speciālistu maz ir redzējuši medicīnas pasauli ārpus slimnīcas. Piemēram, neiroķirurgs redz vairākus smadzeņu audzējus katru nedēļu, bet viņam var nebūt saprotams, ka pie ģimenes ārsta pacients ar smadzeņu audzēju atnāks tikai reizi pāris gados. Bet ģimenes ārstu praksē katru nedēļu daudzi pacienti, kuriem ir galvassāpes, stāstīs savam ģimenes ārstam, ka viņi *Google* pārlūkā ir meklējuši savus simptomus un baidās, ka viņiem ir smadzeņu audzējs. Nepieciešamas ārkārtīgas prasmes un medicīnas mākslas pārzināšana, lai pārliecinātu šos daudzus cilvēkus, ka galvassāpēm var būt dažādi iemesli, galvenokārt saistīti ar stresu, un ka viņiem visdrīzāk nav smadzeņu audzēja. Un pat tad prasmīgs ģimenes ārsts rūpīgi izvērtēs pacienta anamnēzi, uzmanīgi uzklauss viņa stāstu, spēs noteikt to vienu ļoti reto smadzeņu audzēja gadījumu un arī citiem pacientiem cieņpilni palīdzēs. Ģimenes ārstam būs jāiegūst pacienta uzticēšanās un jāpretojas spiedienam izrakstīt nosūtījumu mīļā miera labad.

Medicīniskas zināšanas un prasmes rūpīgi izmeklēt pacientus un ņemt vērā pacienta personīgo, sociālo, kultūras kontekstu ir būtiskas, lai varētu nodrošināt augstas kvalitātes medicīnisko aprūpi. Ārstam ir nepieciešamas ne tikai zināšanas par (psih)patoloģijām un fizioloģiju, bet arī padziļinātas zināšanas par to, kas ir stress un kā notiek tā pārvarēšana. Labi jāizprot arī risks, noturība un psihiskie faktori, kas stresu pārvērš simptomos un bažās par veselību.

Lai labāk varētu izprast psihosomatisko sūdzību un slimību samērā saprotamo dinamiku, būtu jāzina un jāapspriež dažādi stresa pārvarēšanas mehānismi – tas, kā labāk palīdzēt pacientiem ar psihosomatiskām sūdzībām. Pārāk bieži viņi netiek pietiekami nomierināti, kad speciālists saka: *“Man ir labas ziņas: mēs neko nevaram atrast!”* Tomēr sūdzības paliek. Nosūtījums pie psihoterapeita tiek uztverts kā noraidījums: *“Jums ir viltus sūdzības...”* Pacientam tas nemaz nepalīdz.

Daudz labāk būtu, ja ārsts sniegtu palīdzību, piemēram, sakot: *“Man ir labas ziņas – varam jūs nomierināt, jums ir ar stresu saistīti traucējumi – trauksme / depresija, ko var ļoti labi un efektīvi ārstēt, tāpēc neraizējieties, ka jums ir kāda neiroloģiska / onkoloģiska / iekšējīga u. c. slimība, kas būtu sīkāk jāizmeklē. Mēs jūs turpināsim informēt, kamēr psihoterapeits jums palīdzēs.”*

### **Stresa un ar stresu saistītas slimības definēšana**

Vārdnīcās parasti skaidrots, ka ar terminu “stress” apzīmē gan fizisku sasprindzuma spiedienu, kam pakļauj materiālu priekšmetu, gan garīgas vai emocionālas spriedzes stāvokli, kas izriet no negatīviem vai grūtiem apstākļiem. Abiem šķietam ir nedaudz negatīva nozīme. Raugoties no emocionālas perspektīvas, spēja pārvarēt “negatīvus vai grūtus apstākļus” bija izdzīvot spējīgo īpašība, turklāt gan attiecībā uz indivīdu, gan sugu kopumā. Citiem vārdiem sakot, mūsu ķermeņi un prāti miljoniem gadu gaitā ir sagatavoti, izmantojot sistēmas, kas palīdz mums pārvarēt briesmas, pretestību un nestabilitāti. Tomēr, kā jau zinām, daudzi mehānismi, kas šādos apstākļos mums tik ļoti palīdz ar tiem tikt galā, citādos apstākļos var radīt sarežģījumus.

Piemēram, mēs zinām, ka kāre pēc cukura un tās apmierināšana bija brīnišķīgs daudz kā pārvarēšanas mehānisms, kas palīdzēja uzkrāt daudz enerģijas, kad tas bija pieejams, lai indivīds varētu izdzīvot. Tomēr, kad cukurs kļuva plaši pieejams, vairs nepastāvēja īstu robežu, kas indivīdus atturētu no pārmērīgas saldumu lietošanas, kā rezultātā radās diabēta un metabolā sindroma “epidēmijas”. Stress, ko cilvēce piedzīvo mūsdienās, nav īsti pielīdzināms stresam, ko piedzīvo upuris bailēs no vienmēr uzglūnoša plēsēja vai raizēs par pārtikas un pajumtes trūkumu. Tomēr tāds stress joprojām ir bieži sastopams kara apstākļos, dzīvojot despotiskas valsts varas apstākļos un (dabas) katastrofu gadījumos.

Lielākā daļa stresa, ko piedzīvo sievietes un vīrieši, pēc būtības ir emocionālais stress un ir saistīts ar attiecībām privātā un publiskā dzīvē. Tas ir saistīts ar



apstākļiem, kuros sarežģījumu radīts spiediens pārsniedz tā pārvarēšanas noturību. Tāpēc svarīgi ir zināt četrus stresa pārvarēšanas mehānismus, to priekšrocības un trūkumus.

## Stresa pārvarēšanas mehānismi

**Adrenergiskā nervu sistēma.** Tā ir autonomās nervu sistēmas “ortosimpātiskais” komponents. Parasimpātiskais komponents cenšas nodrošināt gan indivīda izdzīvošanu, gan sugas turpināšanas sistēmu, bet adrenergiskā sistēma ir uzbudinājuma sistēma, kas indivīdam palīdz gadījumā, kad jāstāpās ar akūtām briesmām. Tā sāk darboties vienmēr, kad stimulē tiek uzskatīts par “draudošu”, bailes izraisošu, un, adrenergiskajai sistēmai nekavējoties sākot darbību, indivīds tiek mobilizēts cīnīties vai bēgt. Fiziskās sajūtas ir acīmredzamas, it īpaši, ja uzkrāto potenciālu un enerģiju nepatērē. Tad indivīds var piedzīvot muskuļu sasprindzinājumu (kas beigās noved pie galvassāpēm, muguras sāpēm, ķermeņa spriedzes), raizes par paastrinātu sirdsdarbību vai zarnu traucējumus, jo zarnas tiek spēcīgi aktivizētas, lai bēgot tajās būtu mazāk šķidruma vai pārtikas masas. Citiem vārdiem sakot, adrenergiskā nervu sistēma var izglābt dzīvību tiešu draudu gadījumā, bet var radīt ārkārtīgas neērtības, ja tā tiek aktivizēta, kad indivīds nespēj nekavējoties identificēt stresa izraisītāju.

**Hipotalāma–hipofīzes–virsnieru (HHV) ass.** Gandrīz vienlaikus ar adrenergisko reakciju signāli par ārējo vai iekšējo stresu ātri sasniedz talāmu, kas ir mūsu iekšējais regulators. Tas rūpējas par lielākās daļas ķermeņa funkciju homeostāzi, regulējot temperatūru, asinsspiedienu, diennakts bioloģisko ritmu u. c. Katru reizi, kad rodas stress, talāms aktivizē hipotalāmu, kurš savukārt stimulē hipofīzi, kas ar adrenokortikotropā hormona (AKTH) izdalīšanos stimulē virsnieru dziedzerus, kas atrodas netālu no nierēm, ražojot kortizolu. Tā darbojas HHV ass. Kortizols palīdz organismam un prātam pārvarēt stresu, stimulējot aizsardzības mehānismus pret iebrucējiem organismā, kā arī stimulē prātu izturēt stresa laikā un atjaunoties. Labvēlīgos apstākļos kortizola ražošanu samazina atgriezeniskās saites mehānisms vai signāls, ka stresa apstākļi ir mazinājušies. Ja stress ir noturīgs, tad var izveidoties pieradums pie augsta kortizola līmeņa, kas var izpausties kā gremošanas trakta diskomforts (senie grieķi to aprakstīja kā melanholiju), ko savukārt var pielīdzināt depresīvam noskaņojumam vai depresijai.

**Imūnsistēma.** Starp imūnsistēmu, kas mēģina vispirms neitralizēt svešus aģentus (baktērijas, vīrusus vai fiziskus aģentus (piemēram, skabargas)), lai tie nepārņemtu organismu, un abiem pārējiem tikko aplūkotajiem stresa pārvarēšanas mehānismiem pastāv izteikta savstarpēja saikne. Optimālos apstākļos HHV ass un imūnsistēma vienmērīgi sadarbojas, veicinot visefektīvāko reakciju uz infekcijām un cita veida ārējo vai iekšējo stresu. Kad stresa līmenis kļūst hroniski augsts, sistēma sabrūk un samazinās sliekšnis noturībai pret infekcijām, kas atšķiras

atkarībā no dzimuma: vīrieši šādos apstākļos parasti reagē ar akūtām infekcijām, bet sievietēm vairāk rodas hroniskas infekcijas un izpaužas autoimūnas reakcijas. Acīmredzot dzimumu atšķirības ir statistiskas un reakcijas lielā mērā pārklājas. Taču nereti šādos apstākļos ārsti īpaši necenšas (ko tomēr varētu gaidīt no labiem un pieredzējušiem ģimenes ārstiem) aplūkot stresa izraisītājus.

**Psihiskie aizsardzības mehānismi.** Psihiskie aizsardzības mehānismi pret stresu nekādā ziņā neatšķiras no fizioloģiskajiem. Visspēcīgākais un arī bīstamākais mehānisms ir noliegums. Sāksim ar tīri fizioloģisku “nolieguma” reakciju: iedomājieties nopietnu autoavāriju. Mašīna vairākas reizes apmetusi kūleni, nopietni savainojot vadītāju un pasažierus. Tomēr vadītājs, kuram pašam ir atvērts augšstilba lūzums, izvelk abus samaņu zaudējušos pasažierus no auto, pirms tas aizdegas un tikai tad saprot, ka pats mokās sāpēs. Kas notika? Ņemot vērā visus citus iesaistītos stresa mehānismus, šie cietušie izdzīvoja, pateicoties endorfīnu patēriņam vadītāja asinīs, kas nodrošināja anestēziju pret sāpēm un palīdzību pret kardiovaskulāro šoku pietiekami ilgi, lai viņš un citi pasažieri varētu izdzīvot. Citiem vārdiem sakot, tikko pēc avārijas organisms bija pilnīgā nolieguma stāvoklī pret notikušo un varēja šo stresa situāciju pārvarēt.

Psihiskais noliegums darbojas līdzīgi: tādas akūtas un intensīvas traumas laikā kā spīdzināšana vai izvarošana pastiprinās dzīvību glābjoša disociācija. Noliegums palīdz pārvarēt zaudējumu, bieži arī stresa pilnas, traumatiskas situācijas un apstākļus ģimenē, apkaimē, sabiedrībā. Noliegums var turpināties ilgi. It īpaši tas vērojams, piemēram, cilvēkiem, kuri pārdzīvojuši koncentrācijas nometnes, kuri ir spējuši atjaunot dzīvi, nodibināt ģimeni pēc tam, kad viņi ir pārdzīvojuši neiedomājamas šausmas. Bet lielākajai daļai šo cilvēku dažreiz pat desmitiem gadu pēc tam, kad ar vecumu pretestības spējas ir mazinājušās, pasliktinās veselība vai ir apstākļi, kad attiecības un darbs vairs nenovērš viņu uzmanību no iekšējām brūcēm, no jauna piedzīvo sāpēs un traumas. Šie ekstrēmie apstākļi palīdz mums saprast, kas ikdienā notiek ar mūsu pacientiem, kam ir psihosomatiskas sūdzības. Ar nolieguma mehānisma palīdzību saikne starp stresa izraisītāju un tā ietekmi var pazust, un uzmanības centrā nonāk faktiskais sāpju diskomforts, kas noslēpj patieso pamatā esošo cēloni.

Psihosomatiskās medicīnas būtība ir palīdzēt pacientam no jauna izveidot savienojumu ar stresa izraisītāju un mācīties ar to tikt galā, vienlaikus piedāvājot pacientam cieņpilnu izeju, atzīstot viņa faktiskās sāpes un slimību un izrādot sapratni un atbalstu, lai palīdzētu atlabt un atgūt veselību, spēku un autonomiju.

## Stresa pārvarēšana

Tātad spēja pārvarēt stresu ir veidojusies ilgas evolucionārās attīstības gaitā, un cilvēkiem, kuri veiksmīgāk spēj pārvarēt stresa pilnas situācijas un tās risināt, ir labākas iespējas būt veiksmīgām personām un to turpināt nākamajās paaudzēs.

Citiem vārdiem sakot, turpmākās paaudzes kā savu vecāku pēcnācēji pārmanto gan stresa pārvaldīšanas sistēmas, gan arī mācās no rīcības piemēriem, ko rāda viņu vecāki un sociālā vide. Tas nenozīmē, ka, piemēram, skola, vienaudžu grupa, partnera izvēle būtu jānovērtē zemāk, taču lielākoties spēja pārvarēt vilšanos un pretestību tiek gūta agrā bērnībā. Jānorāda, ka šī spēja rodas no apstākļu, bērna un vecāku reakcijas mijiedarbības. Tā ir sarežģīta mijiedarbība, kurā bērns būs jutīgs pret veidu, kā viņa rīcību novērtē vecāki (vai viens vecāks, ja starp viņiem ir pretrunas) un kāda ir “balva”.

Bērniem fiziskās sajūtas un emocijas sakrīt. Viņu mērķis būs pēc iespējas drīzāk atrast atvieglojumu no stresa. Pirms tā saucamā nošķiršanās individuācijas posma vecāki bērnu fiziski mierinās, aiznesot viņus no stresu izraisošās situācijas. Šī pieredze ir svarīga, lai iegūtu uzticēšanās sajūtu. Vēlāk, kad vecāki attālinās un nav vienmēr pieejami sarežģītos apstākļos, bērnam būs pašam jāpārvar izmisums un jāmacās sevi stimulēt un mierināt. Vecāku izaicinājums ir sniegt pietiekamu atbalstu, lai veicinātu pašpaļāvību un pietiekamu uzticēšanos, bērnam attīstot savu stresa pārvarēšanas veidu. Šajā laikā var rasties grūtības. Plašs pierādījumu kopums liecina, ka šajā agrīnajā dzīves posmā (no dzīves otrā līdz sestajam gadam) bērns vai nu iegūs pieredzi, ka izmisums, nokrišana uz ceļiem un atkal celšanās kājās ir daļa dzīves, vai arī saņems apstiprinājumu par pretēju virzienu, proti, ka labāk ir izvairīties no likstas, parādāt vecākiem darbības, kas tiek “apbalvotas”, jo viņi domā, ka uzsvars tiek novirzīts no grūtību pārvarēšanas uz izvairīšanos no sarežģītām situācijām.

Ko tas nozīmē ikdienas dzīvē? Aplūkosim skolu kā piemēru. Skola var izraisīt stresu, jo citi bērni var būt skarbi, ķircināt vai pat terorizēt. Bet stress var rasties arī tādēļ, ka mācīšanās rada sarežģījumus. Pieņemsim, ka, sastopoties ar šīm likstām, bērns sūdzas par vēdersāpēm. Ir iedomājami divi varianti. Pirmkārt, vecāki to var skaidrot kā zīmi, ka bērnam ir sarežģījumi ar citiem bērniem vai skolas lietām. Viņi var pajautāt padomu ģimenes ārstam, taču lielākoties kopā ar skolotājiem palīdzēs bērnam iemācīties, kā sociāli tikt galā ar problēmām un skolas mācībām. Otrs variants ir ņemt palīgā medikamentus. Vecāki galvenokārt raizējas par bērna vēdersāpēm. Ja ģimenes ārsts viņus nespēj novirzīt no šī ceļa, tad medicīnisko izmeklējumu sērija, visticamāk, veicinās somatisko attīstību, tādējādi arvien vairāk sarežģījot atpakaļceļu pie vēdersāpju galvenā iemesla, t. i., sociālās trauksmes, ko bērns piedzīvo, vai pie viņa mācīšanās grūtībām. Medikālizācija kavē ne tikai esošo problēmu veselīgu atrisināšanu, bet arī “psihosomatisko” nesēju, kas stresa situācijās ģimenē, skolā un vēlāk darbavietā var parādīties no jauna. Tādējādi veselības aprūpe kļūst ārkārtīgi dārga, ko veicina “psihosomatiskās ģimenes”, kuras prasa arvien vairāk uzmanības, sniedzot tām medicīniskas zināšanas, lai palīdzētu izprast problēmu, tomēr dažkārt nesekmīgi. Tādējādi tiek barotas ārstu bailes, ka varētu netikt pamanīta briesmīga diagnoze. Tas satrauc studentus, un šīs bailes kļūst par daļu no nemītīga baiļu burvju loka.

Tātad, ja psihosomatika tiek nodota ģimenēs tālāk un to “apbalvo” un uztur gan noraizējušies un no konflikta bēgoši vecāki, gan arī nedroši ārsti, ja tā ietekmē

būtisku veselības aprūpes daļu rietumu civilizācijā, šī burvju loka pārraušana dažādos līmeņos mūsdienās šķiet vienkārši neiespējama.

Šīs bažas uzsver nesenā diskusija ap nelielo, taču nopietno risku, ka dažas vakcīnas pret Covid-19 var izraisīt trombozi kā retu blakusparādību. Eiropas Zāļu aģentūra vispirms reaģēja piesardzīgi, tādējādi daudzās valstīs izraisot kavēšanos vakcinēties, un ārstu asociācijas kavējās paust savu viedokli, darot publikai zināmu, ka nav tādas lietas kā nulles risks. Šī reakcija daļēji apdraudēja vakcinācijas programmas panākumus. Tas raisa bažas, saprotot, ka šīs blakusparādības risks no vakcīnām ir aprēķināts kā 300 reižu zemāks nekā sievietēm, kuras lieto kontracepcijas tabletes, nemaz nerunājot par smēķēšanu, kuras gadījumā risks ir aprēķināts kā 600 reižu augstāks.

Tādējādi šķiet pilnīgi neiespējami, ka sabiedrība pieņems to, ka pacientiem ar fiziski neizskaidrojamiem simptomiem nopietnu diagnozi varētu nejauši nepamanīt, dodot priekšroku psihoterapeitiskai pieejai, nevis medicīniskiem testiem. Un arī medicīnas speciālisti nemainīs savus ieradumus. Slimnīcās aizvien vairāk ir nosliece uz "aizsardzības" medicīnu. Tādējādi diez vai var sagaidīt, ka viņi atteiks pacientiem izmeklēšanu – pat tad, ja savā klīniskajā novērtējumā ir pārliecināti, ka sūdzības, visdrīzāk, ir izskaidrojamas ar nepareizu stresa pārvaldību.

Tātad, ja "sabiedrība" un profesionālās struktūras nemainīsies, apsvērsim, ko varētu darīt profilaktiski un ārstējot.

## **Psihosomatikas novērsšana**

Izglītība šeit ir ļoti būtiska. Vecākiem jāpalīdz mudināt bērnus mācīties, kā pārvarēt diskomfortu un nepatīkšanas, vienlaikus uzslavējot viņus par panākumiem. Acīmredzot tas ir jādara jau no agras bērnības. Dažādās valstīs pediatri vai zīdaiņu labklājības klīnikas to varētu risināt individuālā līmenī, savukārt ar sociālo mediju palīdzību sasniegt, aizsniegt un izglītot pat vēl lielāku skaitu jaunu vecāku.

Tomēr tas nav viss. Medicīnas studentiem, medmāsām un citiem veselības aprūpes darbiniekiem ir arī jābūt labi informētiem par mehānismiem, kas ir saistīti ar stresa izraisītām medicīniskām sūdzībām un kā izvairīties no liekas medikalizācijas problēmām, kuras galvenokārt ir saistītas ar stresa pārvaldību un stresu ģimenēs, skolā un darbavietā vai pat sociālajā kontekstā.

## **Kā novērtēt un ārstēt indivīdus un ģimenes ar psihosomatiskām sūdzībām**

Sers Viljams Oslers (*William Osler*, 1849–1919), mācības par attieksmi pret pacientiem pamatlicējs, ir slavens ar saviem zīmīgajiem izteicieniem, un viens no tiem ir šāds: "Ieklausieties uzmanīgi, un pacients pats jums izstāstīs savu diagnozi!"

Secinājums ir tāds, ka laika veltīšana un uzmanības pievēršana pacienta sūdzībām, vēsturei un kontekstam būtībā ir medicīnas māksla.

Izskatot slimības vēsturi, katram pacientam ir tiesības uz rūpīgu fizisko izmeklēšanu. Pamatojoties uz šiem diviem novērtējumiem, ārsts formulēs hipotēzi, tostarp slimības, kas ir jāizslēdz pirms konkrēta slēdziena izdarīšanas. Bieži vien ārsta un pacienta viedokļi atšķirsies. Ja pacients būs *Google* sameklējis savus simptomus un baidīsies no ļaunākā, tad ārsts būs diezgan pārliecināts, ka sūdzības ir saistītas ar stresu. Klīniskajā praksē tagad ir pieejamas divas iespējas. Pirmā (vieglākā) nozīmē pacienta apsekošanu vai laboratorijas un attēldiagnostikas izmeklējumu sēriju, vai pacienta nosūtīšanu pie speciālista. Otra iespēja ir grūtāka, bet no medicīnas kā veselības ekonomikas viedokļa atbildīgāka. Tad ir nepieciešamas komunikācijas prasmes, kas šajā gadījumā izpaužas kā reflektīva un motivējoša izjautāšana. Nav nozīmes pacientu konfrontēt, apgalvojot, ka sūdzības ir psihosomatiskas un nav saistītas ar tās izraisošu slimību. Pacientam tad radīsies iespāids, ka viņu neuztver nopietni.

**Motivējoša izjautāšana.** Motivējošas izjautāšanas māksla ir vienkārši uzdot jautājumus, dziļus jautājumus, un atspoguļot pacienta teikto, lai soli pa solim viņš sāktu stāstīt, kas viņu patiesībā uztrauc. Ja ārsts veltīs laiku un izrādīs empātiju, tad pacients atklās bažas, kas viņam dara sāpes. Šis ir pirmais solis ceļā uz it kā neizskaidrojamu fizisku simptomu saistīšanu ar nopietnu stresa avotu, kas pacientam liek justies bezspēcīgam. Tā kā stress šķiet grūti novēršams, pacientam neapzināti var būt nosliece izvēlēties “medicīnisku izeju”. Tad ārstam ir jāizvēlas “cieņpilna izeja”. Tad, pirms pilnā mērā veikt psihoterapiju, daudzi pacienti saņems palīdzību, apvienojot fizioterapiju ar psihisko izglītību par spriedzi un stresu.

Tā kā pacients tagad ir pārliecināts, ka viņa sūdzības ir uztvertas nopietni un ka ir sperts pirmais solis ceļā uz raižu un stresa avota apziņošanu un saikne ar fiziskiem simptomiem ir noteikta, ir pienācis brīdis sagatavot ārstēšanas plānu, pamatojoties uz kopīgi pieņemtu lēmumu.

