

# Kā ārstam strādāt ar pacientu emocionālajā krīzē

**Tarass Ivaščenko,**  
psihoterapeits, RSU Psihosomatiskās  
medicīnas un psihoterapijas katedra,  
RSU Psihosomatiskās medicīnas klīnika

**Natālija Bērziņa,**  
RSU MF 6. kursa studente

Lekcija par šo tēmu nolasīta LĀB konferencē  
*Psihiskā veselība un tās loma sabiedrības  
veselības aspektā* 2014. gada 8. martā.

**Viktorija Lapčinska,**  
RSU MF 6. kursa studente

## Īsumā

B.J. Kaplans uzskata, ka krīze sniedz personības izaugsmes iespējas un vienlaikus slēpj paaugstinātus psihiskās veselības ievainojuma draudus. Interesanti, ka ķīniešu valodā vārds *krīze* sastāv no diviem hieroglifiem, viens no tiem atsevišķi ir tulkojams kā *bīstamība* un otra nozīme ir *iespēja*. Arī krīzes stāvokļu psihoterapija (intervence) pacientam sniedz iespēju iegūt jaunus resursus krīzes pārvarēšanai, vienlaikus identificējot, mobilizējot un pilnveidojot jau esošus pacienta iekšējos resursus. [1]

Medicīnā pacienta emocionālā krīze tiek noteikta tikai ar dažām diagnozēm: akūta reakcija uz stresu (SSK-10 kods F43.0), reakcija uz stresu ar adaptācijas traucējumiem (F43) un posttraumatiskais stresa sindroms (F43.1). Visu šo diagnožu pamatā ir ārējo faktoru iedarbība. Ārsti noskaidro anamnēzi, novērtē simptomus un izdara secinājumus. Diagnozes precizēšana ļauj labāk noteikt ārējo faktoru iedarbību uz pacientu un izvēlēties piemērotāko ārstēšanu.

Taču ne vienmēr situācijas ir vienkārši atzināmas, un praksē bieži nākas saskarties ar jautājumiem, kāpēc līdzīgu ārējo faktoru iedarbības ietekmē dažiem cilvēkiem krīze attīstās (un ārsti var noteikt diagnozi), bet citiem – ne? Kāpēc viens cilvēks var iziet cauri veselai virknei traumatisku notikumu un nesalūzt, bet dažiem pēc ordināras dzīves situācijas attīstās smaga simptomātika? Varbūt ne vienmēr nozīme ir tikai ārējiem faktoriem? Tas nosaka nepieciešamību dziļāk izprast krīzes dabu.

## Kas ir krīze?

Krīze tiek definēta kā subjektīva reakcija uz trausmainu dzīves situāciju, kas tik ļoti ietekmē cilvēka emocionālo stabilitāti, ka spējas pārdzīvot notikušo un funkcionēt var tikt nopietni apdraudētas [2]. Tātad nevis notikums, bet cilvēka individuālā reakcija uz šo notikumu var novest līdz krīzei. Un, ja šīs emocionālās reakcijas (ciešanas) izraisa cilvēkam pagaidu nespēju tikt galā ar saviem ikdienas uzdevumiem, tad ir pamats runāt par krīzes attīstību [3, 4]. Personības dezorganizācija pastāvēs, kamēr krīzi izraisošie faktori, kurus indivīds uztver

kā ciešanu avotu, nemazināsies.

Cilvēku, kas ir nonācis krīzes stāvoklī, var atpazīt pēc vairākām pazīmēm, kuras, savukārt, sadalītas atsevišķās grupās – emocionālās, fiziskās, kognitīvās un ilgtermiņa uzvedības krīzes pazīmes.

Emocionālās krīzes pazīmes: trauksme, kas ir visbiežākā krīzes izpausme, bailes, vainas izjūta, kauns, pazemojums, skumjas, sāpes, dusmas, vientulība, bezcerība, bezspēcība, bezpalīdzības izjūta.

Krīzes fiziskās pazīmes ir ārēji novērojamas pazīmes vai faktori, par kuriem sūdzas krīzē nonākušais cilvēks, un parasti tās ir dažādas veģetatīvas nervu sistēmas disregulācijas izpausmes: nogurums, apetītes trūkums, sirdsklauves, sāpes krūtīs, trīce, drebuļi, svīšana, elpas trūkums, tahipnoja, hipertensija, galvassāpes, bezmiegs, reibonis, slikta dūša, vemšana, caureja.

