



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais  
fonds

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

**MANS KLIENTS/MANS PACIENTS –  
IZAICINĀJUMI DARBĀ AR PERSONĀM AR  
PSIHISKIEM, UZVEDĪBAS UN NERVU SISTĒMAS  
ATTĪSTĪBAS TRAUCĒJUMIEM**  
Mācību materiāls

Materiālu izstrādāja:

Ārste psihiatre, tiesu psihiatrijas eksperte Aleksandra Koņevņina

Mg.paed., mg.oec., mg.sc.educ., mg.soc.d. Madara Lapsa

## ANOTĀCIJA

Mācību materiāls ir sagatavots Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” ietvaros, tas ir paredzēta izmantošanai Latvijas Republikas teritorijā.

Mācību materiāls paredzēts ārstiem, medicīnas māsām, ārstu palīgiem (ģimenes ārstu prakses vietās), funkcionālajiem speciālistiem, sociālajā jomā strādājošajiem, t. sk., sociālo dienestu un nevalstiskā sektora darbiniekiem.

Mācību materiālā par darbu ar klientiem un pacientiem – personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem – autore psihiatre Aleksandra Koņevņina un sociālā darbiniece Madara Lapsa medicīnas un sociālās jomas speciālistiem sniedz iespēju apgūt zināšanas un padziļinātu izpratni par psihisko traucējumu veidiem, attīstību, ietekmi uz klienta līdzestību sadarbības procesā, kā arī sniedz praktiskus ieteikumus komunikācijas uzlabošanai, līdzestības veicināšanai un sabiedrības stigmatizācijas mazināšanai.

Mācību materiālā aplūkotas tādas tēmas kā mūsdienu psihiatrijas skatījums uz psihiskiem traucējumiem, vispārēju psihisko traucējumu raksturojums, tā cēloņi un veidi, veselības aprūpes un sociālā darba pamatvērtības, terapeitiskā saskarsme, apzināta un neapzināta komunikācija, krīzes intervences paņēmieni, uz personu centrēta pieeja un citas.

# SATURS

Ievads.....	5
1. Veselības aprūpes un sociālā darba praksē izmantotās terminoloģijas skaidrojums .....	6
1.1. Medicīniskā terminoloģija un tās skaidrojumi.....	6
1.2. Sociālā darba terminoloģija un tās skaidrojumi.....	10
2. Mūsdienu psihiatrijas skatījums uz psihiskiem traucējumiem.....	13
2.1. Īss ieskats psihiatrijas vēsturē .....	13
2.2. Mūsdienu psihiatrijas skatījums.....	14
2.2.1. Diagnožu sadalījums .....	14
2.2.2. Psihiatriskās palīdzības sniegšanas pamatprincipi.....	15
3. Vispārējo psihisko traucējumu raksturojums, cēloņi un veidi .....	17
3.1. Demence .....	17
3.2. Šizofrēnija.....	18
3.3. Depresija .....	19
3.4. Neirotiski, ar stresu saistīti traucējumi .....	20
3.5. Izdegšanas sindroms .....	22
3.6. Miega traucējumi .....	23
3.7. Ēšanas traucējumi .....	23
4. Veselības aprūpes un sociālā darba pamatvērtības, tajā skaitā, ārstniecības un sociālā darba speciālista ētikas normas darbā ar personu, kurai ir psihiski traucējumi.....	25
5. Apvienoto Nāciju organizācijas “Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām” .....	27
6. Terapeitiskā saskarsme, tās funkcijas.....	29
6.1. Vispārējā koncepcija un principi .....	29
6.2. Kā motivēt cilvēku vērsties pēc palīdzības, aizdomu par psihiskiem traucējumiem gadījumā.....	31
7. Personības faktori, apzināta un neapzināta komunikācija.....	33
7.1. Saskarsmes jēdziens, verbālā un neverbālā saskarsme .....	33
7.2. Apzinātie un neapzinātie saskarsmes faktori. Džohari logs.....	36
7.3. Vispārējie principi saskarsmē un komunikācijā ar cilvēku, kuram ir psihiskie, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumi.....	38
7.4. Komunikāciju traucējošie faktori.....	40
8. Krīzes intervences paņēmieni.....	43
8.1. Krīzes jēdziens un krīžu raksturojums .....	43
8.2. Krīzes intervences mērķis, uzdevumi un pieejas .....	47

8.3.	Krīzes intervences struktūra, metodes un pamatprincipi .....	48
9.	Labās prakses piemēri par sabiedrībā atbalstītiem sociāliem pakalpojumi personām ar psihiskiem traucējumiem.....	56
10.	Uz personu centrētā pieeja .....	58
10.1.	Uz personu centrētā pieeja kā viens no humānistiskās tradīcijas konsultēšanas veidiem	58
10.2.	Uz personu centrētās pieejas pamata koncepti .....	59
10.3.	Terapeitiskās attiecības uz personu centrētajā pieejā.....	62
10.4.	Uz personu centrētas pieejas konsultēšanas process.....	67
	Izmantotās literatūras un avotu saraksts .....	71

## IEVADS

Jau mācību materiāla nosaukums “Mans klients/mans pacients – izaicinājumi darbā ar personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem” liecina par to, ka profesionālā saskarsme un sadarbība ar personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem *a priori* būs izaicinoša.

Mācību materiāla mērķis ir sniegt izglītojamajiem pamata zināšanas par psihisko traucējumu veidiem, attīstību, ietekmi uz klienta līdzestību sadarbības procesā, kā arī sniegt praktiskus ieteikumus komunikācijas uzlabošanai, līdzestības veicināšanai un sabiedrības stigmatizācijas mazināšanai. Mācību materiāls dot iespēju veidot izpratni par specifisko terminoloģiju, tās pareizu pielietošanu praktiskajā darbā, sniedz nelielu ieskatu psihiatrijas vēsturē, skaidro mūsdienu psihiatrijas skatījumu uz psihiskiem traucējumiem un iepazīstina ar psihiskajiem, nervu sistēmas attīstības un uzvedības traucējumiem un to ietekmi uz komunikāciju. Tāpat mācību materiāls paredzēts izpratnes veidošanai un pamatzināšanu apguvei par krīzēm un krīzes intervenci un krīzes intervences prasmes uzlabošanai.

Darbs ar klientu ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem tiek aktualizēts tikai beidzamajā laikā. Agrāk šādi cilvēki, ja traucējumi bija smagā formā, tika ievietoti slēgta tipa iestādēs un tika pieņemts, ka viņu vienkārši nav. Savukārt personas, kuru traucējumi bija vieglākā formā, paši un ar ģimenes palīdzību tos slēpa, kas bieži noveda pie pašstigmatizācijas un norobežošanās no sabiedrības. Pašlaik sabiedrība iet normalizācijas un pieņemšanas virzienā, taču līdz patiesi empātiskai attieksmei vēl tālu. Bieži vien pirmie, kas ārpus ģimenes saskaras ar personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem, ir medicīnas personāls un tad – arī sociālās jomas darbinieki, lai palīdzētu personām risināt multiplās sociālās problēmas. Tāpēc tieši šeit arī būtu jāsākas cīņai ar stigmatu un diskrimināciju un jādod vieta patiesi pieņemošai un cieņpilnai attieksmei.

# 1. VESELĪBAS APRŪPES UN SOCIĀLĀ DARBA PRAKSĒ IZMANTOTĀS TERMINOLOĢIJAS SKAIDROJUMS

## 1.1. Medicīniskā terminoloģija un tās skaidrojumi

Psihiatrija ir medicīnas nozare, kas pētī psihiskas slimības, to cēloņus, attīstību, ārstēšanu un profilaksi, kā arī risina jautājumus par palīdzības organizēšanu psihiski slimajiem. Psihiatrijas terminoloģija pamatojas uz jēdzieniem un balstās uz piemērotu termina izmantošanu, kas, savukārt, ir vispārpieņemti. Lai vienkāršāk un pareizāk orientētos psihiatrijas pamatos, apskatīsim dažus pamatterminus un to nozīmi.

Termins “**veselība**” pēc Pasaules Veselības organizācijas definīcijas nozīmē pilnīgas fiziskās, garīgas un sociālas labklājības stāvokli un ne tikai slimības vai kādas citas patoloģijas trūkumu. Savukārt garīgā veselība ir labklājības stāvoklis, kurā indivīds apzinās savu potenciālu, var tikt galā ar ierasto dzīves stresu, produktīvi un auglīgi strādāt un sekmēt sabiedrības attīstību.<sup>1</sup>

**Psihiatriskā palīdzība** ir specializēts veselības aprūpes veids, kas ietver personas (pacienta) psihiskās veselības izmeklēšanu atbilstoši indikācijām, psihisko traucējumu diagnostiku, ārstēšanu, kā arī attiecīgās personas aprūpi un rehabilitāciju. Psihiatriskās palīdzības mērķis ir nodrošināt to pacientu autonomiju, kuriem ir psihiski veselības traucējumi, kā arī viņu veselības stāvoklim atbilstošu reintegrāciju sabiedrībā.<sup>2</sup>

Personai ar psihiskiem traucējumiem specifisku palīdzību un aprūpi nodrošina ārstniecības personas, sociālie darbinieki un citi darbinieki, kuri mācību procesā ir apguvuši speciālas iemaņas un ieguvuši attiecīgu kvalifikāciju.<sup>3</sup>

Diagnožu kodēšanai un statistiskas uzskaites nodrošināšanai medicīnā, tai skaitā psihiatrijā, izmanto SSK–10 klasifikāciju (starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija), kas ir vispārpieņemts standartinstruments. Diagnožu kodus izmanto dažāda veida medicīniskajos dokumentos. Psihiatriskas diagnozes apzīmētas ar

---

<sup>1</sup> Wynne, R., De Broeck, V. ... McDaid, D. (2017). *Garīgās veselības veicināšana darba vietā*. Luksemburga: Eiropas Savienības Publikāciju birojs.

<sup>2</sup> *Psihiatriskās palīdzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 10.10.2002.

<sup>3</sup> Turpat.

“F” kodiem. Klasifikators ir brīvi pieejams un izmantojams gadījumos, kad nepieciešams uzzināt, kāda psihiatriskā diagnoze noteikta klientam, un diagnozes īsu skaidrojumu.<sup>4</sup>

Kodi apzīmēti ar “Z” (“sociālās diagnozes”) – faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem. Tie ir paredzēti gadījumiem, kas dēvējami par “diagnozi” vai “problēmu” atšķirībā no slimības, ievainojuma vai nelaimes gadījuma.<sup>5</sup>

Psihiatrijā ir vairāki pamatjēdzieni, zināšanas par kuriem palīdzēs orientēties gan dažādās publikācijās, gan saskaroties ar klientiem ikdienas praksē.

**Garīga rakstura traucējumi** ir psihiska saslimšana vai garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumi, kas ierobežo cilvēka spējas strādāt un aprūpēt sevi, kā arī apgrūtina iekļaušanos sabiedrībā.

Kā atšķiras intelektuālās attīstības traucējumi un psihiskās saslimšanas? Gan intelektuālās attīstības traucējumi, gan psihiskās saslimšanas tiek pieskaitīti garīgā rakstura traucējumiem, tomēr atšķiras aprūpe un ārstēšanas iespējas. **Personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem** ir mācīšanās grūtības, un viņi attīstās lēnāk nekā pārējie cilvēki. Šis stāvoklis parasti tiek konstatēts piedzimstot vai agrā bērnībā. Reizēm tas radies smadzeņu bojājumu rezultātā, pēc pārciestām slimībām vai traumām. Izšķir trīs intelektuālās attīstības traucējumu pakāpes – viegla, vidēja vai smaga intelektuālās attīstības atpalicība. Intelektuālās attīstības traucējumu gadījumā vairāk svarīga ir aprūpe, attieksme, atbalsts. Stāvoklis ir relatīvi stabils un nemainīgs.<sup>6</sup>

**Psihisko slimību gadījumā**, piemēram, šizofrēnijas, depresijas, bipolāri afektīvu traucējumu, anoreksijas un citu, lielāka loma ir medikamentu lietošanai un psihoterapijai. Stāvoklis var būt mainīgs. Slimības atšķiras arī pēc smaguma, tās var būt cēlonis invaliditātei vai tādas, ar kurām cilvēki sekmīgi sadzīvo, piemēram, viegla depresija.

Jebkurā no psihiatrijas nozarēm balstās uz pacienta novērtēšanu pēc dažādiem kritērijiem. Šādu vienkāršoto novērtēšanu ikdienas darbam ar klientiem var izmantot arī citu specialitāšu pārstāvji ārstniecībā vai sociālajā darbā. Sarunājoties ar klientu, vērtīgi pievērst uzmanību šādām psihiskām funkcijām: apziņa, kontakts un uzvedība, emocijas, domāšana, atmiņa, uztvere.

---

<sup>4</sup> *Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija*. Slimību profilakses un kontroles centrs: 2019. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_5](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_5)

<sup>5</sup> *Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija*. Slimību profilakses un kontroles centrs: 2019. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_20](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_20)

<sup>6</sup> *Kas ir garīgā rakstura traucējumi?* LR Labklājības ministrija: 2021. Pieejams: <https://cilveksnevisdiagnoze.lv/kas-ir-gariga-rakstura-traucejumi/>

**Apziņa** ir cilvēka smadzeņu spēja ar tajās kodēto hierarhisko informācijas sistēmu palīdzību psihiskā darbībā atspoguļot ār pasauli un pašam sevi, nošķirot savu “es” no ārējās vides un mērķtiecīgi iedarbojoties uz šo vidi un sevi.<sup>7</sup>

**Apziņas traucējumi** – patoloģisks stāvoklis, kurā reālās pasaules atspoguļojums iegūst izkropļotu raksturu.<sup>8</sup>

**Kontakts** ar klientu var būt novērtēts kā produktīvs un neproduktīvs. Produktīvā kontakta gadījumā saruna notiek adekvāti situācijai – klients pēc būtības atbild uz speciālista jautājumiem, izpilda lūgumus, pauž situācijai atbilstošas emocijas, uzvedas atbilstoši, neizrāda agresijas pazīmes. Par neproduktīvu kontaktu var uzskatīt gadījumus, ja klients uzvedas neatbilstoši un pauž pārspīlētas emocijas (ir izaicinošs, dusmīgs, agresīvs, aktīvi žestikulē, ceļ balsi), uz uzdotiem jautājumiem neatbild, vai atbild ne pēc būtības, uzdod pretjautājumus. Šādu sarunu vēlams neturpināt, jo atrodoties tādā psihoemocionālā stāvoklī, klients nevarēs adekvāti sniegt informāciju par sevi vai saprast viņam teikto.

Cilvēka **emocijas** mainās atkarībā no ārējiem un iekšējiem faktoriem (piemēram, saulains laiks, patīkamas ziņas – radīs pozitīvās emocijas, bet atlaišana no darba, stipras galvassāpes, drūmi laika apstākļi – negatīvi ietekmēs mūsu emocijas). Šādas emocionālas pārmaiņas uzskatāmas par atbilstošām, ja tām pamatā ir kāds reāls apstāklis, tās nav neadekvātas, pārspīlētas vai ieilgušas.

Garastāvoklis var būt nomākts (hipotīmija – to izjūt kā sliktu garastāvokli, smagākos gadījumos – pārdzīvo stipras skumjas, bēdas, bezcerību, bezizejas sajūtu), vai pacilāts (hipertīmija – cilvēks izjūt labu noskaņojumu, optimismu, prieku, jautrību, ir kustīgs, aktīvs). Nomāktam un pacilātam garastāvoklim var būt galējības, kad cilvēks var zaudēt spēju adekvāti uztvert un reaģēt uz notiekošo. Tādi stāvokļi ir eiforija (pacilāts garastāvoklis ar spontanitāti, bieži novērots kā simptoms alkohola un medikamentozas intoksikācijas un smagu slimību gadījumos) un apātija (cilvēks paliek pilnīgi vienaldzīgs pret sevi, savu apkārtni, savu pašreizējo stāvokli, nākotni, paliek mazkustīgs, parasti pats sūdzības par to nepauž, bieži novērots kā simptoms tādām psihiskām slimībām kā depresija, šizofrēnija, ka arī citu smagu slimību gadījumos).

Gadījumos, kad ir nomākts garastāvoklis ar neapmierinātību, īgnumu, ļaunumu, to sauc par disforiju. Tādos gadījumos pat niecīga iemesla dēļ vai bez tā cilvēkam ir tieksme kādu aizskart, apvainot, konfliktēt, uzvesties agresīvi. Disforiju visbiežāk novēro epilepsijas

<sup>7</sup> *Apziņa*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/apzina\\_pme](https://medicine.lv/raksti/apzina_pme)

<sup>8</sup> *Apziņas traucējumi*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/apzinas\\_traucejumi\\_pme](https://medicine.lv/raksti/apzinas_traucejumi_pme)



slimniekiem, hroniskiem alkoholiķiem, kā arī slimniekiem, kas ir pārcietuši galvas smadzeņu traumas, šizofrēnijas slimniekiem.

Emociju nenoturība (labilitāte) ir izteikts garstāvokļa mainīgums, kad niecīgu iemeslu dēļ garstāvoklis kļūst pacilāts vai nomākts. Nedaudz pacilātā garstāvokļa epizodēs raksturīga sentimentalitāte, pārlieku jūtīgums, bet nedaudz nomāktā – raudulība. Biežāk šādas pārmaiņas novēro senioriem, pacientiem ar organiskiem traucējumiem.<sup>9</sup>

**Domāšana** – cilvēka psihiskās darbības augstākā forma, vispārināta īstenības atspoguļošana smadzenēs; atklāj pašas būtiskākās attiecības starp priekšmetiem un parādībām. Domāšana ļauj pārbaudīt uztveres priekšstatu, jēdzienu, spriedumu un slēdzienu atbilstību īstenībai, piešķir rīcībai apzinātu mērķtiecību un novērtē tās sociālo nozīmību.<sup>10</sup> Domāšanas funkcijas traucējumus var pamanīt tad, ja spriedumi paliek nesaprotami, dīvaini, neloģiski, neatbilstoši situācijai, ir grūti saprast un aptvert cilvēka teikto.

**Atmiņa** ir smadzeņu īpašība saglabāt un reproducēt impulsos kodēto informāciju. Galvenie atmiņas procesi: iegaumēšana, atcerēšanās un aizmiršana. Pēc tā, kurš analizators visproduktīvākais, izšķir redzes, dzirdes un motorisko (kustību) atmiņu; visbiežāk sastopama jauktā atmiņa. Pēc informācijas veidiem, kurus visvieglāk iegaumē un atceras, izšķir tēlaino atmiņu, kurā liels īpatsvars redzes un dzirdes tēliem, vārdisko (arī skaitļu u. c. nosacītu zīmju) un emocionālo atmiņu.<sup>11</sup>

Pēdējais, bet nebūt ne mazsvarīgākais, ko vajadzētu novērtēt sarunā ar klientu, ir uztvere. Pēc būtības, **uztvere** ir priekšmetu un parādību atspoguļošanās smadzenēs juteklisku veidolu jeb tēlu veidā. Uztvere saistīta ar dažādu maņu orgānu vienlaicīgu aktivitāti: izraisītie sajūtu kompleksi ierosina atbilstošus priekšstatus un domas, kas sajūtas apvieno veidos, kurus cilvēks pazīst kā noteiktus priekšmetus vai parādības. Uztveres fizioloģiskais pamats ir maņu orgānu kairinājumu izraisītā galvas smadzeņu aktivēšanās.<sup>12</sup>

Sarunā ar klientu var pamanīt, ka viņš izsaka kādas dīvainas, īstenībai neatbilstošas aplamas domas par apkārt notiekošo, piemēram, par izsekošanu, kaitēšanu un citas – tās ir murgu idejas. Pat ar vispilnīgākajiem un motivētākajiem iebildumiem, šādas domas nepazūd, cilvēks nav pārliecināms par to aplamību. Atsevišķas murgu idejas kopumā veido murgus. Svarīgāka par nepareizo domu izteikšanu ir paša cilvēka attieksme pret aplamajām domām, kura izpaužas cilvēka uzvedībā, jo atbilstoši savām murgu idejām aktīvi rīkojas. Pie tādām murgainām idejām vislabākais būtu virzīt klientu uz psihiatrisko dienestu, jo tās bieži rodas kā psihisko slimību izpausmes.

<sup>9</sup> Eglītis, I. (1989). *Psihiatrija*. Rīga: Zvaigzne.

<sup>10</sup> *Domāšana*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/domasana\\_pme](https://medicine.lv/raksti/domasana_pme)

<sup>11</sup> *Atmiņa*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/atmina\\_pme](https://medicine.lv/raksti/atmina_pme)

<sup>12</sup> *Uztvere*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/uztvere\\_pme](https://medicine.lv/raksti/uztvere_pme)

## 1.2. Sociālā darba terminoloģija un tās skaidrojumi

Latvijā ir pieejami dažādi sociālie pakalpojumi, vērsti uz atbalstu un rehabilitāciju. Zemāk būs aprakstīti tie pakalpojumi, kurus var saņemt personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem.

Pēc savas būtības sociālie pakalpojumi var būt nodrošināti ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, dažādos centros, ārstniecības iestādēs, vai arī, nepieciešamības gadījumā, mājās.

**Ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija** ir sociālā institūcija, kas nodrošina personai, kura vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi aprūpēt, pilnu aprūpi un sociālo rehabilitāciju.<sup>13</sup>

**Sabiedrībā balstīta aprūpe** ir institucionālajai aprūpei alternatīva aprūpe, kas personai ļauj saņemt nepieciešamos sociālās aprūpes, rehabilitācijas vai ārstniecības pakalpojumus dzīvesvietā vai tai maksimāli tuvu. Latvijā galvenokārt pazīstami un pieejami ir individuālā sociālā darba ar klientu, aprūpes mājās, dienas aprūpes centra, krīzes centra, servisa dzīvokļa, grupu mājas (dzīvokļa), specializēto darbnīcu u. c. pakalpojumi.

Šāda aprūpes veida priekšrocību dēļ, izstrādāts un pieņemts deinstitutionalizācijas process. Deinstitutionalizācija – politisks un sociāls process, kuram ir jānodrošina pāreja no institucionālās aprūpes uz patstāvīgu dzīvi. Deinstitutionalizācijas process ietver ne tikai institūciju slēgšanu, bet arī sabiedrībā balstītu pakalpojumu attīstīšanu, lai nodrošinātu kvalitatīvus un individualizētus pakalpojumus personām, kas atstāj institūcijas. Deinstitutionalizācijas mērķis ir arī novērst deinstitutionalizāciju nākotnē, nodrošinot, ka personām ar invaliditāti ir iespēja uzaugt kopā ar savām ģimenēm, apkārtējiem kaimiņiem un draugiem, nevis tikt nošķirti un izolēti no sabiedrības.<sup>14</sup>

**Sociālās aprūpes pakalpojumi dzīvesvietā** ir sociālie pakalpojumi, kas veidoti ar mērķi palīdzēt personām ar funkcionāliem traucējumiem, kuras vecuma dēļ vai psihisku vai fizisku traucējumu dēļ nevar veikt ikdienas mājas darbus un savu personisko aprūpi un kurām nav likumīgu apgādnieku vai tie objektīvu apstākļu dēļ nespēj sniegt nepieciešamo palīdzību, nezaudējot savu drošo vidi – mājas.<sup>15</sup>

Ja persona ir mobila (pārvietojās patstāvīgi vai ar palīdzību), var piedāvāt dienas aprūpes centru pakalpojumus. **Dienas aprūpes centrs** ir institūcija, kas dienas laikā nodrošina sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, sociālo prasmju attīstību, izglītošanu un brīvā

<sup>13</sup> *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 19.11.2002.