**Visaptverošs ārstēšanas plāns.** Pirmais un svarīgākais solis jebkurā ārstēšanas plānā ir novērtēt spriedzes un stresa avotu un plānot rīcību tā apturēšanai.

Tas nozīmē, ka ārstam ir nepieciešama plaša perspektīva. Stresa avoti var būt bezgalīgi dažādi: fiziski – draudi, seksuāla izmantošana, skarbi apstākļi, piemēram, dzīvošana uz ielas, sliktos apstākļos (aukstums, kaitēkļi); psihiski – zaudējums (sēras), attiecību problēmas vai šķiršanās, raizes par partneri, bērniem, slimi vai veci vecāki, augstas prasības skolā vai darbā, iebiedēšana, stigmatizācija vai diskriminācija; “neirostiski” – pastāvīgas, neatrisinātas psihiskas frustrācijas vai konflikti; kā arī sociāli, piemēram, parādi, atstumtība, darba zaudēšana.

Iespējamo stresa avotu pārskats atklāj, ka vajadzētu apsvērt dažādas iespējas. Tā kā psihosomatiskas sūdzības bieži ir “iemācītas bezpalīdzības” rezultāts, tad pacients var gaidīt, ka veselības aprūpes speciālists pārņems vadību un atradīs risinājumu. Taču tas palīdzētu tikpat daudz kā zivs iedošana izsalkušajam. Svarīgi, ka pacients uzņemas un atgūst kontroli pār savu dzīvi. Tāpēc viņam ir jāemāca

“makšķerēt”. Sniedziet atbalstu un palīdziet pacientam rīkoties. Izņēmums šim noteikumam, protams, ir neizturama vardarbība ģimenē vai reāli draudi.

Vienlaikus vai pēc tam, kad cēloņa izraisītais stress mazinājies, ir nepieciešama **psihiskā izglītošana**. Pacientam ir jāpalīdz saprast, ko viņa organisms cenšas pateikt. Mums visiem ir vājā vieta, ko var identificēt kā stresa indikatoru. Vienam tās būs galvassāpes, citam muguras lejasdaļas sāpes, paātrināta sirdsdarbība, svišana, reiboņi, iekaisis kakls... Kad šis izraisītājs būs identificēts, pacients sāks saprast, ka tikmēr, kamēr viņš ir noliegumā, organisms turpina signalizēt par problēmu. Ir apgūta svarīga mācība. Bet kā atslābināties un mazināt sāpes?

Daudzi pacienti šajā posmā gūs labumu, ja iemācīsies, kā atslābināties, mazināt spriedzi un izgulēties labāk. Ir vairāki **relaksācijas paņēmieni**, sākot no autogēnā treniņa līdz jogas veida relaksācijas paņēmieniem. Daudzus var apgūt, izmantojot atbilstošas lietotnes datorā vai viedtālrunī.

Svarīgs jautājums, kas ir jāapsver, ir psihosomatisko sūdzību “nepareiza apbalvošana”. Daudzu pacientu sūdzības tiek “apbalvotas” galvenokārt ar to, ka viņiem nav jādara tas, ko viņi nevēlas darīt vai nav spējīgi darīt. Tas var notikt mājās: ja tev sāp galva, tad kāds cits pārņems tavus pienākumus (un tu būsi brīvs). Darbā slimošana nozīmē, ka tev nav jāpabeidz paredzētais darbs, jāstrādā ar kolēģiem, ar kuriem nevari satikt, nav jāstrādā neērtos fiziskos apstākļos darbavietā. Šie jautājumi būs jārisina. Te atkal pacients ir jānudina rīkoties. Ja tas nav iespējams, būs nepieciešama **sistēmiska pieeja** (ģimenes terapija) vai **risku novērtējums darbavietā**. Pēdējais ir svarīgs jautājums. Cik daudzi pacienti ir “slimi mājās”, jo darbā ir problēmas?! Acīmredzot neliela atpūta un atslodze no spiediena var būt lietderīga, taču nedošanās uz darbu neko neizmainīs darbavietā. Šeit jārikojas gan pacientiem, gan ārstiem, un atkal ir nepieciešama drosme rīkoties.

Visi šeit aprakstītie soļi norāda, ka priekšroka dodama daudzšķautņainai pieejai, kas ietver: 1) stresa mazināšanu, 2) fiziskās spriedzes mazināšanu, 3) problēmu risināšanu mājās / skolā / darbavietā. Taču pats svarīgākais ir tas, lai pacients (at)gūst kontroli pār savu organismu un sociālo dzīvi. Tomēr daudziem pacientiem tas būs grūti, jo ir pārāk daudz trauksmes, nomākts garastāvoklis vai neatrisināti iekšējie (neirotiski vai pēctraumas) konflikti. Tādos gadījumos var ieteikt **psihoterapiju**. Uz pierādījumiem balstīta sistemātiska terapija jau ir ieviesta.

Trauksmes un depresijas gadījumā apmācītas medmāsas, psihologi un ārsti var piedāvāt **kognitīvi biheiviorālo terapiju**, kurā ir labi aprakstīti scenāriji. Mērķis ir atšķetināt “faktus” un “faktu sagrozīšanu” atmiņās vai negatīvajā / traumatiskajā pieredzē un atzīt to pamatā esošās sajūtas. Izmantojot šos paņēmienus, pacienti vairāk apzinās savu daļu “pašu organizētajās bēdās”.

Vairākos gadījumos trauksmes vai depresijas pamatā esošie konflikti, atmiņas, traumas var kavēt pacienta spēju atteikties no somatizācijas, kas ir kļuvusi par drošu izeju no garīgajām sāpēm. Šajos gadījumos, ja pacientam ir pietiekamas introspektīvās spējas, lietderīga var būt **psihodinamiskā pieeja**. Analītiskās vai uz klientu vērstās psihoterapijas mērķis ir ļaut pacientam izpētīt un atzīt savus

iekšējos konfliktus vai no jauna aktualizēt traumas. Terapeits šo pieredzi atspoguļos. Pēc tam, ņemot vērā, ka cilvēks nevar mainīt pasauli, bet ļoti labi spēj mainīt savas sajūtas un rīcību, jāpalīdz pacientam atrast veselīgāku izeju pēc konfliktu atrisināšanas vai to apzināšanās. Tādējādi tiek dota iespēja ar realitāti un stresu tikt galā nobriedušākā un veiksmīgākā veidā.

**Pagaidu secinājumi un turpmākie norādījumi.** Evolūcija ir sniegusi cilvēkiem daudzveidīgus un iedarbīgus darbarīkus, lai tie varētu pārvarēt stresu. Tomēr kā jebkurā sistēmā, tāpat arī cilvēkā, ieguvumus var nomākt negatīva ietekme. Piemēram, kad tā vietā, lai palīdzētu pārvarēt un tikt galā ar stresa apstākļiem, sistēma rada fiziskas sāpes un diskomfortu, tādējādi ļaujot izpausties trauksmei un depresijai. Tā var notikt ar indivīdiem, kuri vai nu noliedz stresu izraisījušo situāciju, vai (biežāk) nespēj situāciju atrisināt citā veidā, kā vien paziņojot, ka ir slimi, ka sāp un ir diskomforts.

Kad šie pacienti sastopas ar ārstu, kura diagnožu noteikšanas paletē aprobežojas ar “somatiskajām” slimībām, bezjēdzīgu pārbaužu un attēldiagnostikas sēriju vai invazīvām diagnostikas procedūrām, tad “somatizācijas” tendence, kas jau bieži vien tiek pārmantota ģimenē, tiks vēl vairāk stiprināta.

Taču ārsts, kurš patiesi ieklausās pacienta vēsturē un iedziļinās kontekstā, var noteikt pareizo “psihosomatisko” diagnozi. Tas palīdzēs piedāvāt pacientam drošu izeju (beigās ar papildu psihoterapiju). Savukārt pacients (at)gūst autonomiju un pašpaļāvību, kā arī labāku izpratni par to, kā stress var ietekmēt organismu. Pacients zinās, kā šis signāls var būt lietderīgs, risinot nelabvēlīgus apstākļus veselīgākā veidā.

Tādējādi darbs ar psihosomatiku ir medicīnas mākslas pamatā.

---

*Dr. med. emeritētais profesors*  
**Ruthers Jans van der Hāhs** (*Rutger Jan van der Gaag*),  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras  
profesors psihiatrijā un prorektors Radboudas Universitātē  
(Nīderlande), Parīzes Universitātes (Francija) valdes  
loceklis, Parīzes Medicīnas akadēmijas (Francija) biedrs,  
Papageno autisma fonda prezidents Amsterdamā / Ņujorkā

# 25

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI

# RSU

# 10

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI

# RSU

Psihiskā veselība ir būtiska veselības sastāvdaļa, kas atspoguļota arī Pasaules Veselības organizācijas veselības definīcijā – “Veselība ir pilnīga fiziska, psihiska un sociāla labklājība, ne tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem”. Psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis, kurā cilvēks apzinās savas iespējas, spēj pārvarēt ikdienas stresu, produktīvi strādāt un dot ieguldījumu kopienā jeb sabiedrībā.

Ginekoloģija un dzemdniecība ir viena no medicīnas pamatdisciplīnām un klasiskā izpratnē saistīta ar sievietes reproduktīvo veselību, taču mūsdienās ginekoloģiskās veselības jēdziens ir ieguvis daudz plašāku saturu nekā tikai ginekoloģiskās slimības, grūtniecību un dzemdētāju aprūpe. Ārstam ir jābūt īpaši iejūtīgam, nodrošinot vidi, kas rada iespēju ievērot privātumu un mazināt pacientes satraukumu, aprūpē izmantojot psihosomatisku pieeju, ņemot vērā un respektējot indivīda dažādos faktorus, kas var ietekmēt veselību. Paralēli somatiskajiem aspektiem pilnvērtīgā pacienšu aprūpē pielietojams biopsihosociālais modelis, ietverot somatiskos, psihoemocionālos un sociālos faktorus, kam pievienojami arī kulturālie un mentālie aspekti.

Grūtniecība, dzemdības un mazuļa ienākšana ģimenē ir nozīmīgs un vienlaikus arī neaizmirstams dzīves notikums, kas ievieš būtiskas pārmaiņas jauno vecāku dzīvē, ikdienas režīmā un nosaka nepieciešamību šīm pārmaiņām pielāgoties. Daļai jauno vecāku šis dzīves posms pārsvarā saistās ar patīkamām emocijām, pieredzi un gaidām, tomēr reizēm jaunā ģimene piedzīvo arī praktiskas vai ar veselību saistītas grūtības, tostarp – arī psihiskās veselības jomā.

Psihiskās veselības tāpat kā somatiskās veselības pamati veidojas jau agrīnā bērnībā. Nevar pārvērtēt siltu emocionālu attiecību nozīmi ģimenē kā priekšnosacījumu psihiski un fiziski vesela cilvēka izaugšanai. Psihiski veselīgi funkcionējoša ģimene rada psihiski un fiziski drošu vidi bērna attīstībai – tādu, kurā var pētīt un izzināt sevi un pasauli, kurā var norītēt personības fiziskās un emocionālās attīstības process – veidojoties spējām uzticēties sev un pasaulei, spējām būt neatkarīgam, aktīvam, enerģiskam, varošan. Un tā mēs kopīgi radām spēcīgu un laimīgu nākamo paaudzi.



Ļoti novērtējam savstarpējas sadarbības iespējas un panākumus, apvienojot zināšanas un veicinot Latvijas sieviešu veselību un labklājību! Pateicamies par līdzšinējo sadarbību un ļoti ceram uz arvien jaunām kopīgām iespējām apvienot savus spēkus un zināšanas, augot pašiem un veicinot mūsu pacientu panākumus!

Sirsnīgi sveicam katedras 25 gadu un klīnikas 10 gadu jubilejā, vēlot spožus panākumus arī turpmākajā darbā!

*Dr. med. profesore **Dace Rezeberga** un **Ieva Briedīte**,  
pārstāvot RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedru*

## Ārsta un pacienta terapeitiskas un emocionāli atbalstošas attiecības

*Gunta Ancāne, Artūrs Ancāns*

Ārsta un pacienta attiecības ir medicīnas prakses un arī medicīnas ētikas stūrakmens. Pasaules ārstu medicīnas ētikas rokasgrāmatā tas ir formulēts šādi: medicīnas ētikas pamatus veido pietāte pret cilvēka pamattiesībām un tādas medicīnas pamatvērtības kā ārsta līdzcietība, kompetence un autonomija.

Ārsta un pacienta terapeitiskās attiecības ir plašāks jēdziens, tas iekļauj traucējumu un slimību ārstēšanu etiopatoloģiskā līmenī, savukārt emocionāli atbalstošas attiecības palīdz pacientam saglabāt emocionālo līdzsvaru un palikt tai stāvoklī, kurā viņš ir, tam nepasliktinoties. Šajā rakstā tiks apskatītas tieši emocionāli atbalstošas attiecības, jo iemaņas tās veidot būtu nepieciešamas visu specialitāšu ārstiem.

Veidojot emocionāli atbalstošas terapeitiskās attiecības, ārstam ir divi mērķi:

- 1) samazināt trauksmes līmeni;
- 2) paaugstināt pacienta pašcieņu un pašvērtības izjūtu.

Šādā gadījumā pacienta stāvoklī sagaidāma šāda pozitīva dinamika: mazinās emocionālā stresa radītā simptomātika, uzlabojas adaptācijas spējas, pieaug spēja paļauties uz sevi, parādās kaut neliela sava spēka izjūta, spēja atkal cerēt, vēlme sadarboties ar ārstu.

Pie atbalstošu attiecību veidošanas pieder:

- rūpīga izmeklēšana, vienlaikus meklējot pacienta personības spēcīgās puses;
- uzmanīga klausīšanās, tostarp jūtu izprašana jeb t. s. klausīšanās ar “trešo ausi”;
- sarunas veids, kas neaizvairo pacienta pašcieņu un samazina trauksmi, – jāsaka pacienta šī brīža pārvarēšanas mehānismus atbalstošas lietas;
- balstoties uz sniegto informāciju, ieteikumi, kā risināt veselības un reizēm arī dzīves problēmas;
- realitātē balstīts mierinājums un iedrošinājums;

- ieteikumi apkārtējās vides pārorganizēšanai pacienta interesēs;
- pacienta informēšana par ārsta secinājumiem, tālākajiem notikumiem, prognozi u. c.

Piemēri tam, cik svarīgi izprast jūtas (klausīties ar “trešo ausi”), kuras piedalās simptoma veidošanā.

*43 gadus veca paciente sūdzas par ilgstošām galvassāpēm, paaugstinātu asinsspiedienu un, ārstam ievācot ģimenes anamnēzi, saka: “Manam vīram ir labs darbs, un viņš daudz strādā.” Tas var nozīmēt, ka viņš emocionāli ir nepieejams, tādēļ viņa ir dusmīga un neapmierināta. Šis ir primārā ieguvuma piemērs somatizācijai, kur simptoma veidošanās etiopatoģenēzē iesaistītas intensīvas jūtas. Tātad ar vislielāko varbūtību somatisko sūdzību pamatā ir emocionālas ciešanas.*

*Pacients ar sūdzībām par atkarību problēmām ģimenes anamnēzes daļā uz lūgumu raksturot savas attiecības ar vecākiem saka: “Mana mamma bija skolotāja, un tēvs bija inženieris.” Tas varētu nozīmēt: emocionāli mani vecāki bija nepieejami, viņi mājās uzvedās tā, it kā joprojām atrastos darbā, un man ar vecākiem nebija tuvu emocionālu attiecību. Tātad ar vislielāko varbūtību somatisko sūdzību pamatā ir emocionālas ciešanas.*

Pacientam ir svarīgi sajust, ka ārsts saprot viņa grūtības. Te milzīga nozīme ir korektai dzīves un ģimenes anamnēzes ievākšanai – ārsts savu izpratni parāda ar dzirdētā rezumējumu jeb apkopojošu atbildi (angl. *summarising response*), kas liecina par terapeita uzmanību, iesaistīšanos un izpratni.

*38 gadus vecs pacients sūdzas par muguras sāpēm. Ievācot dzīves anamnēzi, ārsts uzzina, ka darbā pacientu mobingo boss. Pacients baidās, ka viņam uzteiks labi apmaksātu darbu, taču sarunai ar priekšnieku viņš nav gatavs, kaut arī sevi raksturo kā mierīgu un pārliecinātu cilvēku.*

*Ārsts: Jums ir grūtības panākt, ko jūs gribat, jo jums ir grūti izteikt savas vēlmes.*

*Pacients: Jā... Nē... Pateikt es varu...*

*Ārsts: Jūs varat, ja otram nav pretēja viedokļa; jūs nevarat, ja otram IR pretējs viedoklis.*

*Pacients: Jā! Es neprotu, es nespēju cīnīties.*

*Ārsts: Ārstējot jūsu muguras sāpes, mums nāksies ņemt vērā jūsu pašreizējās bezpalīdzīgu dusmu un izmisuma emociju radītās bioķīmiskās reakcijas, kas sāpju sindromu uztur un padara intensīvāku.*

*41 gadu vecs pacients sūdzas par hronisku sāpju sindromu.*

*Ārsts: Jums sāp viss ķermenis. Sāpes ir locītavās, pakrūtē, acīs, ķermeņa labajā pusē – acī, ausī, degunā –, sirds rajonā. Dažas sāpes ir lēkmjveida, dažas – vienmērīgas. Jums ir lielas bailes, jo jūs nesaprotat, kas ar jums notiek.*

Pacients: *Jā!*

Ārsts: *Vai jūs atceraties, kādā vecumā jūs jutāties labi, bez jebkādam sāpēm?*

Pacients: *Nu varbūt... Nē, man vienmēr ir sāpējis. Es bērībā vienmēr biju slims, un visi smējās par mani, bet jūs jau zināt, kā tas bērnu namā ir – neviens tevi tur nepažēlos...*

Ārsts: *Tā tad jūs esat cilvēks, kas visu mūžu dzīvojis emocionālās un somatiskās sāpēs. To mēs ņemsim vērā, izstrādājot ārstēšanas plānu.*

Zināms ārstnieciskais efekts jau ir tam, ko sauc par jūtu ventilēšanu, t. i., izteikšanu. Bieži ārsta kabinetā skan vārdi: “To es, dakter, vēl nevienam neesmu teicis.” Tas sniedz lielu atvieglojumu, atbrīvojot no nepatīkamu pārdzīvojumu radītā sasprindzinājuma. Ventilācija ir viena no atbalsta terapijas metodēm: ja ārsts klausās klusējot, tikai noslēgumā paužot savu kopsavilkumu par dzirdēto, tas var palīdzēt uzturēt pacienta pašcieņu un labas ārsta un pacienta attiecības.

Ārstēšanu traucē fakts, ka, hroniski slimojot, pacients iegūst pārliecību, ka somatiski simptomi ir laba un godājama lieta, bet jūtu (piemēram, baiļu, nepatīkams) paušana – slikta. Tas rada ārstam papildu grūtības, jo ir nepieciešams saprast ne tikai pašu pacienta, bet arī simptoma nozīmi viņa dzīvē. Te ārstam vajadzīgas zināšanas par primāro un sekundāro ieguvumu no slimības. Sekundārā ieguvuma eksistēšana ļoti apgrūtina pacienta ārstēšanu (sk. nodaļu “Psihosomatiska pieeja ārstēšanā – emociju loma medicīnā un somatizācijā”). Sekundārais ieguvums, materiāls vai emocionāls, ir apzināts, un no tā atteikties daudzi pacienti nav gatavi.

Ārsta un pacienta attiecības ir īpašas tai ziņā, ka tās ir ārstnieciskas. Ideālā gadījumā, angļu pediatra Maikla Bālinta (*Michael Balint*) vārdiem sakot, ārsts pats ir vislabākās zāles. Tās nav pašmērķis, bet gan nopietns un nepieciešams ārsta darba instruments, kuram ir tiešs sakars ar efektīvu diagnostiku un veiksmīgu ārstēšanu.

Ārsta un pacienta attiecības gadsimtu gaitā ir piedzīvojušas būtiskas izmaiņas. Ilgstoši tās bijušas diādes attiecības, kurās ārstam bijusi paternālistiska, dominējoša loma, neapstrīdama autoritāte. Gan senajā, gan viduslaiku pasaulē ārstam bieži nācies strādāt ar pacientu tuvinieku vai plašākas sabiedrības klātbūtnē. Ārsta un pacienta attiecību terapeitisko, būtiski ārstniecisko aspektu sāka plašāk izvērtēt 20. gadsimtā, kad Maikls Bālints izvirzīja augstu latīņu tam, kas ir labs ārsts – viņš pats ir vislabākās zāles.

Pacientam nākt pēc palīdzības ciešanu brīdī nebūt nav viegli, tas ir emocionāli ievainojoši, tādēļ pacienti ir īpaši jūtīgi pret atraidījumu un augsti novērtē emocionāli (arī fiziski) saudzīgu attieksmi pret sevi. Ārstam ir svarīgi apzināties, ka ārsta un pacienta terapeitiskās attiecības parasti sākas vēl pirms viņu tikšanās. Tās ietekmē gan fakts, KA un KĀ kāds iesaka konkrētu ārstu, gan tas, kāda ir šī konkrētā ārsta vispārējā reputācija, gan arī ārstu reputācija kopumā sabiedrībā, tostarp tas, kā tā tiek atspoguļota presē.

Ārsta veidotas ārstnieciskas jeb terapeitiskas attiecības ar pacientu var definēt šādi: 1) tās ar pacientu nodrošina tādu kontakta un sadarbības līmeni, kurš ļauj

sasniegt efektīvāko iespējamo rezultātu diagnostikā un ārstēšanā; 2) tās pašas ir ārstējošs jeb terapeitisks faktors, ko nosaka ārsta personība un izmantoto terapeitisko faktoru virkne.

Tas ir ceļš, kā īstenot vienu no svarīgākajiem principiem medicīnā – ārstēt pacientu, nevis slimību.

Terapeitiskās attiecības tiek veidotas trīs līmeņos:

- 1) sociālajā līmenī – atbilstoši pieņemtajām sociāli kulturālajām normām konkrētā sabiedrībā – sagaidīšana, sasveicināšanās, iepazīstināšana ar sevi, uzruna, sarokšanās (ja tas ir iespējams pacienta medicīniskā stāvokļa dēļ) u. c.;
- 2) pacientam apzinātajā emocionālajā līmenī – izrādot cieņu, ieinteresētību, līdzietību;
- 3) pacientam neapzinātajā emocionālajā līmenī – ārstam ņemot vērā pacienta neapzinātās emocionālās reakcijas. To izdarīt palīdz ārsta zināšanas par tādiem procesiem kā transference, kontrtransference un rezistence. Tās ir zināšanas, kuras ļauj ārstam izprast pacienta dziļākās, patiesās jūtas – parasti bailes, nedrošību, bezpalīdzību, izmisumu, bezcerību – un reaģēt uz tām, kas pacientā izraisa tādas svarīgas jūtas kā prieku, ka ārsts tevi saprot un izprot, kas rada tik nepieciešamo uzticēšanās un drošības izjūtu, kura ir cerības un atvieglojuma jūtu pamatā. Un galvenais – ārstam dalot ar pacientu dziļākās un patiesākās jūtas, būtiski mainās arī pacienta viscerālais stāvoklis, kas veicina atveseļošanās procesu.

