



Doctus

žurnāls ārstiem un farmaceitiem

Padalies:  

Klīniskā prakse

Psihosomatiska pieeja kardioloģiskiem pacientiem

Vaščenko T., Romanova J., Bērziņa N. | Augusts 2013

Pasaules Veselības organizācijas dati (2009) liecina, ka attīstītajās valstīs vairāk nekā 50% nāves gadījumu iemesls ir sirds–asinsvadu slimības. [1] Viena no galvenajām šo slimību grupā ir koronāra sirds slimība (KSS) un tās iznākums miokarda infarkts. [2] Ļoti svarīgi apzināties, ka nopietna nozīme KSS attīstībā ir psihiski emocionālajiem faktoriem, kas ir tikpat svarīgi kā hiperlipidēmija, cukura diabēts, perifēro artēriju slimība. Mazinot psihoemocionālu problēmu ietekmi uz cilvēku, var mazināt arī varbūtību, ka slimība attīstīsies, tādējādi būtiski ietekmējot dzīves ilgumu un kopējo dzīves kvalitāti.

Psihosomatiskās medicīnas attīstība un nozīme mūsdienu medicīnā

Psihosomatiskā medicīna ir medicīnas specialitāte par ķermeņa, psihi un sociālo faktoru mijiedarbību un nozīmi cilvēka psihisko un somatisko jeb ķermenisko slimību un traucējumu izcelsmē, norisē, ārstēšanā, prognozē un profilaksē. [3]

Jēdziens "psihosomatisks" medicīnā parādījās XIX gadsimta sākumā. Šā medicīnas termina autors ir angļu dzejnieks *Samuel Coleridge*, kas, šķiet, viens no pirmajiem vārdu "psihosomatisks" lietojis tā šodienas nozīmē. 1811. gadā kādā vēstulē viņš rakstījis: "Ir skaidrs, ka tas, ko es turu ārpus sava prāta, pareizāk, zemāpziņas stāvoklī, pa to laiku ar visu spēku iedarbojas uz manu ķermeni." [3; 9]

1818. gadā terminu "psihosomatisks" medicīnā ieviesa vācu ārsts *Heinroth*, kurš vēlāk specializējās psihiatrijā. Vēl pēc desmit gadiem parādījās pretējais termins - somatopsihisks.

Viens no psihosomatiskās medicīnas veidotājiem ir *Viktor von Weizsacker*. Viņš attīstīja izpratni par subjektīvo faktoru patoloģiju, par to, ka ikviens pārdzīvojums psihiski tiek pārstrādāts pēc katra cilvēka īpašā iekšējā pārdzīvojuma, kurā nozīme ir ne tikai psihei, bet arī ķermeņa stāvoklim un reakcijas veidam. [3]

Īpaši klīniski nozīmīgs šķiet Franča Aleksandera devums psihosomatiskās medicīnas attīstībā: viņš, ārsts un psihoanalītiķis, Čikāgā izveidoja institūtu, kur kopā ar kolēģiem izstrādāja psihodinamiskās specifikas teoriju. Tā pēta neapzinātās motivācijas, kas ietekmē psihosomatisko traucējumu rašanos, proti, kādas jūtas izraisa kādas slimības. [3; 5]

Pēc prevalējošajiem psihiskajiem impulsiem un attiecīgi aktivētās veģetatīvās nervu sistēmas daļas viņš izdalīja divas slimību grupas. [27]