Krīzes stāvoklī mainās arī cilvēka ārējās pasaules uztvere, kas veido krīzes kognitīvās pazīmes. Cilvēkam ir palēnināta uztvere un domāšana, rodas grūtības problēmu risināšanā, ir grūti koncentrēties, rodas arī atmiņas traucējumi, nespēja noturēt uzmanību. Krīze ietekmē cilvēka spēju atpazīt vietas un citus cilvēkus, parādās dezorientācija laikā un telpā, var būt murgaini sapņi un traumatiskas atmiņas (*flashbacks*). [5]

Izņemot emocionālās, fiziskās un kognitīvās krīzes pazīmes, kuras varētu uzskatīt par īstermiņa uzvedības traucējumu pazīmēm, krīzes gadījumā var attīstīties arī ilgtermiņa uzvedības traucējumu pazīmes:

- pārmaiņas ikdienas aktivitātēs (dažreiz cilvēki pilnīgi maina dienas kārtību);

- norobežošanās no citiem (sociāla izolēšanās, cilvēki pārstāj satikties ar draugiem, var neatbildēt uz telefona zvaniem un nezvanīt atpakaļ);
- alkohola, narkotiku, nikotīna lietošana;
- pārmaiņas seksuālajā uzvedībā (no hiposeksualitātes līdz hiperseksualitātei);
- jutība pret gaismu un skaņu;
- aizdomīgums;
- nespēja nomierināties un atpūsties;
- somatizācija (sākas hronisko slimību sasasinājums, var attīstīties slimīga uzvedība (angl. *illness behaviour*). [5])

## Krīžu veidi

Lai gan krīzes pazīmes pacientiem var būt vienādas, krīžu izcelsme ir atšķirīga.

Līdz ar to pastāv dažādi krīzes veidi, piemēram, **traumatiskā krīze**, kuru izraisa negaidīti, neplānoti notikumi, pārdzīvojot zaudējumu vai nelaimes gadījumu. [4, 6, 7] Ar šo krīzes veidu savā praksē sastopamies visbiežāk. Ļoti svarīgi ir atcerēties, ka traumatiskā krīzē var nonākt gan tie cilvēki, kurus notikušais ir ietekmējis tieši, gan arī notikušās nelaimes **aculiecinieki**. Traumatiskā krīze bieži vien attīstās ietekmē arī uz cietušā **tuviniekiem**, jo viņi izjūt dziļu līdzjūtību pret cietušo un viņa ciešanām, pārdzīvo cietušajam līdzīgu, turklāt viņiem ir nepieciešams rast sevī spēkus atbalstīt cietušo un sadzīvot ar viņu, kas prasa no tuviniekiem papildus lielāku psihisko un emocionālo resursu izmantošanu.

Cits plaši izplatīts krīzes veids ir **attīstības krīze**, ko katrs cilvēks pārdzīvo savā dzīvē. Šī krīze rodas, cilvēkam sastopoties ar neizbēgamiem psihosociālajiem augšanas un attīstības procesiem. Taču ne katram indivīdam augšanas vai attīstības procesi izraisa attīstības krīzi – tā vienlaikus ar adaptācijas traucējumiem rodas tad, ja cilvēks saskaras ar nepārvaramām grūtībām, kas neļauj viņam ieiet nākamajā personības vai attiecību attīstības fāzē. [4, 8] Piemēram, attīstības krīze var veidoties sievietei grūtniecības laikā vai

pēc bērna piedzimšanas, cilvēkam aizejot pensijā vai stājoties laulībā.

**Eksistenciālā krīze**, ar kuru agrāk vai vēlāk savā dzīvē saskaras katrs no mums, veidojas iekšēja konflikta un trauksmes izjūtas dēļ, kas mūsos rodas, kad apzināties savu izolētību vai vientulību šajā pasaulē, savu mirstīgumu un sākam aizdomāties par dzīves jēgu un izvēles brīvību. [4, 8]

Ceturtais psihoterapijā identificējams krīzes veids ir **daudzdimensiju krīze**, kuras nosaukums runā pats par sevi, – šī krīze rodas, ja cilvēks vienlaikus pārdzīvo vairākus krīzes veidus. Atsevišķos gadījumos indivīds var pārdzīvot traumatisko, attīstības un eksistenciālo krīzi vienlaikus. Piemēram, cilvēka dzīvē norisinās vairāki notikumi vienlaikus: aiziešana pensijā, laulātā nāve, bērnu aizbraukšana, dzīves jēgas meklēšana. [1]

## Krīzes fāzes

Neatkarīgi no krīzes veida katra krīze ir iedalāma vairākās konstantās fāzēs [1, 9, 10]:

- **akūtā fāze**, kad pastāv akūta stresa reakcija (ilgst dažas stundas). Šajā fāzē

cilvēks var būt nekonsekvents, dezorganizēts, uzbudināts un agresīvs. Toties var attīstīties arī pilnīgi pretējas reakcijas, un cilvēks var būt mierīgs, nomākts, noslēgts un apātisks;

- **reakcijas fāze**, kurai raksturīgas sāpīgas, dusmas, neticība cilvēkiem, kauns, vainas apziņa, bezspēcība, bezcerība, attīstības fizioloģiskas reakcijas;
- **risināšanas fāzē** sākas problēmu izpratne, pakāpeniska stabilizācija;
- **pārorientēšanās fāzē** parādās samierināšanās ar **zaudējumu**, cilvēks sāk veidot jaunus dzīves plānus.