(!) Ārsta un pacienta terapeitiskās attiecības būtiski atšķiras no t. s. sociālās komunikācijas jeb saskarsmes.

Oksfordas vārdnīcā saskarsme definēta kā domu un jūtu veiksmīga nodošana vai novadišana (angl. *the successful conveying or sharing of ideas and feelings*) – divu vai vairāku cilvēku mijiedarbība ar aptuveni vienādu ieguldījumu attiecībās.

Ārsta un pacienta attiecībām ir raksturīgas četras šai Oksfordas vārdnīcas definīcijai pretējas iezīmes:

- 1) atšķirībā no saskarsmes jeb komunikācijas ikdienā terapeitiska saruna koncentrējas tikai uz vienu no diviem sarunas dalībniekiem – pacientu, viņa labsajūtas trūkumu, problēmām (ārsts par saviem personīgajiem pārdzīvojumiem un izaicinājumiem ar pacientu nedalās);
- 2) viens no sarunas partneriem – pacients – atrodas emocionālā regresijā, un ārstu viņš meklē, lai dalītos fiziskās un/vai psihiskās ciešanās, kuras vienmēr pavada smagas emocijas (bailes, kauns, vaina, bezpalīdzība, vilšanās, izmisums, bēdas, bezcerība u. c.), un saņemtu palīdzību;
- 3) ārsta un pacienta attiecības savā būtībā ir ieprogrammētas kā dziļi nelīdzvērtīgas: pacients sevi atklāj (ir spiests atklāt, lai saņemtu palīdzību) dziļi intīmos jautājumos. Cilvēks stāsta ārstam par savu bēdu (simptomu), kura radusies ciešā mijiedarbībā ar šī cilvēka, viņa ģimenes dzīves paradumiem, vērtībām, fizisko un emocionālo pieredzi. Viņš atklājas savā bezpalīdzībā,

bezcerībā, bailēs, šausmās, izmisumā un panikā. Tādēļ ārsta uzmanības un attiecību centrā vienmēr ir pacients, tostarp viņa jūtas un emocijas;

- 4) ārsta teiktais vienmēr dziļi sakņojas realitātē un ir paties; ārsta pienākums nav teikt tukšas, no realitātes atrautas laipnības – tieši otrādi, ārstam bieži jāsaaka pacientam nepatīkamas lietas, kuras viņam ir nepieciešams zināt, lai kopā ar ārstu varētu sadarboties un uzveikt slimību vai, ja izārstēšanās nav iespējama, maksimāli sadarboties dzīves kvalitātes uzlabošanā, cik tālu tas katrā gadījumā ir iespējams.

Tādēļ iemaņas ārsta un pacienta terapeitiskajās attiecībās nepieciešamas visu specialitāšu ārstiem. Katrs pacients kopā ar recepti grib saņemt kaut ko vēl – tas izpaužas mēģinājumos iesaistīt ārstu sarunā par savu dzīvi, dažādiem jautājumiem, lai tikai saruna turpinātos, piemēram, arī centienos iegūt ārstu par savas ģimenes draugu u. tml.

Tas izvirza noteiktas prasības ārsta personībai. Pacientiem nepieciešama par viņu spēcīgākas personības klātbūtne, tādās, kurai var uzticēties, kura sniegs mierinājumu, atbalstu, instrukcijas, nodrošinot labu ārstēšanas procesa gala rezultātu. Jautājums par ārsta personību ir izšķiroši svarīgs gan diagnostikas, gan ārstēšanas procesā. Daudzās valstīs, pieņemot ārstu darbā, anketā jāatbild uz jautājumu, vai ārsts kā personība ir atbilstošs (Vācijā to apzīmē ar “*persönlich geeignet*”). Bez šī ieraksta darbā nepieņem.

Ārstam darba mūža garumā nepieciešams spēks, lai atrastos līdzās pacientiem, kuri cieš, līdzās lielam postam un bēdām, bieži vien neizmērojami traģiska mēroga zaudējumiem, nāvei, ārkārtīgi zemai dzīves kvalitātei, kuru ietekmēt nav viņa spēkos. Un vienlaikus ir svarīgi nezaudēt spēju darīt to, kas ir viņa spēkos.

Mūsdienās ārsts par savām zināšanām un prasmēm saņem pārāk zemu emocionālo un finansiālo novērtējumu, tādēļ ārstu profesija ir pirmajā vietā izdegšanas un izdarīto pašnāvību ziņā. Papildu grūtības rada arvien pieaugošais birokrātiskais slogs; veselības aprūpes organizatoru izdotie bieži vien muļķīgie un neprofesionālie rīkojumi (piemēram, veselības ministra nostāja pandēmijas laikā neiepirkt vakcīnas), par ko pacientu dusmas nākas saņemt ārstam; nejēdzīgie kontrolētāju mēģinājumi pārbaudīt jautājumus, kuru būtību paši neizprot. Ārstam jābūt gatavam sevi nemītīgi aizstāvēt pret netaisnīgiem agresīvu pacientu un dažādu kontrolējošo instanču uzbrukumiem.

Pārgurušam ārstam, lai labi padarītu savu darbu, jāieklaušās pacienta smagajās jūtās, kuras bieži aizkustina viņu personīgi, – ne tikai pacienta somatiskajās, bet arī emocionālajās sāpēs – tās var būt bailes, skumjas, vilšanās, izmisums, bezpalīdzīgas, bezcerīgas dusmas. Ārsti salīdzinoši ātri izdeg, kļūst dusmīgi, nīgri vai depresīvi. Šīs ārsta jūtas nav novēršamas, bet ir vadāmas, ja ir laba pašcieņa un pašvērtības izjūta! Šai ziņā ārstiem labi palīdz dalība Bālinta grupās. Terapeitiskas attiecības balstās uz ārsta pašcieņu, kas ļauj viņam strādāt krietni un drosmīgi, uzņemoties visu atbildības smagumu un esot kontaktā ar realitāti.

## Ko emocionālā atbalsta terapijā VAJADZĒTU DARĪT?

Pacientam būtu jājūt, ka viņš tiek atzīts un respektēts kā personība. To panāk, iedziļinoties ne tikai somatiskajos, bet arī emocionālajos simptomos. Ir gadījumi, kad cilvēks gadiem iet pie ārsta un viņam nekad nav pajautāts nekas cits, tikai par simptomiem, zāļu efektu un blakusefektu. Netiek jautāts ne par dzīvesveidu, ne to, kas patīk vai nepatīk, ne par bailēm vai raizēm. Pietiks arī ar 15 minūtēm, ja pacients jutīs, ka ārsts ir viņā ieinteresēts.

Emocionālā atbalsta terapijā bieži izmanto:

- padomu sniegšanu;
- mierinājumu;
- iedrošinājumu, uzmundrinājumu;
- ierosinājumus, priekšlikumus.

Daži komentāri par **padomu sniegšanu**. Padomu došana ir āķīga padarīšana – nevajadzīgs padoms ir kaitinošs vai pazemojošs, jo otram ir jāuzmanās, lai neizpaustu savas vērtības, domas un to, ka šis padoms viņam ir nepieņemams. Ja tiek dots padoms, kuru pacients neņem vērā, tas vājina terapeitisko aliansi. Pacients kļūst dusmīgs un nesaprasts, ka viņu aicina darīt to, ko viņš nav spējīgs. Ieteikums šai gadījumā būtu mazāk dot padomus, vairāk ieteikumus. Vērtīga, lietderīga stratēģija atbalsta terapijā ir iedot pacientam lapiņu ar uzrakstītiem ieteikumiem, kurus ņemt vērā ir viņa brīva izvēle.

Ārstam ir jāapzinās, ka nozīme ir pat vārdiem, ar kādiem tiek ievākta anamnēze, un tam, vai **vārdi ir cieņpilni un empātiski**.

Cieņu un iejūtību palīdz izrādīt šādi jautājumu ievadvārdi:

- Es gribētu saprast labāk jūsu teikto par ..
- Vai jūs varat precizēt, kad sākās ..
- Kā jūs domājat ..
- Varbūt ..
- Kā tas notika ..
- Kā tas notika, ka jūs pārtraucāt dzert zāles?

Būtu vēlams izsvērt, vai ir jālieto jautājuma vārds “kāpēc”, lai ārsts iegūtu vajadzīgo informāciju. Lūk, tas pats anamnēzes jautājums par zālēm, tikai šoreiz ar “kāpēc”: “Kāpēc pārtraucāt dzert zāles?” Ar “kāpēc” skan vainojoši, kritizējoši un līdz ar to – neterapeitiski.

Vēl kāda nianse. Kad ārsts ievāc anamnēzi, pacients nezina jautājuma mērķi un atbildes ietekmi uz savu likteni. Bieži vien ārsts neizskaidro, kāpēc kaut ko jautā, un parasti arī neatklāj pacienta atbildes nozīmīgumu un jēgu. Tas var radīt eksaminācijas vai nopratināšanas sajūtu un provocēt trauksmi. Tāpēc ieteikums – **komentēt nupat dzirdēto, kur tas iespējams** (tātad sāpes, izrādās, ir saistītas ar ēšanu, vai tieši otrādi – tātad sāpes nav saistītas ar ēšanu). Un katras vizītes beigās būtu vērtīgs neliels kopsavilkums.

Emocionāli atbalstoša ir ārsta **empātiska izturēšanās**. Svarīgi zināt empātijas definīciju: tā ir iejušanās otra jūtās, vienlaikus nepazaudējot izpratni par savām jūtām un savu viedokli. Ar to empātija atšķiras no simpātijām, kuru gadījumā otra domas un jūtas ir svarīgākas par paša.

Jāsaka, ka pats kontakts ar empātisku personu ir emocionāli korigējošs. Empātiska persona ir droša. Empātisks cilvēks jūt, kādu distanci pacients vēlas ieturēt. Pilnīgi “izslēdz” sevi kā cilvēku un piedāvā kā profesionāli, nestāsta par savām problēmām, neapgrūtina ar personīgu komunikēšanu un iztaujāšanu. Terapeitiskās attiecības padziļina tas, ja ārsts atceras pacienta slimības vēsturi vai iepriekšējā vizītē pārrunāto: “Pagājušo reizi jūs uztraucāties, vai izdosies. Kā tas beidzās?”

Vēl viens būtisks elements, kas pieder pie emocionāla atbalsta sniegšanas, ir **pacienta uzslavēšana** par kādu reāli veiktu piepūli, darbību, kas ir noderīga ārstēšanas procesā.

- Tas bija drosmīgi!
- Ne katrs cilvēks varētu to izturēt!
- Jūs esat cīnītājs!
- Tas bija prasmīgi, kā jūs ar to tikāt galā!
- Kā gudrs cilvēks jūs sapratīsiet ..
- Jūs tiešām jau mēģinājāt celties!
- Jums ir spēks cīnīties ar savu nevarēšanu!
- Jūs strauji maināties!
- Labi! Jums izdevās!
- O!

Svarīgi, ka uzslava ir patiesa un godīga un attiecas uz īpašībām, kuras pats pacients izjūt kā uzslavas vērtas. Tam jānotiek dabiski, sarunas laikā, bez mākslīguma pieskaņas. **Jāņem vērā, ka neadekvāta uzslava pacientu ievaino un sagrauj**, jo ir melīga un liekulīga – tātad pauž necieņu.

## **Ko emocionālā atbalsta terapijā NEVAJADZĒTU DARĪT?**

**Melot, lai izvairītos no smagām pacienta jūtu izpausmēm.** Reizēm ārsti saka: “Pacients nevarēs patiesību izturēt.” Patiesībā, cienot pacientu, viņam ir jāsaka patiesība, jo pacientam ir tiesības zināt. Tas, kurš nevarēs izturēt, īstenībā ir pats ārsts, kurš baidās, ka netiks galā ar divām lietām: smagām pacienta jūtu izpausmēm un savu nezināšanu, kā uz tām reaģēt.

**Vainot un kritizēt pacientu.** Ir labi paturēt prātā, ka ārsta darbs ir diagnosticēt un ārstēt, nevis tiesāt. Ja pacients dara kādas destruktīvas lietas (smēķē, lieto atkarību izraisošas vielas, uztur lieko svaru, dzīvo mazkustīgu dzīvesveidu u. c.), ārsts to ņem vērā, veidojot ārstēšanas plānu un izskaidrojot pacientam, ka tā ir viņa izvēle – pasliktināt savu veselības stāvokli un dzīves kvalitāti – un ārsts to var tikai tolerēt.



**Taisnoties un paskaidrot.** Ārsts tikai izskaidro, jo viņa zināšanas ir daudzkārt apjomīgākas par pacienta (arī tad, ja pacients ir kolēģis, viņš tomēr ir pacients). Tiklīdz kāds cilvēks sāk taisnoties, tā otrs automātiski un neapzināti sāk uzskatīt viņu par vainīgu. Ārsta darba būtība ir tāda, ka viņam nevienam nekas nav jāpaskaidro, tikai jāizskaidro pacienta stāvoklis un rekomendācijas.

**Pārliecināt.** Ārstam ir svarīgi respektēt pacienta autonomiju un dot viņam brīvu izvēli – ievērot rekomendācijas vai ne. Daži pacienti vēlas, lai ārsts viņus pārliecinā, jo tad visu atbildību par pieņemto lēmumu un tā iznākumu varēs uzlikt uz ārstu, pašam atbildību par savu veselības stāvokli neuzņemoties.

**Strīdēties ar pacientu,** jo tā būtu ārsta necieņa pret sevi. Ja pacients uzdrošinās uzsākt strīdu ar cilvēku, pie kura atnācis pēc palīdzības, tad viņam palīdzību nemaz nevajag. Viņš ir atnācis pazemot, kam iemesli var būt dažādi, bet nav attaisnojami. Pacienti mēdz atnākt pārliecināties, ka arī šis ārsts nevar palīdzēt, izpaust savas dusmas par valsts veselības aprūpes sistēmu, atrast kādu, ko vainot savas dzīves pašreizējās vai ilgtermiņa neveiksmēs u. c.

**Mīlēt pacientus,** jo tas gan rada risku, ka jūtas pārpludinās prātu un mazināsies ārsta profesionālisms. Ārsts pacientus ciena, ir līdzcietīgs, rūpīgs, uzmanīgs, taču mīl savus draugus un tuviniekus.

**Atbalstīt slimīgu izturēšanos** (angl. *illness behaviour*), jo tas ir ceļš uz slimības sekundārā ieguvuma veidošanos.

**Gulēt.** Ja ārsts ir noguris, viņš atvainojas un iziet, lai dažas minūtes atpūstos.

**Pakļauties manipulācijām** – piemēram, iekrist uz “nu jūs jau zināt, dakter, kā tas ir”. Atbilde: “Nē, es nevaru zināt, kā tas ir jums un jūsu gadījumā.”

**Nemitīgi māt ar galvu kā krampjos** – bieži to darot, tā kļūst par mehānisku un pacientu kaitinošu darbību.

**Noslēdzot vizīti, teikt: “Kad jums atkal kļūs sliktāk, tad nāciet uz vizīti”.** Tas nozīmē: ja pacients vēlas satikt savu mīlo ārstu, caurlaide ir “kļūst sliktāk”. Zemapziņa savu darbu padara, un pacients ierodas ar vairāk vai mazāk izteiktu stāvokļa pasliktināšanos, radot iespaidu, ka ārstam ārstēšana diez ko nevedas. Daudz efektīvāks variants ir pacientu aicināt atnākt noteiktā dienā un laikā, lai varētu izrunāt, kas ir uzlabojies. Tādā gadījumā pacientam ir atļauja atnākt pie ārsta, arī jūtoties labāk, un prieks ir abiem. Tā ir ļoti būtiska praktiskā darba nianse.

**Pacientam ar psihosomatiskiem traucējumiem vai slimībām teikt: “Jums nekā nav”** – tas pacientu pazemo un dzen izmisumā, jo viņš patiešām jūtas slims. Labāk būtu: “Man ir labas ziņas. Mēs esam veikuši jūsu pilnīgu izmeklēšanu, un nekāda patoloģiska atrade nav konstatēta. Tas nozīmē, ka jūsu sūdzību izraisītājmehānismi ir emociju bioķīmiskie procesi un cēlonis ir emocionāli traucējumi. Šos traucējumus ārstē ārsti psihosomatologi un psihoterapeiti. Izārstēšanās prognoze jums ir laba.”

## Sarežģītās situācijas

**Pacienta pārtraukšana.** Pirmās pāris minūtes būtu jāļauj pacientam stāstīt. Pārtraukšana nepieciešama, ja pacients stāstījumu nespēj strukturēt un ārsts nevar ievākt nepieciešamos anamnēzes datus. Pacienta nespēja koncentrēties var būt saistīta ar kognitīviem traucējumiem vai emocionālu stresu. Pārtraukšana palīdz – tā mazina trauksmi: “Es ceru, ka tas jūs pārāk neapgrūtina, ja es jūs pārtraucu.” Tak-tiski jāmēģina pārvērst monologu par dialogu.

**Darbs ar agresīvu pacientu.** Galvenais princips: ārstam, apzinoties savu vēr-tību, ir jāsauglabā pašcieņa. Pacientam ir tiesības just dusmas, bet nav tiesību tās izpaust necienīgā veidā pret ārstniecības personālu. Ja pacients paceļ balsi, runā īgnā, necivilizētā tonī, ārsts var pateikt, ka šādu komunikāciju neakceptē, jo šādā atmosfērā savu profesionālo darbu – radīt terapeitisku vidi – nevar veikt, un tāpēc aiziet no palātas. “Ceru, ka tad, kad atgriezīšos, jūs būsiet pārdomājis un gatavs sarunāties saprātīgā un cienījamā veidā.” Ir svarīgi saprast: agresīvs pacients nav mirstošs un neatliekama palīdzība tādām pacientam reti kad būs nepieciešama. Šai brīdī ārstam, lai izvairītos no vēlākām potenciālām apsūdzībām, pacienta slimības vēsturē blakusdiagnožu ailītē ir vērts ierakstīt kādu no R kodiem. Piemēram, R45.4 (pastiprināta uzbudināmība vai dusmīgums), R45.5 (naidīgums), R45.6 (fiziska vardarbība), R46.2 (dīvaina un neizprotama uzvedība) vai varbūt R46.0 (ļoti zems personīgās higiēnas līmenis). Protams, var būt vairāki ieraksti.

**Pacienta jautājumi par ārstu.** Pacients pie ārsta vērsas pēc palīdzības un ir saprotams, ja viņu interesē jautājumi, kuri ir saistīti ar ārsta profesionālo kvalifikāciju. Tomēr agresivitātes vai t. s. terapeitiskās rezistences dēļ pacientam var gadīties pārkāpt robežu ar jautājumiem, uz kuriem ārstam nebūtu jāatbild. Piemēram: “Kur jūs dzīvojat? Vai jums ir draugs? Vai jūs esat homoseksuāls? Vai jūs esat precējusies/-ies?” Uz šādiem jautājumiem ir labi atbildēt mierīgā balsī ar pretjautājumu: “Kā, jūsuprāt, atbilde uz šo jautājumu skar mūsu darbu?”

Iespējami arī sarežģītāki dialogi. Tie ir saistīti ar jautājumiem, kas prasa konkrētu informāciju. Tad ir nepieciešama skaidra, tieša atbilde.

Pacients: *Vai jums ir bērni?*

Ārsts: *Īsti nesaprotu, kādā veidā tas skar mūsu darbu.*

Pacients: *Nu, es domāju, vai cilvēks, kam nav bērnu, spēj saprast, ko es gribu teikt par bērniem.*

Ārsts: *Man nav bērnu, bet es zinu diezgan daudz par grūtībām, ar kādām bērns augot sastopas, un, ja nu gadījumā jums rodas izjūta, ka es ko neesmu izpratis, lūdzu, sakiēt to.*

Vēl viens piemērs.

Pacients: *Vai es jums patīku?*

Ārsts: *Jā, ja tā nebūtu, es nevarētu ar jums strādāt. (Jeb – jā, es patiešām apbrīnoju, Kalniņa kungs/-dze, jūsu gribasspēku un drosmi mūsu kopējās sadarbības laikā.)*

Terapeitisku ārsta un pacienta attiecību veidošana ārstam reti ir dota kā iedzimts talants, gandrīz visiem tā ir jāmācās. Tā ir noteikta zināšanu un prasmju sistēma.

Mūsdienās papildu grūtībām šo zināšanu apgūšanai un izmantošanai praksē ir trīs cēloņi:

- 1) pārāk liela nozīme tiek piešķirta vadlīnijām, kuras rada draudus tikt aizmirstam pirmajam medicīnas bauslim – katrs pacients ir individuāls, tāpēc jāārstē pacients, nevis slimība;
- 2) izvirzot komandas darbu kā īpašu vērtību, tiek radīts būtisks kaitējums ārsta un pacienta terapeitiskajām attiecībām un līdz ar to – ārstniecības efektivitātei. Tā vienmēr ir bijis, ka ārsts problēmu gadījumā konsultējas ar saviem kolēģiem un citu profesiju speciālistiem. Ja atbildība par gala rezultātu paliek viena ārstējošā ārsta rokās, tad “komandas darbs” ir jauns nosaukums zināmai lietai. Ja atbildība izkaisās pa visu komandu, tas ārsta darbu, neapšaubāmi, degradē. Pacients nevar justies labi situācijā, kad viņu ieliek ārstu karuselī, kur katrs speciālists pasaka jaunu domu, neviens nesniedz kopsavilkumu un neuzņemas atbildību. Speciālistu un ģimenes ārstu attiecības joprojām bieži ir pretrunīgas un nesaskaņotas. Kolēģiem nav laika sazvanīties, sarakstīties, izdiskutēt ar pārējiem kolēģiem savu viedokli. Pacientam nav tā viena sava ārsta, ar kuru veidot ne tikai intelektuālu, bet arī emocionālu kontaktu, un kurš uzņemas atbildību par rezultātu. Ja pacients jūtas apmulsis un pamests, terapijas process ir sarežģīts;
- 3) pārguruši, izdeguši ārsti un medicīnas māsas vāji organizētas veselības aprūpes sistēmas dēļ.

---

*Dr. med. profesore **Gunta Ancāne***  
RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
katedras vadītāja, Psihosomatiskās medicīnas un  
psihoterapijas asociācijas (LPMPA) prezidente,  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klinikas  
ārste psihoterapeite

***Artūrs Ancāns***  
RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
klinikas ārsts psihoterapeits

# 25

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI

# RSU

# 10

GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI

# RSU

Kad 1983. gadā Ķīlē pārņēmu Psihoterapijas un psihosomatikas katedras vadības darbu, es biju ieplānojis trīs projektus. Viens no tiem bija Psihoanalītiskā institūta nodibināšana Ķīlē. Jāpiebilst, ka šis institūts darbojas jau kopš 1989. gada līdz pat šai dienai.