<sup>14</sup> European Network of Independent Living. (2017). *European Network of Independent Livings key definitions on Independent Living*. Pieejams: <https://enil.eu/policy/>

<sup>15</sup> Rīgas domes labklājības departaments. *Sociālās aprūpes pakalpojumi dzīvesvietā*. Pieejams: <https://ld.riga.lv/lv/socialie-pakalpojumi-49/aprupe-majas-drosibas-poga.html>

laika pavadīšanu personām ar psihiska rakstura traucējumiem, invalīdiem, bērniem no trūcīgām ģimenēm un ģimenēm, kurās ir bērna attīstībai nelabvēlīgi apstākļi, kā arī personām, kuras sasniegušas vecumu, kas dod tiesības saņemt valsts vecuma pensiju.

Līdzīgi var piedāvāt specializēto darbnīcu pakalpojumus (sociālās rehabilitācijas pakalpojums, kas nodrošina prasmes veicinošas aktivitātes un speciālistu atbalstu), subsidētās darba vietas (pasākums noteiktām personu grupām paredzēts bezdarbnieku nodarbināšanai valsts līdzfinansētajās darbavietās, lai palīdzētu bezdarbniekiem izprast darba tirgus prasības, kā arī veicinātu mērķa grupu bezdarbnieku iekļaušanos sabiedrībā un iekārtošanos pastāvīgā darbā).

Pastāv dažādas atbalsta grupas kurās pieejams sociālā darbinieka, psihologa, psihoterapeita u. c. speciālistu atbalsts un palīdzība, kā arī pastāv iespēja dalīties savstarpējā pieredzē, tiek pārrunātas aktuālākās grūtības un meklēti risinājumi.

Bērniem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pieejams atelpas brīža pakalpojums. **Atelpas brīdis** ir īslaicīgs diennakts sociālās aprūpes pakalpojums, kas aizstāj aprūpes procesā mājsaimniecības locekļus, nodrošinot psihosociālo atbalstu un pedagoģiskos un aprūpes pakalpojumus bērniem ar īpašām vajadzībām un viņu ģimenēm. “Atelpas brīdi” nodrošina speciālisti (sociālie audzinātāji, māsu palīgi, speciālais pedagogs, sociālais darbinieks, medicīnas māsa u. c.), kuri līdztekus aprūpei attīsta bērniem pašapkalpošanās iemaņas un sociālās prasmes, palīdz veidot sociālos kontaktus, mudina bērnus iesaistīties dažādās piemērotās individuālās un grupu aktivitātēs, kā arī organizē viņu brīvā laika pavadīšanu. Programmas norises laikā bērniem tiek piedāvāta iespēja apgūt jaunas iemaņas un piedalīties radošās aktivitātēs – zīmēt, dziedāt, dejot, rotaļāties un darboties ar dažādiem materiāliem.<sup>16</sup>

Gadījumā, ja personai nepieciešams atbalsts, aprūpe ikdienas dzīvē, rehabilitējošie pasākumi (piemēram, vērsti uz sociālo prasmju atjaunošanu), ir pieejami grupu māju (dzīvokļu), pusceļa māju pakalpojumi.

**Grupu māja (dzīvoklis)** – atsevišķs dzīvoklis vai māja, kurā personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem nodrošina individuālu atbalstu sociālo problēmu risināšanā.

**Pusceļa māja** – sociāls pakalpojums, kas personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem nodrošina uzturēšanās vietu ārpus ilgstošas sociālas rehabilitācijas institūcijas uz noteiktu laiku. Pusceļa mājas pakalpojums paredzēts personas neatkarīgas dzīves prasmju atjaunošanai, nostiprināšanai un pilnveidošanai pirms pārcelšanās no ilgstošas sociālās aprūpes institūcijas uz mājām vai uz grupu/sociālo dzīvokli.

---

<sup>16</sup> Bērnu klīniskā universitātes slimnīca. (2021). *Sociālā aprūpe – atelpas brīdis*. Pieejams: <https://www.bkus.lv/lv/content/sociala-aprupe-atelpas-bridis>

**Sociālais dzīvoklis** ir pašvaldības īpašumā esošs dzīvoklis, izīrēts personai vai ģimenei, kuru pašvaldība atzinusi par tiesīgu īrēt šādu dzīvokli. Uz tiesībām īrēt sociālo dzīvokli drīkst pretendēt tikai tās personas vai ģimenes, kurām pašvaldība ir piešķīrusi trūcīgas vai sociāli maznodrošinātas personas statusu.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> *Par sociālajiem dzīvokļiem un sociālajām dzīvojamām mājām*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 02.07.1997.

## 2. MŪSDIENU PSIHIATRIJAS SKATĪJUMS UZ PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM

### 2.1. Īss ieskats psihiatrijas vēsturē

Nevar pilnvērtīgi aprakstīt mūsdienu psihiatrijas skatījumu uz psihiskiem traucējumiem un to ārstēšanu, pasvītrojot modernas un uz pacientu centrētas tendences, ja pirms tam īsi neieskaties pasaules un Latvijas psihiatrijas vēsturē.

Vēsturiski, no seniem laikiem, dažādu slimību, tai skaitā psihisko, ārstēšana notika ar metodēm, no kurām dažas ne tikai neārstēja slimības, bet pat kaitēja cilvēka veselībai. Pirms viduslaikiem sabiedrībā valdīja bailes no “dēmoniem” un slimību rašanās mehānismu izskaidroja ar “ļauno spēku” iemiesošanas ķermenī, dvēselē. Viduslaikos valdīja apsēstība ar raganu iznīdēšanu, vēlāk – eksorcisms, lūgšanas pie pacienta gultas, svētā ūdens dzeršana, badošanās, apliešana ar verdošu ūdeni, sišana ar pātagu, asins noliešana.

Līdz 17.–18. gadsimtam psihiski slimie cilvēki tika uzskatīti par mežonīgiem dzīvniekiem, kas pazaudējuši prātu. Pacienti tika izsmieti publiski un parasti turēti sliktos apstākļos, bieži ķēdēs. 18. gadsimta beigās Rietumeiropas valstīs psihiski slimie cilvēki tiek atbrīvoti no ķēdēm gan fiziski, gan morāli. 1808. gadā vācu ārsts *Johann Christian Reil* ieviesa terminu “psihiatrija”. No šī perioda psihiatrija pakāpeniski attīstījās kā medicīniskā zinātne, izejot cauri visiem zinātnes apļiem.<sup>18</sup>

Psihiatrijas vēsturē Latvijā ir šādi vēsturiski etapi.<sup>19</sup>

- 1) “Trako nams” (Tollhaus) no 1786. gada izveidots Citadeles cietoksnī, kur pacienti tika turēti ķēdēs kā citur Eiropā.
- 2) Rīgas psihiatriskā slimnīca – pirmā ārstniecības iestāde “Liflandes gubernijā”, tika uzbūvēta pakalnā, “Aleksandra augstumi” (pakalns mākslīgi izveidots 1710. gadā 8 km robežā no Rīgas stratēģiskos nolūkos; par būvēšanu bija atbildīgs cara Pētera Pirmā uzticamā persona Aleksandrs Meņšikovs). 1820. gada 10. maijā uzsākta “Dievam tīkamas mājas” celtniecība, ar cara Aleksandra Pirmā pavēli. Viņš uzdāvinājis šo zemes gabalu ar dārziem un slimnīcu Rīgai, novēlot, ka slimnīcai tur arī jāpaliek.

<sup>18</sup> Wright, P., Stern, J., Phelan, M. (2012). *Core Psychiatry (Third Edition)*. A brief history of psychiatry. Elsevier.

<sup>19</sup> Lībiete, I. (2014). *Psihiatrijas attīstība Latvijā no 1918. līdz 1940. gadam*. (Promocijas darba kopsavilkums medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai.) Pieejams: [https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/I%20Lībiete\\_kopsav\\_LV.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/I%20Lībiete_kopsav_LV.pdf)

- 3) No 1862. līdz 1942. gadam Rīgā funkcionēja otrā psihiatriskā slimnīca – Sarkankalna slimnīca (tagadējās Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas teritorijā), slimnīca bijusi vismodernākā uz to laiku, tajā bijušas arī privātās nodaļas.
- 4) II pasaules karš nācis ar melnu periodu psihiatrijai – notikusi nacistu organizētā psihiski slimu pacientu masveida nošaušana.

Citur Latvijā arī pakāpeniski attīstījās psihiatriskās slimnīcas: 1887. gadā Jelgavā tika pārbūvēti zirgu staļļi, kur slimnīca veica epilepsijas slimnieku un psihiatrijas slimnieku aprūpi, 1901. gadā uz tās bāzes izveidota “Ģintermuižas” slimnīca. Liepājas psihoneiroloģiskā slimnīca izveidota ~1910. gadā, Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca – 1924. gadā.

Mūsdienās Latvijā psihiatriskā palīdzība pieejama 5 psihiatriskos stacionāros (Rīgā, Jelgavā, Daugavpilī, Strenčos, Liepājā), ambulatorajos dienestos pie stacionāriem, psihiatru praksēs, 2 ilgstošas ārstēšanās slimnīcās (Aknīstē un Ainažos), privātajās klīnikās. Aktīvu dalību psihiatrisko pacientu ārstēšanā un rehabilitācijā ņem psihoterapeiti, psihologi, ergoterapeiti, kustību terapeiti, fzioterapeiti, mākslas terapeiti un citi speciālisti.

## 2.2. Mūsdienu psihiatrijas skatījums

Runājot par mūsdienu psihiatrijas skatījumu uz psihiskiem un uzvedības traucējumiem, jāpiemin statistikas datus. Pasaules Veselības organizācijas dati liecina, ka Eiropas Savienības valstu vidū (valstis par kurām pieejami dati) Latvija atrodas 8. vietā pēc pirmreizējo pacientu skaita ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem uz 100 000 iedzīvotāju.<sup>20</sup> Apskatīsim psihiatrisko diagnožu sadalījumu.

### 2.2.1. Diagnožu sadalījums

2017. gadā Latvijā psihiskie un uzvedības traucējumi (atbilstoši Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijai) bija reģistrēti vairāk nekā 89 000 personām jeb 4,6% Latvijas iedzīvotāju. 2017. gada beigās psihiskie un uzvedības traucējumi bija reģistrēti 42285 vīriešiem (4753 uz 100 000 vīriešu) un 47383 sievietēm (4535 uz 100 000 sievietēm).<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/psihiska-veseliba-0>

<sup>21</sup> Ministru kabinets. (2019). *Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.-2020. gadam*. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/307701-psihiskas-veselibas-aprupes-pieejamibas-uzlabosanas-plans-2019-2020-gadam>

Statistiski, izplatītāka diagnožu grupa ir – organiski psihiski traucējumi (diagnozes no F00 līdz F09). Otrajā vietā ir neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F4-F48), trešajā – ar minimālu atšķirību seko garastāvokļa traucējumi (F30-F39), šizofrēniska spektra traucējumi (F20-F29), garīgās atpalcības (F70-F79), bērnu un pusaudžu psihiskās attīstības traucējumi (F80-F89).<sup>22</sup>

Informācija par to, kādas diagnozes ietvertas šajās grupās, ka arī sīkāk par tam, būs aprakstīta materiāla sadaļā “Vispārēju psihisko traucējumu raksturojums, tā cēloņi un veidi”.

### **2.2.2. Psihiatriskās palīdzības sniegšanas pamatprincipi**

Mūsdienās psihisko slimību ārstēšana un rehabilitācija balstās uz ētiskiem principiem – cieņa pret dzīvību, cilvēci un atsevišķu cilvēku tiesībām neatkarīgi no viņa tautības, rases, ticības, vecuma, dzimuma, politiskiem uzskatiem, stāvokļa sabiedrībā, neatkarīgi no viņam noteiktās diagnozes.

Pasaules Psihiatru asociācijas ētikas deklarācijās ir noformulēti pamatprincipi (Havajas deklarācija 1977. gadā), kas regulē ētiskos un praktisko aspektus psihiatra, pacienta, sabiedrības un dažādu citu struktūru savstarpējo sadarbību.<sup>23</sup>

Īsumā var izdalīt, ka psihiatriskās palīdzības sniegšana balstās uz brīvprātības un līdztiesības principiem. Pacients savu psihisko traucējumu dēļ nedrīkst tikt ierobežots palīdzības saņemšanas kvalitātē un apjomā. Ārstam jāpiedāvā vislabākā iespējamā psihisko slimību ārstēšana, sekojoša rehabilitācija un psihiskās veselības veicināšana saskaņā ar pieņemtajiem zinātniskajiem un ētiskajiem principiem. Psihiatram (un arī jebkuram ārstam) vienmēr jāievēro ārsta–pacienta attiecību robežas, cieņa pret pacientu. Psihiatra un pacienta attiecībām jābalstās uz savstarpēju uzticēšanos un cieņu, lai pacients varētu brīvi un informēti lemt, atbilstoši viņa personīgo vērtību skalai un vēlmēm. Ja psihisko traucējumu dēļ pacients ir kļuvis nekompetents un/vai nespējīgs pieņemt pareizus lēmumus, psihiatriem jākonsultējas ar ģimeni un jāseko, lai pacienta tiesības tiktu ievērotas. Pacientu nevar ārstēt pret viņa gribu, izņemot gadījumus, kad ārstēšanas apturēšana rada draudus pacienta un apkārtējo drošībai. Ārstēšanai vienmēr jābūt pacienta vislabākajās interesēs. Ārstēšanas attiecībās iegūtā informācija ir konfidenciāla un var tikt izmantota tikai pacienta psihiskās veselības uzlabošanas nolūkos. Konfidenciālās informācijas izpaušana var notikt tikai tad, ja to prasa likums vai var rasties nopietns fizisks vai psihisks kaitējums pacientam vai trešajai personai.

<sup>22</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/psihiska-veselibas-0>

<sup>23</sup> Pīrāgs, V., Andrēziņa, R., Vīksna, L., Stoligvo, L. (2013). *Praktizējoša ārsta rokasgrāmata. Rekomendācijas psihiatrisko pacientu aprūpē*. Pieejams: [https://white-medicine.com/files/books/PSIHO\\_block\\_PRINT.pdf](https://white-medicine.com/files/books/PSIHO_block_PRINT.pdf)

Ar ko visbiežāk sākas psihiatriskā palīdzība? Ar sarunu. Psihisko traucējumu noteikšanai visbiežāk izmanto diagnostisku sarunu ar pacientu. Šādai sarunai jānotiek piemērotos apstākļos, mierīgā atmosfērā, nodrošinot konfidencialitāti un drošību gan pacientam, gan ārstam. Saruna jārisina tā, lai iegūtu maksimāli daudz informācijas par pacienta psihisko stāvokli, kā arī jāpārliecina patients, ka saruna tiek uzturēta tikai medicīniskos nolūkos.<sup>24</sup>

Mūsdienīgi ir runāt ne tikai par cilvēku, kuram ir psihiskie traucējumi, bet arī par ģimenēm, kurās tie dzīvo, jo dažāda veida palīdzības sniegšana nepieciešama arī ģimenes locekļiem. Psihiskie traucējumi ģimenē var dažādi savstarpēji ietekmēt ģimenes locekļus. Speciālistiem veselības aprūpē, sociālā aprūpē jāprot atšķirt šādas ģimenes un jāpiedāvā iespējamus risinājuma variantus.

---

<sup>24</sup> Pīrāgs, V., Andrēziņa, R., Vīksna, L. ... Stoliņo, L. (2013). *Praktizējoša ārsta rokasgrāmata. Rekomendācijas psihiatrisko pacientu aprūpē*. Pieejams: [https://white-medicine.com/files/books/PSIHO\\_block\\_PRINT.pdf](https://white-medicine.com/files/books/PSIHO_block_PRINT.pdf)



### 3. VISPĀRĒJO PSIHISKO TRAUCĒJUMU RAKSTUROJUMS, CĒLOŅI UN VEIDI

Biežāk sastopami ir traucējumi, kas saistīti ar trauksmi, kā arī depresija, atmiņas grūtības un demence. No trauksmes traucējumiem tās būtu dažāda veida panikas, obsesīvi-kompulsīvi traucējumi, adaptācijas traucējumi, kas izpaužas kā nemiers, slikts garastāvoklis, miega traucējumi un grūtības koncentrēties. Tāpat bieži novērojama arī atmiņas pasliktināšanās – mūsu sabiedrība noveco, un arvien vairāk ir vecāka gada gājuma cilvēki ar prāta funkciju un atmiņas traucējumiem.<sup>25</sup> Šajā sadaļā apskatīsim atsevišķas, biežāk izplatītās diagnozes no atsevišķām psihisko un uzvedības traucējumu grupām.

#### 3.1. Demence

Termins *demence* no latīņu valodas nozīmē (de + ment) – “stāvoklis bez prāta”.

Demence ir smadzeņu darbības traucējumi, kas izsauc neatgriezeniskus, pieaugošus un daudzpusīgus kognitīvo jeb prāta funkciju traucējumus, kuru rezultātā rodas atmiņas, valodas, vizuāli telpiskās izjūtas, prasmju un spriešanas spēju izmaiņas. Kognitīvie traucējumi sākotnēji ir viegli un var tikt sajaukti ar normālu novecošanas procesu. Taču ar laiku tie var kļūt smagāki un kombinēties ar dažādas intensitātes personības un uzvedības izmaiņām, ierobežojot un apgrūtinot ikdienas aktivitātes, salīdzinājumā ar iepriekšējo dzīves periodu. Biežākie demences veidi ir Alcheimera slimība un smadzeņu asinsrites traucējumu izraisīta jeb vaskulāra demence, bet kopumā demencei ir vairākas formas un paveidi.

Vieglu kognitīvu traucējumu gadījumā ir sūdzības par pavājinātu atmiņu, lēnāku domāšanu, grūtībām apgūt jaunu informāciju un koncentrēties. Cilvēks sāk izmantot dažādus paņēmienus, lai varētu adaptēties prāta traucējumu izmaiņām, saglabāt neatkarību un pastāvīgi ikdienā funkcionēt, piemēram, dodoties uz veikalu, cilvēks var sastādīt iepirkumu sarakstu, atzīmēt nozīmīgus datumus kalendārā. Viegli kognitīvi traucējumi nav normālas novecošanās pazīme. Noteiktas ārstēšanas un aprūpes rezultātā nelielai daļai cilvēku kognitīvie traucējumi ar laiku var mazināties, taču bieži kognitīvie traucējumi kļūst izteiktāki, daudzveidīgāki, un laika gaitā pakāpeniski var attīstīties demence.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Veselības ministrija, Slimību profilakses un kontroles centrs. *Kā sevi pasargāt no psihiskas saslimšanas?* Pieejams: [https://nenoversies.lv/docs/Ka\\_sevi\\_pasargat\\_no\\_psihiskas\\_saslimšanas.pdf](https://nenoversies.lv/docs/Ka_sevi_pasargat_no_psihiskas_saslimšanas.pdf)

<sup>26</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija. (2015). *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. Pieejams: [https://nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_read](https://nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

Agrīnā demences stadijā cilvēks aizmirst tikko dzirdētu informāciju, uzdod vienus un tos pašus jautājumus, stāsta vienus un tos pašus stāstus, taču komunicējot nespēj atrast vārdus, pazaudē laika izjūtu, ar grūtībām veic sarežģītākus ikdienas uzdevumus, piemēram, ēdienu gatavošanu, dzīvokļa uzkopšanu, darbības ar naudu. Cilvēks var zaudēt interesi par lietām, kas agrāk patikušas, kļūt apātiskāks, vieglāk aizkaitināms un satraucams. Pakāpeniski stāvoklim pasliktinoties, atmiņa vēl vairāk pavājinās, cilvēks sāk apmaldīties pazīstamās vietās, viņam nepieciešams palīdzēt pašaprūpē, ēdiena gatavošanā un savas vides sakopšanā, parādās personības traucējumi, cilvēks var sākt vākt nevajadzīgas mantas, kļūt aizdomīgs un sākt baidīties no apzagšanas. Demences vēlīnā stadijā cilvēks kļūst pilnībā atkarīgs no aprūpētāja, neorientējas ne vietā, ne laikā, neizprot apkārt notiekošo, nespēj veikt līdz tam zināmas darbības, piemēram, ēšanu vai labierīcību izmantošanu, nespēj pilnvērtīgi lietot un saprast valodu, bieži nepazīst tuviniekus, var sākties uzvedības izmaiņas (piemēram, agresivitāte), personības traucējumi un uztveres traucējumi (redzes vai dzirdes halucinācijas).