Vidēji izešana cauri visām krīzes fāzēm ilgst aptuveni gadu. Tomēr katrs gadījums ir individuāls, un ir cilvēki, kuri iegrimst savos pārdzīvojumos uz ilgāku laiku.

Mums ir jāpieņem un jāsaprot, ka krīze ir katra indivīda dzīves neatņemama sastāvdaļa. Taču, nonivelējot šīs problēmas nozīmi, veltot tai nepietiekamu uzmanību, mēs riskējam saskarties ar smagām sekām, ko izraisa krīze un kas būtiski ietekmēs cilvēku, viņa dzīves kvalitāti, psihi un rezultātā arī veselību.

## Krīzes iespējamās sekas

Primāri neizārstēta krīze ietekmē cilvēka dzīves kvalitāti, tā pasliktinās. Dzīves kvalitāte kļūst sliktāka arī cietušā tuviniekiem, jo viņi neizbēgami ir pakļauti cietušā noskaņojumam un jūt līdzīgu viņa pārdzīvojumiem.

Taču dzīves kvalitātes pasliktināšanās nav vienīgās krīzes sekas, to izplatība ir daudz dziļāka un visaptveroša. Cilvēkam, kas nav veltījis pietiekamu uzmanību krīzes situācijas atrisināšanai, attīstās somatizācija un pašdestruktīva uzvedība (angl. – *self-destructive behaviour*): pastiprināta alkohola, narkotiku, nikotīna lietošana, ļoti bieža seksuālo partneru maiņa, agresīva auto vadīšana, var parādīties pastāvīga nomāktība un depresīvs noskaņojums. Vēlāk cilvēkam var būt diagnosticēti adaptācijas traucējumi un posttraumatiskā stresa sindroms (PTSS).

Vairāku krīzes izraisītu seku kopums vienā personībā rada uzvedību, kuras ietekme izplatīsies uz sociumu. Tas parāda, ka krīze ir ļoti sarežģīts psihoemocionāls fenomens, kura likvidēšanai ir nepieciešams sniegt

**Mierīgs pacients – priecīgs dakters!**

**Valocordin® SIRDSDMIERAM!**

**Valocordin®** ir šķīdums iekšķīgai lietošanai, ko lieto sirds neiropes, neiropes ar paaugstinātu uzbudināmību un psihosomatiskām izpausmēm, baļu un nervozitātes, bezmiega un veģetatīvā uzbudinājuma gadījumos.

Krewel Meuselbach

profesionālu palīdzību. Tieši psihoterapija krīzes stāvoklī spēj nodrošināt nepieciešamo palīdzību.

## Krīzes interence un tās mērķi

Krīzes interence jeb psihoterapija krīzes stāvoklī kā ārstēšanas process ir vērstas uz tūlītēju problēmas risināšanu, izmantojot cilvēka personiskos, sociālos un vides resursus. [3] Parasti krīzes intervenci izmanto darbam ar cilvēkiem, kas ir piedzīvojuši kādu traumējošu notikumu un nevar pārvarēt tā sekas patstāvīgi. Tās mērķis ir atjaunot cilvēka spējas pārvarēt stresu, sniegt atbalstu, novērst turpmāku cilvēka stāvokļa pasliktināšanos, veicināt personības izaugsmi un rast efektīvu problēmas risinājumu. [3, 11]

Mūsu gadsimtā acīmredzama ir kļuvusi nepieciešamība pēc kvalificētas palīdzības un atbalsta sniegšanas krīzes pacientam, lai veicinātu krīzes pārvarēšanu, pacienta adaptāciju situācijai, palīdzētu pacientam sasniegt augstāku funkcionēšanas līmeni, kāds ir bijis pirms krīzes, attīstot jaunu stressa pārvarēšanas (angl. *coping*) mehānismu, palīdzētu iziet cauri sērošanas procesam, atvieglotu viņa ciešanas, saglabātu un mobilizētu personības veselo daļu.

Ārstēšanas procesā būtiska nozīme ir pacienta sadarbībai ar ārstu. Efektīvas sadarbības veidošana un tās esamība palielina ārsta iespējas laikus identificēt pacientam suicīda risku un mazināt to. [12]

Lai gan krīzi izraisošas situācijas var būt līdzīgas, katrs cilvēks ir unikāls. Tāpēc, izmantojot krīzes stāvokļu psihoterapiju, ir svarīgi atcerēties, ka visi pacienti uztver notikumus unikāli, un, ņemot vērā viņu individuālās vajadzības un iepriekšējo pieredzi, katram pacientam jāpiemeklē un jāizmanto individuāla pieeja atbilstoši pacienta jūtām, vērtībām un uzskatiem. Jāpiebilst, ka ne katrs ārsts var būt piemērots darbam ar krīzes pacientiem, jo, lai atcerētos par katra cilvēka unikālo dabu un izvairītos no vispārinājumiem, ārstam ir jāattīsta empātiskas spējas, vienlaikus atturoties no subjektīvas iesaistīšanās pacienta krīzē. [11]