Visgrūtākais no iecerētajiem projektiem bija mana vēlēšanās ielūgt kolēģes un kolēģus no dažādām Baltijas jūras reģiona universitātēm uz kongresu Ķīlē. Kad 1990. gadā gluži negaidīti Baltijas valstis kļuva neatkarīgas, nevēlējos laist garām šo iespēju, un vērsos pie sava kolēģa Leipciģā pēc padoma. Šis kolēģis mani nosūtīja pie Tartu Psihiatrijas klīnikas vadītāja, pie kura arī nekavējoties vērsos. Pateicoties viņam, es uzzināju daudzu kolēģu kontaktus, kas man deva iespēja ielūgt viņus uz kongresu Ķīlē, kas norisinājās 1992. gadā. Tas bija fantastisks piedzīvojums. Neskaitāmo kolēģu vidū, kurus es paguvu iepazīt, pateicoties šim pasākumam (dažus kolēģus no Skandināvijas valstīm es jau daļēji pazinu), manu uzmanību pievērsa jauna kolēģe no Latvijas, kas ar lielu sajūsmu stāstīja par savu ieceri atvērt psihosomatikas klīniku. Tas bija ļoti negaidīts pavērsiens, jo pārējie uzaicinātie kolēģi vairāk bija saistīti ar psihiatrijas jomu. Tā bija Gunta Ancāne. Man ļoti patika viņas plāns, un, balsoties uz savu pieredzi, devu Guntai padomu, ka ir vērts “atdalīties” no psihiatrijas jomas, citādi viņas projekts nespēs plaukt un zelt.

Ķīles kongresam sekoja pieci citi kongresi, un viens no tiem, manuprāt, sevišķi veiksmīgajiem, norisinājās tieši Rīgā. Pēc vairākiem gadiem kolēģi vairāk iepazīna Rietumu pasauli, un tradīcija organizēt psihosomatikai veltītus kongresus Baltijas jūras apkaimē noslēdzās.

Taču vienīgā no šīm vietām, ar kuru mana saikne nebeidzās, bija Rīga. Tas man deva iespēju apbrīnot tur notiekošo progresu: profesores Guntas Ancānes vadībā plaukstošo Psihosomatikas klīniku. Šī pieredze ir viens no skaistākajiem notikumiem manā profesionālajā dzīvē.

Profesors *Huberts Špaidels* (*Hubert Speidel*),  
psihosomatiskās medicīnas ārsts, psihoanalītiķis (Vācija)

## Ko ārstam ir svarīgi zināt par sevi?

*Katrina Fjeldsteda*

Kas ir Bālinta metode, un kāpēc to tā sauc? Maikls Bālints (*Michael Balint*, 1896–1970) bija ārsts, un savā jaunībā Budapeštā (Ungārijā) viņš strādāja kopā ar Šāndoru Ferenci (*Sándor Ferenczi*), Zigmunda Freida kolēģi. Š. Ferenci aizrautīgi izplatīja psiholoģijas idejas to speciālistu vidū, kuri strādāja ar cilvēkiem. Viņš izveidoja grupu, kas bija atvērta visiem, un M. Bālints bija šīs grupas biedrs.

1939. gadā M. Bālints pārcēlās uz Mančestru (Anglijā) un vēlāk uz Londonu, kur viņš iepazinās ar Īnīdu Aiholcu (*Enid Eicholtz*), kas kļuva par viņa līdzstrādnieci un vēlāk – sievu. Sākotnēji viņa bija sociālā darbiniece, bet vēlāk apguva psihoanalīzi. Īnīda Tavistokas klinikā vadīja grupu darbiniekiem, kuri nodarbojās ar laulāto konfliktiem, un 1949. gadā M. Bālintam tika lūgts viņai palīdzēt. Šajā laikā viņš saprata, ka būtu prātīgi atturēties no piezīmju izmantošanas sanāksmju laikā, un šī ideja kļuva par noteicošo faktoru Bālinta turpmākajā darbā.

M. Bālinta grupas kļuva populāras visā Eiropā un citur, un tajās tika sniegta palīdzība gan pieredzējušiem ģimenes ārstiem, gan citiem medicīnas speciālistiem, jo sevišķi saglabājot savu nozīmīgumu topošo ģimenes ārstu apmācībā. Grupu vadītāju apmācība ir organizēta tā, ka, piemēram, Bālinta Biedrība Lielbritānijā\* rīko sanāksmes nedēļas nogalēs un kursus interesentiem no visas pasaules. Vairāk nekā 40 gadu tiek organizēti nedēļas nogales pasākumi Oksfordā (parasti septembra beigās vai oktobra sākumā), no dažādām valstīm pulcējot kopā ārstus un citus speciālistus. Vairums speciālistu uzskata, ka savu problēmu apspriešana ar kolēģiem ir noderīga, līdz ar to var teikt, ka derēs jebkura maza grupa, ja vien tajā būs uzticēšanās pilna gaisotne. Un Bālinta grupa ir specifiska ar to, ka tā ir vērsta uz ārsta un pacienta attiecībām.

---

\* The Balint Society. <https://balint.co.uk/>

## Izārstēt – reizēm, mierināt – bieži, just līdzī – vienmēr

Ģimenes ārsti ir saskarsmē ar saviem pacientiem ilgstoši, veidojot attiecības, kurām līdzīgu gandrīz nav. Ja, strādājot ar problemātiskiem pacientiem, rodas sajūta, ka attiecības ir “iesprūdušas”, ļoti svarīga ir pašizpratne. Mēs, ārsti, arī varam būt problemātiski. Es atminos kādu pētījumu, kurā tika secināts, ka problemātiski ir 15% pacientu. Un arī 10% ārstu. Nāvīgs maisījums, vai ne? Manā izpratnē kaut kas grūts ir tas, ar ko ir grūti tikt galā. Tāpēc ir svarīga ārstu veselība, jo viņi bieži vien strādā neciešamos apstākļos. Iespējams, viņi tos nevar mainīt, bet, ja viņiem ir saskarsmes grūtības ar citiem cilvēkiem, ja viņi ir pārstrādājušies, neizgulējušies, lieto narkotikas vai arī pārāk daudz alkohola, neskaidrību brīžos viņi jūtas slikti. Šādi ārsti kļūst problemātiski.

Ko šajā sakarā var iesākt? Vēlams, lai viņi vispār nekad nebūtu kļuvuši par mediķiem un noteikti ne par ģimenes ārstiem. Mums ir vajadzīga mentāla uzlāde, mums jārisina pašiem savas problēmas. Esmu pārliecināta, ka mūzika, aktivitātes dabā un mīlestība pret savu partneri mums visiem var palīdzēt darīt savu darbu labāk. Ārstiem jābūt patiešām uzmanīgiem un radošiem. Mēs nevaram izmainīt mūsu pacientus, bet varam izmainīt paši savus sliktos ieradumus. Pacienta uzklauššana neiekļauj t. s. aktīvo klausīšanos, ko jūs varat apgūt: uzturēt acu kontaktu, laiku pa laikam teikt “aha”, sēžot noliekties uz priekšu, pārņemt pacienta kustības... Izmantojot šos paņēmienus, tiek radīta laba ārsta loma, bet tas nav tas pats, kas būt labam ārstam. Ārstam, kurš uzklausa un kuram rūp. Vai būt labam cilvēkam nenožīmē arī līdzjūtīgi un uzmanīgi uzklaušīt cilvēkus, kuri stāsta par savām problēmām?

Vislabākais veids, kā tikt galā ar problemātiskiem cilvēkiem, ir pašiem savu cilvēcisko jūtu izkopšana. Vēlams to sākt darīt agri un noteikti medicīnas studiju laikā. Mums jāpalīdz jaunie ārstiem saprast viņu jūtas pret saviem pacientiem un iemācīties ar tām sadzīvot. Medicīniskajā apmācībā tiek aptverts plašs zināšanu klāsts, bieži vien ar lielu uzsvāri uz zinātņi, bet nedrīkst aizmirst, ka ne visas slimības var vai varēs izārstēt. Tāpēc es uzskatu – ir svarīgi paturēt prātā, ka izārstēt mēs varam reizēm, mierināt – bieži, bet līdzī mums jājūt vienmēr.

### Ārsti, viņa pacients un slimība

Tā nu gadījās, ka Maikls un Īnida sāka strādāt ar ģimenes un vispārīgās prakses ārstiem, lai grupas darba gaitā noskaidrotu, kas notiek konsultācijās starp ārstiem un pacientiem. Tā rezultātā 1957. gadā iznāca grāmata “Ārsti, viņa pacients un slimība” (*The Doctor, His Patient and the Illness*). Es uzdūros šai grāmatai, kamēr vēl studēju Medicīnas fakultātē. Mans psihiatrijas pasniedzējs Islandes Universitātē, Jakobs Jonassons (*Jakob Jónasson*, 1920–2003), pastāstīja mums par to. Viņš izgāja apmācību psihiatrijā Anglijā un Zviedrijā un bija vieds vīrietis ar plašu skatījumu.

Viņa entuziasms par M. Bālinta grāmatu bija lipīgs un atstāja milzīgu iespaidu uz manu dzīves skatījumu. Kad es biju jauna ārste ģimenes medicīnas rezidentūrā Londonā, tā sanāca, ka mans apmācītājs un ilgstošs mentors Džons Salinskis (*John Salinsky*) bija Bālinta Biedrības biedrs. Mans liktenis bija izlemts.

### **Kam ir gadījums?**

Grupā ideālā gadījumā ir 6–12 cilvēki, kuri dažus gadus tiek regulāri – ik nedēļu, reizi divās nedēļās vai pat retāk. Savulaik Bālinta grupu pionieri bija ģimenes ārsti, taču mūsdienās ir atzīts, ka šāds grupas darbs var būt noderīgs arī daudziem citiem speciālistiem, piemēram, psihiatriem, psihoanalītiķiem, psihoterapeitiem, ginekologiem, medmāsām un sociālajiem darbiniekiem. Turklāt Bālinta grupas ir atzītas un bieži vien obligātas ģimenes ārstu apmācības programmu sastāvdaļas.

Mūsdienās grupu vada akreditēts vadītājs, vēlams kopā ar vēl vienu vadītāju, un tikšanās tradicionāli ilgst pusotru stundu (varbūt ar tējas pauzi pēc tās, ja esat Anglijā), izskatot divus gadījumus un varbūt sniedzot komentārus. Maģiskie vārdi “Kam ir gadījums?” ir ievadfrāze, ar kuru vadītājs uzaicina jebkuru grupas biedru pastāstīt par viņam tobrīd visaktuālāko jautājumu. Pēc sākotnējā izklāsta, kas var ilgt kādas 10 minūtes, grupai ir iespēja uzdot dažus jautājumus. Pēc tam ziņotājam var lūgt apsēsties nedaudz nostāk un nepiedalīties 25–30 minūtes ilgā diskusijā, kamēr to nelūdz grupas vadītājs. Tas viss ir konfidenciāli, pacienta vārds tiek noklusēts, jebkāda iespēja viņu atpazīt tiek izslēgta. Diskusijā vēlams izvairīties no medicīniskiem jautājumiem, piemēram, zāļu izvēles vai detalizētas medicīniskās diagnozes.

Par kādām problēmām var būt izklāsts? Par jebko, kas uztrauc stāstītāju. Tā var būt konkrēta problēma vai vispārīgas grūtības darbā ar pacientu, attiecības ar viņu.

Mūžīgi neapmierināts pacients; pacients, kura vārds liek jums nodrebēt, kad pamanāt to pacientu pierakstu grafikā; pacients, kurš gandrīz liek jums raudāt, padara traku vai pārpilda ar prieku; pacients, par kuru jūs aizvien domājat pēc atgriešanās mājās un nevarat pārstāt domāt. Mēs visi esam to pieredzējuši kā ģimenes ārsti. Ir noderīgi aizdomāties, kas pacientam patiešām kaiš, tomēr patiesībā jums, protams, jāspēj pieņemt nenoteiktību.

Es atceros pacientu, par kuru pirms dažiem gadiem stāstīju Bālinta grupā Oksfordā. Viņa bija precēta pusmūža sieviete, bāla, diezgan kalsna un visai nopietna, un man nekādi neizdevās panākt progresu ar viņu. Saskarsmē viņa vienmēr bija virspusēja, un konsultāciju laikā (kuras vienmēr bija par kādām sāpēm) viņa uz mani dīvaini skatījās. Es nekādi nevarēju saprast, kas viņai patiešām kaiš. Pēc dažiem gadiem viņa saņēmas drosmi atklāt man, ka bērnībā savās mājās tikusi seksuāli izmantota. Viņa nekad ne ar vienu, pat ne ar savu vīru, nebija apspriedusi šo savu pagātnes daļu. Būdamā maza meitene, pēc skolas viņa reizēm stundām sēdēja mājas ārpusē uz kāpnēm, ja viņas māte nebija mājās, lai izvairītos būt viena kopā ar savu tēvu.

Šī atvēršanās bija pagrieziena punkts mūsu attiecībās. Pēc tam viņa saņēma profesionālas konsultācijas un palika manā praksē, līdz es aizgāju pensijā. Daļa no dzīšanas procesa bija dzeja, ko viņa sacerēja un parādīja man. Viņas murgos tēvs parādījās ledus bruņās. Bālinta grupā kolēģi palīdzēja man pieņemt to, ka viņai vajadzēja gadus, lai iemācītos uzticēties man, par ko man bija nedaudz kauns. Es vēlējos, lai tas būtu noticis daudz agrāk, bet vismaz beigās tas notika. Kas attiecas uz mani, tas palīdzēja man saprast, ka vajag pietiekami daudz skumju, lai saglabātu cilvēciskumu.

### **Kā to darīt?**

Tā kā Islandē savulaik nebija neviena, kas vadītu grupu, kad es atgriezos no Anglijas, bija jāpārvar dažādi šķēršļi. Būdamā problēmu risinātāja, es astoņdesmitajos gados nolēmu organizēt grupu, ko vadītu jauns psihiatrs valsts slimnīcā. Vēlāk viņa profesors mudināja viņu prasīt naudu par sanāksmju apmeklēšanu, bet mums grupā nebija nedz naudas, nedz sajūtas, ka viņam vajadzētu būt vēl kaut kam citam kā vien daļai no grupas. Kādu laiku mēs turpinājām bez vadītāja, bet tad sākās cīņa par vadītāja vietu, tādēļ beigās grupa izjuka. Šajā laikā nevarēja atrast atbalstu.

Kopš tā laika esmu akreditēta Bālinta grupu vadītāja un divdesmit gadu esmu vadījusi ģimenes medicīnas rezidentu grupas. Viens no viņiem ir pabeidzis grupas vadītāja kursu, un vēl viens apgūst to pašlaik, līdz ar to man ir līdzvadītāji un es vairs neesmu viena!

Bālinta Biedrība Lielbritānijā mani ir, tā teikt, adoptējusi, un daudzus gadus esmu apmeklējusi tās rudens nedēļas nogales pasākumus Oksfordā. Biedrība organizē sanāksmes arī citur Lielbritānijā, un es iesaku pārbaudīt paziņojumus viņu vietnē. Ja jūs vēlaties pievienoties grupai vai arī paši to izveidot, lūdzu, dariet to un sapulcējiet kolēģus. Jūs varat pārvarēt attālumu ar tehnoloģiju palīdzību, jo konfidenciālu sapulci var organizēt *Zoom* vai citā tamlīdzīgā platformā. Mūsdienās vadītāju apmācība ir formalizēta. Bālinta biedrības ir daudzās Eiropas valstīs un citur, piemēram, Ķīnā, Krievijā un Amerikas Savienotajās Valstīs. Pastāv arī Starptautiskā Bālinta Federācija, kas palīdz Bālinta biedrībām turpināt savu darbu un reizi divos gados tiek organizētas starptautiskas konferences.

### **Rūpes par veselību krīzes laikā**

Atbildība par psihoemocionālās veselības problēmām ir ļoti pieaugusi. Vajadzīgi piemēroti apstākļi, lai ģimenes varētu parūpēties par sevi, ir nepieciešama atbilstoša pajumte, pārtika, izglītība un pieejama, labi funkcionējoša, nedārga veselības aprūpe, kas nodrošinātu sabiedrību ar veselības aprūpes pakalpojumiem.



Tāpēc politiku lēmumi – vai tie būtu globālā, nacionālā vai vietējā līmenī – ir ļoti svarīgi populācijas labklājībai, tostarp sabiedrības psihoemocionālajai veselībai.

Mediķa profesijai vienmēr ir bijusi nozīme gan psihoemocionālās, gan fiziskās veselības aizsardzībā. Kā ģimenes ārstiem mums ir privilēģija uzklaut mūsu pacientu likstas un priekus un dalīties tajos. Bālinta grupas var palīdzēt mums izturēt spiedienu, saprast pacientus un paciest neciešamus cilvēkus tā vietā, lai dūsmīgi ņurdētu par netaisnīgiem un nepateicīgiem pacientiem. Ģimenes medicīnā un vispārīgajā praksē mēs bieži vien runājam par ārstu kā par zālēm, kas nozīmē, ka tad, kad cilvēkam nav labi, ārsta un pacienta attiecības var būt tikpat efektīvas kā zāles.

Pašlaik, pandēmijas vidū, ir plašas iespējas izplatīties drūmumam un depresijai. Vecākā paaudze ir stoiska, taču uztraucas par savu pēcnācēju nākotni un veselību, lai gan ir pieredzējusi vēl daudz sliktākus notikumus iepriekš, pārciešot karu un badu. Tie, kuri ir piedzimuši pēc Otrā pasaules kara, uzauga pārticībā, ja bija pajumte, ēdiens uz galda un mīloša ģimene. Pandēmija – kā jau medicīniska krīze – maina mūsu dzīves. HIV/AIDS un cūku gripa ir šokējusi pasauli, Ebolas vīrusam bija briesmīga ietekme, un koronavīruss, kas mums šķita pazīstams, ir pārvērties pašreizējā Covid-19. Pateicoties zinātnieku un pētnieku sadarbībai, mēs piedzīvojām vakcīnas izstrādi līdz šim vēl neredzētā ātrumā.

### Viedums no 13. gadsimta

Runājot par krīzēm, man ir atmiņā sens teksts. Tas ir citāts no darba “Karaļa spogulis” (*Konungs skuggsjá*), kas sarakstīts 13. gadsimtā senskandināvu valodā: “Gads var būt slikts dažādos veidos. Reizēm labība iznīkst, taču zeme var dot zāli, bet reizēm tā nedod nedz vien, nedz otru.” Tālāk aprakstītas citas katastrofas, kuras varēja notikt arī vienlaikus un ilgt trīs ziemas pēc kārtas, tādējādi nodarot daudz posta.

Bet var notikt vēl daudz kas vēl sliktāks: “Jāpiemin, ka ir vēl lielākas grūtības nekā tās, kas jau minētas un kas notiek, ja zemes iedzīvotāji piedzīvo neveiksmi vai – vēl sliktāk – valsts pārvaldītāju tikumi un gudrība pievīl. Ja cilvēki vai tikumi pievīl, tad tā ir vislielākā postaža, jo par naudu nevar nopirkt no citām zemēm nedz tikumus, nedz gudrību, ja tie zaudēti.”

Tāpēc mums jāmeklē tikumi un gudrība savās grūtībās, vai nu tā būtu krīze mūsos pašos vai arī pandēmija. Nozīme ir nevis tam, kas varbūt ne tik labs notiek mūsu dzīvē, bet gan tam, kā mēs ar to tiekam galā. Tas, kas mums kā ārstiem ir vajadzīgs, ir zināšanas, un kolēģu zināšanas Bālinta grupā var būt nenovērtējamas.

---

**Katrīna Fjeldsteda** (*Katrín Fjeldsted*)

Ģimenes ārste un politiķe (Islande),  
Eiropas Ārstu pastāvīgās komitejas eksprezidente

25 10  
GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KATEDRAI  
RSU  
GADI  
PSIHOSOMATISKĀS  
MEDICĪNAS UN  
PSIHOTERAPIJAS  
KLĪNIKAI  
RSU

Godātie kolēģi!

*Labor omnia vincit improbus.  
Neatlaidīgs darbs uzvar visu.*

*/Vergīlijs/*

Man ir liels gods Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūta vārdā Jūs sveikt šajā nozīmīgajā 25 gadu katedras un 10 gadu klinikas pastāvēšanas jubilejā.

Jums, kolēģi, ir misija ar savām zināšanām, ar savām prasmēm un savu darbu neatlaidīgi un nenogurstoši veicināt sabiedrības psihoemocionālo veselību. Ar savu ieguldījumu zinātnē un klīniskajā darbā Jūs ceļat cilvēciņas un humānisma latīņu. Pateicoties Jums, ir izauguši daudzi atzīti, veiksmīgi un populāri ārsti psihoterapeiti, kuri sekmīgi izveidojuši savu karjeru un kļuvuši plaši pazīstami.

Šis sarežģītais laiks īpaši izgaismo nepieciešamību pēc Jūsu atbalsta sabiedrībai.

RSU Stomatoloģijas institūts Jums pateicas par kopā pavadīto laiku, par kopā paveikto profesionālo darbu, par sapratni, atbalstu, par padomiem un labām idejām, ko īstenojām kopā, un par brīnišķīgajām lekcijām un semināriem mūsu personālam!

Skaistu, siltu un saulainu rudeni vēlot  
un cerot uz veiksmīgu turpmāko sadarbību,  
RSU Stomatoloģijas institūta valdes priekšsēdētāja  
*Dr. med. profesore Ilga Urtāne*

## **Cilvēka personības attīstība, veselības pamati un ģimene**

*Gļebs Troščenkovs, Oļegs Plesunovs, Artūrs Ancāns, Olga Ļevašina*

Personība ir dažādu cilvēkam raksturīgu īpašību, domāšanas, jušanas un uzvedības modeļu kopums. Atkarībā no tā, kā personība ir attīstījusies, tā var būt vairāk vai mazāk adaptīva vai neadaptīva. Salīdzinoši adaptīvas personības izpausmes sauc par personības tipiem, savukārt salīdzinoši neadaptīvas – par personības traucējumiem. Personība un personības traucējumi ir centrālie jēdzieni psihiskās veselības un psihopatoloģijas jomā un līdz ar to arī psihoterapijā.

Personības teorijās no dažādiem skatpunktiem tiek aprakstīta personības attīstība, attīstības norma un psihopatoloģija. Tās ir fundamentālas zināšanas, kas ir nepieciešamas, lai spriestu par indivīda psihisko veselību. Šīs zināšanas veido psihodinamiskās jeb psihoanalītiskās psihoterapijas pamatus, palīdzot izprast personības psihopatoloģiju un līdz ar to iespējamus psihoterapijas mehānismus un iedarbības punktus, kas rada koriģējošo terapeitisko iedarbību uz personību un tās psihopatoloģiju.

### **Ar personības attīstību un funkcionēšanu saistītās teorijas**

#### **Psihoseksuālās attīstības teorija**

Zigmunds Freids psihoseksuālās attīstības teorijā psihopatoloģiju izskaidro no instinktīvo dziņu, proti, seksualitātes, aspekta. Personības attīstība, tās norma un psihopatoloģija ir saistīta ar to, kā attīstās cilvēka seksualitāte dažādos dzīves posmos. Freids izdalīja piecus galvenos attīstības posmus: orālo, anālo, fallisko, latento un ģenitālo fāzi. Katrā attīstības stadijā noteikta erogēnā zona izvirzās priekšplānā un dod lielāko apmierinājumu. Laika posmi, kad sākas un beidzas noteikta attīstības stadija, katram indivīdam var atšķirties, un katra attīstības stadija bērna

personībā attīsta noteiktas iezīmes. Patoloģisku attīstību noteiktā stadijā Freids sauca par fiksāciju.