### 3.2. Šizofrēnija

Šizofrēnija ir nopietna, hroniska psihiska saslimšana, kas skar apmēram 1% populācijas un izpaužas ar domāšanas, uztveres, emocionālo reakciju un uzvedības izmaiņām. Šizofrēnija var sākties pēkšņi vai attīstīties pakāpeniski. Atsevišķos gadījumos cilvēks var piedzīvot šizofrēnijai līdzīgu stāvokli jeb akūtu psihozi tikai vienu reizi mūžā un pēc atlabšanas spēj tālāko dzīvi veidot pilnvērtīgi. Taču biežāk šizofrēnija norit ar paasinājumiem vai pat nepārtraukti. Saslimšana vienlīdz bieži skar kā vīriešus, tā sievietes. Slimība visbiežāk sākas līdz 25 gadu vecumam. Retāk sastopami gadījumi, kad šizofrēnija rodas bērnībā vai vēlīnos pusmūža gados. Cilvēkiem ar šizofrēnijas diagnozi nereti tiek atklāta arī depresija un neirotiski traucējumi. Fizisko veselības problēmu un augstā pašnāvības riska dēļ vidējais dzīves ilgums pacientiem ar šo slimību ir par 10-12 gadiem īsāks nekā veselīgiem cilvēkiem.<sup>27</sup>

Mūsdienās šizofrēnija ir klīniski daudzveidīga, multifaktoriālas etioloģijas psihiska saslimšana (slimību grupa), kas raksturojas ar pozitīvo psihopatoloģisko simptomātiku – domāšanas procesu traucējumiem (murgu idejām, psihiskiem automātismiem; dezorganizētu, paraloģisku vai saraustītu domāšanu), katatoniem traucējumiem, apkārtējās pasaules aplamu uztveri (halucinācijām), emociju sfēras traucējumiem, šie traucējumi bieži kombinējas ar

---

<sup>27</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija. (2015). *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. Pieejams: [https://nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_read](https://nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

negatīvo šizofrēnijas simptomātiku – apātiju, lēnu domāšanu, kas savukārt ir par iemeslu pacienta sociālai dezadaptācijai un darbaspēju zudumam.<sup>28</sup>

Šizofrēnijas cēloņi tiek saistīti ar daudziem faktoriem, kuri joprojām tiek aktīvi pētīti. Nevienš no cēloņiem pats par sevi nav pietiekams, lai izskaidrotu šizofrēnijas rašanos. Ja ar šizofrēniju slimo kāds no tuviem radniekiem, cilvēkam ir lielāka iespējamība saslimt ne tikai ar šizofrēniju, bet arī kādiem citiem psihiskiem traucējumiem. Taču saslimšanas risku var palielināt arī apkārtējā vide, kaitīgo faktoru ietekme grūtniecības laikā, dzemdības ar sarežģījumiem, smadzeņu attīstības traucējumi, nelabvēlīgs mikroklimats ģimenē, psihotraumas bērnībā. Pastāv uzskats, ka šizofrēnijas gadījumā cilvēka smadzenēs ir izmainīta struktūra un dažu ķīmisku vielu daudzums un darbība. Dažu narkotisko vielu lietošana (marihuāna, amfetamīni, halucinogēni) var provocēt šizofrēnijas procesa sākšanos.<sup>29</sup>

### 3.3. Depresija

Depresija ir saslimšana, kas ietekmē emocijas, domas, uzvedību un fiziskās ķermeņa reakcijas. Ikviens kādā dzīves brīdī var justies noskumis vai nelaimīgs, taču tas ne vienmēr nozīmē, ka sākusies depresija. Depresija traucē pilnvērtīgi veikt ikdienas aktivitātes, var pat parādīties domas, ka dzīvot nav vērts. Svarīgi laikus vērsties pie speciālista, lai noteiktu depresijas veidu un saņemtu atbilstošu palīdzību. Mūsdienās depresija ir ārstējama slimība.

Pēc Slimību profilakses un kontroles centra datiem ar garastāvokļa traucējumiem (depresijām, bipolāri afektīviem traucējumiem u. c.) psihiatru un ģimenes ārstu praksēs gada laikā ārstējušies mazāk par 13 000 pacientu. Vienlaicīgi plašākajā līdz šim veiktajā depresijas prevalences pētījumā Latvijas vispārējā populācijā tika konstatēts, ka ar depresiju katru gadu slimo 7.9 % jeb vairāk kā 130 000 iedzīvotāju. Rādītāju atšķirība par vairāk kā 10 reizēm liek domāt par depresijas ļoti zemo atpazīšanu un ārstēšanu, kas rada ne tikai personiskas ciešanas pacientiem un viņu ģimenes locekļiem, bet arī būtiskus ekonomiskus zaudējumus sabiedrībai.<sup>30</sup>

Depresijas biežākie simptomi ir pastāvīgi nomākts garastāvoklis, interešu trūkums, vienaldzības sajūta, nespēks, enerģijas izsīkums. Cilvēks, kurš cieš no depresijas, nespēj priecāties par lietām un notikumiem, kas agrāk sagādāja labsajūtu. Parādās nepamatota vainas sajūta. Nākotnes redzējums kļūst drūms un pesimistisks. Depresijas gadījumā ir grūtības

<sup>28</sup> Tērauds, E. *Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana*. klīniskais algoritms. Pieejams:

[https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/16.sch\\_alg\\_1\\_akutu\\_psihotisku\\_traucejumu\\_vad1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/16.sch_alg_1_akutu_psihotisku_traucejumu_vad1.pdf)

<sup>29</sup> SPKC, VM. (2015). *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. Pieejams:

[https://nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-](https://nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

[gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_read](https://nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

<sup>30</sup> Rancāns, E. *Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe*. Pieejams:

[https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/21.depr\\_1\\_alg\\_pieaugusiem1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/21.depr_1_alg_pieaugusiem1.pdf)

koncentrēties un pieņemt lēmumus. Depresijas simptomi ir arī traucēts miegs, izmainīta apetīte, lēnīgums kustībās un domāšanā, sasprindzinājums, neizskaidrojamas fiziskas sūdzības – galvas vai muguras sāpes. Nopietnākos gadījumos var parādīties domas par pašnāvību. Smagas depresijas gadījumā iespējamās pat halucinācijas un īstenībai neatbilstošas, biedējošas domas.<sup>31</sup>

### 3.4. Neurotiski, ar stresu saistīti traucējumi

Tas ir psihisku traucējumu grupa, kuru galvenais simptoms ir trauksme. Mērena trauksme un baiļu sajūta ir normāla reakcija uz bīstamu vai saspringtu situāciju, taču trauksme, kas nav atbilstoša situācijai vai izpaužas pārāk intensīvi, var liecināt par psihiskiem traucējumiem vai kādu fizisku saslimšanu.

Neurotisko, ar stresu saistīto traucējumu cēloņi un riska faktori ir ilgstošs stress, psihotraumējoša situācija vai vardarbība bērnībā, noteiktas personības iezīmes (emocionalitāte, izvairīgums, bailīgums, nepatstāvība), noteiktas fiziskas saslimšanas, noteiktu medikamentu lietošana, citi psihiski traucējumi pašam vai kādam no tuviniekiem, alkohola un narkotiku lietošana var izraisīt trauksmi vai palielināt trauksmes rašanās risku.

Biežākie neurotisko traucējumi veidi ir panika, fobijas, posttraumatiskais stresa sindroms un obsesīvi kompulsīvi traucējumi, somatoformi veģetatīvā disfunkcija.

Panika – neprognozējama, lēkmjveidīga trauksme, kas sākas pēkšņi, bez provocējoša faktora un ilgst no vairākām minūtēm līdz pusstundai. Lēkme var sākties arī saistībā ar kādu konkrētu situāciju. Dažreiz panikas lēkmes novēro naktīs, miegā. Trauksmi pavada sirdsklauves, sāpes krūtīs, smakšanas sajūta, smaguma sajūta kuņģī, reibonis, realitātes izjūtas zudums vai bailes no personiskas katastrofas (kontroles zuduma, sajukšanas prātā, sirdslēkmes, pēkšņas nāves).

Fobijas – trauksmi ierosina skaidri noteiktas situācijas, kas parasti nerada nozīmīgu apdraudējumu. Cilvēks no šīm situācijām izvairās vai pārdzīvo tās ar spēcīgām, iracionālām bailēm – fobiju. Fobija izraisa spēcīgu fizioloģisku un psiholoģisku reakciju – sirdsklauves, ģībšanas sajūtu, bailes nomirt vai zaudēt samaņu. Fobiju veidi ir sociāla fobija (bailes nokļūt uzmanības centrā vai tikt pazemotam), agorafobija (bailes atrasties vietās, no kurām nav iespējams viegli un ātri izkļūt), izolētas fobijas (cilvēks ierobežo aktivitātes, jo ir izteiktas bailes

---

<sup>31</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija. (2015). *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. Pieejams: [https://nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_read](https://nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

no kāda priekšmeta, dzīvnieka, parādības, saslimšanas vai situācijas, piemēram, bailes no suņiem, lidošanas, slēgtām telpām).<sup>32</sup>

Posttraumatiskais stresa sindroms – rodas kā novēlota vai ieilgusi atbilde uz psihotraumējošu notikumu vai situāciju (kā īslaicīgu, tā ilgstošu), kas ir sevišķi draudoša vai katastrofāla un varētu izraisīt smagus emocionālus pārdzīvojumus ikvienam. Predisponējoši faktori (piemēram, personības īpatnības) var veicināt sindroma rašanos vai padarīt tā norisi smagāku. Tipiski simptomi ir atkārtota uzmācīga psihotraumējošās epizodes atdzīvošanās atmiņās, pagātnes uzplaiksnījumi (flashback), sapņi vai nakts murgi, kas rodas pretēji ilgstošam sastinguma stāvoklim un emociju izbalējumam, atrautība no citiem cilvēkiem, reakcijas trūkums pret apkārtējiem, nespēja just prieku un centieni izvairīties no tādām darbībām un situācijām, kas atgādina psihotraumu. Parasti šajā stāvoklī ir pastiprināts veģetatīvs uzbudinājums, pastiprināta satraukuma reakcija, bezmiegs.<sup>33</sup>

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi – uzmācīgas (obsesīvas) domas, kas ir nepatīkamas, atkārtojas atkal un atkal pret paša gribu, cilvēks ar tām cenšas cīnīties, bet nesekmīgi. Tās izsauc trauksmi. Kompulsīvas (uzmācīgas) darbības ir kustības, ģērbšanās, runāšana, skaitīšana un citas rituālas darbības, ko cilvēks veic atkal un atkal, lai novērstu iedomātu ļaunumu. Šīs darbības pats cilvēks vērtē kā pārspīlētas, nejēdzīgas, traucējošas, bet nespēj tās apturēt.<sup>34</sup>

Somatoformi veģetatīvā disfunkcija – galvenā pazīme ir atkārtotas sūdzības par somatiskiem simptomiem ar pastāvīgu prasību pēc medicīniskas izmeklēšanas, par spīti tam, ka atkārtotas apskates neko jaunu neatklāj un, par spīti ārstu pārliecināšanai, ka simptomiem nav somatiska pamata. Ja arī ir kādi somatiski traucējumi, tie nevar izskaidrot simptomu dabu un intensitāti, ne arī to, cik mokoši tie ir pacientam un cik ļoti viņš ar tiem nodarbojas. Cilvēkam ir fiziskām saslimšanām līdzīgi simptomi (piemēram, smakšanas sajūta, sāpes krūtīs, svīšana, galvas reiboņi), taču, veicot klīniskos izmeklējumus, noteiktu fizisku cēloni simptomiem nav iespējams atrast. Traucējumi parasti saistīti ar dažādas intensitātes stresu. Somatoformo veģetatīvo disfunkciju izraisa nepatīkamas emocijas, ilgstoša emociju apspiešana, stress, ilgstošs saspringums, fiziska un psihiska pārslodze, izdegšana darbā.<sup>35</sup>

---

<sup>32</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija. (2015). *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. Pieejams: [https://www.nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_read](https://www.nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

<sup>33</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs. (2019). *Posttraumatiskais stresa sindroms*. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_119](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_119)

<sup>34</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs. (2019). *Obsesīvi kompulsīvi traucējumi*. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_119](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_119)

<sup>35</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs. (2019). *Somatoforma veģetatīva disfunkcija*. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_119](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_119)

### 3.5. Izdegšanas sindroms

Profesionālā izdegšana – negatīvo emociju uzkrāšanās, bez pietiekamas negatīvo emociju atreaģēšanas, kas noved pie emocionāli – enerģētisko resursu un personības resursu izsīkuma.

Izdegšanas sindroma pazīmes:<sup>36</sup>

- 1) Nogurums – nepārtraukts emocionāls vai fizisks
- 2) Motivācijas trūkums darbā, sadzīvē
- 3) Domas par darbu, ārpus darba laika, “man neizdosies, nav vērts”
- 4) Neapmierinātība, cinisms un citas negatīvas emocijas
- 5) Zudis gandarījums, nevajadzīguma sajūta u. c.
- 6) Uztveres problēmas, fokusēšanās uz negatīvo
- 7) Saskarsmes problēmas – konflikti vai norobežošanās
- 8) Samazinājušās rūpes par sevi – nerūpēšanās par veselību, miega higiēnu;
- 9) Alkohola, miega līdzekļu lietošana; veselības problēmas

Fiziskie simptomi var izpausties kā nogurums, nespēks, biežas saaukstēšanās slimības, fiziska izsīkuma un nespēka sajūta, biežas galvassāpes, ķermeņa svara izmaiņas, miega traucējumi, kas ietekmē noskaņojumu, ātra un sekla elpošana, psihosomatiski (funkcionāli) traucējumi, galvenokārt gremošanas sistēmā, psihosomatiskas slimības (kuņģa čūla, cukura diabēts, hipertensija u. c.).

Pazīmes uzvedībā – uzņemas vairāk pienākumu, nekā spēj veikt; “ņem problēmas līdzī uz mājām”; strādājot arvien vairāk, var padarīt mazāk, strādā lēnāk; vēla nākšana uz darbu un agra promiešana vai otrādi, vēlme izvairīties no darba; pieaugoša vēlme sociāli izolēties; aizdomīguma parādīšanās attiecībās ar pārējiem; attiecības ar citiem kļūst nepatīkamas un konfliktējošas.

Kā izvairīties no izdegšanas sindroma? Jānoskaidro izdegšanas iemeslus un sāk rūpēties par savu fizisko un emocionālo labklājību. Pie fiziskām rūpēm minams atbilstošs uzturs, atpūta, miegs, kustības – tāds dienas ritms, kas rada līdzsvaru starp darbu un spēku atgūšanu. Pie rūpēm par savu psihi minami faktori, kas veicina emocionālo labsajūtu. Rūpes, lai nepietrūktu prieka, gandarījuma, apmierinājuma sajūtas, kas regulē un optimizē visa organisma funkcijas. Būtiska ir spēja noteikt robežu darbam un tā apjomam, kā arī savai personiskajai dzīvei, nevis uzņemties visus piedāvātos darbus, jo nespēj atteikt. Lai neizdegtu, ir svarīgi nepieciešamības brīdī spēt lūgt palīdzību. Tas nav viegli, ja palīdzības lūdzējs jūt pazemojumu, bailes, dusmas, kas saistītas

---

<sup>36</sup> Pētersone, I., Ivaščenko T. Izdegšanas sindroms. *Medicus bonus*. Pieejams: [http://psihosomatika.lv/public/files/MedicusBonus\\_04\\_02.pdf](http://psihosomatika.lv/public/files/MedicusBonus_04_02.pdf)

ar mazvērtības sajūtu. Ļoti lielā mērā izdegšanas sindroma veidošanos veicina ideālu un reālās dzīves nesakritība.<sup>37</sup>

### 3.6. Miega traucējumi

Pieaugušam cilvēkam miegam nepieciešamais laiks ir individuāls. Tas var būt no 4 līdz 10 stundām diennaktī. Tādējādi cilvēks, kurš pamostas labi izgulējies pēc 4 līdz 5 stundu gara miega, necieš no bezmiega, bet drīzāk uzskatāms par “mazgulētāju”. Savukārt, cilvēks, kuram fizioloģiski nepieciešamas vismaz 10 miega stundas diennaktī, var ciest no bezmiega, pat ja katru nakti gulī 8 stundas. Miegam nepieciešamais laiks atkarīgs ne tikai no ģenētiskajām īpatnībām, bet arī no vecuma, fizisko un psihisko traucējumu esamības un izteiktības.

Bezmiega iemesli var būt pārlietu liels stress un trauksme ikdienā, pastiprināta kofeīna, alkohola un nikotīna lietošana, pārēšanās pirms gulētiešanas, miega higiēnas (ērta gulta, vēsa, tumša, klusa telpa, izvairīšanās no kofeīna, nikotīna un sātīgām maltītēm pirms gulētiešanas, neaizmiigt pie ieslēgta TV, mazināt stresu pirms gulētiešanas) neievērošana. Taču bezmiegs var būt arī depresijas vai kādu citu psihisku traucējumu (piemēram, pēc traumas stresa sindroma) simptoms vai fizisku saslimšanu (piemēram, sāpju sindroms) blakusparādība. Miega traucējumus var izraisīt arī dažu medikamentu regulāra lietošana.

Miega traucējumu veidu nosaka rūpīgi izjautājot pacientu. Reizēm pacientam lūdz veidot miega dienasgrāmatu, lai varētu objektīvāk novērot miega paradumus. Nepieciešamības gadījumā tiek nozīmēti papildu izmeklējumi, lai atklātu iespējamās saslimšanas, kas veicina bezmiegu. Ja ir aizdomas par specifiskiem miega traucējumiem, tiek nozīmēts īpašs izmeklējums, ko veic speciāli aprīkotā miega kabinetā.<sup>38</sup>

### 3.7. Ēšanas traucējumi

Ēšanas traucējumi ir nopietni psihiskās un fiziskās veselības traucējumi, kad cilvēks pievērš pārspīlētu uzmanību savam svaram un ēdienam, atstājot novārtā citas intereses un aktivitātes. Šos traucējumus novēro gan meitenēm pusaudžu vecumā vai jaunām sievietes, gan arī zēniem vai jauniem vīriešiem. Ēšanas traucējumi izpaužas anoreksijas, bulīmijas veidā vai kā kompulsīvā (nekontrolētā) pārēšanās.

---

<sup>37</sup> Pētersone, I, Ivaščenko T. Izdegšanas sindroms. *Medicus bonus*. Pieejams: [http://psihosomatika.lv/public/files/MedicusBonus\\_04\\_02.pdf](http://psihosomatika.lv/public/files/MedicusBonus_04_02.pdf)

<sup>38</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija. 2015. *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. Pieejams: [https://www.nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_read](https://www.nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

Anoreksija parasti sākas cilvēkiem, kas uzskata, ka viņiem ir paaugstināts svars, resns ķermenis vai atsevišķa tā daļa. Cilvēks sāk apzināti un pārspīlēti samazināt savu svaru badojoties, ierobežojot uzņemtā ēdiena daudzumu, nododoties pārlietu intensīvām fiziskajām aktivitātē. Anoreksijas gadījumā ir spēcīgas bailes pieņemt svarā. Par anoreksiju jādomā, ja svars apzināti tiek turēts >15% zemāks par vecumam un auguma parametriem atbilstošo normu. Anoreksijas pazīmes var būt pārspīlētas, nepamatotas diētas, atteikšanās no ēdiena, pazemināts garastāvoklis, aizkaitināmība un izvairīšanās ēst publiskās vietās, norobežošanās no cilvēkiem, miega traucējumi, samazināts ķermeņa svars, menstruāciju iztrūkums, aizcietējumi, sūdzības par sāpēm vēderā un gremošanas traucējumiem, salšanas sajūta, nespēks, pazemināts asinsspiediens.<sup>39</sup>

Bulīmija ir atkārtotas, nekontrolējamas pārēšanās lēkmes, kam seko apzināta un pārspīlēta svara kontrolēšana. Bulīmijas gadījumā ir pārmērīga tieksme pēc ēdiena, izteikta neapmierinātība ar savu izskatu un bailes no svara pieauguma. Centieni mazināt svaru notiek regulāri izraisot vemšanu pēc ēdienreizēm, epizodiski badojoties, lietojot apetīti mazinošus vai caurejas un urīndzenošus līdzekļus. Bulīmijas pazīmes var būt liela ēdiena daudzuma patērēšana, regulāra tualetes vai vannas istabas apmeklēšana pēc ēdienreizēm, dzīvesveida pielāgošana ēšanas un vemšanas paradumiem, norobežošanās no sabiedrības, intensīva sportošana, zobu emaljas krāsošanās, čūlas uz smaganām vai rīklē, vaigu un siekalu dziedzeru pietūkums, menstruālā cikla izmaiņas, sirds ritma traucējumi, pazemināts pašvērtējums, pārņemība ar ēdienu, ķermeņa svara jautājumiem un savu izskatu.<sup>40</sup>

Nekontrolēta ēšana jeb „rīšanas” lēkme ir tad, ka cilvēks, uzņem vairākus tūkstošus kaloriju, kam seko vainas apziņa un kauna sajūta, kas var provocēt atkal jaunu pārēšanās lēkmi. Ēšanas lēkmei neseko atbrīvošanās no ēdiena ar vemšanas vai caurejas zāļu palīdzību. Svars var būt normāls, paaugstināts vai pazemināts.

Ēšanas traucējumu gadījumā nepieciešama kompleksa ārstēšana, kurā tiek iekļautas psihiatra, terapeita, uztura speciālista konsultācijas, individuāla un ģimenes psihoterapija un medikamentoza ārstēšana. Smagu medicīnisku komplikāciju gadījumā nepieciešams ārstēties stacionārā.

---

<sup>39</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija. (2015). Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes. Pieejams: [https://www.nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_read](https://www.nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_read)

<sup>40</sup> Turpat.



## **4. VESELĪBAS APRŪPES UN SOCIĀLĀ DARBA PAMATVĒRTĪBAS, TAJĀ SKAITĀ, ĀRSTNICĪBAS UN SOCIĀLĀ DARBA SPECIĀLISTA ĒTIKAS NORMAS DARBĀ AR PERSONU, KURAI IR PSIHISKI TRAUCĒJUMI**

Ētika ir filozofijas nozare — zinātne par morāli, tikumību. Jēdzienu lieto arī runājot par ētiku kā, piemēram, kādas profesionālas darbības nozares tikumisko normu sistēmu (ārsta ētika, sociālā darbinieka ētika, žurnālistu ētika u. tml.).

Profesionālā ētika paredz dažādas regulas, kuras jāievēro atsevišķu profesiju pārstāvjiem. Tā piemēram pastāv ārstu ētikas kodekss, kurā uzskaitīti ētikas principi ārsta rīcībai. Ārstu ētikas kodeksā ietvertie norādījumi apvieno gan vispārīgus principus, kā, piemēram, laba darīšanas principu, gan specifiski ārsta profesijai saistošus principus. Latvijas ārstu ētikas kodekss apstiprināts Latvijas Ārstu biedrības 1995. gada konferencē. Ārstu ētikas pamatprincipi ir plaši aprakstīti un pietiekami pašsaprotami (piemēram – ārsta darbības pamatprincips ir cieņa pret dzīvību, cilvēci un atsevišķu cilvēku tiesībām neatkarīgi no viņa tautības, rases, ticības, vecuma, dzimuma, politiskajiem uzskatiem un stāvokļa sabiedrībā)<sup>41</sup>.

Attiecībā uz psihisko traucējumu tematiku īpaši uzsver cieņu pret pacienta uzticību un darbošanos tikai pacienta interesēs, kā arī konfidencialitāti. Pacientu ar psihiskiem traucējumiem tiesības un ētiskais regulējums darbā ar šādiem pacientiem tiek aprakstīts vairākos starptautiskos un Latvijas dokumentos. Šo dokumentu vidū ir:

- 1) Vispārējā cilvēka tiesību deklarācija (pieņemta Apvienoto Nāciju Organizācijā (turpmāk – ANO) Ģenerālajā Asamblejā 1948. gadā);
- 2) Principi garīgi slimu personu aizsardzības un garīgās veselības aprūpes uzlabošanai (ANO Ģenerālās Asamblejas rezolūcija 46/119, pieņemta 1991. gadā);
- 3) Pasaules psihiatru asociācijas Havajas deklarācija par ētikas vadlīnijām psihiatrijas praksē (pieņemta 1977. gadā);
- 4) Ārstniecības likums;
- 5) Pacientu tiesību likums.