Krīzes stāvokļu psihoterapija jeb interence ir sava veida *ātrās palīdzības* metode, kas balstās uz cieņu. Gan pacienti, gan viņu ģimenes locekļi tiek aktīvi iesaistīti sadarbībā un lēmumu pieņemšanā aprūpes procesa gaitā. Šīs metodes pamatā ir uzskats, ka stress ir cilvēka esamības normāla daļa un ka tas var veicināt pašattīstību un izaugsmi. Krīzes intervences gaitā pacien-

tiem tiek dota iespēja pilnveidoties un mainīties pieņemšanas, uzticības un empātiskas saprašanas vidē. [13]

Lai sekmīgi izmantotu psihoterapiju un panāktu pacienta uzticēšanos un empātiskas komunikācijas veidošanos, ārstam ir svarīgi savā darbā balstīties uz terapeitiskās alianses veidošanu un krīzes intervences lietošanas principiem. [12] Viens no svarīgākajiem principiem ir atcerēties, ka krīzes stāvokļu psihoterapija ir **profilaktisko pasākumu kopums, kas vērstas uz krīzes izraisīto seku novēršanu un pret to progresēšanu.**

Otrs, ne mazāk svarīgs princips ir fokusēšanās uz cilvēka uztveres maiņu. Jāatzīst, ka krīzes psihoterapijas pieejā šim principam ir izšķiroša loma. [3]. Šo principu var attēlot shematiski, atspoguļojot psihoterapeita darba uzmanības virzienu [3] (skat. 1. shēmu).

Terapeitiskās komunikācijas posmā ir nepieciešams nodibināt un saglabāt kontaktu ar pacientu. Šajā posmā uzticība un aktīva klausīšanās ir bāzes elementi. Psihoterapeitam ir jāpārliecinās, ka pacients jūtas saprasts, pieņemts un atbalstīts. Visā krīzes laikā svarīgi ir uzturēt kontaktu ar pacientu. Ārstam ir nepieciešams izvairīties no *kāpēc* jautājumiem, jo tiem ir vainojoša nostāja, kas aizkavē terapeitisko attiecību veidošanos. Terapeitiskai komunikācijai jābūt dabiskai, ērtai un fokusētai uz pacientu. [10, 14] Lai cik paradoksāli tas izklausītos, bet krīzes intervences gaitā ir nepieciešams ru-

nāt par jūtām, domām un fantāzijām, kas uztur cietušā krīzes reakciju, nevis palīdz no tās izbēgt. [9]

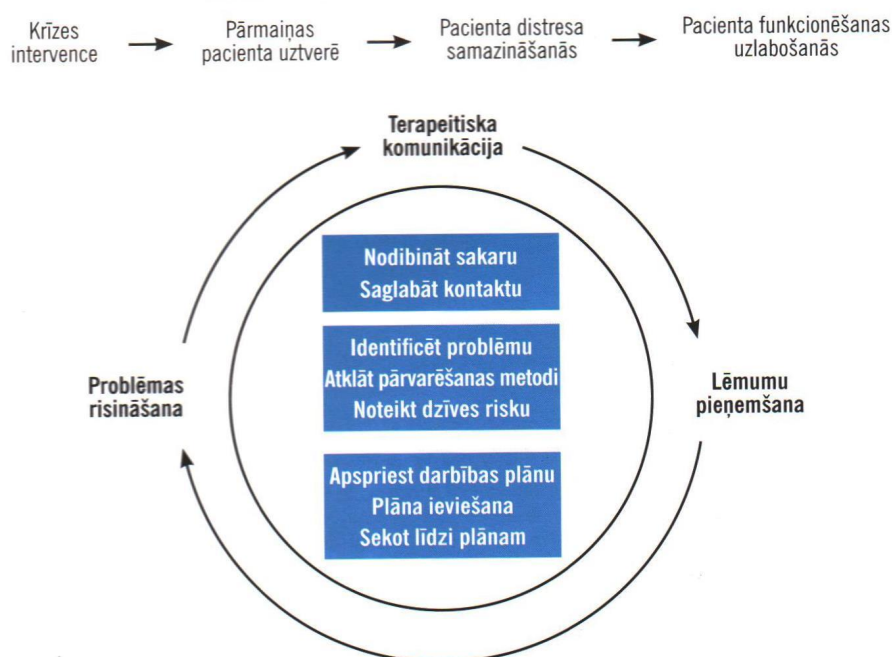
Lēmumu pieņemšanas posmā notiek problēmas identifikācija. Ir jāsavāc pēc iespējas vairāk informācija, kas **var** novest pie krīzes pamata saprašanas. Šī informācija bieži vien saistīta ar **zaudējuma tēmu** (kontrolas zaudējums pār situāciju vai cilvēku, aprūpes zaudējums, piespiesta regulēšanas loma u.c.). Lēmumu pieņemšanas stadijā ārsta uzdevums ir palīdzēt katram pacientam saprast savas krīzes saknes un samazināt pašapvainošanos un pārdomas sakarā ar notikumu vai problēmu. [4]