- Pirmā slimību grupa saistīta ar simpātiskās nervu sistēmas aktivitātes pieaugumu, kas ir fizioloģiska pavadreakcija tādām izjūtām kā agresija un konkurence. Šo jūtu izpausme darbībā saistīta ar cīņu vai bēgšanu, uz ko visam organismam kopumā būtu jā sagatavojas. Ja cilvēks šo darbību (cīņu vai bēgšanu) neveic vai nu mūsdienu sabiedrības ierobežojumu dēļ, vai arī tāpēc, ka pats šīs jūtas nemaz neapzinās, izveidojas neatbilstība starp to stāvokli, ko ķermenis fizioloģiski ieņēmis, un apzināto psihisko stāvokli. Lai arī apziņā agresīvie simptomi ir bloķēti, simpātiskā nervu sistēma paliek aktīva. Aleksanders pie šīs grupas pieskaitīja tādas slimības kā migrēna, hipertensija, hipertireoze, sirds neiroze, reimatoīdais artrīts, vazovagālās sinkopes, cukura diabēts.
- Otro slimību grupu raksturo parasimpātiskās nervu sistēmas aktivācija, jo ir vēlēšanās izbaudīt pasivitāti, atkarību būt aprūpētam, pabarotam. Pie šīs slimību grupas Aleksanders pieskaitīja kuņģa čūlu (gastrointestinālās endoskopijas un gastroenteroloģijas attīstība šodien ļauj mums izprast, ka korektāk te būtu pieskaitīt divpadsmitpirkstu zarnas čūlas slimību), obstipācijas, diareju, kolītu (pēdējās trīs patoloģijas liek domāt par slimību, ko šodien apzīmē ar kairinātu resno zarnu sindromu), izsīkuma stāvokļus, bronhiālo astmu.

Tātad ilgstoši neatpazītas un neapzinātas jūtas ir pamatā tam, ka vienā brīdī ķermeņa homeostāzē veidojas neatbilstība, kas izpaužas simptomu veidā.

Pēdējos gados arvien vairāk uzsver integrācijas nepieciešamību medicīnā dažādos līmeņos: ķermeņa-psihi jēdziens tiek papildināts ar smadzeņu-psihi jēdzienu, tiek attīstīts princips pacientu ārstēšanai komandā, veidojas jaunas integrējošas nozares. [29] Piemēram, Bostonas Psihoanalītiskais institūts šodien nodarbojas ar psihoanalītisko jēdzienu neirobioloģijas pētīšanu. Nostabilizējas viedoklis, ka ārstiem būtu jāpazīst gan bioloģiskie, gan psihiskie patoloģijas aspekti. [8]

Ārstiem jau sen ir skaidrs, ka psihiskie un ķermeniskie procesi ir cieši saistīti un katru emociju pavada virkne somatisku, veģetatīvu reakciju. Psihosomatiskā svarīgākās ir emocijas. Tieši emocijas ļauj cilvēkam izvērtēt apkārtni, savu organismu un veidot saikni starp tiem, emocijas sagatavo cilvēku darbībai un līdz ar to ietekmē fizioloģiskos procesus organismā un to izpausmi. [26] Ja psihiskās sāpes ir pārāk spēcīgas un pāri plūstošas, fizioloģiski caur hipotalāmu iesaistās iekšējo orgānu sistēma. [29] To sauc par somatizāciju - psihisko aizsardzības mehānismu, kad apziņai nepieņemamās jūtas, impulsi izpaužas somatisku traucējumu veidā. Somatizācija ir ļoti bieža problēma. Pasaulē slavenākie epidemioloģiskie pētījumi par psihisko veselību liecina, ka dažādās pasaules valstīs ap 60% pacientu pie ģimenes ārsta ierodas ar psihiskām un/vai psiholoģiskām problēmām. [7]

Somatizācijas teorijas

Ir vairākas somatizācijas teorijas, bet svarīgākās no tām ir trīs [4]:

- attīstības teorija - uzsvērts fakts, ka cilvēkam nav bijis iespējas sevī attīstīt verbālas un kognitīvas prasmes, kā izteikt savas jūtas - īpaši nepatīkamās emocijas un psihisku distresu;
- psihodinamiskā teorija - uzsver somatizāciju kā traumējošas agrīnas attiecību pieredzes sekas. Agrā bērnībā stresa situācijās visi cilvēki reaģē galvenokārt ar somatiskām reakcijām: neverbāli, smaidot, vicinot rokas, kājas, piesitot kāju, spļaudoties u.tml. cilvēks mēģina izteikt pārējiem to, ko jūt un kam pietrūkst vārdu. Vēlāk nāk klāt verbālās prasmes adekvāti izteikt jūtas (pie nosacījuma, ka bērns aug emocionāli veselīem vecākiem). Tātad notiek jūtu izteikšanas desomatizācijas process;
- stresa teorija - kā somatizācijas priekšnoteikumus akcentē psihosociālos faktorus un somatizāciju uzskata par atbildi uz hronisku distresu.