---

<sup>41</sup> Latvijas Ārstu biedrība. (1998). *Latvijas Ārstu ētikas kodekss*. Pieejams: <https://www.arstubiedriba.lv/assets/dokumenti/etikaskodekss.pdf>

Darbā ar personām ar psihiskiem traucējumiem ir īpaši svarīgi ievērot ētiskas normas, jo šādi pacienti bieži ir viegli ievainojami, sociāli neaizsargāti, pakļauti izteiktai stigmatizācijai. Svarīgākās ētikas standartu prasības psihiatrijā ir:

- 1) aprūpēt un aizsargāt slimos un nespējīgos sevi aizstāvēt psihisku traucējumu dēļ;
- 2) jāaizstāv godīgums un jāiestājas par līdztiesību ārstēšanā, aprūpē un taisnīgumu visiem;
- 3) jāizturas ar cieņu pret slimnieku, jā rūpējas par viņa labklājību un integritāti;
- 4) jāpiedāvā vislabākā ārstēšana, rehabilitācija un psihiskās veselības veicināšana saskaņā ar pieņemtajiem zinātnes un ētikas principiem, nekaitējot pacientam. Ārstēšanai jābūt tādai, kas iespējami mazāk ierobežo pacienta brīvību. Psihietriem jāapzina veselības aprūpē esošie resursi un jāgādā par to taisnīgu sadali;
- 5) pacients jāpieņem ārstēšanas laikā kā partneris ar viņa tiesībām;
- 6) ārstēšanas attiecībās iegūtā informācija ir konfidenciāla;
- 7) pacientam ir tiesības kā zināt, tā arī nezināt par savu slimību;
- 8) psihiatrs nedrīkst pārkāpt saskarsmē ar pacientu profesionālo attiecību robežas<sup>42</sup>

Ētiskie principi nav atdalāmi no likumos aprakstītām normām. Tā, piemēram, Latvijas republikas Ārstniecības likuma XI nodaļa (Psihiskās slimības) regulē psihiatrisko palīdzību Latvijā un balstās uz brīvprātības un līdztiesības principiem:

- 1) Pacientu nevar ārstēt pret viņa gribu, izņemot gadījumus, kad ārstēšanas apturēšana rada draudus pacienta un apkārtējo drošībai. Ārstēšanai vienmēr jābūt pacienta vislabākajās interesēs.
- 2) Pavadošo slimību ārstēšanai (sifiliss, cukura diabēts, arteriālā hipertensija, utt.) jānotiek atbilstoši vispārpieņemtiem principiem, diskriminācija psihisko traucējumu dēļ ir aizliegta.
- 3) Ārstēšanas attiecībās iegūtā informācija ir konfidenciāla un var tikt izmantota tikai pacienta psihiskās veselības uzlabošanas nolūkos. Konfidenciālās informācijas izpaušana var notikt tikai tad, ja to prasa likums vai var rasties nopietns fizisks vai psihisks kaitējums pacientam vai trešajai personai.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Caune, M., Rancāns, E., Andrēziņa, R. (2009). *Sociālpsihiatrija*. Mācību materiāls ambulatorās aprūpes psihietriem un narkologiem, stacionārās aprūpes ārstiem. Pieejams: <http://arhivs.talakisglitiba.lv/sites/default/userfiles/file/MPIC%2022.pdf>

<sup>43</sup> *Ārstniecības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 01.07.1997.

## 5. APVIENOTO NĀCIJU ORGANIZĀCIJAS “KONVENCIJA PAR PERSONU AR INVALIDITĀTI TIESĪBĀM”

2005. gadā ANO pieņēma nozīmīgu dokumentu – ANO “Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām”<sup>44</sup> (ANO Konvencija). Šī bija pirmā reize Eiropas Savienības pastāvēšanas vēsturē, kad tā ratificēja ANO cilvēktiesību konvenciju. ANO Konvencija iezīmē ideoloģijas maiņu attieksmē un pieejā personu ar invaliditātes politikas jautājumiem. Tā iezīmē pāreju no politikas, kas koncentrēta uz šo mērķa grupu kā uz līdzjūtības, medicīniskās aprūpes un sociālās aizsardzības “objektu” uz politiku jaunā kvalitātē, t. i. uz visu veidu šķēršļu novēršanu šo personu pilnvērtīgai iekļaušanai sabiedrībā, apzinoties šo cilvēku patieso vērtību, tiesības un viņu iespēju pieprasīt šīs tiesības un pašiem pieņemt lēmumus, balstītus uz viņu informētību un piekrišanu un līdzdarboties savā un sabiedrības interešu labā.<sup>45</sup>

2010. gada 1. martā Latvijas Republikas (turpmāk – LR) Saeima ratificēja ANO Konvenciju, kura stājās spēkā 2010. gada 31. martā. Likuma “Par Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām” 2. pantā noteikts, ka “Konvencijā paredzēto saistību izpildi koordinē Labklājības ministrija. Konvencijas 33. panta 2. punktā minēto pārraudzību nodrošina LR tiesībsargs.”<sup>46</sup>

Jāatzīmē, ka 2010. gada 22. janvārī ANO Ģenerālās asamblejas galvenajā mītnē Ņujorkā LR vārdā tika parakstīts arī ANO Konvencijas “Par personu ar invaliditāti tiesībām” Fakultatīvais protokols,<sup>47</sup> kas sniedz iespēju personām ar invaliditāti, kuras uzskata, ka Konvencijas dalībvalsts pārkāpj tiesības, kas noteiktas Konvencijā, iesniegt paziņojumus ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejai.<sup>48</sup>

ANO Konvencijas mērķis ir veicināt, aizsargāt un nodrošināt, lai cilvēki ar invaliditāti varētu pilnībā un vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības. ANO Konvencija sastāv no 50 pantiem, kas paredz vienlīdzības ievērošanu, diskriminācijas novēršanu, sieviešu,

---

<sup>44</sup> Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām. Starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis: 17.02.2010.

<sup>45</sup> Labklājības ministrija. (2010). *Latvija ratificējusi ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām*. Pieejams: <https://lvportals.lv/skaidrojumi/206495-latvija-ratificējusi-ano-konvenciju-par-personu-ar-invaliditati-tiesibam-2010>

<sup>46</sup> *Par Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 17.02.2010.

<sup>47</sup> Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām Fakultatīvais protokols. Starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis: 22.06.2010.

<sup>48</sup> Labklājības ministrija. (2010). *Latvija ratificējusi ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām*. Pieejams: <https://lvportals.lv/skaidrojumi/206495-latvija-ratificējusi-ano-konvenciju-par-personu-ar-invaliditati-tiesibam-2010>

bērnu ar invaliditāti aizsardzību, pieejamības nodrošināšanu, izpratnes veidošanu, tiesas pieejamību, personas brīvību, neaizskaramību u. c.

ANO Konvencija aicina uz nediskriminējošu attieksmi un vienlīdzīgu, taisnīgu pieeju visās dzīves jomās – izglītībā, veselības aprūpē, darba vietā, ģimenes dzīvē, kultūras un sporta pasākumos, kā arī piedaloties politiskajā un sabiedriskajā dzīvē. Turklāt ANO Konvencija nosaka sfēras, kurās dalībvalstīm nepieciešams veikt saprātīgus pielāgojumus, lai cilvēki ar invaliditāti varētu realizēt savas tiesības, kā arī jomas, kurās jāpastiprina viņu tiesību aizsardzība.

Analizējot ANO Konvencijas saturu, izdalāmi trīs svarīgākie dalībvalstu pienākumi:

- 1) pienākums respektēt – dalībvalsts nedrīkst liegt personām ar invaliditāti izmantot savas tiesības;
- 2) pienākums aizsargāt – dalībvalsts nedrīkst pieļaut, ka trešās puses pārkāpj personu ar invaliditāti tiesības;
- 3) pienākums izpildīt – dalībvalstij ir jāizstrādā atbilstoša likumdošana un jāīsteno attiecīgas administratīvās darbības, lai pilnībā realizētu personu ar invaliditāti tiesības.

Saskaņā ar ANO Konvenciju un konvencijas īstenošanas plānu izstrādātas ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām īstenošanas pamatnostādnes 2014.–2020. gadam (turpmāk – pamatnostādnes).<sup>49</sup> Pamatnostādnes ir vidēja termiņa politikas plānošanas dokuments, kurā ietverti pasākumi, kuru mērķis ir veicināt personu ar invaliditāti vienlīdzīgu iespēju un tiesību īstenošanu.

Paredzēts, ka, īstenojot pamatnostādnes, sabiedrībā pieaugs vienlīdzīga attieksme pret personām ar invaliditāti, uzlabosies sabiedrības izpratne par personu ar invaliditāti tiesībām un viņu vajadzībām, tiks veicinātas personu ar invaliditāti tiesības uz izglītību, darbu, līdzdalību sabiedriskajos procesos un iespēja saņemt pieejamus pakalpojumus, kā arī pilnveidota invaliditātes noteikšanas sistēma un sociālās drošības sistēma, uzlabojot esošos un attīstot jaunus pakalpojumus.

Informāciju par pamatnostādņu īstenošanu Labklājības ministrija pamatnostādņu darbības periodā Ministru kabinetam sniedz divas reizes – informatīvo ziņojumu par pamatnostādņu vidusposma izvērtējumu – 2018. gadā un gala ziņojumu par pamatnostādņu īstenošanu – 2021. gadā. 2018. gadā Latvijas valdība iesniedza ziņojumu ANO Komitejai par iekļaujošo izglītību un deinstitucionalizācijas procesu Latvijā.

---

<sup>49</sup> *Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām īstenošanas pamatnostādnes 2014.-2020. gadam.* Plānošanas dokuments. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/3196>

## 6. TERAPEITISKĀ SASKARSME, TĀS FUNKCIJAS

### 6.1. Vispārējā koncepcija un principi

Vai mēs vienmēr zinām, ko pateikt pacientiem/klientiem un kā pareizi to izdarīt? Šādas nianšes var būt izšķirošas saskarsmē ar pacientu/klientu un var noteikt tālākas sadarbības rezultātu.

Saskarsme ir abpusējs informācijas aprites process, kurā notiek gan ieklausīšanās, iedziļināšanās otrā cilvēkā, viņa personības interpretācija un pie veiksmīgas saskarsmes, arī otra izpratne un saskarsmes mērķim atbilstoša ietekme, kā arī ietekmēšanās no otra cilvēka izpausmēm – informācijas, emocijām, uzvedības. Klienti/pacienti un veselības aprūpes speciālisti saskarsmē viens no otra saņem ne tikai informāciju, kas ļauj izzināt vienam otra viedokli, vajadzības, abpusējo sapratni, bet arī emocijas, kuras ietekmē abu pušu uzvedību, komunikāciju un rezultātā arī apmierinātību ar sadarbību.<sup>50</sup>

Visefektīvāko un uz mērķu sasniegšanu tendēto terapeitisko saskarsmi, labāk nodrošina multiprofesionālā komanda, kas sastāv no dažādiem speciālistiem. Komandas speciālisti strādā vienlaicīgi vairākos virzienos (sk. 6.1. tabulu).

6.1. tabula

**Sociālpsihiatriskais dienests (Pēc A. Deistera, 2000)<sup>51</sup>**

Multiprofesionāls	Psihiatri, psihologi, sociālie darbinieki, aprūpētāji, rehabilitētāji, neintegrētie pacienti, juristi.
Darbs, uzdevumi	Konsultēšana. Profilaktiskā un pēcaprūpe. Diagnozes noskaidrošana (psihiatrs, soc. darbinieks). Neatliekamās palīdzības organizēšana. Palīdzība krīzēs.

Daļai psihiatrisko slimnieku ir tādas hroniskas slimības, kurām uzlabojums tiek panākts uz medikamentu lietošanas fona. Viņu readaptācija sabiedrībā nav iespējama bez sociālpsihiatriskas palīdzības. Ar sociālpsihiatrisku darbu saprot ārstēšanu un palīdzību, kurā rūpējas par interpersonālām attiecībām ar psihiatrisku slimnieku un vidi, lai novērstu sociālo defektu vai mazinātu to. Sociālā psihiatrija savu sociālterapeitisko darbību realizē ciešā saistībā ar psihofarmakoterapiju, psihoterapiju, ergoterapiju un rehabilitāciju. Šis darbs iekļaujas

<sup>50</sup> Vaine, I. (2019). *Veselības aprūpes un sociālajā jomā iesaistītā personāla un pacienta komunikācijas prasmju pilnveidošana*. Metodiskais materiāls. Pieejams: [https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/65\\_Komunikacija\\_21.10.2019.pdf](https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/65_Komunikacija_21.10.2019.pdf)

<sup>51</sup> Caune, M., Rancāns, E., Andrēziņa, R. (2009). *Sociālpsihiatrija*. Mācību materiāls ambulatorās aprūpes psihiatriem un narkologiem, stacionārās aprūpes ārstiem. Pieejams: <http://arhivs.talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/file/MPIC%2022.pdf>

psihiatriskajā aprūpē, kura pietuvināta pacienta dzīves vietai, nodrošinot iespējamo brīvību, ko pieļauj pacienta stāvoklis, nodrošinot pieņemamu dzīves kvalitāti un samazinot stacionārās uzturēšanās ilgumu. Darbā ar klientiem sastopamās metodes – psihoterapija, socioterapija (sk. 6.2. tabulu).

6.2. tabula

**Psihosociālās terapijas metodes (pēc H. J. Millera 1996)<sup>52</sup>**

<b>Balsterapija</b>	Viest cerības un drosmi Psihoeduktīvas nodarbības – par slimību, ārstēšanu, kaitīgiem faktoriem Ikdienas dzīves problēmu risinājumu apspriešana
<b>Biheiviorāli kognitīvā terapija</b>	Treniņi kognitīvo traucējumu pārvarēšanai (murgu un halucināciju adaptīvāki izskaidrojumi) Stresa pārvarēšana Sociālās kompetences uzlabošana Sociālās adaptācijas uzlabošana, prasmju apgūšana īpaši ģimenē
<b>Socioterapija</b>	Veicināt sociālās prasmes un spējas Ergoterapija Darba terapija Profesionālās rehabilitācijas pasākumi Vides terapija un atbalsts Dienaskārtības ieviešana
<b>Patstāvīgas dzīves spēju vingrināšana</b>	Iepirkšanās, ēdiena pagatavošana, telpu uzkopšana utt. Stacionārs, dienas stacionārs, aizsargātas darba vietas, profesionālā izglītība.

Nevajadzētu aizmirst, ka ikdienas darbā notiek saskarsme ne tikai ar pacientu, bet arī ar pacienta radniekiem, ģimenes locekļiem. Pacienta un ģimenes mācīšanās augstākais mērķis ir panākt, lai pacients spētu pieņemt savu dzīves situāciju un esošā veselības stāvokļa uzturēšanu, tāpēc ir svarīgi sniegt adekvātu būtisko klīnisko informāciju, kas veicina pacienta izpratni par slimības stāvokli un veselību veicinošu uzvedību.

Uz pacientu orientētu pacienta izglītības procesu veido četras daļas: pacienta vajadzību novērtēšana, apmācības plānošana, apmācības plāna īstenošana un apmācības plāna īstenošanas novērtēšana.

<sup>52</sup> Caune, M., Rancāns, E., Andrēziņa, R. (2009). *Sociālpsihiatrija*. Mācību materiāls ambulatorās aprūpes psihiatriem un narkologiem, stacionārās aprūpes ārstiem. Pieejams: <http://arhivs.talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/file/MPIC%2022.pdf>

Svarīgākie pacientu izglītošanas apakšmērķi:

- 1) palielināt pacienta/ģimenes izpratni par pacienta veselības stāvokli, veselības aprūpes iespējām un izvēlēto iespēju sekām;
- 2) veicināt pacientu/ģimenes līdzdalību lēmumu pieņemšanā par veselības aprūpes iespējām;
- 3) palielināt pacienta/ģimenes līdzestību ārstēšanas un aprūpes procesā;
- 4) palielināt pacienta/ģimenes aprūpes prasmes;
- 5) veicināt pacienta/ģimenes izpratni par diagnozi, pacienta veselības stāvokli, slimības prognozi un rezultātu;
- 6) vairot pacienta/ģimenes lomu aprūpes nepārtrauktības nodrošināšanā;
- 7) veicināt veselīgu dzīvesveidu.<sup>53</sup>

## **6.2. Kā motivēt cilvēku vērsties pēc palīdzības, aizdomu par psihiskiem traucējumiem gadījumā**

Ja cilvēks pats vēlas doties pie speciālista, šo ideju vajadzētu atbalstīt, uzslavēt, nekritizēt un nepieciešamības gadījumā palīdzēt to noorganizēt (atrast speciālistu, palīdzēt pierakstīties vai nokļūt līdz speciālistam). Jāatceras, ka vēšanās pie speciālista saistībā ar emocionālām jeb psihiskām grūtībām ir gudrs un pareizs solis, tā nekādā gadījumā nav vājuma pazīme vai apkaunojums.

Ja cilvēks pats nepamana savas izmaiņas domāšanā, emocijās, uzvedībā un apkārtējās pasaules uztverē vai arī atsakās vērsties pēc palīdzības, kaut arī jūtas slikti, tad, mudinot cilvēku vērsties pēc palīdzības, vēlams būt iejūtīgam, nepārmest, nekritizēt un neuzspiest vēšanos pēc palīdzības, ja vien tā nav akūta, neatliekama situācija.

Var izmantot secīgus soļus.

- 1) Runājiet par savām sajūtām attiecībā par situāciju kopumā. “Es esmu noraizējies par to, kā mums pēdējā laikā klājies!”, “Vēlos palīdzēt, bet nezinu, kā to izdarīt!”. Jautājiet, kā jūtas un ko domā pats cilvēks. Uzmanīgi un iejūtīgi pajautājiet atvērta tipa jautājumus, bet izvairieties no uzbāzīgas izprašņāšanas. Jūs varat pajautāt, piemēram, šādi: “Kā Tu juties pēdējā laikā?”, “Kas nodarbina Tavu prātu pēdējā laikā?” Iejūtīgi, atbalstoši un ar cieņu norādiet uz ārējām uzvedības, emociju vai fizisku simptomu izpausmēm, piemēram, “Tu, šķiet, esi maz gulējis pēdējā laikā, droši vien esi ļoti noguris.”, “Tev pēdējā laikā bieži sāp galva, tas droši vien ir ļoti nepatīkami!”. Uzmanīgi ieklausieties,

---

<sup>53</sup> Palčeja, E. (2017). *Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4111/download>

ko klients jums stāsta. Pārprasiet, vai esat pareizi sapratis sacīto. Nebaidieties no klusuma pauzēm. Tās dod laiku padomāt gan Jūsu klientam, gan Jums.

- 2) Piedāvājiēt speciālista palīdzību, piemēram, “Es esmu dzirdējis, ka šādos gadījumos var palīdzēt ārsts!”, “Varbūt to var izrunāt ar ārstu–speciālistu?”. Piedāvājiēt palīdzību – sameklēt speciālistu vai doties pie speciālista kopā.
- 3) Izrādiēt sapratni. Ja cilvēks atsakās no speciālista konsultācijas, izrādiēt sapratni, piemēram, sakot “Es saprotu, ka tas nav viegli iet pie ārsta un runāt par savām problēmām”, “Es saprotu, ka sabiedrībā ir daudz aizspriedumu par došanos pie psihiatra!”.
- 4) Jautājiēt, no kā cilvēks baidās, atsacīdamies no palīdzības. Jūs varat tieši jautāt, kādēļ cilvēks baidās iet pie speciālista. Ja cilvēks baidās, ka, aizejot pie ārsta, “visu mūžu būs jādzēr zāles”, izskaidrojiēt, ka ne visos gadījumos nepieciešama medikamentu terapija.
- 5) Ja cilvēks baidās, ka “visi uzzinās, ka man ir problēmas”, atgādiēniēt, ka jebkura vizīte pie speciālista ir pilnībā konfidenciāla. Ja cilvēks baidās, ka nevarēs atļauties vizītes pie speciālista, izskaidrojiēt, ka psihiatriskā palīdzība un ārstēšana Latvijā ir pieejama arī bez maksas.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Veselības ministrija, Slimību profilakses un kontroles centrs. (2015). *Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām*. Pieejams: [https://www.nenovarsies.lv/n15/pub/padomi\\_saskarsme\\_komunikacija\\_un\\_sadzive\\_ar\\_cilvekiem\\_ar\\_dazadam\\_psihiskam\\_saslimsanam.php](https://www.nenovarsies.lv/n15/pub/padomi_saskarsme_komunikacija_un_sadzive_ar_cilvekiem_ar_dazadam_psihiskam_saslimsanam.php)

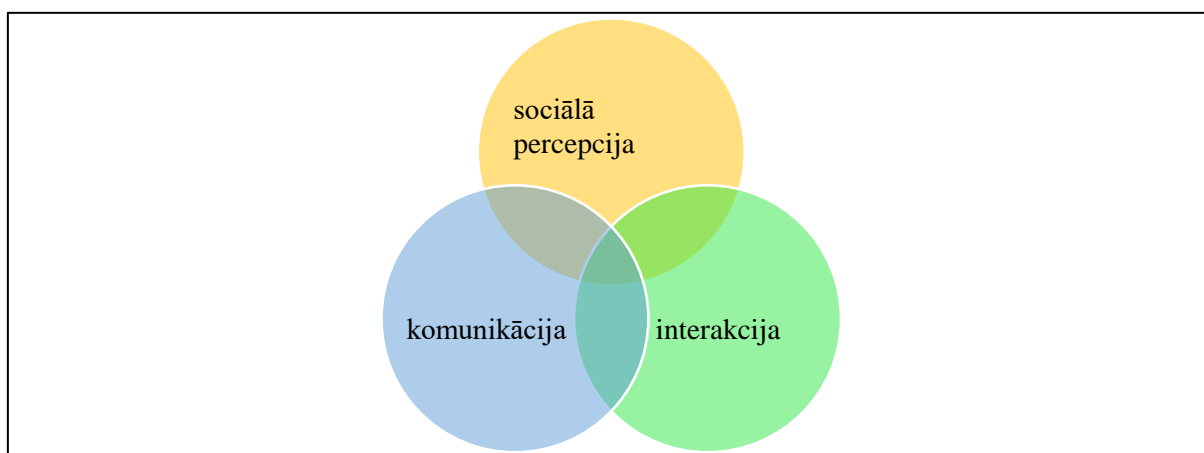


## 7. PERSONĪBAS FAKTORI, APZINĀTA UN NEAPZINĀTA KOMUNIKĀCIJA

### 7.1. Saskarsmes jēdziens, verbālā un neverbālā saskarsme

Starp speciālistu un klientu pastāv vajadzība nodot informāciju un mijiedarboties – nodibināt kontaktu, uzturēt to un attīstīt, ko vienā vārdā varam dēvēt par saskarsmi. Saskarsme dod iespēju apmainīties ar informāciju – saņemt un nodot to viens otram. Saskarsmes brīdī divi vai vairāki cilvēki ir tiešā kontaktā. Tā rezultātā veidojas attiecības un attiecības savukārt ietekmē saskarsmes procesu. Saskarsmes procesā cilvēki pauž savas domas, jūtas un parāda savu attieksmi pret kaut ko, un viens pret otru. Katram cilvēkam ir svarīgi kādam uzticēt savus pārdzīvojumus, gan pozitīvos, gan negatīvos. Abiem labvēlīgā saskarsmes procesā cilvēki apmierina savas vajadzības pēc sapratnes, otra klātbūtnes, pēc palīdzības, padoma, atzinības un parauga. Saskarsmē cilvēki apmierina ne tikai savu vajadzību pēc sapratnes, bet arī cenšas ietekmēt sev vēlamā veidā otra vai citu uzvedību, domas, jūtas un attieksmi.