Problēmas risināšanas posmā veido pacienta krīzes pārvarēšanas metodes izpētišana un darbības plāna apspriešana ar pacientu. Šajā posmā svarīgi ir pievērsties jauno pārvarēšanas metožu izpētei, jo tas var ietvert sevī problēmas risinājumu. Nākamais solis ir plāna izveide. Plānam jābūt orientētam uz tagadējo problēmu un jābūt virzītam uz konkrētas krīzes pārvarēšanu. Svarīgi atzīmēt, ka plānam jābūt reālam, konkrētam un ar noteiktu laiku. [4]

Lielbritānijas zinātnieks un praktiķis Nīls P. Robertss, kurš lielu uzmanību ir veltījis krīzes un PTSS izziņāšanai, ir izstrādājis nedaudz citādu krīzes ārstēšanas modeli, to sadalot septiņās secīgās stadijās. [15]

Robertss piedāvā pirmajā stadijā plānot un veikt rūpīgu pacienta biopsihosociālo un krīzes novērtēšanu. Tajā jāietver suicīda un

### 1. shēma | Psihoterapeita darba uzmanības virzieni



homicīda riska, medicīniskās uzmanības pievēršanas nepieciešamības novērtēšana, alkohola un narkotiku lietošanas anamnēzes noskaidrošana, kā arī jānoskaidro iepriekšējās negatīvās stresa pārvarēšanas metodes.

N.P. Robertss ir norādījis, ka otrajā stadijā ar pacientu jāizveido psihoemocionāls kontakts, jānodrošina saikne. Izsakot cieņu un pieņemšanu, psihoterapeits panāk ciešas terapeitiskas attiecības ar pacientu.

Robertss uzskatījis par nepieciešamu trešajā stadijā izmeklēt un definēt krīzes vai problēmas apmērus. Viņš ir norādījis, ka jāidentificē visi jautājumi un izaicinājumi, ar ko pacientam iespējami būs jāsaskaras.

Zinātnieks aicina ceturtajā stadijā atbalstīt pacienta jūtu un emociju izpēti, un to var sasniegt, ārstam izmantojot aktīvo klausīšanos un atbildot pacientam ar iedrošinošiem atgalvokļiem. Refleksija un pāfrāzēšana arī var palīdzēt šādā situācijā.

N. P. Robertss ir piedāvājis piektajā stadijā izpētīt pacienta pozitīvās pagātnes pārvarēšanas metodes un alternatīvas. Lai šis process noritētu veiksmīgi, pacients jāuztver kā atjautīga un elastīga persona ar potenciālu resursu klāstu [16]. Personām, kas strādā ar krīzes pacientiem, ir jābūt kreatīvām un fleksiblām, risinot krīzes situācijas.

Robertss aicina sestajā stadijā pievērsties darbības plāna izstrādei un ieviešanai. Šajā stadijā ir jāidentificē pacientu atbalstošās personas. Pacientam ir jāspēj izmantot kādu no krīzes pārvarēšanas metodēm.

Robertss paredz pēdējā ārstēšanas stadijā izveidot pacienta uzraudzības plānu. Ir svarīgi sekot līdzi pacienta veselības stāvoklim pēc pirmreizējās ārstēšanas, lai noteiktu pacienta statusu un pārliecinātos, ka krīze ir atrisināta. [15]

Tādējādi mēs redzam, ka tā sauktā klasiskā pieeja krīzes ārstēšanai un Neila P. Roberta piedāvātais modelis ir ļoti līdzīgi – ar atšķirību, ka Roberta modelis sadala darbu ar krīzes pacientu sīkākās stadijās, detalizētāk aprakstot atsevišķas ārsta darbības un to secību, kas, iespējams, var palīdzēt labāk izprast krīzes ārstēšanas shēmu.

## Ko nedrīkst darīt krīzes situācijās

Kad cilvēks atrodas krīzes situācijā, ir svarīgi neatstāt cilvēku izolētu, bez uzraudzības un kontakta. Nevajag apspriest pašnāvības izdevīgumu un labumu, bet ne-

drīkst arī noliegt cilvēka suicidālas idejas. Ir pierādīts, ka, izrunājot ar pacientu viņa suicidālas idejas, tas nemotivē viņu taisīt pašnāvību, bet, otrādi, palīdz cilvēkam atturēties no suicīda.

Krīzes intervencē nav pieļaujams analizēt pacienta uzvedību, vainot, moralizēt vai kritizēt pacientu un ir aizliegts izmēģināt šoka terapiju, jo tas var nonivelēt krīzes intervences efektivitāti kā tādu. Ārstam jābūt saistošam, bet ne pārāk aktīvam, lai ļautu pacientam izpaust sevi, jo krīzes stāvoklī pacientam var būt palēnināta uztvere.