Ņemot vērā Rietumu sabiedrībā valdošo konkurences un sevīs pierādīšanas gaisotni, kā arī to, ka pēc jaunākajiem datiem Latvija ir to valstu vidū, kur visvairāk cilvēku

strādā vairāk nekā vienu darba slodzi, arī šī teorija var izskaidrot daudzus psihosomatisko slimību gadījumus.

Mediķinā ir vērts dažādas teorijas kombinēt, no katras paņemot konkrēta pacienta gadījumā viņa slimības diferenciāldiagnostikas procesam un ārstēšanai noderīgāko.

KSS patoloģiskā fizioloģija un psihosomatika

Jaunākie pētījumi liecina par endokrīno un regulatoro mehānismu nozīmi metabolisma procesos, vairs tik ļoti neuzsver aterosklerozi. [22] Šie jaunie parametri saistās ar psihofizioloģiskajiem (VNS) un psihoendokrīnoloģiskajiem komponentiem. Akcents no perifērajiem novirzījies uz centrālajiem CNS mehānismiem. Parastā psihofizioloģiskā slodze (troksnis, bailes, sāpes utt.) vai smagi dzīves notikumi mazākā mērā ietekmē arteriālo spiedienu un pulsu nekā konfliktu un bailu apspriešana saziņā un psihoterapeitiskās intervijas laikā. [22]

Ļoti ilgi zinātnieki prāto par faktu, ka daudzreiz sirdskaites atrod cilvēkiem, kam iepriekš nav konstatēti tādi svarīgi riska faktori kā augsts holesterīna līmenis, cukura diabēts, paaugstināts asinsspiediens. Tieši veids, kā cilvēki ikdienā tiek galā ar stresu, ietekmē viņu sirdi. H. Seljē stresu definējis kā stāvokli, kad indivīdam jāveic sarežģītas vai nevēlamas pārmaiņas, lai adaptētos dzīves situācijām.

Tātad, ja cilvēka priekšā ir fiziski draudi (arī fizisks stress), uzreiz ieslēdzas simpātiskā nervu sistēma (SNS) un hipofīze, kas ietekmē hormonu izdalīšanos, pieaug adrenalīna un kortizola līmenis asinīs, no taukaudiem tiek mobilizēti lipīdi, kas tiek sadalīti taukskābēs un nonāk muskuļos, pieaug sirdsdarbības frekvence, asinsspiediens un asinis tiek novirzītas uz muskuļiem un smadzenēm. Līdz ar to organisms tiek sagatavots reakcijai, kas fiziska stresa apstākļos arī tiek realizēta. Ja draud mentāls stress (piemēram, kādas problēmas), reakcija ir tāda pati, tikai hormonu līmenis ir zemāks, bet saglabājas ilgāku laiku, taču tas netiek realizēts fiziskā reakcijā un process ietilgst. Tātad ilgstoša paaugstināta spiediena dēļ notiek asins turbulence asinsvados, pieaug artēriju sienu tonuss (it īpaši koronārajās artērijās), sekas tam ir artēriju sienas bojājums, kur adhezijas trombocīti, siena sabiezējas, pie bojātā asinsvada sienas pielīp zema blīvuma lipoproteīni (ZBLP). Pavājinās un tiek apgrūtināta koronārā asinsrite, pie noteikta aizsprostojuma līmeņa tā tiek traucēta, izraisot kāda sirds rajona išēmiju, kam seko infarkts. [10] Procesa pamatā ir tieši emocijas: bailes un dusmas. [27]