Jebkurā cilvēku saskarsmē vienmēr var izšķirt trīs sastāvdaļas: sociālo percepciju, komunikāciju un interakciju (*skat. 7.1. attēlu*).<sup>55</sup>



7.1. attēls. Saskarsmes struktūra

Perceptīvā (latīņu val. perceptio – uztvere) saskarsmes daļa ir savstarpējā uztvere jeb percepcija. Saskarsme sākas ar savstarpēju uztveri, un no tās ir atkarīgs, kā saskarsme veidosies tālāk. Sociālā percepcija nav tikai cita cilvēka vai grupas fiziskā tēla uztvere, bet arī priekšstats par viņa nodomiem, spējām, emocijām, vēlmēm un darbību. Uztvert otru cilvēku nozīmē

<sup>55</sup> Omarova, S. (2003). *Cilvēks runā ar cilvēku*. Rīga: Kamene.

uztvert viņa ārējās pazīmes, salīdzināt tās ar indivīda personības īpašībām un uz tā pamata interpretēt viņa uzvedību. Katra mijiedarbības situācija ir līdzīga nelielai izrādei, kurā cilvēki, līdzīgi aktieriem uz skatuves, izmanto visdažādāko līdzekļu klāstu, lai atstātu uz partneri iecerēto iespaidu.<sup>56</sup> Uztveres procesā ir iesaistīta visa cilvēka personība un pašapziņa un cilvēki izmanto vairākus sociālp psiholoģiskos mehānismus: identifikāciju, empātiju, stereotipizāciju un refleksiju.<sup>57</sup>

Interaktīvā (angļu val. interaction – mijiedarbība) saskarsmes daļa izpaužas cilvēku kopdarbības organizācijā. Šī saskarsmes daļa palīdz apvienot grupas pūles.<sup>58</sup> Saskarsmes procesā, veicot kādu kopīgu darbību, cilvēki cits citu ietekmē. Analizējot interakciju, uzmanība tiek pievērsta tam, kā notiek mijiedarbība starp diviem vai vairākiem cilvēkiem vai kā mijiedarbojas divas vai vairākas grupas. Mijiedarbība saskarsmē var izpausties kā sadarbība vai konkurence. Sadarbība ir virzīta uz vienotu mērķi, savukārt konkurences gadījumā saskarsmes partneru mērķi ir atšķirīgi.<sup>59</sup>

Saskarsmes situācijā cilvēki viens otram nodod informāciju, tātad notiek komunikācija – informācijas apmaiņas process. Komunikatīvā (latīņu val. communicatio – sasaistu, padaru par kopīgu) saskarsmes daļa nodrošina informācijas nodošanu no cilvēka cilvēkam ar dažādu zīmju sistēmas palīdzību. Informācijas apmaiņa jeb komunikācija izpaužas informācijas nodošanā no cilvēka uz cilvēku dažādos veidos. Komunikācijas procesā var izdalīt divas komunikācijas sistēmas: verbālo un neverbālo. Informācija var tikt nodota vārdiski – to sauc par verbālo komunikāciju. Liela daļa informācijas tiek nodota bez vārdiem, ar ķermeņa kustībām, žestiem, pozu, balss intonāciju, mīmiku, – to sauc par neverbālo komunikāciju. Kā verbālajai, tā neverbālajai saskarsmei ir ļoti svarīga loma cilvēku mijiedarbības procesā.<sup>60</sup>

Informācijas apmaiņas jeb komunikācijas procesu veido 6 elementi:

- 1) sūtītājs (kodētājs) – cilvēks, kas nodod informāciju;
- 2) saņēmējs (dekodētājs) – cilvēks, kas saņem informāciju;
- 3) kontakts – informācijas nodošanas veids (neverbāli, verbāli – mutiski, rakstiski (vēstule, faksa sūtījums));
- 4) paziņojums – informācijas saturs;
- 5) kods – valoda un tās likumi, ar kuru palīdzību nodod informāciju;
- 6) konteksts – reālā saskarsmes situācija, kurā informācijas saturs atklājas pilnībā.

---

<sup>56</sup> Smukā, I. (2011). *Pedagoģiskā mijiedarbība un skolēnu fiziskā aktivitāte*. Promocijas darbs. Latvijas Sporta pedagoģijas akadēmija. 32.

<sup>57</sup> Apine, E. (2007). *Supervīzija sociālajā darbā. Supervizora rokasgrāmata*. Rīga: SIA “N.I.M.S.”.

<sup>58</sup> Reņģe, V. (2002). *Sociālā psiholoģija*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>59</sup> Pļavniece M, Šuškovnika D. (2002). *Sociālā psiholoģija pedagogiem*. Rīga: RaKa.

<sup>60</sup> Omarova, S. (2003). *Cilvēks runā ar cilvēku*. Rīga: Kamene.

Parasti pastāv uzskats, ka informācija pamatā ir verbāla, tomēr sūtītājam pret jebkuru savu paziņojumu ir emocionāla attieksme, kas izpaužas neverbālas informācijas veidā. Sūtītājs atbilstoši savai emocionālajai attieksmei pret informāciju un saņēmēju neapzināti un apzināti izvēlas – distanci, acu kontaktu, mīmiku, balss intonāciju, pozu, kustības un žestus, tādējādi līdztekus verbāli sacītajam nododot arī neverbālo informāciju.<sup>61</sup>

Sociālo psihologu vidū pastāv uzskats, ka sarunu partneri visvairāk iespaido ārējais izskats (55%), balss intonācija un tonis (38%), savukārt cilvēka teiktais – tikai 7%. Verbālā informācija tiek nodota tikai apzinātā veidā, savukārt neverbālās informācijas apmaiņa noris vairāk neapzinātā līmenī. Neverbālā saskarsme apzīmē visas tās cilvēka reakcijas, kuras nevar tikt raksturotas kā atklātas vārdiskas (mutiskas vai rakstiskas) manifestācijas. Neverbāli visbiežāk tiek nodota emocionāli piesātināta informācija. Pie neverbālās saskarsmes pieskaita:

- 1) distanci;
- 2) acu kontaktu;
- 3) mīmiku;
- 4) pozu;
- 5) balss intonāciju;
- 6) kustības, žestus.<sup>62</sup>

Viens no populārākajiem neverbālās komunikācijas modeļiem tiek saukts par SOLER pozīciju.<sup>63</sup> To izstrādāja Džerards Egans 2010. gadā, un šis modelis identificē noteiktas neverbālās iemaņas, apkopotas akronīmā SOLER. Tas var palīdzēt speciālistam radīt terapeitisko aliansi un pielāgoties klienta teiktajam:

- S (square) – sēdēt tā, lai jūs skatītos klientam sejā;
- O (open) – jums ir atvērta ķermeņa poza, rokas un kājas nav sakrustotas;
- L (leaning) – jūs esat nedaudz paliecies pret klientu;
- E (eye) – saglabājiet labu acu kontaktu, bet “neblenziet”;
- R (relaxed) – relaksēta poza.

Lai arī neverbālajai saskarsmei konsultēšanas procesā ir ļoti liela nozīme, tomēr nozīmīgākie apzinātie notikumi notiek verbālajā saskarsmē. Verbālā saskarsme ir vārdiska (mutiska vai rakstiska) sazināšanās, kas ietver sevī prasmi runāt, klausīties, rakstīt un lasīt.

Verbālajai saskarsmei ir vairākas formas:

---

<sup>61</sup> Apine, E. (2007). *Supervīzija sociālajā darbā. Supervizora rokasgrāmata*. Rīga: SIA “N.I.M.S.”.

<sup>62</sup> Turpat.

<sup>63</sup> Morrissey, J., Callaghan, P. (2011). *Communication skills in mental health nurses*. McGraw-Hill. Pieejams: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/656/1/Communication%20skills%20for%20mental%20health%20nurses%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>

- 1) monologs – tā ir viena cilvēka runa;
- 2) dialogs – divpusēja saruna, kur partneri apmainās ar informāciju, uzskatiem par kaut ko;
- 3) diskusija – daudzpusēja saruna, kurā vairāki sarunu partneri apmainās ar informāciju, uzskatiem par kaut ko.<sup>64</sup>

Veiksmīgs sadarbības modelis paredz, ka speciālista un klienta vai pacienta komunikācija ir vismaz divpusējs process, kurā noteikti piedalās klients vai pacients. Tādējādi to ietekmē gan speciālista komunikācijas stils, sarunas vadīšanas, plānošanas un izglītošanas prasme, laika vadība u. c., gan arī klienta vai pacienta pārdzīvotais stress, veselības uzvedība, personības iezīmes, kā arī viņa zināšanas par slimību, nepieciešamība pēc informācijas un rekomendācijām, konfidencialitātes prasības, fizisko personu datu aizsardzība, profesionālo darbību regulējošo normatīvo aktu prasības u. c.<sup>65</sup>

Verbālā saskarsme starp speciālistu un klientu vai pacientu sevī ietver vairākus nozīmīgus faktoros:

- 1) pašu sarunu;
- 2) informācijas sniegšanu;
- 3) prasmi klausīties;
- 4) prasmi uzdot jautājumus;
- 5) klusēšanas pauzes;
- 6) prasmi konfrontēt;
- 7) prasmi apkopot un sniegt atgriezenisko saiti.<sup>66</sup>

## 7.2. Apzinātie un neapzinātie saskarsmes faktori. Džohari logs

Lai labāk izprastu apzinātos un neapzinātos faktoros saskarsmē, nepieciešams pārzināt tā saucamo Džohari logu. Metodes nosaukums veidojies, apvienojot tās izgudrotāju vārdus – Džo Lufts (*Joe Luft*) un Harijs Ingams (*Harry Ingham*). Džohari loga grafiskais attēls atgādina kvadrātu, kurš ir sadalīts četros sektoros. Katrs no kvadrāta sektoriem apzīmē kādu no savstarpējo attiecību aspektiem (*skat. 7.2. attēlu*).

---

<sup>64</sup> Apine, E. (2007). *Supervīzija sociālajā darbā. Supervizora rokasgrāmata*. Rīga: SIA "N.I.M.S."

<sup>65</sup> Čukurs, E., Deklava, L.; Upmale-Puķīte, A. (2019). *Veselības psiholoģija. Teorijas un prakses starpdisciplinārā perspektīva*. Rīga: RSU. 104.

<sup>66</sup> Apine, E. (2007). *Supervīzija sociālajā darbā. Supervizora rokasgrāmata*. Rīga: SIA "N.I.M.S."

	Zināms pašam	Nezināms pašam
Zināms citiem	1. sektors – redzamais, zināmais	2. sektors – neapzinātais
Nezināms citiem	3. sektors – slēptais	4. sektors – nezināmais

6.2. attēls. Džohari logs<sup>67</sup>

1. sektors – redzamais, zināmais. Tas raksturo cilvēku un viņa uzvedību, kuru viņš pats apzinās un atklāti parāda citiem – tā ir informācija, ko gan pats cilvēks zina par sevi, gan citi zina par viņu. Tā ir cilvēka acu krāsa, dzimums, fiziskās īpatnības, tās ir emocijas un jūtas, kuras cilvēks pārdzīvo un ar kurām viņš ir dalījies ar apkārtējiem.

2. sektors – neapzinātais (pašam nezināmais, citiem zināmais). Šis sektors raksturo tos cilvēka uzvedības aspektus, kurus viņš pats neapzinās, neievēro, nepamana, bet kuri citiem ir labi redzami. Piemēram, cilvēks, sarunājoties ar citiem, vienmēr šūpo kāju vai virpina pirkstos pildspalvu, vai ik pa brīdīm runājot iestarpina “nu”, “tā sacīt”, bet pats to nemaz neievēro, turpretī sarunu partneris to nevar nepamanīt. Var būt, ka cilvēks ļauj citiem cilvēkiem sevi izmantot un ar sevi manipulēt, pats to nemaz neapzinoties, bet apkārtējie cilvēki to redz un saprot.

3. sektors – slēptais (neizpaustais). Šis sektors ataino tādas cilvēka rakstura un uzvedības aspektus, kurus viņš pats labi apzinās, bet slēpj no apkārtējiem, t. i., citi to nezina. Tie var būt pavisam nenozīmīgi fakti, piemēram, cik daudz kafijas cilvēks no rīta izdzēra vai kādā krāsā ir viņa kaķis, kā arī daudz būtiskāka informācija – jūtas, nodomi un rīcība, par kuriem cilvēks nevēlas stāstīt, baidoties no nosodījuma, izsmiešanas vai ļaunprātīgas šīs informācijas izmantošanas.

4. sektors – nezināmais (noslēpums). Šis sektors apvieno sevī tos cilvēka slēptos motīvus, kuri nav zināmi ne cilvēkam pašam, ne apkārtējiem. Tās galvenokārt ir neapzinātās jūtas un vēlmes.<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Apine, E. (2007). *Supervīzija sociālajā darbā. Supervizora rokasgrāmata*. Rīga: SIA “N.I.M.S.”.

<sup>68</sup> Turpat.

Džohari loga sektora izmēri mainās atkarībā no saskarsmes partneru savstarpējām attiecībām. Protams, saskarsmē starp tuviem draugiem vai laulātajiem mēdz būt daudz vairāk patiesuma un atklātības nekā starp klientu un ārstu vai sociālo darbinieku. Tomēr, ja klients atklāj savus pārdzīvojumus, iegūst patiesu un atklātu atgriezenisko saiti, var rasties arī jauna atziņa par sevi kā personību. Saskarsme ir ļoti būtiska katra cilvēka “Es” tēla veidošanā, jo tikai ar tās palīdzību mēs iepazīstam sevi.

Atvērtā lauka paplašināšanas process tiek saukts par pašatklāšanos, došanas un ņemšanas procesu starp personu un citiem cilvēkiem, ar kuriem tā mijiedarbojas. Parasti, mums stāstot kaut ko par sevi (pārceļoti informāciju no slēptā lauka uz atklāto), ja otra puse vēlas mūs iepazīt, tā atbildēs ar to pašu, līdzīgi atklājot informāciju no tās slēptā laukuma. Zināma pašatklāšanās pakāpe veicina attiecības, palielina pašcieņu un rada stabilāku paštēlu. Mainot to, kas ir vienā rūtī, mainās arī pārējās. Ja tiecamies saņemt informāciju no citiem, uzzināsit to, ko par sevi agrāk nezinājāt, bet kas citiem bija labi zināms. Tādējādi šī informācija pāriet no aklā uz atklāto logu. Ja citiem stāstām par sevi, pārceļam informāciju no slēptā loga uz atklāto. Visas šīs darbības ietver pašatklāšanos, vēlēšanos uzticēties citiem. Tas ietver risku, jo atklājam citiem lietas, ko līdz šim esam slēpuši. Mūsu sabiedrībā pastāv dažādi pašatklāšanās ierobežojumi – augstāka stāvokļa ļaudis mazāk par sevi atklāj zemāka stāvokļa ļaudīm, sievietes vairāk par sevi atklāj sievietēm nevis vīriešiem utt.

Pašatklāšanās bieži tiek uzskatīta par labas garīgās veselības rādītāju. Tā ietver uzticēšanos un sevis pieņemšanu, samazina nepieciešamību pēc aizsargāšanās un iespēju nonākt neērtā situācijā. Tā demonstrē pašapziņu un parasti izraisa atbilstošu reakciju sarunu biedrā.<sup>69</sup>

### **7.3. Vispārējie principi saskarsmē un komunikācijā ar cilvēku, kuram ir psihiskie, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumi**

Cilvēkiem, kuriem ir psihiskie, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumi, ir svarīga drošības sajūta, pieņemšana, uzslavēšana, cieņa un novērtējums, patiesums, labestība un sirsnība.

**Drošības sajūta.** Lielai daļai šo cilvēku ir nedrošības sajūta, un sajūta, ka jebkurā brīdī var notikt kaut kas slikts. Nereti cilvēki baidās ne tikai par savu fizisko drošību, bet arī par to, ka tiks kritizēti, nosodīti, izsmieti, atstumti un nepieņemti. Saskarsmē ar cilvēku īpaši svarīgi ir

---

<sup>69</sup> Bojers, Dž., Mērfijs, A., Bortini, P., Garsija, R. G. (2000). *Organizācijas vadība*. Eiropas Padome un Eiropas Komisija.

radīt sajūtu, ka mēs cilvēkam nenodarīsim ne fizisku, ne emocionālu kaitējumu. Cilvēks jūtas drošāks, ja saruna ar viņu notiek viņam saprotamā valodā, draudzīgā balsī tonī, ievērojot abiem sarunu biedriem ērtu fizisku attālumu jeb saskarsmes telpu. Parasti attālums, kādā cilvēki jūtas ērti sarunājoties, ir izstieptas rokas attālums. Taču tas var atšķirties atkarībā no tā, cik tuvas attiecības ir sarunu biedriem, kā arī no tā, kā cilvēks ikdienā ieradis komunicēt. Pilsētās dzīvojošajiem saskarsmes telpa bieži ir mazāka nekā cilvēkiem, kuri dzīvo ārpus pilsētas.

**Pieņemšana.** Lielai daļai cilvēku, kuriem ir psihiskie, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumi, neapzināti ir iekšēja sajūta, ka viņi nav pietiekami mīlami vai vērtīgi. Svarīgi, lai saskarsmē ar cilvēku mēs parādām savu izpratni un līdzjūtību par situāciju – “Droši vien nav viegli tā justies!”, “Jā, Tev nav viegli šobrīd!”.

**Uzslavēšana.** Liela daļa cilvēku, kuri sastapušies ar psihiskiem traucējumiem savā dzīvē, iekšēji jūtas nevarīgi, bezspēcīgi. Nereti viņos mājā bezcerības sajūta. Svarīgi dot cerību, iedrošināt un uzslavēt.

**Cienā un novērtējums.** Cilvēkiem ir vieglāk sarunāties un atvērties, ja viņi jūtas līdzvērtīgi sarunu partnerim, nevis pamācāmi, zemāki un kontrolējami. Frāzes, piemēram, “Vai es varu Tev ko pajautāt?”, “Tā ir Tava izvēle!”, “Tu vari to darīt sev vēlamā veidā!”, “Kādas ir Tavas domas?” un “Man ir svarīgs Tavs viedoklis par šo tēmu!” vairo cilvēkam sajūtu, ka viņš ir cienīts, ka viņam ir tiesības izvēlēties un kontrolēt situāciju. Reizēm cieņu palīdz demonstrēt attieksme, ka mēs uz savu sarunu biedru skatāmies kā “no apakšas uz augšu”. Ar domu “Ko es no Tevis varu iemācīties?”, turklāt darot to nevis ar apbrīnu, bet ar interesi un cilvēcīgumu. Svarīgi ir ne tikai runāt, bet arī prast klausīties.<sup>70</sup>

Patiesums (gan saturā, gan paša būtībā) izraisa uzticību un atklātību sarunu partnerī, kas, savukārt, sniedz iespēju iegūt patiesu informāciju, nevis melus. Patiesums nozīmē arī spēju pateikt “nē” noteiktās situācijās. Piemēram, pēc nogurdinošas darba dienas, “drīkst” godīgi pateikt, ka šodien nejutu iespēju kādu vēl uzklausīt un palīdzēt. Patiesums nozīmē, ka teiktais saskan ar runātāja pārlicību un būtību, bet tas nenozīmē, ka runātājs zem ierastā “esmu tiešs” “izgāž” uz otru savas negatīvās emocijas, piemēram, dusmas, aizvainojumu, bailes, izmisumu, bezpalīdzību u. c. Svarīgi atcerēties, ka patiesumu nevar sev “kognitīvi” iestāstīt. Pat, ja speciālists “piespiedīs” sevi pateikt klientam, ka ir ieinteresēts un vēlas uzzināt, kas notiek – viņa neverbālā komunikācija (ķermeņa valoda, balss tembris u. c.) “nodos”. Tas var notikt neskaitāmos veidos – sakrustotas rokas, aizgriešanās prom no sarunu partnera par dažiem grādiem, paralēla nodarbošanās ar citām lietām, balss tonis u. tml. Lai izvairītos no situācijām,

---

<sup>70</sup> Veselības ministrija, Slimību profilakses un kontroles centrs. (2015). *Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām*. Pieejams: [https://www.nenoversies.lv/n15/pub/padomi\\_saskarsme\\_komunikacija\\_un\\_sadzive\\_ar\\_cilvekiem\\_ar\\_dazadam\\_psihiskam\\_saslimsanam.php](https://www.nenoversies.lv/n15/pub/padomi_saskarsme_komunikacija_un_sadzive_ar_cilvekiem_ar_dazadam_psihiskam_saslimsanam.php)

kurās speciālistam būtu jāsaista klientam, ka viņam šobrīd nav emocionālās kapacitātes palīdzēt savu personisko problēmu dēļ, katram profesionālim ir jābūt atbildīgam arī pašam par savu emocionālo veselību. Neapmierinoši darba apstākļi, neapmierinātība ar “sistēmu” vai atalgojumu nav attaisnojoši iemesli, lai savas problēmas izpaustu klientiem.

Labestība un sirsnība. Ja komunikācijai ar otru cilvēku pieejam ar labestību un sirsnību, tad dabiski un patiesi esam ieinteresēti viņa sacītajā, vēlmēs un viņu vairs vienkārši nespējam vērtēt/moralizēt, devalvēt. Tas nenozīmē, ka ir jāpieņem visu pārējo cilvēku uzskati par pasauli, taču tos būtu vēlams tolerēt. Mēs varam runāt ar cilvēku, kura vērtības mums pašiem nav pieņemamas un varbūt pat ir pilnīgā pretstatā, tajā pašā laikā saglabājot cieņu pret viņu kā cilvēku un mūsu sarunas biedru.<sup>71</sup>

## 7.4. Komunikāciju traucējošie faktori

Ir vairākas lietas, no kurām vajadzētu izvairīties komunikācijā ar cilvēku, kuram ir psihiskie, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumi – vispārīgas frāzes, padomu došana, nosodīšana un kritizēšana, vainošana, baumas un negatīvisms, atrunas, izskaistināšana, rigiditāte.

Vispārīgas, klišeiskas frāzes. Cilvēkam emocionāli grūtā brīdī mēs bieži sakām – “Viss būs kārtībā!”, “Gan jau viss būs labi!”, “Tur nav par ko satraukties!”, “Tas viss ir tikai Tavā galvā” vai tamlīdzīgas frāzes. Šādi izteikumi cilvēkam, kuram ir psihiski traucējumi, var radīt vēl lielāku trauksmi. Iekšēji cilvēkam, kuram ir spēcīgas, negatīvas emocijas un satraucošas domas, ir grūti noticēt, ka viss būs labi. Šādi izteikumi no tuvinieka vai sarunu biedra var radīt viņam sajūtu, ka viņš ir nesaprasts.