Un pēdējā, bet ne mazāk svarīgā piezīme par to, ko nedrīkst darīt darbā ar krīzes pacientiem, – nedrīkst ļaut sevi iemidzināt un apmānīt ar cilvēka teikto, ka krīze ir garām. [9] Dažreiz cilvēki baidās vērsties pēc palīdzības vai arī baidās izskatīties vāji apkārtējo cilvēku acīs. Ir svarīgi atcerēties, ka, iespējams, šajā situācijā nostrādā psihes aizsardzības mehānismi un sekas vienkārši būs vēlāk.

## Palīdzības sniegšanas īpatnības krīzes (ārkārtas) situācijās

Pastāv daži priekšraksti darbam ar cietušajiem ārkārtas situācijās.

Pirmais priekšraksts ir visu uzmanību veltīt cietušajam un nekādā gadījumā sev.

Otrais – nepieciešams fokusēties uz šeit un tagad. Krīzes intervence ir orientēta uz darbību un fokusējas uz situāciju.

Nepieciešams runāt par to, kas uztur cietušā krīzes reakciju. Šeit jāpiebilst, ka palīdzības sniedzējam var būt spēcīgas emocionālas reakcijas uz pacienta jūtām, domām vai fantāzijām! Tas ir iemesls, kāpēc krīzes intervence jāsniedz speciāli trenētiem speciālistiem, jo bez speciālās sagatavotības ir liela iespēja izdegt.

Cits palīdzības sniegšanas paņēmieni ir *ventilācija* vai *izlikšana no sevis ārā*, kas pati par sevi ļauj cilvēkam justies labāk, sniedz atvieglojumu un ir sevišķi lietderīga, lai cilvēks atbrīvotos no nepatīkamu pārdzīvojumu radītā sasprindzinājuma. *Ventilācija* vienkopus ir viena no atbalsta terapijas metodēm, kas var palīdzēt uzturēt pacienta pašcieņu un samazināt trauksmi.

Krīzes palīdzības sniedzējam ir uzmanīgi jāklausa, kā pacients apraksta stresa situāciju vai notikumu. Izmantojot aktīvo klausīšanās metodi, ir jāatspoguļo, ko pacients saka, lai pēc iespējas dziļāk izprastu viņa attieksmi pret to, kas ir noticis, jo ir svarīgi

noskaidrot un redzēt saikni starp krīzi un iepriekšējiem notikumiem. Tiem var būt īpaša nozīme. Piemēram, tuva cilvēka zaudējums var uzkurināt skumjas no iepriekšējiem zaudējumiem, izraisot ķēdes reakciju. Rezultātā krīze var izrādīties daudz dziļāka.

Palīdzības sniedzējam ir nepieciešams noskaidrot, kā pacients ir risinājis līdzīgas problēmas pagātnē un kā ticis galā ar citām stresa situācijām. Šī informācija var būtiski palīdzēt sastādīt tieši šim pacientam piemērotu krīzes pārvarēšanas plānu.

Krīzes gaitā reakcijas jeb risināšanas fāzē pacients iziet cauri sērošanas procesam. Neirotiskā tipa cilvēkiem parasti pašiem ir nepieciešamie resursi, lai izietu cauri sērošanas procesam un pārvarētu savus pārdzīvojumus. Iejaukšanās šajā gadījumā nav vajadzīga.

Turpretim, ja cilvēkam nav iekšējo resursu, kas nepieciešami sērošanas procesa pārvarēšanai, cilvēkam var attīstīties depresija. Tieši šajā gadījumā speciālista palīdzība ir visvairāk nepieciešama.

## Sēras

Sēras ir emocionāla reakcija, kura veidojas pēc zaudējuma. Interesanti, ka zaudējums var būt ne tikai pastāvīgs (nāve), kā visbiežāk tiek uzskatīts, bet arī īslaicīgs (prombūtne), reāls, fizisks, emocionāls vai pat izdomāts.

Neatkarīgi no pacienta pārdzīvotā zaudējuma veida svarīgi ir atcerēties, ka sērošana atšķirībā no depresijas (patoloģisks stāvoklis ar lielu iekšējo agresiju) ir normāls process. [17] Sērošanas procesam parasti izšķir četras stadijas. [10, 18]

Pirmā stadija ir šoka un nolieguma stadija, un tā ilgst no 7 līdz 9 dienām. Šajā stadijā cilvēkam ir novērojamas tādas reakcijas kā apetītes un aktivitāšu zudums, muskuļu vājums, samazināta jutība pret sāpēm.

Otrajā, tā sauktajā dusmu stadijā, kas ilgst no 5 līdz 12 dienām pēc tuvinieka nāves, notiek zaudējuma noliegšana.

Trešās, vainas stadijas sākumā cilvēkam novēro fizisko simptomu pastiprināšanos. Vainas stadija ilgst līdz 6–7 nedēļām pēc tuvinieka nāves, un tas ir visstiprākais pārdzīvojumu periods, kad cilvēkam ir tukšuma sajūta.