Latvijā diagnožu noteikšanai izmanto SSK-10 klasifikatoru. Psihoterapeiti, psihosomatiskās medicīnas speciālisti psihosomatisku traucējumu gadījumā rekomendē izmantot attiecīgās F45 diagnozes [23]:

- F45. Somatoformi traucējumi;
- F45.0 Somatizācija;
- F45.1 Nediferencēti somatoformi traucējumi;
- F45.2 Hipohondriski traucējumi;
- F45.3 Somatoforma veģetatīva disfunkcija;
- F45.4 Persistējošas somatoformas sāpes;
- F45.8 Citi somatoformi traucējumi;
- F45.9 Neprecizēti somatoformi traucējumi.

Kardiologi izmanto arī SSK-10 nodaļu "Neirozes, ar stresu saistītie un somatoformie traucējumi". Funkcionālas sirds slimības (FSS) ietilpst funkcionālo somatisko sindromu slimību grupā, kam raksturīgas sūdzības par sirdi, bet to pamatā nav organisks sirds slimības. FSS pamatā visbiežāk ir psihopatoloģija, diskutējama ir idiopātiskas FSS iespēja. [24]

Psihodinamiskie un psihofizioloģiskie aspekti

Sirds-asinsvadu slimības saistītas ar vairākiem psihodinamiskiem un psihofizioloģiskiem aspektiem.

Kardiofobija

Vispārējām bailu lēmēm pievienojas bailes, kad uzmanība tiek pievērsta sirdij. Slimības attīstība:

- anamnēzē krīzes, kas saistītas ar attiecību izbeigšanu vai zaudējumu; patogēnu raksturu tās iegūst tāpēc, ka tās radījušas slimnieka vēlmes un fantāzijas par iespējamu zaudējumu un patstāvību;
- pacienta tiešā tuvumā notikušie nāves gadījumi bieži provocē lēkmi vai recidīvu, īpaši, ja nāve notikusi sirds slimību dēļ;
- raksturīgi, ka šķiršanās, attiecību pārtraukšana un vientulība ir ambivalentas. Pacients vēlas šķiršanos un reizē baidās no tās.

Starp kardiofobijas pacientiem ir daudz jaunu vīriešu ar simbiotisku pieķeršanos mātei, daudz vienīgo bērnu ģimenē, bieži augušu bez tēva. Daudz arī jaunāko dēlu, kas saistīti ar māti. [22]

Sirds ritma traucējumi

Sinusa tahikardija

Tiek uzskatīta par orgānu neirozi, ja tiek izslēgts organisks iemesls un fiksēti skaidri psihoemocionālie iemesli. Izdala tieši psihoemocionālus iemeslus, un lēkme ir reakcija uz konkrētu situāciju.

Paroksizmāla supraventrikulāra tahikardija

Šajā gadījumā ir psihogēno un somatogēno faktoru kombinācija. Tātad ir noteikti psihoemocionālie traucējumi, arī sirds tiek uzskatīta par vājo vietu. [22]

Kardiofobijas (sirds bailu neirozes) gadījumā var redzēt, ka pacients ir trauksmains, bet aritmiju gadījumā pacients nav trauksmains un izskatās hiperadaptīvs videi. Tomēr viņam epizodiski var būt pamanāma agresivitāte. Tieši agresivitāte un bailes visvairāk ietekmē sirds-asinsvadu sistēmu.