Teorijā galvenā nozīme piešķirta infantilajai seksualitātei un cilvēka attīstība izskaidrota kā noteiktu seksualitātes konfliktu pakāpeniska pārvarēšana un atrisināšana. Labvēlīga iznākuma gadījumā bērns attīsta spēju adaptīvi un elastīgi risināt psihiskus konfliktus. Ja iznākums ir nelabvēlīgs, bērns fiksējas noteiktā fāzē un rada neadaptīvus, neelastīgus risinājumus. Šī fiksācija izraisa trauksmi, un vēlāk tā var attīstīties par pieaugušo neurozēm. Šī teorija palīdz izprast to, kā attīstās noteikti iekšējie psihiskie konflikti, kāda loma tajos ir dziņām un līdzsvaram un kā veidojas indivīda psihopatoloģija, it īpaši neurozes un neirotiskie traucējumi.

Freida teorija 20. gadsimta sākumā ielika pamatus psihoanalīzei un arī psihoanalītiskajai jeb psihodinamiskajai psihoterapijai. Sākotnēji šī teorija ieņēma centrālo pozīciju psihoanalītiskajā pieejā, līdz parādījās ego teorija, objektattiecību teorija, pieķeršanās teorija un patības teorija. Mūsdienās Freida teorija vairs nav galvenā, tomēr tā aizvien ir aktuāla un ieņem līdzvērtīgas, paralēlas pozīcijas ar iepriekšminētajām teorijām.

### **Objektattiecību teorija**

Atšķirībā no Z. Freida teorijas, kur psihopatoloģiju nosaka neatrisināti seksualitātes konflikti, objektattiecību teorijā tiek uzsvērts, ka galvenā bērna vajadzība ir izveidot attiecības ar citiem, tādēļ psihopatoloģiju nosaka tas, kā šīs attiecības tika izveidotas un kāds priekšstats par attiecībām ar citiem tika izveidots iekšēji psihē. Personības attīstību, tās normu un psihopatoloģiju nosaka agrīnas bērna attiecības ar svarīgiem cilvēkiem, pirmkārt, māti.

Teorijas pamatā ir doma, ka mijiedarbībā ar vecākiem bērnam parādās noteikti priekšstati par viņiem. Šie priekšstati par vecākiem tiek internalizēti psihē un kļūst par iekšējiem objektiem, kuri vēlāk nosaka to, kā bērns uztvers citus cilvēkus un veidos attiecības ar viņiem. Labvēlīga iznākuma gadījumā bērns (un vēlāk pieaugušais) kļūst spējīgs gan paļauties uz citiem un veidot drošas, dziļas attiecības, gan arī justies labi vienatnē. Ja iznākums ir nelabvēlīgs, indivīdam ir grūti veidot attiecības, atrast optimālo distanci no citiem, paļauties uz citiem un/vai izjust pašpietiekamību sevī.

Objektattiecību teorija ir viena no aktuālākajām teorijām, un tajā balstās mūsdienu psihoterapija. Tās pamatprincipi pārklājas ar SSK-11 personības traucējumu klasifikāciju, kā arī lielā mērā nosaka personības traucējumu, it īpaši robežlīmeņa personības traucējumu, diagnostiku, terapeitisko taktiku un psihoterapijas procesu.

### **Patības teorija**

Heinca Kohuta teorijā ir uzsvērts tas, ka cilvēka personība, tās norma un psihopatoloģija, kā arī attīstība ir saistīta ar patības (angl. *self*) izjūtas attīstību. Šajā teorijā tiek akcentēta vecāku empātijas nozīme bērna attīstībā un tas, kā

empātijas trūkums vai empātiskās kļūdas var ietekmēt bērna attīstību. Bērna patības attīstībai ir nepieciešams patības objekts (angl. *selfobject*), kas palīdz organizēt bērna patību un nodrošināt tās vitalitāti, saskaņotību un harmoniju. Par patības objektu var kļūt jebkurš no cilvēkiem, kurš mijiedarbojas ar bērnu, taču parasti galvenā loma ir mātei.

Patības objekts palīdz veikt tās funkcijas, ko bērns sākumā pats nespēj, piemēram, regulēt bērna pašvērtējumu situācijās, kas izraisa trauksmi, un mierināt viņu. Labvēlīgas attīstības gadījumā bērns pakāpeniski internalizē, pārņem patības objekta funkcijas. Rezultātā viņam attīstās iekšējās psihiskās struktūras, kas palīdz viņam pašam sevi mierināt, patstāvīgi regulēt pašvērtējumu un tolerēt neveiksmes. Savukārt, ja patības objekts nav pieejams vai sistemātiski pieļauj empātiskās kļūdas, bērnam veidojas šo iekšējo psihisko struktūru deficīts, kam var būt ļoti nopietnas sekas – izteiktas pašvērtējuma svārstības, grūtības mierināt sevi, tolerēt neveiksmes dzīvē, izjust reālistiskas ambīcijas, mērķtiecīgi tās īstenot u. c.

H. Kohuta teorijā ir uzsvērta patības izjūtas fundamentālā nozīme cilvēka personības attīstībā un funkcionēšanā. To, vai patības attīstība noritēs labvēlīgi vai nelabvēlīgi, nosaka vecāku (pirmkārt, mātes) spēja reaģēt uz bērna sasniegumiem, izpildīt patības objekta funkcijas un radīt tādus apstākļus, kuros bērns ir spējīgs identificēties ar vecākiem un viņu vērtību un ideālu sistēmu. Mūsdienās Kohuta teorija psihoterapijā tiek plaši izmantota kā viena no galvenajām, paralēli iepriekšminētajām teorijām. Kopš pirmās publicēšanas reizes patības teorija tika rūpīgi izstrādāta, papildināta un ir attīstījusies par pieeju ar lielu klīnisko potenciālu, it īpaši narcistisko personības traucējumu ārstēšanā.

### **Piesaistes jeb pieķeršanās teorija (angl. *attachment theory*)**

Piesaiste jeb pieķeršanās ir iedzimta bērna vajadzība pēc emocionālas saiknes ar aprūpētāju, lai iegūtu drošības izjūtu, atbalstu un aizsardzību. Primāri tā ir svarīgāka agrīnajā bērnībā, jo nodrošina bērna izdzīvošanu. Par pieķeršanās objektu var kļūt jebkurš, kas empātiski saprot bērna vajadzības un spēj tās adekvāti apmierināt. Pieķeršanās veids ir indivīda izjūtu un uzvedības modeļu kopums, kas raksturo attiecības ar citiem nozīmīgiem cilvēkiem, piemēram, vecākiem, dzīvesbiedriem vai bērniem.

Šīs teorijas autors ir Džons Boulbijs, britu izcelsmes psihiatrs un psihoanalītiķis, kurš pieķeršanās uzvedību izprata kā evolūcijas procesā radušos izdzīvošanas stratēģiju, kas pasargā bērnu no plēsējiem. Dž. Boulbijs secināja, ka veselīgai bērna attīstībai ir nepieciešamas emocionāli siltas, tuvas un nepārtrauktas attiecības ar viņa māti vai viņas ilgtermiņa aizvietotāju, kur bērns piedzīvo savu vajadzību apmierinājumu, drošību, aizsardzību, paļaušanos un prieku.

Dž. Boulbijs bija ietekmējies no Konrāda Lorenca etoloģijas teorijas, pārnesot tās atziņas no dzīvnieku pasaules uz cilvēkiem: līdzās fizioloģiskajām vajadzībām (ēšanas, libidinālajām vajadzībām u. c.) pastāv arī iedzimta nepieciešamība pēc sociālās mijiedarbības, emocionālās saiknes ar māti, kas rodas neatkarīgi no bērna

primāro fizioloģisko vajadzību apmierināšanas un kas ir patstāvīga uzvedības regulācijas programma un sistēma. Dž. Boulbijs kopā ar Donaldu Vinnikotu un Ēriku Ēriksonu pirmie parādīja sociālās mijiedarbības svarīgumu bērna agrīnajā attīstībā.

Piesaistes uzvedības modeļus bērniem kopā ar Džonu Boulbiju aprakstīja Mērija Einsvorta, viņa arī veicināja Džona Boulbija ideju attīstību un to empīrisko (eksperimentālo) apstiprinājumu.

### **Pieķeršanās veidi bērniem**

**Droša pieķeršanās.** Pieķeršanās pieredze agrīnajā bērnībā veido personības drošības un uzticēšanās pamatu visai atlikušajai dzīvei – t. s. drošo pamatu. Droša pieķeršanās pazīstamiem aprūpētājiem iedrošina bērnu meklēt un saņemt atbalstu trauksmes brīžos, kā arī brīvi pētīt apkārtējo vidi, veicinot interesi, aktivitāti un iniciatīvu.

Droša piesaiste veicina empātijas un emocionālā intelekta attīstību – spēju saprast citu cilvēku emocijas, motivāciju un attieksmi, kas ļauj bērnam uzticēties apkārtējiem nepieciešamajā apmērā, paļauties uz savām spējām un veselīgi prognozēt nozīmīgas situācijas.

**Nedroša pieķeršanās.** Ja aprūpētājs separācijas procesu pārtrauc priekšlaicīgi vai izturas neempātiski, neapmierinot bērna vajadzības, var izveidoties nedroša pieķeršanās: notiek vai nu pieķeršanās uzvedības inhibīcija, atsvešināšanās no aprūpētāja (tā rezultātā izveidojas izvairīgs pieķeršanās veids), vai arī hiperaktivācija (izveidojas trauksmaini ambivalentais pieķeršanās veids).

Izvairīgs pieķeršanās veids izveidojas tad, ja pieķeršanās objekts nav pieejams, atkārtoti pamet bērnu vai nav atsaucīgs. Izvairīgs pieķeršanās veids ir saistīts ar emociju apspiešanu vai izstumšanu, novēršanos no potenciāli apdraudošām situācijām, tā aizsargājot bērnu no tādām jūtām kā atraidījuma sāpes un ilgas pēc šī distancētā vai atraidošā aprūpētāja.

Trauksmaini ambivalentais pieķeršanās veids izveidojas, ja pieķeršanās objekts nespēj būt konsekvents un paredzams bērna aprūpē. Bērnam ir nepiepildīta nepieciešamība saņemt vairāk uzmanības no saviem aprūpētājiem, un, lai iegūtu uzmanību un panāktu iesaistīšanos, nepatīkamās emocijas tiek pārspīlētas un paustas pastiprināti.

### **Pieķeršanās veidi pieaugušajiem**

Pieķeršanās teorija sniedz izpratni ne tikai par bērnu agrīno attīstību, bet arī par pieaugušo pieķeršanās veidiem, viņu spēju veidot emocionāli tuvas attiecības, paļauties uz sevi un citiem, droši meklēt palīdzību un atbalstu. Emocionālās pieķeršanās procesi spēcīgāk tiek aktivizēti situācijās, kas ir saistītas ar ciešu emocionālu saikņu uzturēšanu, uzticēšanos citiem, draudiem, zaudējumiem un nepieciešamību tikt galā ar distresu.

Mūsdienās pieaugušo pieķeršanās veidu izpratnē pastāv divi atšķirīgi virzieni.

Pirmā virziena pamatā ir doma, ka bērnībā izveidojies pieķeršanās veids saglabājas visas dzīves garumā. Respektīvi, bērnībā izveidojušies iekšējie rīcības

modeļi (psihes kognitīvās shēmas, kas ietver reprezentācijas par pasaules drošību, pārliecību par savu spēju tikt galā ar distresu un emociju regulēšanas stratēģijas) nosaka to, kā cilvēks redz un izjūt sevi un mijiedarbojas ar citiem pieaugušo vecumā.

Otrā virziena pamatā ir doma, ka nedroša pieķeršanās tiek modulēta arī pieaugušo vecumā, līdz ar to iekšējie rīcības modeļi nemitīgi atrodas attīstības procesā un ir atkarīgi no pieredzes (traumatiskiem dzīves notikumiem) pieaugušo vecumā un no šī brīža attiecībām (ģimenes, romantiskajām, terapeitiskajām). Saskaņā ar šo teoriju pieaugušo pieķeršanās veids tiek definēts kā emocionālu reakciju un emociju regulācijas stratēģiju kopums, kas konceptuāli ir līdzīgs bērnības pieķeršanās modelim.

Pieaugušo pieķeršanās veidu klīniskā klasifikācija tika izveidota, par pamatu ņemot K. Bārtolomija un L. Horovica aprakstītās bērnu klasisko pieķeršanās veidu papildinātas modifikācijas: ir droša, trauksmaina (bažīga), izvairīga un dezorganizēta (baļņpilna) pieķeršanās.

**Droša pieķeršanās.** Droša pieķeršanās veida gadījumā ir raksturīgs augsts emocionālās inteliģences līmenis: šie indivīdi spēj reālistiski izvērtēt un konstruktīvi reaģēt uz apkārtējiem apstākļiem, emocijas izjūt, nevis apspiež vai spriedelē par tām. Tuvas attiecības tiek augsti novērtētas – cilvēks spēj uzticēties, justies komfortabli emocionālā un fiziskā tuvībā un elastīgi mainīt autonomijas un atkarības pozīcijas. Iekšējie rīcības modeļi indivīdam ar drošu pieķeršanās veidu ļauj saglabāt optimismu un pašefektivitātes izjūtu pat tad, ja pieķeršanās objekts nav pieejams vai sociāls atbalsts nav iespējams.

**Trauksmaina (bažīga) pieķeršanās.** Trauksmaina pieķeršanās veida gadījumā ir raksturīga pastiprināta uzmanības pievēršana nepatīkamām emocijām un atkārtota to pārdomāšana, hroniska apdraudētības izjūta, konstantas bažas par atraidījumu, pārspilēta ekspresivitāte (pastiprināta signalizēšana par distresu), impulsīva uzvedība. Turklāt tas kombinējas ar sevis uztveršanu kā bezpalīdzīgu un nekompetentu, kā arī ar vēlmi konstanti uzturēt emocionālu tuvību un pārmērīgi paļauties uz citiem. Indivīdi ar trauksmainu pieķeršanās veidu patērē vairāk emocionālo resursu sevis mierināšanai, kas būtiski ierobežo viņu spēju reaģēt empātiski.

**Izvairīga pieķeršanās.** Cilvēkiem ar izvairīgu pieķeršanās veidu ir raksturīga emociju (gan patīkamu, gan nepatīkamu) apspiešana un izstumšana. Interpersonālās attiecībās viņiem tipiska ir neuzticēšanās: situācijas, kurās ir nepieciešama zināma atkarība, intimitāte vai pat neaizsargātība, viņus atbaida. Tādēļ tuvības meklēšana ir samazināta, turpretī pašpaļāvības līmenis ir augsts.

**Dezorganizēta (baļņpilna) pieķeršanās.** Dezorganizēta pieķeršanās veida gadījumā ir raksturīga gan augsta pieķeršanās trauksme (kas raksturīga trauksmainajam pieķeršanās veidam), gan augsta izvairīšanās no pieķeršanās (kas raksturīga izvairīgajam pieķeršanās veidam). Pacienti ar dezorganizētu pieķeršanās veidu meklē interpersonālu distancēšanos (tāpat kā izvairīga pieķeršanās veida gadījumā) un tai pašā laikā nejūtas pārliecināti par sevi (līdzīgi kā trauksmaina pieķeršanās veida gadījumā). Šo pieķeršanās veidu no citiem atšķir izteikts distress un disforija.

## **Pieķeršanās veidi un psihiskie traucējumi**

Daudzos pētījumos konstatēts, ka drošs pieķeršanās veids asociējas ar efektīvākām emociju regulācijas stratēģijām, cilvēkiem subjektīvi ir augstāka labsajūta, labāka stresa tolerance, psihiskā veselība (zemāks trauksmes un depresijas līmenis) un labāki ārstēšanas rezultāti, salīdzinot ar nedrošu pieķeršanās veidu.

Nedroša pieķeršanās asociējas ar zemākiem emocionālās inteliģences rādītājiem un ir saistīta ar sliktāku subjektīvo veselības uztveri. Pacienti ar nedrošu pieķeršanos biežāk ir zemāks pašvērtējums, zemāka stresa tolerance, kļūdainas pārliecības, zemāka apmierinātība ar attiecībām un dažādi psihiski traucējumi: trauksme, depresija, domas par pašnāvību, somatoformas sāpes, kā arī robežlīmeņa personības, miega un ēšanas traucējumi.

Indivīdi ar trauksmainu pieķeršanās veidu patērē vairāk emocionālo resursu sevis mierināšanai, kas būtiski ierobežo viņu spējas reaģēt empātiski. Trauksmaini ambivalenta pieķeršanās biežāk ir pacientiem ar robežlīmeņa organizāciju un robežlīmeņa personības traucējumiem, histrionisku, paranoīdu personības struktūru, paranoīdiem, depresīviem, hipohondriskiem un psihosomatiskiem traucējumiem.

Izvairīga pieķeršanās ir tipiska pacientiem ar šizoīdu personības struktūru un šizoīdiem personības traucējumiem. Dezorientēta pieķeršanās uzvedība ir raksturīga pacientiem psihotiskajā organizācijas līmenī.

Pacientiem ar nedrošu pieķeršanos ne vienmēr izveidojas psihopatoloģija, tomēr noteikti palielinās psihisko traucējumu rašanās risks. Ārsta praksē īpaši sarežģīti ir saskarties ar pacientiem, kuriem ir trauksmaini ambivalentā un dezorganizētā pieķeršanās. No vienas puses, šie pacienti pauž izmisīgu vajadzību pēc atbalsta, mierinājuma un sākumā, šķiet, vēlas uzticēties ārstam (arī jebkuram citam svarīgam objektam). No otras puses, uzsākot terapiju vai konstatējot negatīvu fizisku atradi, pacienti ārstam īsti netic, šaubās par ārsta kompetenci un motīviem (vai tiešām ārsts vēlas palīdzēt), pārbauda informāciju internetā vai vēršas pie ārsta ar lūgumu pēc atkārtotiem izmeklējumiem, kā arī neuzticas terapijai (smagākos gadījumos viņiem izveidojas hipohondriski traucējumi). Lai strādātu ar šādiem pacientiem, ārstam ir nepieciešami lielāki emocionālie resursi, nekā strādājot ar pacientiem ar drošu vai izvairīgu pieķeršanos, turklāt tiek radīts lielāks finansiālais slogs veselības aprūpes sistēmai.

## **Nedroša pieķeršanās un psihoterapijas iespējas**

Ilgtermiņa psihodinamiskās (psihoanalītiskās) psihoterapijas procesā nedrošu pieķeršanos var labot uz drošu, vienlaikus ārstējot arī personības traucējumus, ar kuriem tā bieži ir patoģenētiski saistīta. Citi medicīniskās psihoterapijas virzieni nedrošas piesaistes korekcijā varētu nebūt tik efektīvi, lai arī to uzmanība arī tiek koncentrēta uz psihoterapeita un pacienta attiecībām (piemēram, interpersonālajā psihoterapijā), tomēr tie neparedz ilgtermiņa psihoterapiju (ilgāk nekā gadu). Bez psihoterapijas dzīves gaitā izteikti nedrošas pieķeršanās veidi būtiski mainīties nevar, tāpat kā nevar pāriet personības traucējumi.



## Ģimene

*Ģimene ir cilvēku grupa, kuri savā starpā ir saistīti ar bioloģiskām, emocionālām un / vai juridiskām saitēm. Tā ir cilvēku grupa, kuru cilvēks uzskata par svarīgu viņa labsajūtai.*  
(McDaniel, 2005)

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas nostādnēm ģimene ir vide, kurā cilvēks attīstās fiziski, emocionāli un sociāli. Tas, cik veiksmīga šī attīstība un turpmākā cilvēka dzīve būs, lielā mērā ir atkarīgs no ģimenes locekļu sastāva, viņu attiecību kvalitātes, kā arī ģimenē valdošajām emocijām.

Ģimene ir dabiska grupa, kurā ir savi noteikumi un mijiedarbības modeļi. Tie uztur ģimenes struktūru, nosaka ģimenes locekļu funkcionēšanu un uzvedību diapazonu, kā arī atvieglo komunikāciju starp viņiem. Ģimene ir nepieciešama indivīda fiziskajai un emocionālajai izdzīvošanai, attīstībai un atbalstam, tā rada piederības izjūtu. Mijiedarbojoties savā ģimenē, cilvēks uzņem tajā akceptēto pasaules redzējumu – ģimenes pieņēmumus un stāstus. Ģimene ietekmē to, ko cilvēks uztver par labu, pieņemamu, drošu, atbalstāmu un ko par sliktu, nepieņemamu, bīstamu un neatbalstāmu.

### Ģimene kā sistēma

Ģimene ir atvērta un pašregulējoša sistēma ar milzīgu potenciālu mainīties. Pārmaiņas ģimenē notiek visu laiku, un jebkuras pārmaiņas sākotnēji rada trauksmi, tādēļ paralēli tām ģimene tiecas saglabāt homeostāzi. Homeostāzes uzturēšanas process ir dinamisks, respektīvi, ģimenes stabilitāte sakņojas spējā mainīties. Stimuls mainīties var nākt gan no iekšpuses (tad, kad bērni piedzimst, pieaug, apprecas, aiziet no ģimenes), gan no ārpuses – ģimene visu laiku apmainās ar informāciju ar apkārtējo vidi un reaģē uz to. Situācijās, kurās nepieciešamas pārmaiņas, ir svarīgi palīdzēt ģimenei meklēt jaunu stabilitātes līmeni, nevis atgriezties pie iepriekšējās homeostāzes.

**Ģimenes dzīves cikls.** Ģimenes attīstība notiek pakāpeniski, ar pieaugošu sarežģītību.

Jebkura ģimenes sistēma tiecas iziet pilnu dzīves ciklu, un katra ģimene iziet cauri šim stadijām savā veidā, reizēm arī novirzoties no klasiskā ceļa:

- ģimenes sākums (angl. *beginning*): ģimenes izveidošana;
- ģimenes paplašināšanās (angl. *expanding*): ģimene ar pirmsskolas vecuma bērniem un ģimene ar skolas vecuma bērniem un pusaudžiem;
- ģimenes sašaurināšanās – pāris pēc vecāku lomas (angl. *contracting*): ģimene ar pieaugušiem bērniem.

### Ģimenes sistēmas funkcionēšana

**Ģimenes funkcijas.** Ģimenes funkciju komplekts katrai ģimenei var atšķirties atkarībā no ģimenes veida un ģimenes dzīves cikla fāzes.

Galvenās funkcijas:

- pamata psihoemocionālo un fizisko vajadzību apmierināšana;
- reprodūktīvā funkcija, seksuālās vajadzības apmierināšana;
- spēku atgūšanas un relaksācijas funkcija, sociāla un emocionāla atbalsta funkcija;
- bērnu audzināšana, attīstība līdz briedumam un socializācija;
- ekonomiski saimnieciskā funkcija;
- brīvā laika organizēšana;
- izaugsmes funkcija (spēja mācīties).

**Ģimenes noteikumi.** Ģimenes noteikumi rada paredzamību un stabilitāti – katrs no ģimenes locekļiem zina, kas ir pieņemts un kas no viņa tiek gaidīts.

Daļa noteikumu ir katrai ģimenei unikāla, daļa sakrīt ar vispārpieņemtiem sabiedrības noteikumiem. Ģimenes noteikumi parasti tiek pārnesti no paaudzes paaudzē, un bieži tajos ir liela kultūras ietekme. Noteikumi raksturo, vai un cik labi ģimene spēj darboties kā vienība, jo tie:

- satur ģimenes vērtības un veido pamatu tradīcijām;
- veido pamatu ģimenes locekļu cerībām citam pret citu;
- nosaka ģimenes locekļu lomas, kuras atbilst vērtībām;
- nodrošina uzticamību un regularitāti attiecībās.