Pēdējā ir samierināšanās stadija, kuras laikā cilvēks pakāpeniski samierinās ar zaudējumu un viņam atjaunojas fizioloģiskās funkcijas un profesionālā darbība.

Sērošanas akūtie simptomi – raudāšana, vājums, miega traucējumi, vainas izjūta – ilgst no 1 līdz 2 mēnešiem. Tiek uzskatīts par normu, ja sērošanas process kopumā ilgst apmēram gadu.

Ja process ieilgst un cilvēks netiek galā ar savām jūtām, var attīstīties patoloģiskas sērošanas sindroms. Komplicētu sēru gadījumā ieteicamas psihoterapeita konsultācijas. Sērošanas procesā iestrēguša pacienta ārstēšanas mērķis ir sociālas dezadaptācijas un psihosomatisku slimību profilakse.

## Darbs ar sērojošu pacientu

Profilaktiskie līdzekļi, kas tika izmantoti īsi pēc smaga zaudējuma pārdzīvošanas, esot izrādījušies efektīvi attiecībā pret cilvēkiem ar paaugstinātu patoloģiskas sērošanas reakcijas attīstību. Riska faktori: atbalsta trūkums no tuviniekiem, acīmredzami ambivalentas attiecības pagātnē ar mirušo un vismaz trīs psihotraumatiski notikumi, kas ir notikuši vienlaikus.

Principi, kas ārstam jāievēro, strādājot ar pacientu, kas sēro:

- klausīties nenosodot;
- uztvert cilvēka jūtas un bailes nopietni;
- pacientam ir svarīgi izteikt bēdas, nožēlu, dusmas, vainas, zaudējuma izjūtas;
- veicināt runāšanu, raudāšanu;
- akceptēt bailes sajukt prātā;
- akceptēt zaudējuma sāpes. [18–20]

Atsevišķos īpaši smagos gadījumos varētu būt nepieciešams apsvērt medikamentu lietošanu. Nosakot medikamentozo ārstēšanu, pirmām kārtām ir jāvadās pēc principa *nilhil nocere* (nenodari pāri), jo ne vienmēr un ne visiem pacientiem vajag izrakstīt anti-depresantus. Dažos gadījumos antidepresanti var **provocēt** trauksmi. Turklāt, sniedzot tikai farmakoloģisku terapiju pacientam, kurš atnāk cerībā uz tehnisku problē-

mas risinājumu, krīze un sērošanas process var paildzināties. Paildzinot sērošanas procesu, var veicināt simptomu hronifikāciju, jo, lietojot medikamentus, notiek izvairīšanās no izaicinājumiem, konflikta mobilizācijas, pārmaiņām, zaudējuma izdzīvošanas un iespējas sākt kaut ko jaunu.

Sērošanas reakcijas var būt arī izkropļotas vai pārmainītas, piemēram: sevis vainošanas murgi, suicidālas domas un mēģinājumi, ieilgšana, pārmērīga pārdzīvojumu intensitāte utt. Darbā ar pacientu, kuram ir novērojamas šādas reakcijas, vajadzētu ievērot šādas rekomendācijas:

- mudiniet jūtu izpausmi un apzināšanos;
- strādājiet ar problēmām, kas izraisa stipras atkarības;
- pievērsiet uzmanību pacienta un mirušā attiecībām;
- palīdziet pacientam izvairīties no vainas izjūtas, ja tā nav pamatota;
- ja vainas izjūta ir pamatota, pārdomājiet, kā cilvēks var ar to sadzīvot;
- mēģiniet atrast nesakārtotas attiecības starp pacientu un mirušo. [10, 20]

## Kā neizdegt, sniedzot palīdzību

Visur ir nepieciešams līdzsvars. Tāpēc, sniedzot palīdzību un strādājot ar cilvēkiem krīzē, nepārtraukti izrādot empātiju pret pacientu, bet sevi un savas vajadzības un izjūtas nonivelējot, ārstam tomēr ir nepieciešams veļtīt uzmanību arī savam stāvoklim, lai laikus pamanītu izdegšanas sindroma pazīmes.

No psihoemocionālā viedokļa krīzes intervence ir ļoti smags darbs, jo nākas saskarties ar cilvēka ciešanām, kas nepārprotami atstāj iespaidu arī uz ārstu. Visbiežāk tas notiek gadījumos, kad ārsts ir empātisks, kas, savukārt, ir nepieciešams terapeitiska kontakta izveidei, un *izlaiž caur se-*

vi pacienta izjūtas. Tāpēc pastāv vairāki ieteikumi krīzes intervences sniedzējiem, kā neizdegt, sniedzot palīdzību krīzē esošiem cilvēkiem. Apkopojot šos padomus, ir izveidoti šādi principi:

- attīstīt savu pašcieņu;
- nebaidīties no pacienta jūtām;
- suicidālo uzvedību uzskatīt par lūgumu pēc palīdzības;
- bez vainas izjūtas ārstēt pacientus;
- apspriest pacienta un savu stāvokli ar supervizoru vai vismaz ar vairāk pieredzējušu kolēģi;
- nevainot citus un neļaut vainot sevi;
- neuzņemt pacienta teikto personiski;
- neturēties pie pagājušā (būt šeit un tagad);
- neiet pret savām vērtībām;
- būt godīgam pašam pret sevi, saviem mērķiem;
- nebaidīties saukt palīgā citus speciālistus;
- izmantot laiku jēdzīgi;
- ļaut sev atpūties un atslābināties ārpus darba. [10, 21–23]

Tāpat kā citi cilvēki, arī ārsts nav robots un nevar strādāt mehāniski, bez atpūtas pildot savas funkcijas. Darbs ar pacientiem, it īpaši ar tiem, kas atrodas krīzes stāvoklī, pieprasa maksimālu koncentrēšanos un skaidru prātu.

Tāpēc ir jāmeklē visas iespējas atjaunot savus iekšējos resursus. Par tiem runājot, nobeigumā gribētos atgādināt veselības saglabāšanas formulu:

- pietiekami kustēties, svarīgs ir aktīvs dzīvesveids;
- pilnvērtīgi atpūties un izgulēties;
- lietot veselīgu un daudzveidīgu pārtiku;
- izveidot un uzturēt emocionāli pilnvērtīgas attiecības ar līdzcilvēkiem.

Tad, sniedzot palīdzību, mēs būsim spējīgi to darīt labāk, biežāk un efektīvāk. □

## Literatūra

1. Priscilla Dass-Brailsford. A Practical Approach to Trauma. Empowering Interventions. 2007 ([http://www.sagepub.com/upm-data/14229\\_Chapter5.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/14229_Chapter5.pdf))
2. Bard, M., Ellison, K. Crisis intervention and investigation of forcible rape. The Police Chief, 41, 68-73. 1974
3. Crisis Intervention. Nursing best practice guideline. Tazim Virani, Anne Tait, Heather McConnell, Carrie Scott, Elaine Gergolas. 2002.
4. Hoff Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 1995. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (2005). Crisis Response Service Standards for Mental Health Services and Supports.
5. R.H. Lubit Acute stress disorder, 2013. Pieejams: <http://emedicine.medscape.com/article/2192581-overview>
6. Lazarus, A. A. Multimodal behavior therapy. New York: Springer, 1976.
7. A study of psychological crisis intervention with family members of patients who died after emergency admission to hospital. Wei-Wang, Dong-dong Chen, Yebing Yang. Social Behavior And Personality, 2010, 38(4), 469-478.
8. James R.K., Gilliland B.E. Crisis Intervention Strategies, 7th edition, Brooks/Cole 2013. Pieejams: <http://www.cengagebrain.com.au/content/9781285285771.pdf>
9. Albert R. Roberts. Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research. Third Edition, Oxford University Press, 2005.
10. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Изд-во Эксмо, 2005, 960 с. ISBN 5-699-07805-3
11. Gilliland, B. E., James, R. K. (2000). Crisis intervention strategies. Beijing: China Light Industry Press.
12. Gould, M. A., Greenberg, T., Velting, D. M., Shaffer, D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. 2003. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(4), 386-405.
13. Baldwin, B. A. Crisis intervention in professional practice: Implications for clinical training. American Journal of Orthopsychiatry, 1977. 47(4), 659-670.
14. Graham, R. J. Understanding the benefits of poor communication. 1981. Interface, 11, 80-82.
15. Roberts, A. R. (Ed.). (1990). Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research. Belmont, CA: Wadsworth.
16. Roberts, A. R. (Ed.). (2000). Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research. New York: Oxford University Press.
17. Izard, C. E. (2001). Emotional intelligence or adaptive emotions? Emotion 1 (3): 249-257. doi:10.1037/1528-3542.1.3.249. PMID 12934684
18. Kübler-Ross, E. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss, 2005. Simon & Schuster Ltd, ISBN 0-7432-6344-8.
19. Lichtenahl, W. G.; Cruess, D.G. (2010). Effects of Directed Written disclosure on Grief and Distress symptoms among bereaved individuals. Death Studies 34 (6): 475-499. doi:10.1080/07481187.2010.483332
20. Melinda Smith, J. S. (2012, January). Coping with Grief and Loss. Retrieved March 15, 2012, from helpguide.org: [http://helpguide.org/mental/grief\\_loss.htm](http://helpguide.org/mental/grief_loss.htm)
21. H. J. Freudenberg, A. Robbins. The Hazards of Being a Psychoanalyst (1979). Psychoanalytic Review, 66:275-296.
22. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования. Журнал практической психологии и психоанализа. 2001, № 3.
23. G.Ancāne. Ārsta un pacienta attiecības un jaunie psihiskās veselības koncepti. Latvijas Ārsts, 2012, Nr.10, 30.-33.lpp.