Esenciāla arteriāla hipertensija

Hipertensija ir neskaidras etioloģijas traucējums, ko nosaka ar izslēgšanas metodi. Nevar teikt, ka tas ir tīri psihosomatisks traucējums, bet noteikti ir dažādi psihosomatiski komponenti daudzās heterogēnās apakšgrupās. Pēc Aleksandra shēmas hipertoniķiem centrālais ir konflikts starp pieaugošu agresivitāti un pašpārliecinātības trūkumu, bet pacienti baidās no pārējo nosodīšanas un tāpēc savas agresīvās izpausmes kontrolē. Veids, kā šie pacienti uztver konfliktus un distresu, atšķiras no to cilvēku uzvedības, kam paaugstinātu spiedienu nenovēro: viņi atsakās atzīt stresa situācijas esamību. Arī pētījumi rāda, ka izvairīšanās no konfliktu risināšanas bieži korelē ar hipertensijas sākumu. [26]

Koronārā sirds slimība

KSS izraisa narcistisks disbalanss, ko pacients pārdzīvo kā rupju narcistisku aizvainojumu. Šī labilā pašuztvere ar depresīvu nokrāsu ir potenciālajam miokarda infarkta slimniekiem. Tā ir iekšējais motīvs centieniem pēc sociālajiem panākumiem, ar ko pacientam izdodas sasniegt vairāk vai mazāk stabilu kompensatoro pseidopāšuztveri. Ir divi faktori, kas nosaka infarkta risku: skleroze un stress. Šos faktorus pastiprina pacienta dzīvesveids, uzturs, alkohola lietošanas paradumi, smēķēšana, kustīgs vai nekustīgs dzīvesveids, kā arī bailu, spriedzes, agresivitātes un izsīkuma stāvokļi, savukārt tie pastiprina riska uzvedību. [22]

Kardiovaskulārās slimības riska faktori

Kas vēl var pastiprināt risku saslimt ar KSS, izņemot visiem zināmos riska faktoros - smēķēšanu, alkohola lietošanu, nepietiekamu fizisko slodzi un nepilnvērtīgu, nesabalansētu uzturu? Un kādas ir terapijas iespējas?

A tipa uzvedība

Kardiologi Frīdmans un Rozenmans izdalīja diagnostiskos kritērijus - A tipa un B tipa uzvedība. Tieši A tipa uzvedība tiek saistīta ar lielāku varbūtību, ka attīstīsies KSS. Lai pateiktu, ka cilvēkam ir A tipa uzvedība, jābūt vismaz pieciem no šiem kritērijiem:

- pārmērīga iesaistīšanās darbā un citās aktivitātēs;
- pastāvīga laika spiediena izjūta;
- ātra un eksplozīva runa, aprautas ķermeņa kustības, sasprindzināta sejas muskulatūra, roku kustības;
- naidīgums un ciniskums;
- aizkaitināms garastāvoklis;
- tieksme pēc paātrinātām fiziskām aktivitātēm (ātra iešana, ātra skriešana pa kāpnēm);
- tieksme uz paātrinātām psihiskām aktivitātēm (ātra runāšana, sarunbiedra pārtraukšana);
- izteikta vēlme pēc sasniegumiem un atzinības;
- pastāvīga konkurēšana. [28]

A tipa personība cenšas dominēt, ir ārēji pašpārliecināta, nepacietīga, aizkaitināma, ļoti aktīva. Bet tāda veida uzvedības modelis noliedz dabiskās bailes, veidojot hiperadaptīvu uzvedību, ar kuru kompensē mazvērtību. [10]

Aleksitīmija

Pēdējā laikā sāk uzsvērt arī aleksitīmijas nozīmi KVS izcelsmē. [25] Aleksitīmija ir personības īpašība, kuras dēļ cilvēkam var rasties citi medicīniski un psihiski traucējumi. Tā nav klasificēta kā psihisks traucējums pēc SSK-10 un DSM-IV.

Aleksitīmiju (tulkojumā no grieķu valodas: "nav vārdu jūtu izteikšanai") raksturo grūtības izprast un verbāli izteikt jūtas un emocijas, grūtības atšķirt emocijas no somatiskām sajūtām. [12] Aleksitīmiju raksturo arī fokusēšanās uz ārējiem notikumiem, nevis uz iekšējiem pārdzīvojumiem, tāpēc pacienta emocionālā sfēra ir maz diferencēta un vāji regulēta. [13; 14]

Pēdējos gados pētījumos pierādīta aleksitīmijas saistība arī ar ģenētiskiem [15; 16], imunoloģiskiem [17] (paaugstināts IgE līmenis) un bioķīmiskiem marķieriem (IL-6, IL-10, kortizola līmenis). [18] Cilvēkiem, kam ir aleksitīmija, pieaug psihoemocionālas spriedzes līmenis.