Padomu došana. Mums bieži no malas šķiet, ka situācija ir vienkārši atrisināma un mēs steidzamies dot kādu padomu, pamācīt, balstoties uz savu pieredzi un zināšanām. “Tev vajadzētu darīt šādi...”, “Tev palīdzēs, ja Tu darīsi šo...”, “Nedari tā...”. Šādas un līdzīgas frāzes nostiprina cilvēkā sajūtu, ka viņš pats nespēj atrast risinājumu, mazina viņa ticību paša spēkiem, liek viņam justies zemākam. Labāk būt iejūtīgam klausītājam nekā padomdevējam. Ja vēlamies mudināt cilvēku vērsties pēc palīdzības, tad gan padomu došanu var izmantot, sniedzot informāciju par to, kur un kādā veidā var saņemt speciālista konsultāciju un kāds ieguvums no tā būs konkrētajam cilvēkam. Atsevišķos gadījumos var palīdzēt noorganizēt vizīti pie speciālista, ja pats cilvēks to nevar un nevēlas darīt – palīdzot atrast piemērotāko speciālistu un sazvanot to.

---

<sup>71</sup> Ancāne, G., Ancāns, A., ... Remese, I. (2014). *Ieteikumi izglītības iestāžu psihologiem un pedagogiem darbam ar skolēniem, kuriem ir uzvedības un emocionālie traucējumi skolas vidē*. Rīga: SPKC. Pieejams: [http://psihosomatika.lv/public/files/Buklets\\_Psihologiem\\_skolotajiem\\_uzved\\_trauc\(1\).pdf](http://psihosomatika.lv/public/files/Buklets_Psihologiem_skolotajiem_uzved_trauc(1).pdf)



Nosodīšana un kritizēšana. Nereti mēs sarunu biedram pieprasām paskaidrot to, ko viņam pašam ir grūti sevī tik vienkārši izskaidrot – “Kā Tu varēji to nezināt?”, “Kā Tu varēji kaut ko tādu izdarīt?”. Šādi un līdzīgi jautājumi cilvēkā var radīt trauksmi un vainas sajūtu.<sup>72</sup>

Vainošana – sevis vai citu. Abos variantos vainošana liecina par pašcieņas trūkumu. Sarunu partneri parasti neinteresē kurš ir vainīgs, bet gan problēmas risinājumi. Ar vainošanu nodarbojas cilvēki, kuri nevēlas uzņemties atbildību un baidās, ka viņus vainos par neizbēgamajām kļūdām, kuras viņi pieļaus. Dziļākajā būtībā cilvēki sāk nodarboties ar vainošanu, kad cieš no mazvērtības kompleksa un baidās no atbildības. Iespējams, viņi iepriekš ir saskārušies ar moralizējošu attieksmi, tāpēc, vēloties izvairīties no tās, mēģina atrast citus cilvēkus vai apstākļus uz kuriem novelt atbildību.

Baumas, aprunāšana. Pirmajā brīdī var šķist vilinoši ar sarunas biedru apspriest jaunākās baumas. Var rasties īslaicīga ilūzija, ka jūs savstarpēji satuvināties, taču pēc sarunas beigām, agrāk vai vēlāk sarunas partnerim radīsies pamatotas aizdomas, ka tieši tāpat jūs tenkojat arī ar citiem cilvēkiem par viņu pašu. Ilgtermiņā tas neveicina atklātību un uzticēšanos, kas ir fundamentāli priekšnosacījumi, lai mēs iegūtu patiesu, necenzētu informāciju no sarunu partnera.

Negatīvisms. Ir maz tādu cilvēku, kuri vēlētos pastāvīgi atrasties līdzās kādam, kurš visu laiku konstanti pauž negatīvus uzskatus un sūdzas “par pasauli” – konstanti īgns un neapmierināts ar visu un visiem. Ja cilvēks nespēj dzīvē saskatīt lietas tādas, kādas tās ir un pastāvīgi ir īgns un neapmierināts, visus vaino un izvairās no savas atbildības saskatīšanas, tad autoru aicinājums ir nesamierināties ar cilvēka “slikto” raksturu, bet gan ieteikt tikt galā ar savām emocionālajām problēmām vērstoties pēc palīdzības pie ārsta, nevis cenšoties “uzgrūst” savu “nelabsajūtu” apkārtējiem.

Atrunas. Dziļākā būtībā, cilvēki atrunājas, tad, kad nevēlas uzņemties atbildību un baidās saņemt kritiku. Piemēram, ir grūti teikt taisnību, ja mēs sagaidām, ka par taisnības teikšanu saņemsim nevis atzinību, bet gan pazemojumu, kaunināšanu un vainošanu. Atkal nonākam pie uzticēšanās jautājumiem – neapzinātā līmenī cilvēkiem ir grūti uzticēties cilvēkiem, kuri nav gatavi uzņemties atbildību. Dažreiz ir vērts padomāt, kādēļ dažu cilvēku priekšā citi bieži atrunājas, bet citu nē. Iespējams ir daļa cilvēku, kuri konstanti ir negatīvi un moralizējoši savos izteikumos un vērtējumos – lai izvairītos no šīs devalvācijas un nepatīkamajām izjūtām – parādās atrunāšanās un vai/melošana.

---

<sup>72</sup> Veselības ministrija, Slimību profilakses un kontroles centrs. (2015). *Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām*. Pieejams: [https://www.nenoversies.lv/n15/pub/padomi\\_saskarsme\\_komunikacija\\_un\\_sadzive\\_ar\\_cilvekiem\\_ar\\_dazadam\\_psihiskam\\_saslimsanam.php](https://www.nenoversies.lv/n15/pub/padomi_saskarsme_komunikacija_un_sadzive_ar_cilvekiem_ar_dazadam_psihiskam_saslimsanam.php)

Lieka, nevajadzīga izskaistināšana un/vai pārspīlēšana. Lieki un nevajadzīgi pārspīlējot, pirmkārt, tiek riskēts melot attiecībā par lietu nopietnību, otrkārt, tiek atņemta iespēja raksturot patiesi brīnišķīgu vai tieši otrādi – briesmīgu situāciju.

Dogmatisms, rigiditāte. Palikt nelokāmam pie saviem uzskatiem ir vērtīgi, bet tikai līdz brīdim, kamēr šie uzskati nav pretrunā ar zinātniskiem faktiem. Ja mēs esam aizvēruši savu prātu jaunai informācijai un citiem iespējamiem skaidrojumiem, dogmatiski paliekot pie sava, jo, iespējams, kāda autoritāte tā domā un tāpēc tas ir “pareizi”, tad sarunu partneris drīz zaudēs interesi – īpaši dzirdot, ka uz visiem argumentiem tiek sniegta viena un tā pati atbilde. Dogmatiski un rigīdi domājot, ka tikai mums ir taisnība, mēs reti kad spējam izrādīt patiesu interesi par citu viedokļiem (jo mēs taču jau zinām, ka mums ir taisnība).<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> Ancāne, G., Ancāns, A., ... Remese, I. (2014). *Ieteikumi izglītības iestāžu psihologiem un pedagogiem darbam ar skolēniem, kuriem ir uzvedības un emocionālie traucējumi skolas vidē*. Rīga: SPKC. Pieejams: [http://psihosomatika.lv/public/files/Buklets\\_Psihologiem\\_skolotajiem\\_uzved\\_trauc\(1\).pdf](http://psihosomatika.lv/public/files/Buklets_Psihologiem_skolotajiem_uzved_trauc(1).pdf)

## 8. KRĪZES INTERVENČES PAŅĒMIENI

### 8.1. Krīzes jēdziens un krīžu raksturojums

Ikviens cilvēks savas dzīves laikā var piedzīvot psiholoģisko krīzi un traumatiskus notikumus. Speciālistiem būtiski apzināties, ka krīzes un pēctraumas stresa traucējumu iespēja pieaug smagas, veselību un dzīvību apdraudošas, invaliditāti un nespēju izraisošas slimības diagnozes noteikšanas dēļ un, šādām slimībām progresējot, krīzi piedzīvot var gan pacients, gan viņa tuvinieki un aprūpētāji. Ņemot vērā, ka ziņa par psihiskiem, uzvedības vai nervu traucējumiem nekad nav maznozīmīgs notikums dzīvē un ļoti iespējams, ka izraisīs krīzi, ir svarīgi pārzināt psiholoģiskās krīzes izpausmes, attīstību, kā arī būt kompetentam sniegt palīdzību pacientiem/klientiem krīzes laikā.<sup>74</sup>

Krīzes definīcijas ir daudz un dažādas.

Vārds “krīze” (grieķu val. *crisis*) nozīmē lūzuma brīdi, pārejas stāvokli, liktenīgas pārmaiņas, izšķirīgu lēmumu.<sup>75</sup>

Krīze – stāvoklis, kurā cilvēks uztver notikumu/situāciju kā nepanesamas grūtības, kas pārsniedz ierastos situācijas risināšanas veidus un grūtību pārvarēšanas stratēģijas.<sup>76</sup>

Krīze tiek definēta arī kā zaudējums, draudi zaudēt vai radikālas izmaiņas cilvēka attiecībās ar sevi vai nozīmīgiem cilvēkiem.<sup>77</sup>

Krīze – subjektīva reakcija uz trauksmainu cilvēka dzīves situāciju, kas tik ļoti ietekmē cilvēka emocionālo stabilitāti, ka spējas pārdzīvot notikušo un funkcionēt var tikt nopietni apdraudētas.

Visās definīcijās redzams, ka 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. Personības dezorganizācija pastāvēs, kamēr krīzi izraisīšie faktori, kurus indivīds uztver kā ciešanu avotu, nemazināsies.

Līdz ar to var uzskatīt, ka krīzi izraisa tās situācijas un notikumi, kuras cilvēkam ir emocionāli nozīmīgi un traumējoši – grūtības attiecībās ar tuviem cilvēkiem, būtisks zaudējums – šķiršanās no svarīga cilvēka vai viņa nāve, būtiskas izmaiņas dzīvē, pārciesta emocionāla,

<sup>74</sup> Čukurs, E., Deklava, L. ... Upmale-Puķīte, A. (2019). *Veselības psiholoģija. Teorijas un prakses starpdisciplinārā perspektīva*. Rīga: RSU.

<sup>75</sup> Turpat.

<sup>76</sup> Gilliland, B. E., James, R. K. (2008). *Crisis Intervention strategies* (7th ed.). Brooks/Cole, Cengage Learning.

<sup>77</sup> Goldenberg, H. (1983). *Contemporary clinical psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Pieejams: [https://www.academia.edu/4947722/Contemporary\\_Clinical\\_Psychology](https://www.academia.edu/4947722/Contemporary_Clinical_Psychology)

fiziska vai seksuāla vardarbība, smaga saslimšana, katastrofa u. c. Krīzi var izraisīt pēkšņi notikumi vai ilgstošas neatrisinātas problēmas, kas rada pastāvīgu spriedzi.

Lai gan krīzes pazīmes klientiem var būt vienādas, krīžu izcelsme ir atšķirīga. Līdz ar to pastāv dažādi krīžu veidi, piemēram, **traumatiskā krīze**, kuru izraisa negaidīti, neplānoti notikumi, pārdzīvojot zaudējumu un nelaimes gadījumu. Ļoti svarīgi atcerēties, ka traumatiskā krīzē var nonākt gan tie cilvēki, kurus notikušais ir ietekmējis tieši, gan arī notikušās nelaimes aculiecinieki. Traumatiskā krīze bieži vien atstāj ietekmi arī uz cietušā tuviniekiem, jo viņi izjūt dziļu līdzjūtību pret cietušo un viņa ciešanām, pārdzīvo cietušajam līdzī, turklāt viņiem ir nepieciešams sevī rast spēkus atbalstīt cietušo un sadzīvot ar viņu, kas prasa no tuviniekiem papildus lielāku psihisko un emocionālo resursu izmantošanu.<sup>78</sup>

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 un 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. 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 saskaras katrs no mums, veidojas iekšēja konflikta un trauksmes izjūtas dēļ, kas mūsos rodas, kad apzināmies savu izolētību vai vientulību šajā pasaulē, savu mirstīgumu un sākam aizdomāties par dzīves jēgu un izvēles brīvību.

Ceturtais 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 vienlaicīgi – aiziešana pensijā, laulātā nāve, bērnu aizbraukšana, dzīves jēgas meklēšana.<sup>79</sup>

Citi speciālisti runā par dalījumu attīstības (vecumposmu jeb paredzamajās krīzēs) un situatīvajās, traumatiskajās krīzēs jeb neparedzamajās krīzēs. Attīstības krīze tiek uzskatīta par normālu parādību un ir saistīta ar indivīda pāreju no viena dzīves posma (vienas attīstības stadijas) uz nākamo dzīves posmu (stadiju) (piemēram, no pusaudžu vecumposma uz jauniešu vecumu), savukārt situatīvā krīze ir saistīta ar kādu iepriekš neparedzamu notikumu vai

---

<sup>78</sup> Ivaščenko, T., Bērziņa, N., Lapčinska, V. (2014, maijs). Kā ārstam strādāt ar pacientu emocionālajā krīzē. *Latvijas ārsts*, Nr.5, 48.

<sup>79</sup> Turpat.

notikumiem (piemēram, darba zaudēšanu, šķiršanos, tuva cilvēka nāvi, hronisku un dzīvību apdraudošu slimību).<sup>80</sup>

Visbiežāk sastopamās un intensīvākās emocionālās reakcijas krīzes situācijā ir dusmas, vainas sajūta un bailes. Krīzē cilvēki bieži vien ir apjukuši un nespēj apzināties savas emocionālās reakcijas; cilvēkam ir ļoti nepieciešama sapratne un atbalsts. Cilvēks, kurš, piedzīvojis zaudējumu vaino sevi, un tas izpaužas dažādi:

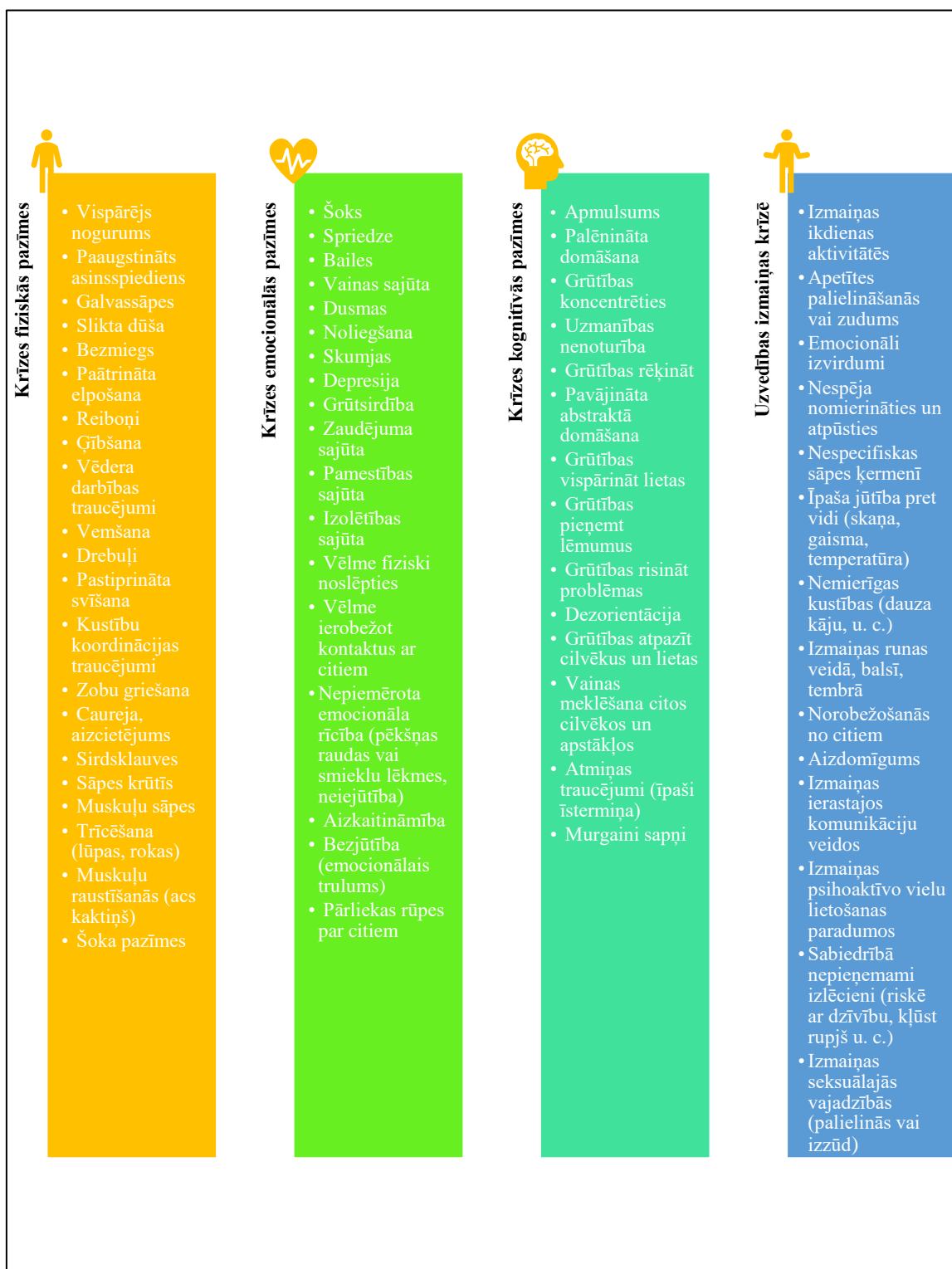
- 1) izjūt atbildību par notikušo;
- 2) šķiet, ka viņa rīcībai nav attaisnojuma;
- 3) liekas, ka viņa rīcība ir nepareiza un viņš ir pārkāpis morāli vai vērtības;
- 4) pārliecība, ka notikušo paredzējis jau iepriekš.

Dažādos krīzes posmos emocijas kā reakcija uz situāciju (krīzes notikumu) var izpausties ļoti dažādi. Visbiežāk sastopamas tādas krīzes reakcijas kā vispārējs nogurums, galvassāpes, bezmiegs, dusmas, bailes, noliegšana, šoks, bezjūtība, grūtības domāt, rēķināt, koncentrēties un pieņemt lēmumus, murgaini sapņi, izmaiņas ikdienas aktivitātēs, apetītes zudums vai palielināšanās un emocionāli izvirdumi. Krīzes pazīmes var izpausties gan kā fiziski simptomi, gan kā emocionālās sfēras traucējumi, tie var izpausties arī kognitīvajā sfērā vai kā uzvedības izmaiņas (*skat. 8.1. attēlu*). Mēdz būt arī ļoti individuāli specifiskas krīzes reakcijas, kā, piemēram, saasināta dzirdes uztvere, asinsrites traucējumi u. c.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Čukurs, E., Deklava, L. ... Upmale-Puķīte, A. (2019). *Veselības psiholoģija. Teorijas un prakses starpdisciplinārā perspektīva*. Rīga: RSU.

<sup>81</sup> VBTAI. (2015). *Krīzes gadījumu vadība izglītības iestādēs*. Metodiskais materiāls.



### 8.1. attēls. Krīzes pazīmes<sup>82</sup>

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

<sup>82</sup> Ivašenko, T., Bērziņa, N., Lapčinska, V. (2014, maijs). Kā ārstam strādāt ar pacientu emocionālajā krīzē. *Latvijas ārsts*, Nr.5, 48.

jūt līdzīvi 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 (angļu val. *self-destructive behaviour*) – pastiprināta psihoaktīvo vielu 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.<sup>83</sup>

Neatkarīgi no krīzes veida katra krīze ir iedalāma konkrētās fāzēs:

- 1) akūtā fāze, kad pastāv akūta stresa reakcija (ilgst dažas stundas). Šajā fāzē cilvēks var būt nekonsekvents, uzbudināts un agresīvs. Toties var attīstīties arī pilnīgi pretējas reakcijas, un cilvēks var būt mierīgs, nomākts, noslēgts un apātisks;
- 2) reakcijas fāze, kurai raksturīgas sēras, dusmas, neticība cilvēkiem, kauns, vainas apziņa, bezspēcība, bezcerība, attīstās fizioloģiskās reakcijas;
- 3) risināšanas fāzē sākas problēmu izpratne, pakāpeniska stabilizācija;
- 4) pārorientēšanās fāzē parādās samierināšanās ar zaudējumu, cilvēks sāk veidot jaunus dzīves plānus.

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.<sup>84</sup>

## 8.2. Krīzes intervences mērķis, uzdevumi un pieejas

Krīzes intervence ir specifiska metode darbam ar akūtām krīzes situācijām. Speciālists, kurš specializējas krīzes intervencē, darbā ar klientu fokusējas uz krīzes situācijas izraisīto jūtu identificēšanu un jūtu intensitātes samazināšanu. Tas ir darbs ar intensīvām jūtām un problēmām. Ja spriedze netiek mazināta, var rasties emocionāli, fiziski, kognitīvi uzvedības traucējumi.

Krīzes intervences mērķis ir klienta pirms-krīzes funkcionēšanas līmeņa atgūšana, iekšējā līdzsvara atgūšana un traumējošās pieredzes ilgtermiņa negatīvo novēršana.<sup>85</sup> Krīzes intervence ir vērsta uz iejūtīgu sapratni un emocionālu atbalstu, lai iespējami ātri palīdzētu

<sup>83</sup> Ivaščenko, T., Bērziņa, N., Lapčinska, V. (2014, maijs). Kā ārstam strādāt ar pacientu emocionālajā krīzē. *Latvijas ārsts*, Nr.5, 48.

<sup>84</sup> Turpat.

<sup>85</sup> Žukovska, I. (2020). *Krīzes intervence jeb krīzes konsultēšana*. Mācību materiāli.

sasniegt emocionālu atvieglojumu un atjaunotu līdzsvaru, kāds bija pirms krīzes, atjaunotu spēju veiksmīgi iekļauties ikdienas dzīvē.<sup>86</sup>

Krīzes intervences uzdevumi:

- 1) pirmās neatliekamas psiholoģiskās (psiho–sociālās) palīdzības mērķtiecīga savlaicīga nodrošināšana krīzē esošai personai;
- 2) emocionālo, kognitīvo un uzvedības krīzes reakciju stabilizācija;
- 3) pirms krīzes līdzsvara atgūšana;
- 4) sadarbība ar citiem krīzes situācijās vadībā iesaistītiem speciālistiem;
- 5) risku novērtēšanas (pašnāvības, atriebības akti, atkarības riski krīzes situācijas kontekstā);
- 6) esošo un nepieciešamo resursu identificēšana un mobilizēšana.<sup>87</sup>

Krīzes intervencē izmanto dažādas pieejas.