Labi funkcionējošā ģimenē noteikumi palīdz uzturēt kārtību, stabilitāti, vienlaikus ļaujot un palīdzot ģimenei pielāgoties mainīgiem apstākļiem. Jautājums nav par to, vai ģimene ievēro pareizos noteikumus, bet gan par to, vai ģimenes noteikumi ir taisnīgi, konsekventi un skaidri nodoti visiem ģimenes locekļiem. Ja noteikumi iesaistītajām personām ir piemēroti un nav pārāk rigidi, noteikumu modifikācijas var tikt veiktas, pamatojoties uz ģimenes locekļu kopīgo pieredzi. Ja noteikumi ir elastīgi un tiek izpildīti, ņemot vērā visu vajadzības, ģimene spēj organizēt tādu dzīvi, kādu tā vēlas dzīvot. Ja noteikumi ir pārāk stingri definēti un netiek ņemtas vērā katra vajadzības un/vai īpatnības, visticamāk, turpmākā mijiedarbība būs disfunkcionāla, kas gremdēs individuālo pašvērtējumu, radīs nepatīkamas izjūtas atsevišķiem ģimenes locekļiem un visas ģimenes ciešanas.

Bērni ātri iemācās noteikumus, un to ietekme reizēm ir jūtama visas cilvēka dzīves garumā. Ja ģimenes noteikumiem ir maladaptīvs raksturs, tie traucē bērniem patstāvīgi tikt galā ar ārējo pasauli, kavē izaugsmi un briedumu.

**Ģimenes stāsti un pieņēmumi** (angl. *narratives and assumptions*). Ne mazāka nozīme ir fundamentāliem stāstiem un pieņēmumiem par pašu ģimeni un ārējo pasauli, kurus ģimene izveido attīstības laikā. Ģimenes stāsti un pieņēmumi veido priekšstatu par to, kas un kāda ir realitāte, ko izvirzīt par prioritāti un kam piešķirt lielāku nozīmi. Ģimenes stāsti izskaidro ģimenes locekļu mijiedarbības modeļus, un to akceptēšana rada piederības izjūtu ģimenei.

Dažas ģimenes redz pasauli kā uzticamu, kārtīgu, paredzamu un apgūstamu; līdz ar to šādas ģimenes locekļi spēj izjust savu kompetenci, mudina cits citu uz izaugsmi, kopā kā grupa jūt patīkamu izaicinājumu, tiekot galā ar dzīvi. Citas ģimenes

apkārtējo vidi uztver kā draudpilnu, nestabilu, neparedzamu un līdz ar to potenciāli bīstamu; ārējā pasaule viņu uztverē ir mulsinoša, haotiska. Ja ir šāda pasaules uztvere, tad ģimenes locekļiem ir jāapvienojas, lai pasargātu sevi no draudiem. Tādā veidā stāsti, ko ģimene veido par sevi un citiem, spēcīgi ietekmē ģimenes funkcionēšanu; tas nāk no ģimenes vēstures, tiek nodots no paaudzes paaudzē, un to ietekmē konkrētas sociālās klases cerības un uzskati par to, kas ir iespējams, pieņemams un sasniedzams dzīves laikā.

Indivīdu un viņu ģimeņu tipiskie veidi, kā tikt galā ar dzīvi, nav balstīti uz kādu objektīvu vai patiesu skatījumu uz realitāti, bet gan uz ģimenes sociālajām konstrukcijām – uzskatiem par realitāti. Šādi uzskati var būt kā “aklie punkti” un ierobežojumi, kurus ģimene sev uzliek ar savām pārliecībām un vērtībām un kuri neļauj redzēt visas dzīves iespējas un tās realizēt.

**Ģimenes izturība** (angl. *resiliency*). Pasaulē būtu grūti atrast ģimeni, kurai izdotos izvairīties no stresa, zaudējumiem vai citiem emocionāli traumatiskiem notikumiem. Ģimene visās dzīves cikla fāzēs saskaras ar dažādiem izaicinājumiem, grūtībām un satricinājumiem. Dažas kritiskas situācijas var būt visai paredzamas – bērnu piedzimšana, pensionēšanās; dažas ir pēkšņas – negaidīta nāve, neparedzēts darba zaudējums, dabas katastrofas utt. Tomēr ne visas ģimenes uz šiem notikumiem reaģē vienādi.

Ģimenes izturība ir spēja uzplaukt un uzturēt stabilu psihoemocionālu un fizisku funkcionēšanu (veselību) ar minimāliem, pārejošiem traucējumiem vai vispār bez tiem pēc nepatīkamas vai pretrunīgas pieredzes. Izturību nevar uzskatīt par statisku stiprumu vai īpašību kopumu; tā drīzāk ir katras ģimenes unikāls attīstības process, kas ļauj tai izstrādāt adaptīvas reakcijas uz stresu.

Ģimenei ir milzīgs atjaunošanās un izaugsmes potenciāls kļūst spēcīgāki un atjautīgāki nekā iepriekš, pārdzīvojot traumas un krīzes. Tas, kā ģimene spēj sevi organizēt, saglabāt saliedētību, cik atklāti komunicē un spēj kopīgi risināt problēmas, nosaka ģimenes spēju atgūties no stresa. Draugu, radu, kaimiņu, darba devēju un kopienas resursu un emocionālā atbalsta pieejamība veicina ģimenes atgūšanos.

### **Ģimenes klīniskā nozīme**

**Bērna attīstība.** Ģimene ir pirmā vide, kurā pēc piedzimšanas nonāk cilvēks, un pašu svarīgāko pieredzi bērns iegūst tieši ģimenē. Mīlēts, aprūpēts, atspoguļots bērns iemācās atpazīt un paust savas jūtas un vēlmes. Saikne ar kompetentiem un gādīgiem pieaugušajiem ģimenē un sabiedrībā ieliek pamatu bērna izturībai (angl. *resiliency*) un pašvērtējumam.

Viss, ko bērns redz un piedzīvo ģimenē, kļūst par daļu no viņa vērtībām un gaidām, kad viņš sāk patstāvīgu mijiedarbību ar ārējo pasauli. Ģimene ieliek pamatu veselībai – psihiskajai, fiziskajai un sociālajai labklājībai. Pētījumi liecina, ka bioloģisks un psihosociāls stress bērnībā ieliek fizioloģiskus pamatus somatiskām un psihiskām slimībām pieaugušo vecumā.

**Labklājība visas dzīves garumā.** Ir grūti pārvērtēt ģimenes nozīmi bērna attīstībā – ģimenei ir liela nozīme cilvēka veselībā visas dzīves laikā. Ģimenes vide ietekmē indivīda veselību dažādos veidos. Vienas ģimenes locekļiem var būt līdzīgi veselību veicinošie un riska faktori: vide, vērtības, prioritātes, finansiālie resursi un palīdzības meklēšanas modelis. Īpaša nozīme cilvēka veselībā un labklājībā ir ģimenes attiecībām. Brāļu un māsu attiecības bieži ir ilgstošākās ģimenes attiecības indivīda dzīvē. Attiecības, kurās ir konflikti un trūkst tuvības, ir saistītas ar zemāku labklājības līmeni jebkurā vecumā.

Laulāto attiecības ir vienas no svarīgākajām attiecībām, kas nosaka individuālo labklājību pieaugušo vecumā. Joprojām saglabājas saistība starp laulību (jo īpaši – laimīgu laulību) un labāku fizisko un emocionālo veselību. Precētiem cilvēkiem vidēji ir labāka psihiskā un fiziskā veselība, ilgāka dzīve nekā šķirtajiem, atsevišķi dzīvojošajiem, atraitņiem un nekad neprecētajiem. Protams, labsajūta ir atkarīga no attiecību kvalitātes – laulības problēmas ir saistītas ar depresijas simptomiem un sliktāku veselības stāvokli, salīdzinot ar laimīgi precētiem pāriem. Laimīga laulība dod emocionālu atbalstu un mazina stresu.

Vecāku un bērnu attiecības gan rada stresu, gan dāvina laimes pilnus brīžus. Vecāku loma periodā, kad bērni ir mazi, rada laika trūkumu, stresu un mazina labsajūtu, taču palielina sociālo integrāciju, kā rezultātā ģimene iegūst emocionālo atbalstu, piederības un dzīves jēgas izjūtu, kas labklājību ietekmē pozitīvi. Ģimenes attiecības var kļūt vēl svarīgākas senioru labklājībā – pastiprinās vajadzība pēc aprūpes, mazāk nozīmīgas kļūst sociālās saites citās jomās (piemēram, darbavietā).

Grūtības attiecībās ir viens no lielākajiem stresoriem. Cilvēkiem, kas saņem atbalstu no ģimenes, ir augstāks pašvērtējums un pašcieņa, tas rada psihoemocionālu resursu optimismam, patīkamām emocijām un stiprākai psihoemocionālai veselībai.

Ģimene ir veselīgu, laimīgu, panākumiem bagātu cilvēku radīšanas vieta, kura dzīves krīžu gadījumos tiek izmantota salutoģenēzes procesos. Ģimene var kļūt par veselības traucējumu un slimību etiopatoģenētisko faktoru.

## **Psihiskie aizsardzības mehānismi**

Psihisko aizsardzības mehānismu konceptu 19. gadsimta beigās un 20. gadsimta pirmajā pusē ieviesa Zigmunds un Anna Freidi. Šie mehānismi aizsargā cilvēka psihi no pārāk intensīvām, fizioloģiski neizturamām psihoemocionālām sāpēm. Samērīgi izmantoti, tie palīdz pārdzīvot sāpīgu realitāti, neveiksmes un traumas. To funkcija – saglabāt emocionālo labsajūtu. No vienas puses, šie mehānismi ir normāli, jo katrs cilvēks tos izmanto, īpaši stresa un krīzes situācijās. No otras puses, ja tos izmanto pārāk daudz vai nevietā, tas apgrūtina sociālo funkcionēšanu.

Jāatzīmē, ka, cilvēkam augot, rodas veselīgi un vecumam atbilstoši aizsardzības mehānismi (piemēram, idealizācija) un tie ir daļa no veselīgas attīstības. Ir

veselīgi un normāli, ja četrus gadus vecs bērns idealizē savus vecākus un uzskata, ka viņi ir supervaroņi un vislabākie! Savukārt, ja šāda infantila vecāku idealizācija saglabājas 20 gadu vecumā, tad var runāt par neadaptīvu vecāku idealizāciju un nespēju saredzēt vecākus kā veselīgus cilvēkus ar viņu stiprajām un vājajām pusēm.

Ir daudz veidu, kā kategorizēt aizsardzības mehānismus. Viens no populārākajiem iedalījumiem ir primārajos un sekundārajos mehānismos, kas aptuveni atspoguļo to sarežģītību un personības brieduma līmeni.

### **Primārie (nenobriedušie) aizsardzības mehānismi**

**Noliegums** (angl. *denial*) – realitāte ir tik emocionāli sāpīga un smaga, ka tiek noliegta pilnībā. Cilvēka domu gājiens ir relatīvi infantils: ja es neatzišu, ka problēma eksistē, tad tās arī nebūs. Noliegums ir pilnīgi adekvāta pirmā reakcija krīzēs un katastrofiskās situācijās – pirmā reakcija cilvēkam, kuram paziņo par tuvinieka nāvi, ir “nē”. Taču, noliegumam ieilgstot, problēma netiks risināta vai arī nesāksies samierināšanās process.

**Atiešana** (angl. *withdrawal*) – atiešana no realitātes un sevis mierināšana vai uzmundrināšana ar miega vai fantāzijas palīdzību emocionāli grūtās un garlaicīgās situācijās. Taču, līdzīgi kā ar noliegumu, problēma netiek risināta un visu laiku tiek atlikta.

**Identifikācija** (angl. *identification*) – cilvēks pārņem dažus (dažreiz visus) sev svarīga cilvēka personības aspektus. Normāls fenomens bērnībā, kad bērns mācās un atdarina redzēto un pieredzēto vecāku uzvedību. Tas samazina trauksmi, jo nav jāizdomā savs risinājums, bet var aizņemties kādas autoritātes uzvedības modeli. Var kļūt izteikti dezadaptīvi vēlākā vecumā, jo ļoti traucē attīstīties personībai un lēmumu pieņemšanas prasmēm.

**Regresija** (angl. *regression*) – atgriešanās kādā no iepriekšējām attīstības fāzēm pastiprinātas spriedzes apstākļos, cerot, ka tad problēmas nebūs jārisina vai būs piedodamas. Tā ir iespējama visos vecuma posmos, sākot no maziem bērniem: kad ģimenē piedzimst jaunākais bērns, pirmdzimtais pēkšņi “aizmirst” kādu prasmi, ko iepriekš apguvis (staigāšanu, runāšanu vai iešanu uz podiņa). Savukārt pieaugušo vecumā stresa situācijās pieaudzis cilvēks dažreiz sāk “niķoties”, uzvesties kaitinoši un bērnišķīgi, jo nespēj rast risinājumu kādai bieži vien interpersonālai problēmai.

**Šķelšana** (angl. *splitting*) – cilvēku iedalīšana tikai labajos un tikai sliktajos. Nereti cilvēks tiek strauji pārvietots no vienas kategorijas otrā. Var pēkšņi pilnībā mainīties priekšstati par otru personu. Tas diemžēl neatspoguļo visnotaļ sarežģīto cilvēku mijiedarbību, kurā ir daudz pelēku toņu starp balto un melno. Tikai labie mēdz pārvērsties par tikai sliktajiem.

**Idealizācija un devalvācija** (angl. *idealization and devaluation*) – saistīta ar iedalīšanas mehānismu – “tikai labais” cilvēks tiek apveltīts ar realitātei neatbilstošām spējām un lielu varu vai ietekmi. Idealizētais cilvēks kļūst par gandrīz vai ideālu, kurš nespēj kļūdīties. Tiesa, ir neizbēgami, ka idealizētā persona laika

gaitā kļūs par devalvētu, proti, viņai tiks piedēvēti realitātei neatbilstoši trūkumi un nespēja.

Piemērs medicīnā: “Es jūs tikko esmu sastapis, bet jau tagad varu pateikt, ka jūs esat vislabākais ārsts, kurš mani tūlīt izārstēs. Tie visi citi idioti man pat nespēj noteikt pareizu diagnozi. Es zinu, ka jūs tāds neesat! Visas cerības uz jums, dakter, citi ārsti neko nezina!”

**Projekcija** (angl. *projection*) – nepieņemama iekšēja impulsa, jūtu, domu vai motīva piedēvēšana citam cilvēkam. Samazina trauksmi, jo nav jāizjūt kauns vai vainas izjūta par sociāli nosodītām domām vai jūtām. Taču izteikti apgrūtināta interpersonālās attiecības, jo sarunas partneris jūtas izteikti nesaprasts, tādēļ nereti rodas konflikti un pasliktinās attiecības.

Piemērs: “Es neesmu dusmīgs, labāk pasaki man tūlīt un uzreiz, kāpēc tu esi dusmīgs?!”

**Izlāde darbībā** (angl. *acting out*) – neapzinātas emocionālas vēlmes vai impulsa tieša izpausme darbībā, lai izvairītos no jūtām, kuras šo darbību rada. Gandrīz vienmēr šī uzvedība ir pašdestruktīva.

Piemērs: neierasties pie ārsta, lai nebūtu jādzird biedējoša diagnoze.

### **Sekundārie (nobriedušie) aizsardzības mehānismi**

**Represija** (angl. *repression*) – emocionāli nepatīkamu atmiņu, solījumu vai pienākumu aizmirstāšana, kad cilvēkam nav pietiekamu resursu un/vai atbalsta, lai emocionāli pārstrādātu vai izdarītu.

**Izolācija** (angl. *isolation*) – jūtu nošķiršana no domas vai darbības. Šī mehānisma esamība cilvēkam palīdz bezkaislīgi pildīt savus profesionālos pienākumus, piemēram, karavīriem, policistiem, ugunsdzēsējiem, juristiem, ārstiem. Visās šajās profesijās ir svarīgi racionāli un ar vēsu prātu izdomāt rīcības plānu un rīkoties, nevis ļauties emocionālām vētrām, kuras potenciāli var apgrūtināt uzdevuma izpildi un radīt lielu apdraudējumu pašam profesionālim un/vai cilvēkiem, kuriem viņš cenšas palīdzēt.

**Intelektualizācija** (angl. *intellectualization*) – jūtu un impulsu kontrole, tos pārdomājot, nevis izdzīvojot. Šai sistemātiski pārmērīgajai domāšanai trūkst saistības ar jūtām, un tās nolūks ir aizsargāties pret trauksmi.

Piemērs: cilvēks garāmejojot vienaldzīgā tonī saka: “Nu, jā, protams, ka par šo cilvēks varētu sadusmoties.” Tas liecina, ka doma par dusmām cilvēkam teorētiski ir pieņemama, taču reālas dusmu izdzīvošanas un paušanas nav.

**Racionalizācija** (angl. *rationalization*) – nepieņemamas uzvedības, attieksmes un uzskatu attaisnošana, nepareizi izmantojot attaisnojošus argumentus vai izdomājot daļēji patiesus skaidrojuma savai rīcībai vai uzskatiem. Būtībā tiek atrasts iegansts, lai mazinātu vainas izjūtu, kaunu un iespējamo sodu.

Piemērs: students nokavē nodarbību un paziņo, ka tas noticis liela sastrēguma dēļ. Taču viņa kolēģis, braucot no tās pašas vietas, ir ieradies laikā. Iespējams, ka

students nemelo par sastrēguma esamību, taču tas ir iegansts. Cēlonis viņa kavējumam ir meklējams jūtās – kaut kāda iemesla dēļ viņam negribējās braukt uz šo nodarbību, taču viņš nevēlas pats sev to atzīt.

**Reakcijas veidošana** (angl. *reaction formation*) – nepieņemamo impulsu pavēršana pilnīgi pretējā virzienā, kas nereti rada tikpat negatīvu rezultātu kā sākotnējais impulss. Apkārtējos tas bieži rada neizpratni, jo nav saskanības starp pausto izjūtu un novērojamo uzvedību.

Piemērs: par bēdīgiem notikumiem cilvēks runā ar nedabīgu smaidu vai smiepdamies.

**Pārnese** (angl. *displacement*) – mērķtiecīga, neapzināta emociju pārvietošana no viena cilvēka uz otru, kuram nav nekāda sakara ar sākotnējo nepatīkamo jūtu. Praksē visbiežāk sastopama dusmu pārnese, kad cilvēks, dažādu iemeslu vadīts, baidās paust dusmas savam agresoram un neapzināti izvēlas tās pārnest uz mazāk aizsargātu tuvu cilvēku, kuram būtu droši tās paust: boss → darbinieks → sieva → bērni → mājdzīvnieki.

**Humors** (angl. *humor*) – unikāls un niansēts mehānisms nobriedušā formā. Humoru kā nobriedušu aizsardzību var raksturot kā atklātu, labdabīgu jūtu izpausmi bez personiska diskomforta vai neērtuma, pēc iespējas neatstājot nepatīkamu iespaidu uz pārējiem sarunas dalībniekiem. Savā ziņā tā ir arī spēja saglabāt optimismu un pasmieties par sevi, izvēle saredzēt dzīves traģēdijās iespējas un mākoņa sudraba maliņu, nevis tikai koncentrēties uz negatīvo.

Piemērs: vēža slimnieks, zaudējot matus pēc ķīmijterapijas, joko: “Tagad varēs ietaupīt uz friziera rēķina.”

**Sublimācija** (angl. *sublimation*) – pēc Freida domām, vēlamākais un spožākais aizsardzības mehānisms – pārveidot kādu sociāli nepieņemamu dziņu sociāli pieņemamā.

Piemērs: tā vietā, lai dzērumā cīnītos ar kādu bezpajumtnieku, kļūst par bokseri vai instruktoru, lai nodrošinātu sev iztiku un apmācītu citus, kā sevi aizstāvēt.

Daži piemēri, kā dažādi psihiskie aizsardzības mehānismi izskatās praksē:

- Realitāte: es ienīstu savus vecākus.
- Noliegums: man nav vecāku.
- Projekcija: vecāki ienīst mani.
- Atiešana: fantāzijas par briesmoņu nogalināšanu.
- Pārnese: es ienīstu vecāku suni.
- Izolācija / intelektualizācija: man nepatīk vecāku mazgāšanās paradumi.
- Represija: es nesaprotu, kāpēc esmu tik ļoti noguris.
- Reakcijas veidošana: es mīlu savus vecākus.
- Sublimācija: es kļūšu veiksmīgāks nekā mani vecāki un neatkārtošu viņu kļūdas.

Vēl jāpiemin, ka praksē psihiskie aizsardzības mehānismi gandrīz vienmēr strādā tandēmā pa trīs un vairāk (piemēram, lai varētu sākt projicēt, no sākuma ir jānotiek noliegumam).

Pamatota kritika ir, ka daži no aizsardzības mehānismiem nevis samazina trauksmi un nepatīkamas jūtas, bet gan tās paaugstina. Kā ierasts, ir dažādas teorijas, kā skaidrot šo pretrunu. Viens no iespējamiem skaidrojumiem: lai arī mehānisma ietekmē nepatīkamu jūtu intensitāte pieaug, tas kalpo par ieganstu, lai attaisnotu kādu sociāli nepieņemamu rīcību.

Piemērs: projicējot apkārtējos dusmas vai agresiju, rodas bailes, kuras ir “attaisnojums” uzbrukt pirmajam, jo “es taču zināju, ka man uzbruks, tāpēc drīkstu aizstāvēties”.

---

***Gļebs Troščenkovs***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docētājs, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārsts psihoterapeits

***Oļegs Plesunovs***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docētājs, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārsts psihoterapeits

***Artūrs Ancāns***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārsts psihoterapeits

***Olga Ļevašina***

RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras docētāja, Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas ārste psihoterapeite



## **Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras un klīnikas kolēģiem, kam domāt, apdomāt un pārdomāt ir ikdienas darba pamats!**

Pirms 25 gadiem jūs aizsākāt veidot akadēmiskas psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas izglītības pamatus Latvijā, izveidojot katedru Rīgas Medicīnas institūtā.

Cilvēka mūžā 25 gadi ir vecums, kurā viņš sāk realizēt savu potenciālu, balstoties uz iegūtajām zināšanām un pieredzi, sāk izzināt savu likteni un iegūt jaunu pieredzi.

Psihiskā veselība ir pamatā dzīvespriecīgam un elastīgam skatījumam uz dzīvi, tā palielina fiziskās veselības resursus un spēju tikt galā ar problēmām.

Šodienas vēlējumam par pamatu izraugos Artura Frinberga teikto: “Vakardiena ir jāpāršķirsta, lai rītdiena būtu labāka. Un labāko vakardienu nedrīkst aizmirst, lai rītdiena nebūtu sliktāka.”

Pieredze, ko gūstam šajā veselības krīzes laikā, ir viens no skarbākajiem grūto laiku piemēriem mūsdienu cilvēku dzīvē. Ik dienas pieņemam lēmumus, kuros vērā tiek ņemti drošības pasākumi. Tie ir apstākļi, kurus mums ir ļoti grūti ietekmēt, un tie atstāj būtisku ietekmi uz mūsu psihosomatisko veselību, mūsu ikdienu, tās saturu.