Sekas emocionālam diskomfortam un nespējai atbrīvoties no tā caur verbalizāciju ir palielināta somatizācija. Tieksme somatizēties un nespēja līdz galam izdzīvot savas emocijas (pārsvarā negatīvās) ietekmē arī atveseļošanās periodu.

Pierādīts, ka mirstības risks no kardiovaskulārās slimības pieaug līdz 1,2% par katru TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale* - speciāli izstrādāta skala, ko joprojām izmanto kā standartu aleksitīmijas diagnosticēšanā) skalas punktu. [19] Aleksitīmija ir neatkarīgs riska faktors hipertensijai populācijā. [20; 21]

Aleksitīmijai ir noteikta nozīme KSS izcelsmē, jo šiem cilvēkiem ir grūtības regulēt emocijas kognitīvā ceļā, līdz ar to ilglaicīgi palielinās autonomās nervu sistēmas un neuroendokrīnās sistēmas aktivitāte, savukārt tas izraisa noteiktas izmaiņas asinsvados un rada nopietnāku KSS risku. [11]

Psihosomatiskā kardiovaskulāro slimību terapija

Kardiovaskulāro slimību ārstēšanā izšķir divas pieejas: farmakoloģisko un nefarmakoloģisko.

Farmakoloģiskā terapija

- Vispār spēcinoša terapija: augu valsts preparāti (*Ginkgo biloba*, *Cardio Protect* un uztura bagātinātāji), polivitamīni, meldonijs, trimetazidīns u. tml.
- Anksiolītiski līdzekļi (piemēram, mebikārs) novērš vai pavājina nemieru, trauksmi, bailes, iekšēju emocionālu spriedzi un uzbudināmību.
- Benzodiazepīni - īslaicīgi un/vai periodiski, galvenokārt pacientiem ar miega traucējumiem un trauksmi.
- Antidepresanti (piemēram, cipramils) atsevišķos gadījumos var palīdzēt arī tad, ja nav depresijas, piemēram, hronisku sāpju, miega traucējumu, trauksmes, panikas un fobiju gadījumā.
- Bēta adrenoblokatori, piemēram, propranolols mazās devās, metaprolols, bisaprolols, nebivalols.
- Simptomātiska ārstēšana. Pamatslimības ārstēšana pēc vadlīnijām. [24]

Nefarmakoloģiska terapija

- Ārsta-pacienta attiecību veidošana. Pacienta novērošana, diagnozes izskaidrošana, pacienta sūdzību izpratne. Konkrēta izmeklēšanas un ārstēšanas plāna izveidošana. Pacienta iesaistīšana veselības stāvokļa uzlabošanā. Rekomendācijas par darba un atpūtas režīmu, fiziskajām aktivitātēm, uzturu, veselīgu dzīvesveidu.
- Psihoterapijas seansi pie psihoterapeita, psihosomatiskās medicīnas speciālista. KVS profilakse sākas vēl grūtniecības laikā un turpinās līdz dzīves beigām. [30]