- 1) Nedirektīvā pieeja. Pielieto, kad klients ir spējīgs patstāvīgi plānot savas rīcības un spert to īstenošanai nepieciešamas soļus. Speciālista uzdevums ir palīdzēt klientam jau esošus pietiekošus resursus krīzes atrisināšanai.
- 2) Sadarbības pieeja. Starp klientu un speciālistu tiek dibinātas partnerības attiecības problēmas novērtēšanai, alternatīvu izpētei un faktisko soļu speršanai situācijas risināšanai. Kopumā šī pieeja tiek dēvēta par ““Mēs” pozīcijas pieeju”.
- 3) Direktīvā pieeja. Pielietota, kad klients nav spējīgs risināt problēmas patstāvīgi un esošie resursi ir nepietiekoši. Šajā gadījumā uz noteiktu laiku, visa atbildība un situācijas kontrolēšanas pienākums un privilēģija gūstas vienīgi uz specialista pleciem. Pakāpeniski notiek virzība no ““Es” pieejas” uz ““Mēs” pieeju”.

### **8.3. Krīzes intervences struktūra, metodes un pamatprincipi**

Krīzes intervence ir īsa, strukturēta laikā, un tās galvenais mērķis ir atjaunot vismaz to līdzsvaru, kādā indivīds funkcionējis pirms krīzes. Krīzes uzdevumu modelī tiek izdalītas divas galveno uzdevumu grupas: pastāvīgie un fokusētie. Pastāvīgie uzdevumi – klienta stāvokļa novērtēšana, drošības nodrošināšana un atbalsta sniegšana – ir būtiski visā konsultēšanas procesā. Fokusētie uzdevumi ir kontakta veidošana, kontroles atjaunošana, problēmas definēšana un “pēcpārbaudes” jeb cietušā stāvokļa izvērtējums un palīdzības nodrošināšana pēc ilgāka laika.<sup>88</sup>

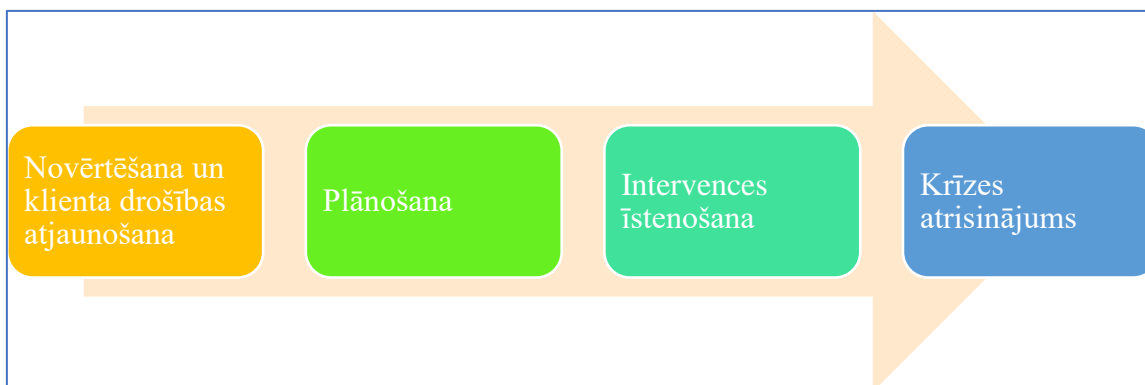
<sup>86</sup> VBTAI. (2015). *Krīzes gadījumu vadība izglītības iestādēs*. Metodiskais materiāls.

<sup>87</sup> Žukovska, I. (2020). *Krīzes intervence jeb krīzes konsultēšana*. Mācību materiāli.

<sup>88</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.



Lai gan eksistē dažādi krīzes intervences modeļi, tie ietver samērā līdzīgu palīdzības soļu aprakstu (*skat. 8.2. attēlu*).



8.2. attēls. **Krīzes intervences posmi**<sup>89</sup>

Novērtēšana paver speciālistam iespēju izvērtēt sava darba (veiktās vai veicamās intervences) efektivitāti. Jau novērtēšanas posmā jāizvērtē un jāparedz drošības riski, kas saistīti ar klienta vai citu cilvēku veselību un dzīvību. Klientam ir jājūt, jāzina, ka speciālistu rūp viņa (klienta) problēma un tās atrisināšana. Tas varētu būt emocionālais, instrumentālais vai informatīvais atbalsts.

Novērtēšanas nozīme pamatota ar nepieciešamību gūt informāciju par:

- 1) krīzes smaguma pakāpi;
- 2) klienta pašreizējo emocionālo statusu;
- 3) klienta pašreizējās emocionālās mobilitātes vai tās trūkuma pakāpi;
- 4) alternatīvām;
- 5) *koping* stratēģijām;
- 6) atbalsta sistēmu un citiem resursiem, kas pieejami klientam;
- 7) drošības riskiem veselībai un dzīvībai (klienta un citu cilvēku).

Novērtēšanas ABC.

Krīzes smaguma novērtējums ir nepieciešams veikt jau pirmajā tikšanās reizē. Objektīvie dati tiek iegūti, izvērtējot klienta funkcionēšanas līmeni trijos aspektos:

- 1) emocionālais stāvoklis (angļu val. *affective state*) – emocionālā stāvokļa un reakciju atbilstība vai neatbilstība situācijai. Klienta spēja savaldīt vai izpaust savas jūtas un emocijas situācijai un drošības apsvērumiem atbilstošā veidā;

<sup>89</sup> Žukovska, I. (2020). *Krīzes intervence jeb krīzes konsultācija*. Mācību materiāli.

- 2) uzvedības funkcionēšana (angļu val. *behavioural functioning*) – klienta uzvedības novērošana un izvērtēšana (elpošanas temps, spēja nosēdēt vienā vietā, roku trīcēšana utt.);
- 3) kognitīvais stāvoklis (angļu val. *cognitive state*) – klienta domāšanas paternu izvērtēšana. Vai klienta teiktais ir loģisks un kongruents?

Novērtēšanas posmā svarīgi noskaidrot, kas notika, kādi un cik cilvēki bija iesaistīti, kas kļuva par situācijas cēloni, kāda ir situācijas nopietnība un smaguma pakāpe.

Novērtēšanas 10 soļu ceļš:

- 1) situācijas apraksts pēc klienta vārdiem (kas notika?);
- 2) krīzes notikuma laiks un vieta (svarīgs ir laiks starp krīzes notikumu un krīzes intervences sniegšanas brīdi);
- 3) klienta psiholoģiskā un fiziskā statusa pirmais novērtējums (fiziskā veselība, iespējamās fiziskās traumas, šoka stāvoklis, depresijas pazīmes);
- 4) iepriekšēja krīzes pieredze; vai dzīvē jau ir bijušas līdzīgās situācijās, kas palīdzēja pārvārot iepriekšējo līdzīgo krīzi (piemēram, otrās šķiršanās) vai iepriekšēja krīzes stratēģija tika pielietota pašlaik;
- 5) vai iepriekšējās krīzes risināšanas pieredze pašreiz ir efektīva;
- 6) vai tika mēģinātas citas, iepriekš nepielietotas stratēģijas situācijas risināšanai; kādi ir pielietošanas rezultāti;
- 7) pašnāvības, atriebības un citas destruktīvās uzvedības risku izvērtēšana;
- 8) atbalsta sistēma – kādi resursi ir pieejami klientam (klienta personības stabilitāte, sociālais atbalsts, finansiālā stabilitāte, speciālistu iesaiste situācijas risināšanā);
- 9) pirms–krīzes resursu izvērtējums, iepriekšējo *koping* stratēģiju izvērtējums;
- 10) klienta krīzes situācijas un tās iespējamo risinājumu redzējums.<sup>90</sup>

Plānošanas posmā tiek izstrādāts intervences plāns – kā, ar kādām metodēm tiks strādāts ar konkrēto klientu un viņa krīzi. Plāna izstrāde ir iespējamā tikai sadarbībā ar klientu, klientam jāizjūt sava piederība, kontrole, neatkarība, autonomija pāri izstrādes procesam. Plānošanas stadijā ir svarīga sadarbība ne tikai ar klientu, bet arī ar citu jomu speciālistiem un klientam nozīmīgām personām (ģimene, draugi). Izstrādātajam plānam jābūt dzīvotspējīgām un detalizētam, iekļaujot pieejamos resursus (cilvēki, grupas, organizācijas, institūcijas), *koping* mehānismus un rīcības soļus. Plāna mērķis ir palīdzēt klientam atgūt stabilitāti un līdzsvaru. Plānošana paredz reālistiska, klientam skaidra krīzes intervences mērķa izvirzīšanu ar klientam

---

<sup>90</sup> Žukovska, I. (2020). *Krīzes intervence jeb krīzes konsultēšana*. Mācību materiāli.

saprotamiem mērķa sasniegšanas kritērijiem. Efektīvi formulēts mērķis ir definēts pēc SMART principa.

SMART princips:

Mērķim jābūt S (angļu val. *specific*) – konkrēts, skaidrs un saprotams.

- 1) Ko tieši vēlamies sasniegt?
- 2) Kādi soļi sperami, lai šo mērķi sasniegtu?

M (angļu val. *measurable*) – izmērāms: tam jānovērtē paredzamā mērķa kvalitāte un apjoms.

- 1) Kā uzzināsim, ka mērķis ir sasniegts?
- 2) Kā sapratīsim, ka mērķis var netikt sasniegts?
- 3) Kā nodrošināsim labu atgriezenisko saiti visos mērķa sasniegšanas etapos?

A (angļu val. *attractive*) – aizraujošs un pievilcīgs.

- 1) Kādas priekšrocības rodas sasniedzot šo mērķi?
- 2) Kā šī mērķa sasniegšana atbilst un mijiedarbojas ar vīziju, misiju un “augstākiem” mērķiem?
- 3) Kādi ir iespējamie sarežģījumi un iespējamās sekas mērķa nesasniegšanas gadījumā?

R (angļu val. *realistic*) – reāli sasniedzamam.

- 1) Cik reāli ir sasniegt šo mērķi noteiktajā laikā? Ja nav, tad...
- 2) Vai mērķis ir saskaņots ar visām iesaistītajām pusēm?
- 3) Kā sadalīt mērķi laikā, lai tas liktos reāli sasniedzams, tajā pašā laikā radītu izaicinājumu?
- 4) Vai mērķa sasniegšanas etapi ir pārdomāti un reālistiski, vai nav izstiepti laikā?
- 5) Kā izstrādāt tālākos soļus?
- 6) Vai man ir visi nepieciešamie resursi, lai sasniegtu mērķi? Ja nav, tad...
- 7) Kā un kur iegūt trūkstošos resursus?

T (angļu val. *time-bound*) – noteiktam laikā – jābūt noteiktiem kontroles termiņiem un attīstības stadijām.

- 1) Kad konkrēti tiks uzsākta projekta īstenošana?
- 2) Cik bieži būs nepieciešams veikt to vai citu rīcību?
- 3) Kad konkrēti nepieciešams sasniegt mērķi?<sup>91</sup>

Klientam ir vitālā kontroles izjūta situācijas risināšanā, jo pati krīzes situācija ir klienta kontroles izjūtas trūkuma pieredze. Klientam tiek lūgts verbalizēt izstrādātā plāna kopsavilkumu. Gadījumos, kad pastāv klienta vai citu cilvēku veselību un dzīvību apdraudoši riski, klientam var lūgt rakstisko saistību apliecinājumu, ko paraksta gan klients, gan speciālists.

---

<sup>91</sup> Pareiza mērķa izvirzīšana – jau puse padarīta darba. Pieejams: <https://www.seb.lv/info/biznesa-uzsacejiem/pareiza-merku-izvirzisana-jau-puse-padarita-darba>

Klienta ieguldījumam jābūt brīvprātīgam un pieprasāmajam ieguldījumam jābūt izpildāmam un reālistiskam. Plāns, ko izstrādā tikai krīzes intervences speciālists, uzrāda zemo efektivitātes līmeni.

Intervences īstenošana ir īstermiņa krīzes konsultēšana pēc iepriekš izstrādātā plāna, pamatojoties uz novērtēšanas rezultātiem. Primārais ir rādīt drošu, stabilu vidi darbam ar klienta krīzes reakcijām, izvēloties nepieciešamās intervences metodes. Intervences laikā klients sev drošā vidē verbalizē savus krīzes pārdzīvojumus un domas. Speciālista pamatuzdevums ir drošās vides uzturēšana, saskarsmes telpas nodrošināšana, efektīvo problēmsituācijas risināšanas stratēģiju atbalstīšana, sekmēšana, situācijas reālistiskas uztveres (saikne starp situāciju, klienta jūtam un sekām) nodrošināšana un klienta iedrošināšana.<sup>92</sup>

Krīzes atrisinājums. Krīzes intervences mērķis ir sasniegts, klients ir atguvis pirms–krīzes funkcionēšanu ir spējīgs pielietot nepieciešamas *koping* stratēģijas, apzinās nepieciešamus resursus dzīves grūtību un problēmu risināšanai nākotnē; ilgtermiņa negatīvās sekas (psiholoģiskā trauma, post–traumatiskais stress, domas par pašnāvību un kopēja viktimizācija) ir novērstas.

Krīzes intervences metožu pamatā ir uz problēmu risināšanu vērsta pieeja ar aktīvu speciālista pozīciju:

- 1) katarse un aktīvā klausīšanās. Emocionālo pārdzīvojumu verbalizācija saistībā ar krīzes traumatisko pieredzi;
- 2) skaidrošana – notikumu cēloņsakarības (īpaši vainas izjūtas gadījumos);
- 3) pārliecināšana – palīdzības pieejamība un laika krīzes atrisināšanai nepieciešamība;
- 4) pastiprināšana – pozitīvo uzvedības stratēģiju pastiprināšana un atbalstīšana;
- 5) pašvērtējuma atgūšana, klienta apziņas stiprināšana, apziņas virzīšana un stiprām pusēm un pieejamiem resursiem, kas palīdz pieņemt un strādāt ar trūkumiem;
- 6) alternatīvie risinājumi.

Krīzes intervence balstās uz vairākiem pamatprincipiem:

- 1) empātiska kontakta veidošana – izpratne par cilvēka psiholoģisko stāvokli, spēja izjust līdzīgas izjūtas ir svarīgākais krīzes intervences nosacījums;
- 2) augsts konsultanta aktivitātes un iesaistīšanās līmenis – tas ir nepieciešams, lai nodibinātu uzticības pilnu kontaktu ar krīzē nonākušo cilvēku, ievāktu iespējami daudz informācijas par krīzes apstākļiem, izvērtētu situāciju un izveidotu rīcības plānu;

---

<sup>92</sup> Žukovska, I. (2020). *Krīzes intervence jeb krīzes konsultēšana*. Mācību materiāli.

- 3) konkrēti mērķi – primārais krīzes intervences mērķis ir pašnāvības riska mazināšana, pamatmērķis – izglītot cilvēku izmantot adaptīvas krīzes pārvarēšanas stratēģijas un sekmēt psiholoģiskā līdzsvara atjaunošanu;
- 4) fokuss uz pamatproblēmu – krīzes intervencei jābūt ļoti strukturētai, lai palīdzētu cilvēkam fokusēties uz krīzi izraisošām problēmām;
- 5) atbalsta sniegšana – konsultants nodrošina atbalstu krīzē nonākušam cilvēkam;
- 6) cieņa – cilvēks, kurš pārdzīvo krīzi, tiek uzverts kā zinošs, neatkarīgs, kompetents un spējīgs patstāvīgi izdarīt izvēli;
- 7) neatliekamība – bieži krīzes intervenci jānodrošina steidzami.<sup>93</sup>

Klausīšanās nozīme krīzes intervencē ir nenoliedzama, līdz ar to specialistam jābūt spējīgam pielietot dažādās stratēģijas:

- 1) atvērto jautājumu izmantošana. Stimulē klientu sniegt plašas jēgpilnas atbildes, ka arī paver klientam iespēju runāt par savam jūtām, uzvedību domām un ir noderīgi problēmas identificēšanās un izpētes stadijā speciālistam;
- 2) aizvērtā tipa jautājumu izmantošana. Tiek izmantoti, lai iegūtu konkrētus datus par uzvedības paterniem un jā/nē atbildes. Plaši lieto saistību notikšanas stadijā, nosakot konkrētu rīcību īstenošanas aspektu;
- 3) pārfrazēšanas un kopsavilkuma precizēšanas izmantošana. Palīdz fokusēt klientu, tiek iegūta skaidra un precīza informācija, ko klients bija domājis ar teikto (pieņemumiem nav vietas);
- 4) jūtu piesavināšanās un “Es” izteiciena izmantošana. Svarīgs krīzes intervences direktīvās pieejas dēļ. Tiek minēti arī citi apgalvojuma veidi:
  - a) atsavināšanās izmantošana, kad tiek norādīts uz speciālista izbrīnu, sašutumu, frustrāciju (piemēram: “Es neesmu droša, ka es pilnībā izprotu jūsu un meitas attiecības, vai jūs varētu pastāstīt par to vairāk?”);
  - b) izpratnes demonstrēšanas izmantošana vai “Es saprotu/izprotu izteiciena izmantošana”. Mazina klienta distresu, jo klientā aug pārliecība, ka viņu izprot un par viņu rūpējas;
  - c) vērtējuma izteiciena izmantošana. Pielieto, kad klienta uzvedība rada draudus pašam klientam vai citiem cilvēkiem. Vērtējums tiek sniegts uzvedībai nevis klientam;
  - d) pozitīva pastiprinājuma izmantošana. Klienta sasniegumu atzīmēšana un uzslavēšana iedrošina klientu rīkoties un nodrošina situācijas kontrolēšanas izjūtu;

<sup>93</sup> Ромек, В. Г., Конторович, В. А. Крукович, Е. И. (2005). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Спб.: Речь.

- e) limitu noteikšanu izmantošana. Svarīgi noteikt spēlēs noteikumus, kas ir atļauts, kas nav pieņemams intervences procesā klients – speciālists mijiedarbībā;
- f) prasību izteicienu izmantošana. Pamatojoties uz intervences direktīvo dabu speciālists pieprasa no klienta spert noteiktus intervences soļus vai rīcības;
- 1) iedziļinātas klausīšanās izmantošana. Fokusēšanās uz klienta pieredzi. Pievēršanās klienta verbālai un neverbālai valodai. Īpaša vērība tiek pievērsta pazīmēm, kas liecina par klienta gatavību stāties kontaktā ar cilvēkiem kopumā un speciālistu konkrēti. Stratēģijas pielietošana nodrošina klienta pārliecību, ka speciālists ir sadzirdējis ne tikai faktus, bet arī emocionālus pārdzīvojumus, tiek sekmēta klienta izpratne par paša motīviem, jūtām un izvēlēm un palīdz izprast krīzes kā veseluma ietekmi uz viņa (klienta) dzīvi.

Speciālistiem var būt lietderīgi arī daži Latvijas psihoterapeitu biedrības ieteikumi, kas tika izveidoti psihoterapeitiem ārkārtējās situācijas apstākļos, balstoties uz krīžu darba pamatprincipiem un ilgstošu pieredzi darbā ar krīžu, ārkārtas situācijām.

- 1) Darbs ar klientiem, kuri piedzīvo krīzi, paniku, zaudējumu, ir specifisks ar to, ka var prasīt vairāk spēka nekā ikdienas darbs.
- 2) Cilvēkam krīzē var būt daudz intensīvu emociju, un tās būs “jāsatur” un jānormalizē.
- 3) Pieaugot krīzē esošo klientu skaitam, arī mēs paši varam nonākt krīzē. Mūsu pašterapija, supervīzijas, kolēģu atbalsts un profesija no tā var nepasargāt. Vēlams ieplānot lielākus atpūtas brīžus, ja šādi klienti ir vairāki. Vēlams daudz lielākā apmērā nekā ierasts rūpēties par sevi fiziski, kognitīvi un emocionāli. Klasiskais likums – ja palielinās slodze, jāpalielina atpūta. Jā, varbūt izdarīsim mazāk, bet noturēsimies ilgāk.
- 4) Ja rodas aizdomas, ka pats esat krīzē, lūdzu, neignorējiet to, vērsieties pēc psiholoģiskas palīdzības. Krīzes ignorēšana to ne apturēs, ne mazinās.
- 5) Pēc darba ar indivīdu, ģimeni vai grupu krīzē novērojām sevi, jo var būt intensīva bezspēcības izjūta, bet var būt arī pārlietu pacilāts garastāvoklis. Varam kļūt neuzmanīgi, gūt traumas.
- 6) Strādājot ar klientu krīzē vai ar klientu, kurš ir tuvu panikai, atceramies, ka komunikācija ir jāveic direktīvāka un tiešāka. Tas nozīmē, ka ir pieļaujami sniegt klientam konkrētus norādījumus – vērsties pie speciālista, rūpēties par savu fizisko un emocionālo veselību, runāt un izstrādāt drošības plānu.
- 7) Krīzes intervenci veicot, mēs nejaudājam: “Ko tu jūti?” Klients var būt pārāk apjucis, dekompensējies, tādēļ mēs izdarām pieņemumu, ņemot vērā saturu, ko viņš mums ir sniedzis. Piemēram, “Izklausās, ka tu jūties izmisis, jo baidies pazaudēt savus vecākus”;

“Es saklausīju, ka tu baidies...” u. tml. Krīzes intervence ir sevi pierādījusi kā efektīvu līdzekli, lietojiet to.

8) Strādājot ar klientu krīzē, ir daudz jānormalizē. Bieži vien jālieto vārdi “tas ir normāli”; “tava reakcija ir dabīga krīzes situācijai/zaudējumam”, “tas ir uz laiku, krīze pāries”.

9) Klients krīzē ir jāizglīto. Jāpastāsta, kas ir krīze, kādas ir tās pazīmes un rūpīgi jāatbild uz klienta jautājumiem.<sup>94</sup>

---

<sup>94</sup> *Psihiskās veselības un psihosociālie ieteikumi COVID-19 uzliesmojuma laikā.* (2020). Pieejams: [https://www.lm.gov.lv/lv/informacija-par-covid-19/vadlinijas\\_soc\\_darbam\\_ar\\_gim\\_ar\\_bernem\\_v21.pdf](https://www.lm.gov.lv/lv/informacija-par-covid-19/vadlinijas_soc_darbam_ar_gim_ar_bernem_v21.pdf)

## 9. LABĀS PRAKSES PIEMĒRI PAR SABIEDRĪBĀ ATBALSTĪTIEM SOCIĀLIEM PAKALPOJUMI PERSONĀM AR PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM

Personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem ir tiesības dzīvot vidē, kurā viņas vēlas, un izvēlēties savu dzīves stilu. Viņām ir neatņemamas tiesības dzīvot neatkarīgu, pilnvērtīgu dzīvi. Ņemot vērā veselības stāvokļa radītās problēmas, ir nepieciešami dažādi atbalsta pakalpojumi, lai varētu runāt par maksimālu pilnvērtīgu sociālo funkcionēšanu un novērstu iespējamību, ka neesoša vai nepieejama pakalpojuma dēļ personas nonāk institucionālā aprūpē, kaut arī citādi tā nebūtu nepieciešama.