Šajos 25 gados Jums noteikti ir bijusi skaista vakardiena, pilna izaicinājumiem un cerībām par psihosomatiskās medicīnas aktualitātēm, norisēm un nākotni mūsu valstī. Šodien, apstājoties un atskatoties vakardienā, ir jāmeklē tālākie virzieni un ceļi, kurp doties. Vakardienu “pāršķirstot”, Jūs noteikti spēsiet atrast atbalsta punktus labākai rītdienai!

Tā kā uroloģija ir specialitāte, kas cilvēkam pārsvarā ir nepieciešama dzīves otrajā pusē, tad Artura Frinberga teiktais iegūst dziļi jēgpilnu nozīmi. Psihosomatiskajai medicīnai ir nepārvērtējama loma kvalitatīvas somatiskās veselības saglabāšanā un uzturēšanā ikvienam cilvēkam, ejot savu dzīves ceļu.

Sūtām vissirsnīgākos sveicienus kolēģiem nozīmīgajā gadadienā!

Ar cieņu  
RSU Uroloģijas kursa docētāju un RAKUS Uroloģijas un onkoloģiskās  
uroloģijas klīnikas kolektīva vārdā klīnikas vadītājs  
*Dr. med. asoc. profesors Vilnis Lietuviētis*

## Pasakas kā dzīves scenāriji un to metaforiskā nozīme

*Gunta Ancāne*

Pasakas mīl gan bērni, gan pieaugušie. Izteicieni “pasakaina dzīve” un “dzīvot kā pasakā” apstiprina cilvēku patiku pret pasakām. Taču rodas jautājums, kāpēc tas tā, jo pasakas nebūt nav viennozīmīgi jaukas un tajās attēlotajiem raksturiem piemīt visa plašā cilvēcisko jūtu gamma.

Viena no atbildēm varētu būt, ka pasakas attēlo dzīves pamatpatiesības, pamatprincipus, māca izprast cilvēku jūtas un emocijas, to dinamiku, konfliktus, kā arī dažādas dzīves grūtības un to risinājumu veidus.

Kā teicis viens no lielākajiem pasaku nozīmes pētniekiem Bruno Betelhaims, cilvēks, īpaši bērns, jūt, ka pasakas, lai arī nav reālistiskas, tomēr ir dziļi patiesas. Maza bērna dzīve patiesībā ir kā brīnumpasaka – burvestību pilna: tētis noceļ no augšējā plaukta, kā likās, nerasniedzamo; mamma pēkšņi ir atnesusi tik ļoti kāroto; vielas un lietas temperatūras ietekmē maina krāsu un izskatu, un tā bez gala. Bērna acīm pieaugušie pārvietojas mājiņās, kurās iekārtoti dīvāni un ir stūre, lido pa gaisu kā lidojošie paklāji, prot uzburt labas un iekārotas mantas, un tā bez gala. Sākumā viss ir brīnums – par visu var brīnīties un priecāties, reizēm arī baidīties. Un ir tik daudz jautājumu, kā, kāpēc un ar kādu mērķi tas viss darbojas, kādas ir likumsakarības.

Lai arī šķiet, ka pasakas uzrunā galvenokārt ar savu virspusējo saturu, tomēr lielāka nozīme ir to neapzinātajam vēstījumam par vispārcilvēciskajiem lielajiem jautājumiem, kuri saistīti ar dzīves jēgas meklējumiem – dzīvība un nāve, šķēršļi nodomu īstenošanā un to pārvarēšanas veidi, labā un ļaunā pretstats, dzīves vērtības un nepieciešamības, tādu vērtību kā pašcieņa, drosme, izturība, mērķtiecība izvērsumi. Pasakas sniedz atbildi uz jautājumu, kā pasaule ir iekārtota, kā pareizi dzīvot, kā iemācīties dzīvot saskaņā ar sevi. Kas es esmu? No kurienes nāku? Kurp dodos? Tās mazliet slēptā veidā, vērsties pie cilvēka zemapziņas, izstāsta svarīgāko par dzīves un cilvēka būtību.

Pieaugušie bērniem dzīvi parasti attēlo vienpusēji. Stāstot, cik visi cilvēki, zaķīši un kaķīši ir jauki un labi, un aicinot bērnus arī būt tādiem jaukiem un saldiem, vecāku nolūki lielākoties ir labi. Tomēr bērns jau agrīnā bērnībā iegūst citu, pretēju dzīves pieredzi – ka mīļie vecāki, citi pieaugušie un dzīve kopumā reizēm nemaz nav jauki, ka pats reizēm jūt milzīgu emocionālu diskomfortu, kuru pieaugušie negrib vai neprot izprast. Joprojām bieži dzirdam, ka bērna neveiklo izturēšanos, ko rada diskomforts smagu pārdzīvojumu – baiļu, aizvainojuma, dusmu, bezpalīdzīga niknuma u. c. – dēļ, kāds cietsirdīgi nosauc par niķiem vai histēriju.

Tādās situācijās pasakas ir kā palīgi un izglītotāji, kas apstiprina, ka eksistē dažādas jūtas un ka no tām nav jābaidās, turklāt tās var izprast, ka pasaulē ir ne tikai labas lietas, bet arī dažādas problēmas, kuru priekšā nevar atļauties glēvi nolaist rokas, bet kuras ir iespējams un pat nepieciešams iemācīties pārvarēt. Daudzas pasakas neapzināti vēsta, ka pasaulē blakus labajam pastāv arī ļaunais. Un tālāk tās iedrošina katru cīnīties par saviem mērķiem, pašcieņu, vēlmēm un nepieciešamībām.

Piemēram, **pasaka par Ansīti un Grietiņu**. Tas ir stāsts par to, kā jūtas bērni, kuri izjūt lielas bailes – nāves bailes. Pasaka sākas ar to, ka bērni noklausās mātes un tēva sarunu, kurā abi nolemj savas nabadzības dēļ bērnus nogalināt. Ir konstatēts, ka nabadzība bojā raksturu, cilvēki nocietinās, kļūst mazāk iejūtīgi, mazāk spēj līdzti just (Pasaules Veselības organizācijas dokumentos minēts, ka nabadzīgi cilvēki biežāk cieš no somatiskiem un emocionāliem traucējumiem, tostarp disforijas – pastāvīgi ir īgni, aizkaitināmi, naidīgi un nelabvēlīgi). Abi vecāki nolemj otrā rītā aizvest bērnus dziļi mežā un tur atstāt meža zvēriem par barību. Tā kā bērni paši atrast ceļu uz mājām nespēs, divas mutas vairs jābaro nebūs. Ansītis šajā draudīgajā situācijā neraud, nelūdz žēlastību, bet izdomā izeju – izzogas no mājas un salasa akmentiņus, kurus no rīta izbārstīt uz mežā, lai atrastu ceļu mājup, un vēl mierina Grietiņu. Šekspīra traģēdiju cienīgs samezģlojums – vecāki vēlas bērnu nāvi, tomēr bērniem nekur citur, kur atgriezties, nav. Tātad pasaka ir stāsts, mācība par to, ka dzīvē ir smagas situācijas un ka arī smagās situācijās risinājums ir meklējams un atrodams. Kad bērni atgriežas mājās, māte kļūst atklāti nikna. Bērni tiek aizvesti atpakaļ, šoreiz bez akmentiņiem, lai viņi neatrastu atpakaļceļu. Un atkal abi nezaudē drosmi un, viens otru iedrošinādami, dodas meklēt ceļu.

Viena no blakus tēmām šajā stāstā ir par “labajiem” vājajiem cilvēkiem un ļaunumu, ko viņi nodara. Tēvs sākumā ir kā labais tēls, jo it kā iebilst pret mātes nežēlīgo plānu. Tomēr tikai it kā, jo neko aktīvi nedara, lai savus bērnus aizstāvētu. Baiļu pilnā nedrošībā pakļaudamies sievas plānam un vedams bērnus mežā, kur paredzams, ka tos saplošīs meža zvēri, viņš savu iekšējo panikas un izstumtā agresivitātes jūtu dēļ rikojas tikpat cietsirdīgi kā sieva.

Meža zvēri bērnus nesaploša, toties viņi nonāk pie raganas, kura nolemj vispirms apēst vienu no viņiem. Atkal dzīvības un nāves jautājums. Un atkal bērnus glābj pašu drosme un attapība. Tomēr ciņa par savu pastāvēšanu un izdzīvošanu nevar tikt izcīnīta “saldi un mīļi” – lai netiktu nogalināts Ansītis, ir jānogalina

ragana. Kad pirms vairākiem gadiem Vācijā skatījos Engelberta Humperdinka pasaku operu “Ansītis un Grietiņa”, bērnu pilnā zāle sajūsmā šalca raganas nāves skatā. Nez vai kāds tobrīd aizdomājās, ka, strikti ņemot, redz slepkavības ainu, stāstu par to, ka bērni bez vecāku emocionālā atbalsta nevar veselīgi attīstīties un ir spiesti kļūt par noziedzniekiem, pārkāpjot dabisko labestības robežu. Zāle uzgavilēja par ko citu – ka bērni atraduši veidu, kā palikt dzīvi. Svarīgākais ir tas, ka pasaka nevis moralizē, bet dod atļauju cīnīties un sevi aizstāvēt. Tā kā Grietiņa atrod raganas dārgakmeņu krājumus, bērni var droši doties atpakaļ pie vecākiem, kuri tagad vairs nav nabagi, un visa ģimene var turpināt tālāk dzīvot “laimīgi”.

Šī pasaka var tikt analizēta kā stāsts par vecākiem, kuri ir nabadzīgi ne tik daudz finansiāli, bet gan emocionāli, un kuriem bērni ir kā instruments savu ērtību un labsajūtas uzturēšanai. Bērna domas un jūtas, viņa dzīve pati par sevi ir nevērtīga vai tik vērtīga, cik labsajūtas un komforta viņš sagādā saviem vecākiem. Tie ir aprobežoti, paštaisni vecāki, kuri dzīvo pēc principa – ir mūsu viedoklis un nepareizais viedoklis.

Bērni, kas klausās šo pasaku, identificējoties ar galvenajiem varoņiem, izdzīvo bailes būt atstumtiem, pamestiem, apēstiem, nogalinātiem un arī prieku, tiekot ar grūtībām galā un apmierinot savu nepieciešamību būt pie vecākiem, būt milētiem. Tās ir jūtas, kuras viņi jau pazīst no savas pieredzes, tikai tagad tām atrasti vārdi un iegūta kognitīva izpratne par tām. Turklāt svarīgākais ir tas, ka izdzīvotais notikums beidzas bērnam patīkami. Viņš kopā ar galvenajiem varoņiem ir pārdzīvojis grūtības un uzvarējis.

Savukārt **pasakas par tēmu, kā tēva dēls gāja pasaulē laimi meklēt**, ir stāsts par atkarības jūtu pārvarēšanu un gatavību uzsākt neatkarīgu dzīvi. Apdraudējuma situācijās savas nedrošības pārvarēšana dod iespēju atrast nepieciešamos risinājumus un ar uzvaru iziet no situācijas. Varoņiem pārvaramās daudzās grūtības viņus norūda, liek viņiem nobriest kā personībām un ļauj izvīrīt atkal jaunus un jaunus uzdevumus. Šis ir pasakas, kas aicina izvīrīt lielus mērķus, pieņemt sarežģītus izaicinājumus, pārvarot bailes un atkarības vēlmes, māca nebaidīties no dzīvē neizbēgamām cīņām, vispirms jau katram pašam sevī: ar savu vājumu, gribaspēka trūkumu, infantilajām vēlmēm, piemēram, kā aicinājums sev “neej ārā no savas “komforta zonas”, atpūties, nemokies, nestreso, dzīvo viegli, gan jau kāds cits izdarīs, izcīnīs, izdomās, sakārtos”. Šādi domājošs pieaugušais varbūt nebūs pats vērtīgākais sabiedrības loceklis, tomēr kādu laiku jutīsies gluži apmierināts ar sevi un dzīvi. Tomēr šādu cilvēku apdraud noteikti personības traucējumi, kas viņa turpmāko darbību izvērš līdzīgu Melnā prinča iecerētajai rīcībai: “Lai viņš dara, cīnās, es paskatīšos, kā viņam tajā cīņā ies, neriskējot ar savu pašcieņu, gudri pamācīšu, kā vajag cīnīties, un pakritizēšu, ka vēl jau nav gana perfekti izdarīts. Un beigās, kad viņš pārgurumā paklups, izmantošu brīdi, lai piesavinātos viņa darba rezultātu un viņu noniecinātu.”

Šādi domā un no neizbēgamajām dzīves cīņām atsakās cilvēki, kuru personības dziļākajā būtībā mīt savas nevērtības izjūta un kuriem tāpēc ir bailes no atklātas

cīņas, jo tajā viņu nespēja būs skaidri redzama, jo cīņa ir situācija, kurā cilvēks atklājas pilnībā – gan viņa potences un prasmes, gan neveiklības ir kā uz delnas. Bieži šiem cilvēkiem ir narcistisku traucējumu diagnoze. Ārēji šie cilvēki atpazīstami tādējādi, ka viņi kā galveno mērķi savā dzīvē izvirza varu un augstāku stāvokli pār citiem, viņi izvairās skaidri formulēt savus principus un vērtības, tāpēc viņiem ir iespēja vienmēr pieslieties vēl stiprākajam, saglabājot iespēju īpaši nepiepūlēties un ar savu galvu nedomāt. Savu agresiju tie iemācās paust pasīvi, ko mēs redzam, piemēram, portāla *Delfi* komentāros – aiz *nikiem* ir noslēpušies mazi, nikni spindzētāji, kuru intelektam, šķiet, pat viens komentāru teikums ir izaicinājums. Pieaugušajiem, kuri nemīl varoņu pasakas, bieži vien ir vēlme aktīvi nozāķāt aktīvos un darošos, bet pašiem palikt pasīviem, tātad ārpus kritikas, jo, tā kā viņi neko nedara, viņus nav par ko kritizēt, kā rezultātā pašu vērtības un pašcieņas izjūta vismaz zemapziņas līmenī dzīves laikā krītas un krītas.

Stāsts par bailēm ir aktuāls arī pasakā “**Sarkangalvīte un vilks**”. Pieaugušais lasītājs aizdomājas: kādas jūtas vada māti, kad tā sūta briesmu pilnā mežā savu mazo meitiņu; ar ko tik slimā ir vecmāmiņa, kas attaisnotu maza bērna sūtišanu briesmās; kāda jēga ir apciemot vecmāmiņu mazam bērnam, ja pieņem, ka vecmāmiņa ir smagi slimā, bet groziņā nav zāļu? Ja runa būtu par emocionālā atbalsta sniegšanu, tad daudz piemērotāka būtu mātes vizīte pie vecmāmiņas. Bērns nevar sniegt smagam sirdzējam nepieciešamo emocionālo atbalstu. Tad kāpēc gan? Kas slēpjās aiz nevainīgās, pat it kā cēlās mātes ricības?

Atbilde uz jautājumu, kāpēc māte neaizstāv savu bērnu, varbūt rodama Vilka un Sarkangalvītes tēla nelielā izvērsumā. Kā tas nākas, ka Sarkangalvīte pretēji mātes padomam nolemj pastaigāties pa briesmu pilnām meža pļaviņām? Kas ir šis uz meža ceļa satiktais, laipni tērgājošais vīrs, kurš, uzzinājis, kurp meitene dodas, aizsteidzas viņu tur sagaidīt? Vai meitene nav brīdināta pārāk atklāti nerunāt ar svešiniekiem? Kā tas nākas, ka viņa laipni pastāsta vilkam, kur viņu varēs satikt, nevis griežas atpakaļ un sauc pēc palīdzības? Jāņem vērā, ka atšķirībā no Ansiša un Grietiņas Sarkangalvīte vecāku māju pamet ar prieku. Viņa ir vairāk nobriedusi, jau pusaudžu gadus sasniegusi, turklāt atšķirībā no abiem iepriekšējiem tēliem pēc mātes vairs tik ļoti netiecas. Turklāt meža ceļš viņai ir nevis svešs, bet gan ļoti pazīstams.

Šarla Pero pasakas variantā vilks, kurš, Sarkangalvītei ienākot, guļ vecmāmiņas gultā, aicina viņu pie sevis gultā, pirms tam aicinot izģērbties, ko viņa arī labprāt dara. Uz meitenes jautājumu par viņa lielajām rokām vilks atbild: “Lai es tevi varētu labāk apkampt.” Tiklīdz uz šo pasaku palūkojamies kā uz stāstu par meiteni, kura varbūt pubertātes periodā interesējas par vīriešu valdzināšanu, seksuālajām attiecībām un kura vēlas būt pavadināta un diezgan ļoti sadarbojas ar māti un vecmāmiņu (viņu starpā konfliktu nav), stāsta detaļas kļūst saprotamākas. Š. Pero pasakas variantā nobeigumā ir neliels moralizējošs dzejolis, ka jaunām meitenēm nevajadzētu vis katram klausīt un uz katru klausīties. Iespējams, ka mūsdienās tas dažiem šķitīs vecmodīgs.

Pasaka “**Trīs sivēntiņi**”, kas pirmajā mirklī arī, šķiet, ir stāsts par bailēm, tomēr vairāk ir par to, cik svarīgi ir spēt atlikt uz laiku izklaidi, spēles, atpūtu, baudu un citas patīkamas lietas, bet vispirms kārtīgi paveikt darbu. Kā liecina pasaka, lai tiktu galā ar spēcīgākiem, ļauniem un vienlaikus, par laimi, arī pamuļķiem pretiniekiem, ir laikus par to jādomā un tam jāgatavojas. Sivēntiņu celtās mājiņas ataino cilvēku zināšanu un prasmju evolūciju – pirmais mītni ceļ no salmiem, otrs – no zariem, bet trešais – no ķieģeļiem (citās pasakas versijās – no akmeņiem). Paši trīs sivēntiņi atveido cilvēka personības attīstības stadijas. Jaunākie sivēntiņi tēloti kā mazi un bērnišķīgi, kuru pamatmērķis ir atrast laiku rotaļām un kuri par nākotni vēl nedomā, ar notikumu prognozēšanu nenodarbojas, tāpēc mājiņas celšanai īpaši daudz laika atvēlēt negrib. Gudrākais no trim sivēntiņiem ir vecākais, kurš ir visvairāk pieredzējis un spēj notikumus prognozēt. Viņa darbības mērķis – uzcelt māju, kura pasargās, kurā var justies droši, un tad arī izklaidēties un priecāties.

Pasakas klausītāju līdzpārdzīvojums ļauj viņu zemapziņā nogulsnēties atziņai, ka ir patīkami priecāties pēc labi padarīta darba. Identifikācija ar šiem varoņiem palīdz pieaugt, iemācīties dzīvot, atsakoties no “baudas principa” šeit un tagad, un apgūt dzīvošanu saskaņā ar realitātes principu, jo, lai cik intensīvi kāds mūs aicinātu “dzīvot viegli”, tas nav savienojams ar realitātes principu pieaugušas, nobriedušas personības dzīvē – vieglās un baltās dienas var nākt tikai pēc pūļu un darba ieguldīšanas.

Pretinieks, arī daudz spēcīgāks, ir pieveicams tam, kurš ir prasmīgs un nebaidās piepūlēties. Atšķirībā no dažādiem moralizējošiem stāstiem un fabulām pasaka dod cerību un ticību izaugsmes procesa iespējamībai priecīgā un saistošā veidā un netieši aicina bērnu augt un attīstīties. Starp citu, cilvēki, kuri jaunības laiku nav pavadījuši kā jaunākie sivēntiņi un ir ielikuši labu pamatu tam, lai ziemā un vecumdienās būtu, kur jauki atrasties, bieži kā vienu no mīļākajām nosauc arī pasaku “Trīs sivēntiņi”. Šī pasaka veicina vēl vienu svarīgu psihiskās veselības iezīmi – spēju prognozēt savas rīcības sekas. Cilvēki nemitīgi plūc savu iepriekš izdarīto izvēļu augļus – cilvēku rīcības sekas ir tās, kas veido viņu likteni.

Palūkojoties no citas puses, šī pasaka aicina akceptēt nepieciešamību kontrolēt savas neapzinātās dziņas un vēlmes. Psihoanalītiskajā literatūrā ļaunais vilks tiek analizēts kā cilvēka paša agresīvās daļas projekcija uz ārpusi, un tādā gadījumā tikšana galā ar vilku iegūst papildu jēgu – cilvēks pamazām iegūst prasmi pārvaldīt pats savas agresīvās jūtas un dziņas, kas ir viens no augstākajiem iespējamajiem sasniegumiem cilvēka dzīvē.

Ir pasakas, kuras aicina bērnu atrast savu patieso identitāti un nebaidīties no sāpēm, šķiroties no mājām, kurās viņa galvenā identitāte ir “bērns”. Sevis meklēju mi sākumā ir cieši saistīti ar sāpēm un zaudējuma – mājas miera un drošības – izjūtu, jo paklausība nozīmēja ērtu dzīvi. Laimīgās un bezrūpīgās bērnības laiks ir beidzies (ja tāds ir bijis, jo psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas ārstu klīniskā prakse liecina, ka daudziem cilvēkiem tāda laika nemaz nav bijis).

Pasakā **“Brālītis un māsiņa”** māsiņa ir tā, kura šajos meklējumos sargā abus no ieslīgšanas zemapziņas instinktu un dziņu diktētos baudas meklējumos, brīdinot brālīti nesākt dzert no diķa, avotiņa, peļķes (dažādas pasakas variācijas), lai viņš nepārvērstos par dzīvnieku. Sadzīves līmenī tā ir tik aktuāla tēma – brīdinājums cilvēkam, kurš emocionālās nelabsajūtas dēļ pastiprināti lieto alkoholu, narkotikas u. c. – par sagaidāmo degradāciju. Pie tās cilvēku noved nenobriedušas personības nepieciešamība pēc tūlītēja emocionāla diskomforta likvidācijas, nespēja atlikt lab-sajūtas iegūšanu, kā to prasa realitāte. Tādā gadījumā pārsvaru ņem un cilvēka rīcību nosaka baudas princips – aizmiršanos no dzīves problēmām vajag tūlīt un šobrīd, citādi “neizturēšu”. Tā kā šāds domāšanas veids ļauj akceptēt dažādas antisociālas darbības, tad tas ir dzīvesveids, kurš veido cilvēka degradācijas “likteni”, jo problēmu risināšana tiek atlikta mūžīgi un personības infantilizācija nebeidzas nekad. Turklāt katra neveiksmīga izvēle padara grūtāku atgriešanos uz potenciālās izaugsmes ceļa. Bez mīlošu un gudru cilvēku palīdzības, kura dzīvē reti pieejama, tāds cilvēks savā būtībā pārvēršas par dzīvnieku, iespējams, mīlīgu jēriņu vai ļaunu plēsoņu.