Nefarmakoloģiskās ārstēšanas principi

- Kognitīvi biheiviorālā (KBT) un psihodinamiskā psihoterapija. [22; 30] KBT ir efektīva pacienta atbalstā veselīga dzīvesveida pieņemšanā un īstenošanā. Dzīvesveids parasti nozīmē ilgtermiņa uzvedības modeļus. Šie modeļi vides un ģenētisko faktoru mijiedarbībā izveidoti bērnībā un pusaudža gados, indivīda pieaugušā vecumā tos uztur vai pat veicina sociālā vide. [30] Psihodinamisko psihoterapeitu atbalsts ir ļoti svarīgs, palīdzot cilvēkam izkopt veselīgus dzīvesveida ieradumus un sekot medicīniskiem ieteikumiem. Tāpēc svarīgi izpētīt pacienta pieredzi, domas un pārdzīvojumus, iepriekšējās zināšanas un dzīves apstākļus. Turklāt psihoterapeits, novērtējot indivīda domas, attieksmi un uzskatus par iespēju mainīt uzvedību, vides ietekmi, kur notiek pārmaiņu mēģinājums, spēj veidot stratēģijas. [30]
- Smēķēšanas atmešana.
- Diēta un racionāls uzturs.
- Fiziskā aktivitāte. Pacientiem palīdz sporta nodarbības ārsta vai fizioterapeita uzraudzībā saskaņā ar vajadzību pēc kustībām iekšējā emocionālā sasprindzinājuma izlādēšanai. [22]
- Ķermeņa masas kontrole. [27; 30]
- Relaksācijas metodes. Parastā relaksācijas metode ir relatīvi viegli apgūstama. Regulāras nodarbības mazina SNS reakciju stresa laikā, neizraisoš tik lielas pārmaiņas un nedarbojoties ilglaicīgi. Tādi vingrinājumi speciālistu (fizioterapeitu vai rehabilitologu) uzraudzībā palīdz pretdarboties instinktīvai "cīnīties vai bēgt" atbildei uz stresu.

- Bioloģiskās atpakaļsaistes metode (*Bio-feedback*). Cilvēkiem sniedz informāciju par to, kā viņu ķermenis atbild uz stresu, un tad viņiem māca kontrolēt stresa izraisītas fizioloģiskas reakcijas.
- Trauksmes vadīšana (*Anxiety management training*): trīs posmu kognitīvi biheiviorāla programma par stresa pārvaldības iemaņām, ko izmantot stresa rādītās situācijās. Pirmais posms: pacients mācās novērot un koncentrēties uz individuālo jūtību stresa situācijā, atbildi uz to pierakstīt dienasgrāmatā. Otrais posms: mācās izmantot stratēģijas (meditāciju, relaksāciju, humoru), kā tikt ar to galā. Trešais posms: lomu spēles - provokatīva situācija, ar ko pacientam psihoterapeita uzraudzībā jācenšas tikt galā, izmantojot iemācītās metodes. [10]
- Balstterapija - agrīna sociālā atbalsta tīkla darbinieku iesaistīšana; ārsta nedirektīva attieksme pret pacientu, neprovocējot agresivitātes/atkarības konfliktu; pacienta aktīva informēšana; pacienta personiskās atbildības, patstāvības un sevis uztveres nostiprināšana.
- Ļoti svarīgas ir ārsta-pacienta attiecības. Ārēji ārstam var patikt pacienta kārtīgums, darbīgums, akurātums, atbildība. Tomēr hipertoniķiem ir raksturīgi bieži neverbalizēt savu agresivitāti, patmīlību un tieksmi konkurēt, kas parasti paliek apslēptas, nepamanītas. Ja nepievērš tam uzmanību, tas var palikt nepamanīts un vēlāk izpausties somatizācijā. Pacienti var iekšēji pretoties ilgstošām terapeitiskām programmām. Konfliktsituācijās ar ārstu pacienti ir viegli ievainojami, bet nespēj to izteikt vārdos. Viņi vienkārši aiziet pie cita ārsta. Ārstēšanas efektivitāti nosaka vairāki apstākļi: pacienta motivācija; medikamentozās terapijas iespējas; personības faktori, kas raksturo agresivitātes/atkarības konfliktu un kas var būt iemesls ārsta-pacienta attiecību spriedzei un izpausties sadarbības nenoturībā. Psihoterapeiti ir apmācīti to pamanīt, diagnosticēt un strādāt ar šādām reakcijām. [22]

Ikvienas specialitātes ārstam būtu vērtīgi attīstīt psihosomatisko domāšanas veidu, saredzēt emocionālo faktoru ietekmi slimības etiopatogēnēzē. Tas ir pirmais solis nākotnes medicīnas virzienā - veidojot uz pacientu centrētu medicīnisko aprūpi. Tomēr spēja pamanīt problēmu vēl nenozīmē prasmi to arī atrisināt. Tikai tad, ja ārsti strādā komandā, psihosomatisko pieeju realizējot arī terapijā, var cerēt uz labākiem rezultātiem ārstēšanā, nekā tas ir šobrīd, kad vadošais modelis veselības aprūpē joprojām ir specializācija.