**Pasaka par Sniegbaltīti** ir stāsts par mātes un meitas sacensību. Ja mātes personība nav attīstījies pilnībā, viena no tās izpausmēm būs t. s. edipālās problēmas, kuras izpaužas vairākos veidos un visspilgtāk – nepieciešamībā sacensties ar savu meitu. Mātes–sāncenses un mātes–draudzenes ir viena procesa divas dažādas puses. Abos gadījumos bērnam trūkst emocionāli siltu, tuvu attiecību ar māti. Māte–draudzene ir pavisam cits attiecību modelis, kurā draudzene, t. i., “vienaudze” ir, bet gudrās, dzīves pieredzējušās mātes nav. Vienu no šādiem modeļiem var labi saskatīt amerikāņu režisora Darena Aronovska (*Darren Aronofsky*) filmā “Melnais gulbis”. Māte, kurai ir izteikti personības traucējumi, nespējot izprast savu meitu, iedziļināties viņas jūtās, piespiež viņu spēlēt “saldās meitenes” lomu un realizēt savu bērības sapni – kļūt par baletdejojāju. Tā izpaužas mātes narcistiskie traucējumi, jo, nebūdamā nobriedusi personība un nespējot pildīt mātes funkcijas, viņa spēj tikai spēlēties ar savu bērnu kā ar saldu lelli, kurai pašai jūtu nav un kura izpilda mātes komandas. Tiklīdz meitene izrāda savas jūtas – bailes, dusmas, kuras liek teikt nē, un aizvainojumu –, māte nobīstas un kļūst nikna, apvainojas uz bērnu, it kā tā ar savām jūtām viņai nodarītu pāri, kas nav iespējams ne teorētiski, ne praktiski, jo katrs cilvēks jūt to, ko jūt, nevis to, kas viņam, pēc cita domām, būtu jājūt. Mātei diskomfortu sagādā arī meitas panākumi, kuri pašai pietrūkuši. Filmā niansēti parādīts, kā apzināti un neapzināti māte cenšas panākumus nepieļaut arī savai meitai. Rezultātā slimā māte iegūst zināmu komfortu par augstu cenu – bērns tiek gandrīz nogalināts. Filmā galvenajai varonei palīgā dodas viņas baleta kolēģi un trupas mākslinieciskais vadītājs, kurš viņu izglābj, tāpat kā pasakā Sniegbaltītei palīdz Mednieks, kurš, pretēji mātes pavēlei, meiteni tomēr nenogalina, un rūķīši. Gribētos domāt, ka šie stāsti ir par mīlestības – šī vārda visplašākajā nozīmē – lielo spēku un nozīmi cilvēka dzīvē.

Vēl jāpiemin arī **pasaka par Pelnrušķīti**. Tās priekšplānā izvirzās masu savstarpējā konkurencē zaudējuša bērna rūgtā drāma. Neviens no pieaugušajiem – ne

tēvs, ne pamāte – nevēlas mazajai meitenei palīdzēt. Tomēr Pelnrušķītei ir iespēja ar salīdzinoši nelielu citu emocionālu atbalstu izdzīvot savu dzīvi – viņai ir bijusi mīla, gudra, respektīvi, psihiski vesela, māte, kura spējusi ielikt nepieciešamos pamatus bērna personības veselīgai attīstībai. No psihoanalītisko teoriju viedokļa laiks to ielikšanai ir pirmie pieci dzīves gadi. Dažādu tautu pasakās Pelnrušķītes māte mirst, kad meitene šo vecumu ir jau sasniegusi. Ielikti pamati nozīmē, ka meitenei piemīt spēja uzticēties sev un citiem, spēja būt neatkarīgai bez kauna izjūtas, spēja vēlēties, interesēties, izvirzīt un sasniegt dzīves mērķus, kā arī baudīt tos bez vainas izjūtas. Tās ir īpašības, kuras ļauj izturēt grūtus dzīves posmus, nezaudējot mērķtiecību, piepildīt savu sapni. Pelnrušķītes mērķis ir apprecēt puisi, kuru viņa ir iemīlējusi, kura fotogrāfiju glabā un par kuru tikai vēlāk uzzinājusi, ka tas ir princis (ši tēma dažādu tautu pasakās un literārajos darbos tiek variēta – piemēram, Prokofjeva baletā prinča fotogrāfija tiek glabāta aizkrāsne, filmā “Trīs rieksti Pelnrušķītei” fotogrāfijas nav, bet meitene pastāsta kalpam, ka ieraudzījusi un iemīlējusi princi). Cilvēkam, kurš iet droši un ar pašāvēību uz savu mērķi, viss izdodas nevis tāpēc, ka kādas durvis pašas atvērtas, bet gan tāpēc, ka, skaidri zinot, ko grib, cilvēks ar lielu pārliecības spēku ver vaļā tieši vajadzīgās durvis. Pasaka ir stāsts par to, ka labs paštēls un pašcieņa ir panākumu pamats.

Stāsts par Pelnrušķīti, no ārsta viedokļa raugoties, ir par psihiski vesela cilvēka dzīves gājumu. Diemžēl ārsta praksē pārāk bieži sastopama ir patoloģiskā un slimā Bārenīte. Izšķirošais iemesls, kāpēc viena meitene izveidojas par Bārenīti, bet otra par Pelnrušķīti, ir agrīnā emocionālā bērnības pieredze. Abas it kā ir bārenes, tomēr atšķirība ir būtiska – Pelnrušķītes māte mirst, kad meitai ir vismaz 6–7 gadi, kas nozīmē, ka veselīgas personības pamati ir ielikti, t. i., Pelnrušķītei ir pašcieņa, pašvērtības izjūta, spēja būt autonomai, uzņemties atbildību, būt enerģiskai, ļaut sev gribēt, izvirzīt mērķus, būt zinātkārai, uzdrošināties un izbaudīt patīkamās jūtas – tādas kā prieks un mīlestība. Pelnrušķītes zina, ko grib, un to arī parasti sasniedz un par to priecājas. Savukārt Bārenīšu mātes nomirst, bērnam piedzimstot (mūsdienās klīniskajā praksē biežāk tas saprotams netieši – māte ir fiziski dzīva, bet nespējīga pildīt savas funkcijas).

Tādējādi šādiem bērniem nav iespējas veselīgi iziet cauri personības attīstības stadijām un iepriekšminētās īpašības neattīstās. Veidojas cilvēks ar personības traucējumiem, visbiežāk depresīviem vai sadomazohistiskiem, un savu emocionālo traucējumu dēļ nav spējīgs ne izvirzīt, ne arī piepildīt dzīves mērķus. Izteiksmīgi šajā ziņā ir pasaku nobeigumi – ja Pelnrušķīte apprec iemīloto princi, tad Bārenīti apprec kāds saimnieka puisis no kaimiņu ciema, kurš nav viņas izvēlēts un nav vēl zināms, vai viņai kaut patīkams. Tādas dzīves ir smaga likteņa un problēmu pilnas, jo pietrūkst galvenā – prieka un mīlestības. Kā sacījis Imants Ziedonis, “bez mīlestības nedzīvojiet, bez mīlestības viss ir mazs”. Tādas “mazas” un nepiepildītas tās dzīves arī veidojas. Agrāk vai vēlāk sākas dažādas somatizācijas, kuru terapija ārstiem liek laužīt galvu, jo etiopatogēnētiskie faktori lielākoties ir emocionāli patofizioloģiski procesi smadzenēs. Šādos gadījumos rekomendējama integratīvā



terapija un līdztekus arī psihodinamiskās psihoterapijas kurss. Tas mēdz darīt “brīnumus”, kā to nereti dēvē pacienti, pēkšņi sajutuši spēku un drosmi sākt dzīvot un piepildīt savu dzīvi, nevis tikai izdzīvot.

Pasakas liek pievērst uzmanību tēmai par ticības nepieciešamību brīnumiem, burvestībām, pārvērtībām – tātad iespējamībām. Tā ir tēma par cilvēka gatavību pārmaiņām, un, lai arī pārmaiņas vienmēr iet kopā ar emocionālu stresu un nekad nav savā būtībā vieglas, spēju pārmaiņas uzņemt ar prieku un interesi. Spējai cerēt uz tām un būt gatavam tām. Gan smagām, gan patīkamām. Latviešu folklorā šī tēma atspoguļota īsajā pasakā par Laimes māti, kura negaidot ierodas pie kāda pāra un aicina izteikt trīs vēlēšanās, kuras viņa piepildīs. Pārim, izrādās, nav nopietnu, sirdī glabātu un lolotu vēlēšanos. Vispirms sieva izprasa desu, vīrs dusmās novēl, lai tā desa piekārtos viņas degungalam, un nu, saprotams, atliek pēdējā vēlēšanās – lai desa tur vairs nekarātos. Trīs iespējas izniekotas! Ārsta psihosomatologa psihoterapeita kabinetā šādi pacienti – ar izniekotām dzīvēm – sastopami bieži. Tad tiek pētīts, ko pacients vēlas savā dzīvē, un tiek apzināti visi iespējamie talanti, kapacitāte un potenciāls, kas pacientam piemīt to sasniegšanai.

Pasakas, protams, izklaidē, tomēr svarīgāk, ka gudram cilvēkam tās daudz ko dod, iemāca un spēj to padarīt viedāku. Kā daudz kas cits, tās sniedz materiālu domāšanai. Zigmunds Freids sacījis, ka domāšana ir potenciālo iespēju analīze tajā nozīmē, ka, domājot un pārdomājot iespējamās iespējas un vienas vai otras izvēles konsekvences, cilvēks veido savu likteni jeb, pareizāk sakot, savu dzīvi patīkamāku un interesantāku, bez liekiem sarežģījumiem, bez neapzinātas nepieciešamības veidot katrā ūdens glāzē vētru, bez fantāzijas, ka paša dzīves neveiksmēs un grūtībās būtu vainojams kāds cits. Psihiski vesela un iekšēji brīva cilvēka pirmais ieguvums – fascinējošā spēka un varēšanas izjūta veidot savu dzīvi, apziņa, ka neviens tavu dzīvi nespēj būtiski ietekmēt (izņemot, protams, vecāku ekstrabūtisko jeb ekstrakritisko ietekmi uz personības veidošanos bērnībā).

Tēma par princesēm un prinčiem, karaļiem un karalienēm, kuri pasakas sākumā cieš no netaisnības un nav savas valsts valdnieki, parasti beidzas ar to, ka viņi iegūst varu un varēšanu, iekšēju spēku pārvaldīt savu valsti, respektīvi, savu dzīvi. Tātad brīvība un neatkarība ir cilvēka dzīves augstākā vērtība.

Šai tēmai tuva ir pašcieņas tēma. Bez patiesas cieņas pret sevi un pašvērtības izjūtas brīvības izjūta nav realizējama. Zīmīgi, ka viens no svarīgākajiem Eiropas juridiskajiem aktiem – Eiropas Savienības Pamattiesību harta, kas tika izsludināta 2000. gada 8. decembrī Nicā, sākas šādi: “Cilvēka cieņa ir neaizskarama. Tā ir jārespektē un jāaizsargā.”

Pasakas ļauj katram atrast svarīgas atbildes par sevi, pasauli un dzīvi. Tādēļ jādā pasakas sniedz emocionālu atbalstu un zināšanas, veicina personības attīstību. Tās var būt arī vārti, caur kuriem ieskatīties sevī. Uzdodot sev jautājumu, kura no pasakām man šobrīd šķiet vistuvākā, katrs var aizdomāties, kādā veidā šīs pasakas sižets un tās vēstījums ir aktuāls šībrīža dzīvē. Cilvēks jūt, kura no daudzajām pasakām atbilst viņa šībrīža iekšējai emocionālai situācijai un vajadzībai, – kura

šobrīd ir personības vājā vieta, kuras stiprināšana prasa atbildēt uz virkni jautājumu. Pasakas ļauj attīstīt iztēli, radošās spējas un, veidojot skaidru robežu starp realitāti un fantāziju, palīdz šīs abas daļas personībā integrēt. Zēns, kurš, klausoties pasaku, iejuties bruņinieka ādā, pēc mirkļa, spēlējot futbolu ar draugiem pagalmā, zina, ka nav bruņinieks, ka ir 21. gadsimta bērns, tomēr goda kodekss viņam būs pazīstams.

Šajā rakstā analizētas tautas pasakas. Ja runājam par modernajām autoru pasakām, tad tās reti kad konkurē, jo kā viena autora darbs mākslinieciskā formā ir zināmā mērā vienpusējs redzējums, tāpēc ar tautas pasaku gadsimtiem ilgo daudzkārtējo pulējumu tām grūti sacensties.

Tautas pasakas satur sevī daudz dzīves gudrību, kas mums tiek sniegtas gudrā, neuzbāzīgā, saistošā veidā. Svarīgi ir domāt un strādāt ar sevi, lai varētu tās paņemt un galu galā paši izdzīvot mums katram doto iespēju būt par valdnieku – karali vai karalieni – un patiesi veiksmīgi īstenot savas karaļvalsts – savas dzīves – sakārtošanu un jauku pārvaldīšanu.

---

*Dr. med. profesore **Gunta Ancāne***  
RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas  
katedras vadītāja, Psihosomatiskās medicīnas un  
psihoterapijas asociācijas (LPMPA) prezidente,  
Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas klīnikas  
ārste psihoterapeite

## Dažas piezīmes, sveicot jubilejā RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedru un Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas kliniku

Mūsu sabiedrības, tāpat kā jebkuras sabiedrības vai kopienas psihiskā veselība, precīzāk – tās kondīcija, ir individuāls gadījums: līdzīgs vēl arvien spēlē gan mazliet senāka vēsture (kari ar savām Baltijas īpatnībām, padomju režīma gadu desmitus mērķtiecīgi veiktā sabiedrības demoralizācija, represijas utt.), gan, protams, jaunākā un visjaunākā vēsture, kur strauji kārtējie pārejas procesi ved vien pie nākamajiem pārejas un pārmaiņu procesiem. Visbeidzot, arī pandēmijai ir sava varbūt ja ne gluži Latvijas, tad vismaz Baltijas specifika. Taču, lai arī cik sarežģīta nebūtu vēsturiskā konfigurācija un mūsdienu apstākļu kopums, vienkārša ir patiesība, ka stāvoklis nav apmierinošs. Līdz ar to tā sabiedrības veselības aizsardzības sektora, kas fokusē psihisko veselību, izvērsšanai (psihosomatiskās medicīnas, psihoterapijas virzienā) nedrīkst likt gaidīt. Cerības vieš tas, ka neesam tukšā vietā – pamati ar Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras (1997. gadā) un klinikas (2011. gadā) izveidošanu ir ielikti.

Pateicoties Rīgas Stradiņa universitātei, mūsu rīcībā ir neliels augsti kvalificēts personāls, izglītības instrumenti, iestrādes un pieredze, uz kā var būvēt – ar mērķi, ka psihoterapija kļūst pieejama katram sabiedrības loceklim. Tātad īstenībā šī ir tā reize, kad galveno var pateikt pavisam īsi. Piebīdīšu, pandēmija situāciju ir ārkārtīgi saasinājusi, taču arī bez tās jautājuma svarīgums nebūtu nekāds mazais. Zinām taču: triecieni, traumatiski pārdzīvojumi, zaudējumi katram dzīvē ir iepriekšprogrammēti, jo ... “bezgalīgas ir tikai debesis”. Un vēl arvien ar lielu spēku strādā sākumā minētais vēstures sindroms, turklāt visjaunākie laiki (arī nerēķinot pandēmiju, kas gan grūti izdarāms) nav no saudzīgajiem. Ir vēl dažas lietas, ko, izmantojot izdevību, gribu pateikt. (Tālāko rakstot, neesmu baidījies, ka manis sacītais var likties naivs, pieņemot, ka man kā ārpusniekam tas netiks ņemts ļaunā.)

Ja cilvēka dzīvību izglābj ķirurgs, tas tiek nosvinēts ar aizkustinājumu un pateicību – pelnīti gūst skanējumu. Ja rīks ir bijis nevis skalpelis, bet psihoterapija, tad īss, izšķirošas iejaukšanās brīdis parasti nav bijis acu priekšā, jo darbība nav

koncentrēta īsā laika punktā, bet ir aizņēmusi varbūt pat gadus. Pacients varbūt pat nepamana, ka ir nevis vienkārši dzīvs, bet gan dzīvajos palikušais.

Latviešu (arī lietuviešu) valoda ir viena no tām, kas atšķirībā no daudzām apkārtējām leksiskā līmenī atšķir jēdzienus ‘dzīvība’ un ‘dzīve’. (Satura līmenī tos, protams, atšķir katra valoda.) Vai psihoterapijas lielle panākumi nav tie, kad tiek izglābtas cilvēku dzīves? Kad depresijas vai atkarības, stagnējoša sēru procesa, paaudzēs pārmantotu baiļu nomākts cilvēks terapijas rezultātā nevis vienkārši tiek brīvs no mocībām, bet gan no nedienu objekta kļūst par savas dzīves subjektu – “kapteini”, ja gribat: ir izglābts dzīves raženums – cilvēkā ir nosargāta viņa lemjošā, izvērtēt, izšķirties un, kas ir ne mazāk svarīgi, pretoties spējīgā personība. Tālāk ir “navigācija”, ne vairs “vējiem līdzī”.

Un vēl kas, kas pirmā brīdī var izraisīt skepsi, kas, manuprāt, ir viens no izšķirošajiem punktiem. Formulēšu to jautājuma veidā: kādas ir sabiedrības psihiskās veselības attiecības ar “sabiedrības morālo veselību”? Te esmu atļāvies akadēmiskam terminam blakus likt metaforu. Taču pieņemu, ka katram ir skaidrs, par ko šeit ir runa, un arī tas, ka saikne starp “veselībām” ir visai tieša. Vai tas tiek pienācīgi novērtēts?

*Dr. phil. Mārtiņš Boiko,*  
Jāzepa Vītola Latvijas Mūzikas akadēmijas profesors

## Pēcvārds

Šis svētku izdevums tapis, pateicoties daudzu brīnišķīgu cilvēku labestībai un atsaucībai neticami ātrā tempā un lieliskā, radošā gaisotnē. Mūsu Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras un klīnikas ārsti un darbinieki sirsnīgi pateicas visiem apsveicējiem un laba vēlētājiem, visiem autoriem un Rīgas Stradiņa universitātes (RSU) Izdevniecības un poligrāfijas nodaļas kolēģiem.

Katedras 25 gadu un klīnikas 10 gadu jubileju gribam svinēt kopā ar kolēģiem un draugiem no Latvijas un ārzemēm, dodot nelielu ieskatu mūsu padarītajā. Esam Latvijā no nulles izveidojuši gan studentu un ārstniecības personu pieprasītas un mīlētās mācību programmas psihosomatikā un psihoterapijā, gan klīniku, kurai pacienti un kolēģi izrāda lielu uzticēšanos un kurā lielā pieprasījuma dēļ pie ārstiem izveidojušās rindas mēnešu garumā, gan arī sākuši nopietni pievērsties pētniecībai. Darāmā vēl ir daudz, un mēs ceram, ka katedras un klīnikas nemitīgā izaugsme turpināsies. Šajā grāmatā atrodami īsi pieskārieni svarīgākajām tēmām, kuru pilnīgāks izvērsums ir atrodams RSU Izdevniecības un poligrāfijas nodaļai iesniegtajā zinātniskās kolektīvās monogrāfijas manuskriptā.

Paldies profesorei Aijai Žilēvicai, kura stāvēja pie katedras šūpuļa, un Jurim Lācim, kurš savukārt teica "jā" un uzticēja mums universitātes klīnikas veidošanu!

Paldies par koleģiālu atbalstu ikdienas darbā visiem mūsu kolēģiem Rīgas Stradiņa universitātē! Prieks strādāt kopā!

Paldies Medicīnas fakultātes dekāniem – jau aizsaulē aizgājušajam profesoram Vitālijam Zirdziņam, profesoram Guntim Baham un īpaši profesorei Janai Pavārei – viņu gudrie padomi un vērtējums ikdienas darbā ļoti palīdzēja!

Paldies rektoriem – profesoram Jānim Vētram, profesoram Jānim Gardovskim un profesoram Aigaram Pētersenam, kuru koleģiālā atsaucība un uzticība palīdzēja risināt vissarežģītākos jautājumus!

Īpašs paldies valsts darbiniekiem un politiķiem, kuri uzticējās Rīgas Stradiņa universitātes un tās docētāju labajam vārdam un uzdāvināja universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras un klīnikas darbam divas ēkas! Par pirmās ēkas Kapseļu ielā 23 nepieciešamību ārstiem, kuri valstī sāka strādāt

ar psihiskās veselības jautājumiem, izšķīrās profesore Baiba Rozentāle, kura tobrīd ieņēma veselības ministres posteni un paveica daudzas jēgpilnas lietas sistēmas sakārtošanai. Pateicamies viņai par drosmi un uzticēšanos! Par otru ēku Kristapa ielā 30, kur patlaban strādājam katru dienu, no sirds pateicamies valsts akciju sabiedrībai “Latvijas valsts meži” un tās prezidentam Robertam Strīpniekam, kā arī tā brīža zemkopības ministram Jānim Dūklavam, tā brīža veselības ministram Guntim Belēvičam un tā brīža premjerministrei Laimdotai Straujumai, kura šādu ēkas pielietojumu un īpašnieku maiņu atzina par jēgpilnu!

Novēlu jums visiem veiksmi un panākumus un vēlreiz izsaku mūsu nerimstošo paldies!

Pateicos visiem kolēģiem, kuri izturējuši šo nebūt ne vieglo maratonu 25 gadu garumā! Lai mums visiem kopā un katram atsevišķi labi veicas arī turpmāk!

Cieņā un pateicībā,  
*profesore **Gunta Ancāne***

UDK 615.851(474.3)

R 48

Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras 25 gadi un klīnikas 10 gadi (1996–2021): [Jubilejas izdevums]. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2023. –176 lpp. (t.sk. 21 lpp. fotoattēli).

Sastādītāja *Gunta Ancāne*

Grāmatas izstrādes koordinatore *Jana Grīnberga*

Autori:

*Gunta Ancāne* (ORCID: 0000-0001-6093-3732)

*Artūrs Ancāns*

*Dagmāra Beitnere-Le Galla*

*Roberts A. Berezins*

*Romāns Beskrovnijs* (ORCID: 0000-0001-7592-3561)

*Laura Bubko* (ORCID: 0000-0002-1611-0533)

*Katrīna Fjeldsteda*

*Ruthers Jans van der Hāhs* (ORCID: 0000-0001-5765-0520)

*Dace Krūmiņa* (ORCID: 0000-0002-6562-6181)

*Lelde Logina* (ORCID: 0000-0001-7272-7880)

*Olga Ļevašina* (ORCID: 0000-0003-4176-8422)

*Bernhards Palmovskis*

*Māra Pīlmane* (ORCID: 0000-0001-9804-4666)

*Oļegs Plesunovs* (ORCID: 0000-0002-4621-929X)

*Gļebs Troščenkovs* (ORCID: 0000-0002-2243-6265)

*Artūrs Utināns* (ORCID: 0000-0002-8994-6390)

*Laura Valaine* (ORCID: 0000-0002-1478-3363)

Grāmatā izmantoti fotoattēli no RSU Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras arhīva, RSU muzeja krājuma un personiskajiem arhīviem

Rīgas Stradiņa universitātes Izdevniecības un poligrāfijas nodaļa:

Vadītājs *Tenis Nigulis*

Galvenā redaktore *Aija Lapsa*

Redaktores *Inga Lievīte, Indra Orleja, Ināra Mikažāne*

Maketētāja *Kristīne Circene*

© Rīgas Stradiņa universitāte, 2021, 2023

Rīgā, Dzirciema ielā 17, LV-1007

Elektroniskajā izdevumā izņemta 6., 8., 10., 12., 14., 16., 18., 22., 50., 171. lpp., jo tajās nav iekļauta informācija.

ISBN 978-9934-563-96-6 (drukāts izdevums)

ISBN 978-9934-563-97-3 (elektronisks izdevums)