Literatūra

1. World Health Statistics, 2009.
2. Latchaw, et al. American Heart Association Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Stroke Council, and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. Stroke, 2009 Nov; 40(11): 3646-3678.
3. Ancāne G. Psihosomatiskās medicīnas definīcija un tās ideju attīstības vēsture. // Psiholoģijas Pasaule, 2004/2: 36-40.
4. Ancāne G. Ievada vārdi psihosomatikā, 2003.
5. Jores Praktische Psychosomatik. Hrsg.: A.-E.Meyer. Dritte vollstandig neue Auflage. Bern; Gottingen; Toronto; Seattle: Huber, 1996.
6. Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Hrsg.S.Ahrens. Stuttgart; New York: Schattauer, 1997.
7. Ustūn TB, Goldberg D, Cooper J, Simon GE, Sartorius N. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-10. PHC, Ch 5, 1995.
8. Mack AH. Does mind meet brain in residency? (And what about the body). Psychiatric news, 2002; 37: 7.
9. Braeutigam W, et al. Psychosomatische Medizin. Auflage, 1986.
10. Burg MM. Stress, behavior and heart disease, Ch 8, Heart Book. Yale University School of Medicine, 2002.
11. The Merck Manual, 2011.
12. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and psychosomatics, 1973; 22(2): 255-262.
13. Taylor GJ, Parker JDA, et al. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. J Psychosom Res, 1992.
14. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorder. // Hill OW, ed. Modern Trends in Psychosomatic Medicine, vol. 2; 1970.
15. Ham BJ, Lee MS, Lee YM, et al. Association between the catechol O-methyltransferase Val108/158Met polymorphism and alexithymia. Neuropsychobiology, 2005; 52(3): 151-154.
16. Grabe, et al. Berlin Alexithymia conference. Berlin, 2010.
17. Pedrosa GF, Facial emotion recognition and alexithymia in adults with somatoform disorders; 2007.
18. Timary, et al. Relationship between alexithymia, alexithymia factors and salivary cortisol in men exposed to a social stress test. Université Catholique de Louvain, Cliniques Universitaires Saint Luc, 2008.
19. Tolmunen T, Heliste M, et al. Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. Compr Psychiatry, 2011 Sep-Oct; 52(5): 536-541.
20. Grabe HJ, Schwahn C, et al. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. J Psychosom Res, 2010 Feb; 68(2): 139-147.
21. Kauhanen J, Kaplan GA, et al. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. Psychosom Med, 1994 May-Jun; 56(3): 237-244.
22. Utināns A. Cilvēka psihe. Tās darbība, funkcionēšanas traucējumi un ārstēšanas iespējas. 2005.
23. SSK-10 klasifikators. <http://www.spkc.gov.lv/ssk/>
24. Kardioloģija: informācijas materiāli. // Sast. Kalvelis A.; Rīgas Stradiņa universitāte.
25. Beresnevaite M. Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing Alexithymia in Coronary Heart Disease patients. A preliminary Study, 2000.
26. Ancāne G. Sirds-asinsvadu sistēmas un elpošanas sistēmas psihosomatika. Psiholoģijas Pasaule, 2004.
27. Alexander F. Psychosomatic Medicine: 1st Principles and Applications, 1987.
28. Friedman M, Rosenman, R. Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. J Am Medical Association, 1959; 169: 1286-1296.
29. Ancāne G. Metodiskie materiāli. MF, 2012.
30. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012).