Sabiedrībā balstīti pakalpojumi ir pakalpojumu klāsts, kas cilvēkiem ar dažādiem funkcionāliem ierobežojumiem dod iespēju dzīvot sabiedrībā. Tie ietver vispārējās pieejamības pakalpojumus, piemēram, mājokļa nodrošinājumu, veselības aprūpi, izglītību, nodarbinātību, kultūru un brīvā laika pavadīšanu, tiem jābūt pieejamiem ikvienam cilvēkam neatkarīgi no funkcionālo traucējumu veida vai nepieciešamā atbalsta apjoma. Sabiedrībā balstīti pakalpojumi attiecas arī uz specializētiem pakalpojumiem, piemēram, asistenta pakalpojumu, “atelpas brīža” pakalpojumu u. tml.<sup>95</sup>

Ideālā variantā personas ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem dzīvo sabiedrībā, saņemot sev nepieciešamos un savām funkcionālajām spējām atbilstošos pakalpojumus, lai tiktu nodrošināta pilnvērtīga sociālā funkcionēšana.<sup>96</sup> Visbiežāk pašvaldībās tie nodrošināti šādi sabiedrībā balstīti pakalpojumi – dienas centrs, grupu dzīvokļi un aprūpe mājās.<sup>97</sup>

Kā viens no labās prakses piemēriem minams biedrība “Cerību spārni”, kas Siguldas novadā aktīvi darbojas kopš 2003. gada. Biedrības darbība vērsta uz visu vecumu, dzimumu cilvēku ar invaliditāti un viņu ģimenes locekļu integrāciju sabiedrībā, tiesību un interešu aizstāvību, pilsoniskas sabiedrības attīstību, brīvā laika organizēšanu, nodarbinātības veicināšanu, izglītošanu, sociālo pakalpojumu sniegšanu. Biedrība „Cerību spārni” regulāri īsteno sociāli nozīmīgus projektus, kas vērsti uz cilvēku ar funkcionāliem traucējumiem un

---

<sup>95</sup> European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. 27. Pieejams: <http://enil.eu/wp-content/uploads/2016/09/Guidelines-01-16-2013-printer.pdf>

<sup>96</sup> Šķestere, I., Leimane-Veldmeijere, I. ... Mazapša, A. (2019). *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem*.

<sup>97</sup> Bērziņa, L., George, Dž., ... Skirmante, S. (2013). *Sabiedrībā balstītās garīgās veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu pieejamība un izmaksas salīdzinājumā ar institucionālo aprūpi Latvijā*. 76.-81. Pieejams: <https://ej.uz/vom3>



citām sociālam riskam pakļauto iedzīvotāju grupām, un viņu ģimeņu vajadzību nodrošināšanu izglītības, sociālās iekļaušanas, nodarbinātības, sadarbības un kapacitātes stiprināšanas jomās.

Biedrība plāno savā darbībā likt uzsvaru uz nodarbinātības pakalpojumu attīstību, lai cilvēki, kuri nevar iekļauties darba tirgū, atbilstoši savām spējām varētu būt nodarbināti un saņemtu atalgojumu par savu padarīto darbu. Šobrīd biedrība sniedz Dienas aprūpes centra un specializēto darbnīcu pakalpojumu, jau pašreiz uzsvaru liekot uz to, lai, strādājot ar pakalpojumu saņēmējiem, saprastu, kādas ir personas stiprās puses un kādas ir viņa iespējas iekļauties darba tirgū.<sup>98</sup>

Vēl viens labās prakses piemērs ir biedrība “Brīnummāja”, kas darbojas Cēsīs un Alūksnē, nodrošinot bērniem un jauniešiem, kuriem noteikta invaliditāte un kuriem izstrādāts sociālas rehabilitācijas plāns, mūzikas terapiju, kanis terapiju, Tomatis terapiju, Montessori nodarbības un Minhenes funkcionālās attīstības diagnostiku, kā arī viņu vecākiem – psihologa un psihoterapeita konsultācijas bez maksas.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Cerību spārni. (2019). *Biedrības „Cerību spārni” sistēmisks sociālo pakalpojumu piedāvājums, kvalitatīvu sociālo pakalpojumu pēctecības nodrošināšanai cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem un citām sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām Siguldas novadā*. Pieejams: <http://www.ceribusparni.lv/wp-content/uploads/2020/02/Biedr%C4%ABbas-strat%C4%93%C4%A3ija.pdf>

<sup>99</sup> *Brīnummāja*. Pieejams: [www.brinummaja.lv](http://www.brinummaja.lv)

## 10. UZ PERSONU CENTRĒTĀ PIEEJA

### 10.1. Uz personu centrētā pieeja kā viens no humānistiskās tradīcijas konsultēšanas veidiem

Mūsdienās konsultēšana ir viens no profesionālās darbības uzdevumiem vairākās profesijās. Tas ir profesionālās darbības veids, kas tiek plaši pielietots dažādās jomās – konsultēšana kā viens no pamata profesionālajiem pienākumiem atbilstoši Profesionālās klasifikatorā<sup>100</sup> norādītajam ir ietverta daudzu palīdzošo un izglītojošo profesiju saturā. Visplašākajā nozīmē konsultēšanu var definēt kā profesionālu darbību, kuras rezultāts ir konsultanta (speciālista) rekomendācija klientam (pacientam, izglītojamajam u. c.) vai iejaukšanās (intervence) par konkrētu uzvedību, kas ir vēlama vai nepieciešama, lai sasniegtu kādu mērķi, izprastu un pārvarētu grūtu dzīves situāciju, lai uzlabotu dzīves kvalitāti, lai sniegtu atbalstu lēmuma pieņemšanā utt.<sup>101</sup>

Ar dažādu veidu konsultēšanu (angļu val. *consulting* vai *counselling*) nodarbojas daudzu profesiju pārstāvji – ārsti, māsas, funkcionālie speciālisti (mākslas terapeiti, uztura speciālisti, ergoterapeiti, fizioterapeiti u. c.), psihoterapeiti, psihologi, sociālie darbinieki, karjeras konsultanti, supervizori, juristi, finansisti, pedagogi, mācītāji, kapelāni, valsts pārvaldes darbinieki un daudzi citi. Tomēr katrā profesijā konsultēšanai ir atšķirīgs mērķis, dziļums, tā var pamatoties uz citādu teorētisko izpratni, lai arī galvenie principi ir līdzīgi. Lai arī daudzi minētie profesionāļi konsultācijā sarunu izmanto kā galveno izglītošanas vai palīdzības sniegšanas instrumentu (izvērtējot situāciju, klientu, sniedzot rekomendācijas, iejaucoties (veicot intervences) u. c.), katram speciālistam ir atšķirīgi darbības mērķi un metodes; atšķirīgas ir šo speciālistu atbildības robežas, darbības formas, bet pats galvenais – atšķirīgas profesionālās tiesības un pienākumi pret klientu.<sup>102</sup>

Tā saucamajās palīdzošajās vai konsultatīvajās un izglītojošajās profesijās, kuras ir saistītas ar klientu problēmu risināšanu un izaugsmes, tostarp personiskās un profesionālās, sekmēšanu (tostarp – psiholoģijā, māsu praksē un sociālajā darbā), bieži vien tiek pielāgotas idejas no pamata psihoterapijas skolām, tiesa, nepretendējot uz pašu psihoterapijas īstenošanu. Psihoterapijas idejas palīdz skaidrot un izprast konsultēšanā nozīmīgus jautājumus, piemēram, kā attīstās cilvēks, kā veidojas traucējumi, kas sekmē izaugsmi, kā aktualizēt resursus. Katrā konkrētajā gadījumā izvēlētie aspekti lielā mērā ir atkarīgi no katras profesijas vēsturiskās

<sup>100</sup> Profesionālās klasifikators. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/klasifikacija/profesiju-klasifikators/profesiju-klasifikators-aktualizets-2021gada-22februari>

<sup>101</sup> Ļevina, J., Mārtinsons, K. (2016). *Konsultēšana un konsultatīvā psiholoģija*. Rīga: RSU.

<sup>102</sup> Turpat.

attīstības un tradīcijām, tostarp izglītības programmām un to īstenotājiem.<sup>103</sup> Visbiežāk praksē tiek izmantotas psihodinamiskā, kognitīvi biheiviorālā un humānistiskā tradīcija.

Humānistiskā pieeja konsultēšanā balstās uz pieņēmumu, ka klienta problēmas rada nevis kādi objektīvi dzīves notikumi, bet gan tas, kā indivīds šos notikumus pārdzīvo. Savas dzīves notikumu pārdzīvošanas veids ietekmē viņa pašizjūtu, pašcieņu, pārliecinātību par sevi. Humānistiski orientēts konsultants sekmē klienta izpratni par to, kā viņa negatīvās reakcijas uz dzīves notikumiem var izraisīt psiholoģisku diskomfortu, un palīdz klientam saprast uztvertos “pozitīvos” un “negatīvos” savas personības aspektus. Vēsturiski galvenie agrīnās humānistiskās psiholoģijas pārstāvji postulēja, ka ikviens ir unikāls un neatkārtojams, visiem piemīt iedzimta spēja augt un attīstīties emocionāli un psiholoģiski un katra indivīda mērķis ir personības pilnveidošanās (piemēram, pašaktualizācija).

Arī humānistiskā tradīcija apvieno vairākas teorijas un modeļus. Praksē visplašāk izmanto uz klientu centrēto jeb uz personu centrēto konsultēšanu, kuras principus ir izstrādājis amerikāņu psihoterapeits Karls Rodžerss (*Carl Rogers*). Šāda pieeja sākotnēji ieguva nosaukumu “nedirektīva konsultēšana”. Vēlāk tā tika precizēta un nosaukta par “uz personu centrēto pieeju” (turpmāk – UPCP) – tā tika akcentēta uzmanības pārvirzīšana no konsultanta uzvedības un darbības uz klientā notiekošajiem procesiem, vispirms uz procesiem, kas saistīti ar viņa Es–konceptijas, pašuztveres izmaiņām konsultēšanas laikā.<sup>104</sup> K. Rodžerss nepiedāvāja UPCP kā fiksētu, dogmatisku, pilnībā izstrādātu psihoterapijas pieeju; viņš cerēja, ka citi speciālisti šo teoriju uztvers kā psihoterapijas principu kopumu, kas nemitīgi attīstās, un bija atvērts tās modifikācijai.<sup>105</sup>

## 10.2. Uz personu centrētās pieejas pamata koncepti

UPCP ir labi zināma pieeja, kas jau sen ir integrējusies sociālā darba ar gadījumu vispārīgajā praksē kā viens no principiem. Jau no pašiem pirmsākumiem sociālais darbs un humānistiskā pieeja attīstījās rokrokā, kopš K. Rodžerss iepazinās ar Dž. Taftu (*Jessy Taft*), kura ir viena no tā dēvētajām funkcionālistu skolas dibinātājām, un tos vienoja austriešu-amerikāņu psihoanalītiķa Otto Ranka (*Otto Rank*) idejas.<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup> Ļevina, J., Mārtinsons, K. (2016). *Konsultēšana un konsultatīvā psiholoģija*. Rīga: RSU.

<sup>104</sup> Turpat.

<sup>105</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>106</sup> Turner, F. (2017). *Social work treatment*. 6th ed. NY: Oxford University Press.

K. Rodžersa koncepcijas pamatā ir uzskats, ka cilvēks, vērojot un vērtējot savu personisko pieredzi, iepazīst pats sevi. Cilvēka personiskā dzīves pieredze ir neatņemama viņa “Es” daļa, un vislabāk to var pārzināt tikai viņš pats.

UPCP ir vairāki pamata koncepti<sup>107</sup>:

- 1) aktualizācijas tieksme un pašaktualizācija;
- 2) pilnvērtīgi funkcionējoša personība;
- 3) pieredzes lauks;
- 4) patība un “Es” koncepcija.

Aktualizācijas tieksme un pašaktualizācija ir viens no galvenajiem jēdzieniem K. Rodžersa teorijā. Tā ir universāla, bioloģiski nosacīta, jebkurai dzīvai būtnei raksturīga tieksme, kas izpaužas kā vēlme attīstīties, pilnveidoties, izpaust un realizēt savu potenciālu, kļūt nobriedušam. Cilvēkam raksturīgo aktualizācijas tieksmes izpausmi K. Rodžerss nosauca par pašaktualizāciju – cilvēka spēju pārveidot sevi, virzoties uz adekvātu pasaules uztveri un pašā iekšējo un ārējo kongruenci; tā paredz personības potenciāla realizāciju, kompetences paaugstināšanu, nepārtrauktu attīstību un virzību uz pilnvērtīgu radošo un autonomo funkcionēšanu. Pateicoties pašaktualizācijai, atbrīvojas labākās cilvēka īpašības, bet viss zemiskais un sliktais pakāpeniski vājinās un izzūd. K. Rodžerss uzskatīja, ka virzību uz pašaktualizāciju var apgrūtināt pagātnes pieredze un kļūdainas pārlicības, tomēr ikviens cilvēks ir spējīgs atbrīvoties no pagātnes un kļūdainu uzskatu ietekmes.<sup>108</sup>

Otrs pamatkoncepts UPCP ir pilnvērtīgi funkcionējoša personība. Ja cilvēkam izdodas realizēt savu iekšējo potenciālu, viņu var saukt par pilnvērtīgi funkcionējošu personību. Saskaņā ar K. Rodžersa idejām šādu cilvēku raksturo septiņas personības iezīmes:

- 1) atvērtība pieredzei – nesagrozīta, patiesa savas pieredzes un jūtu uztvere (kā pretstats psihiskai aizsardzībai, jo tiek akceptētas gan pozitīvās, gan negatīvās emocijas un jūtas);
- 2) eksistenciālās pieredzes pārdzīvojums tagadnes realitātē – spēja dzīvot “šeit un tagad”, pilnībā koncentrēties un izjust, pieredzēt pašreizējo momentu;
- 3) uzticēšanās savām ķermeniskajām izjūtām – paļaušanās uz savu iekšējo gudrību, ieklausīšanās sevī, savā iekšējā balsī un rīkošanās saskaņā ar to;
- 4) kreativitāte – radoša pieeja dzīvei, drosme un spēja to mainīt un meklēt jaunu pieredzi;
- 5) spēja dzīvot pilnvērtīgu, piepildītu dzīvi – spēja izjust laimi un apmierinātību ar savu reālo dzīvi, meklējot jaunus izaicinājumus un pieredzes;

---

<sup>107</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>108</sup> Turpat.

- 6) izvēles brīvība – apziņa, ka pats var vadīt savu dzīvi, ka jebkuram cilvēkam piemīt izvēles brīvība un atbildība par savu rīcību un izvēlēm;
- 7) uzticamība un konstruktivitāte.

Pēc K. Rodžersa domām, pilnvērtīgi funkcionējoša personība ir labi pielāgojusies apstākļiem, psiholoģiski nobriedusi, kongruenta un atvērta pieredzei, turklāt par tādu personību var kļūt jebkurš cilvēks.<sup>109</sup>

Trešais pamatkoncepts UPCP ir pieredzes lauks. Šajā jēdzienā K. Rodžerss ietvēra visu indivīda dzīves pieredzi kopumā. Viņš uzsvēra, ka galvenā ir apzināta pieredze, tomēr pieļāva arī neapzinātas pieredzes ietekmes spēku. Šī unikālā pieredze, kas nosaka cilvēka subjektīvo individuālo pasauli, var gan atbilst, gan neatbilst objektīvajai realitātei.

Nākamais pamatkoncepts ir patība un “Es” koncepcija. Pieredzes lauka centrā atrodas patība – nenoturīga, nestabila, pastāvīgi mainīga cilvēka būtība, mainīgu konfigurāciju sistēma, kurā viena elementa izmaiņas pārkārto visu sistēmu. Indivīda apzināto priekšstatu par sevi un savu patību K. Rodžerss nosauca par “Es” koncepciju. To veido trīs komponenti:

- 1) pašvērtējums – tas, ko indivīds domā par sevi, kā vērtē sevi;
- 2) paštēls – tas, kādu sevi redz pats indivīds;
- 3) ideālais “Es” – ideālais modelis, uz ko indivīds tiecas un kam vēlas maksimāli līdzināties.

Pašvērtējums un paštēls kopā veido to, kā indivīds uztver sevi šobrīd, t. i., reālo “Es”. Reālā “Es” pieņemšana, bet ne idealizēšana ir garīgās veselības pazīme. Lai gan reālais “Es” un ideālais “Es” pastāvīgi transformējas, indivīds vienmēr cenšas aizsargāt un saglabāt savu “Es” koncepciju, turklāt vienmēr rīkojas atbilstoši tai, jo šī koncepcija nosaka, kā viņš redz pasauli un sevi. “Es” koncepcijas veidošanās sākas jau agrīnā vecumā un pakāpeniski turpinās sevis iepazīšanas procesā, kā arī audzināšanas un sabiedrības ietekmes rezultātā. Normālas attīstības gadījumā “Es” koncepcija nav statiska un nemainīga; tā nepārtraukti pilnveidojas, integrējot sevī jaunu dzīves pieredzi. Lai izdzīvotu un realizētos, bērnam ir vajadzīga citu cilvēku pozitīva uzmanība, tādēļ viņš cenšas būt tāds, kādu viņu vēlas redzēt tuvinieki; tādējādi bērns veido savu “Es” koncepciju, absorbējot tajā citu domas par viņu. Taču ir iespējams, ka bērns nav gluži tāds, kādu viņu iedomājušies vecāki. Ja šī atšķirība ir liela, bērnam rodas iekšējs konflikts. Ja tuvinieki nenepieņem un noliedz bērna jūtas un vajadzības vai arī bērns rīkojas pret savām interesēm, lai tikai iegūtu citu cilvēku atzinību, veidojas kļūdainā jeb neīstā “Es” koncepcija, kuras pamatā ir negatīvs un izkropļots paštēls. Ja bērns turpina noliegt faktus, kas ir pretrunā ar mākslīgi radīto neīsto “Es” koncepciju, viņš izkropļo pats savus pārdzīvojumus.<sup>110</sup>

<sup>109</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>110</sup> Boeree, C. G. (2006). *Carl Rodgers*. Pieejams: <https://webpace.ship.edu/cgboer/rogers.html>

Paralēli reālajam “Es” attīstās marginālais ideālais “Es”, kas tiecas uz nekad nerasniedzamo atbilstību standartam. Jo lielāka ir psiholoģiskā plaisa starp reālo “Es” un ideālo “Es”, jo lielākā mērā cilvēks ir nekongruents. Ar jēdzienu *nekongruence* K. Rodžerss apzīmēja nespēju precīzi uztvert realitāti, nespēju vai nevēlēšanos precīzi paziņot savas jūtas citiem,<sup>111</sup> līdz ar to nekongruents cilvēks citiem šķiet neadekvāts, melīgs un nepatiess. Nekongruences subjektīvā izjūta ir saistīta ar neskaidru spriedzi, nemieru un trauksmi, kuras novēršanai tiek iedarbināti aizsargmehānismi, kas nekongruences un sašķeltības izjūtu pastiprina vēl vairāk. Savukārt ar jēdzienu kongruence K. Rodžerss apzīmēja atbilstību, sakrītību starp pieredzēto, apzināto un komunikācijā pausto. Augsta kongruence liecina par adekvātu reakciju uz apkārtņē notiekošo, prasmi izdzīvot katru mirkli šeit un tagad, kā to dara mazi bērni.<sup>112</sup>

UPCP tiek uzsvērta indivīda pieredzes emocionālā puse, analizējot viņa attieksmi, pozīciju pret notiekošo un rosinot meklēt alternatīvus risinājumus savas dzīves situācijai. Cilvēks ir jāpieņem neatkarīgi no problēmām, kurās viņš ir iesaistīts. Ja šos pieņēmumus darbiniekam ir grūti realizēt, tad tas ietekmēs profesionālās attiecības ar klientu un kopīgo darba procesu un terapeitiskās attiecības.<sup>113</sup>

### 10.3. Terapeitiskās attiecības uz personu centrētajā pieejā

K. Rodžerss visu terapeitisko struktūru un terapeitiskās attiecības strukturēja četros posmos un divpadsmit etapos,<sup>114</sup> norādot, ka pats svarīgākais terapeitisko attiecību strukturēšanā ir pareizs sākums un nobeigums. Tas, kas notiks paša procesa laikā, ir atkarīgs no individuālām klienta īpatnībām, viņa domām, jūtām un nostādnēm, kā arī no konsultanta meistarības, reaģējot uz notiekošo. Lai arī jāņem vērā, ka UPCP psihoterapeitiskais process kvalitatīvi un pilnvērtīgi var tikt īstenots vien profesionāļa – psihoterapeita – vadībā, ir vairākas lietas, kuras citi palīdzošās jomas speciālisti var pārņemt no UPCP un pielietot savā ikdienas praksē. Divas galvenās lietas ir terapeitiskās attiecības un konsultēšanas sistēma.

K. Rodžerss apgalvoja: ja klients sadarbojas ar kongruentu, klātesošu, pieņemošu un empātisku speciālistu, kas cenšas izprast viņa iekšējo pasauli, var notikt konstruktīvas personības pārmaiņas un nekādi citi apstākļi vairs nav nepieciešami. Konsultanta pausta patiesi gādīga attieksme, cieņa, pieņemšana, atbalsts un sapratne rada klientam iespēju palēnām

<sup>111</sup> Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable. Pieejams: [https://www.academia.edu/20184763/Rogers\\_Carl\\_1961\\_On\\_Becoming\\_a\\_Person](https://www.academia.edu/20184763/Rogers_Carl_1961_On_Becoming_a_Person)

<sup>112</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>113</sup> Apine, E., Roga V. (2011). *Klienta identitātes transformācija sociālā darba procesā*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds.

<sup>114</sup> Роджерс, К. (1994). *Взгляд на психотерапию. Становление человека*. Москва: Прогресс. Pieejams: [https://royallib.com/book/rogers\\_karl/o\\_stanovlenii\\_lichnostyu.html](https://royallib.com/book/rogers_karl/o_stanovlenii_lichnostyu.html)

mazināt savu aizsardzību, rigiditāti, izpētīt tās savas dzīves jomas, kas iepriekš vai nu netika izprastas, vai tika izkropļotas, plašāk iepazīt savus uzskatus un jūtas, kļūt atvērtākam jaunai pieredzei un tuvoties pašaktualizācijai. Klients var droši atklāt savas bailes, trauksmi, kaunu, naidu, dusmas un citas emocijas, ko iepriekš bija uzskatījis par pārāk negatīvām, lai pieņemtu un iekļautu tās savas “Es” koncepcijas struktūrā. Rezultātā klients spēj labāk pieņemt pats sevi, mazinās iekšējie konflikti un notiek biedējošo, agresīvo un neskaidro jūtu integrācija “Es” koncepcijā; tādējādi klients pamazām atklāj sevī dažādus iepriekš no sevis slēptus aspektus.<sup>115</sup>

Speciālists konsultāciju procesā patiesi ieklausās klienta vārdos un pilnībā viņu akceptē, tā rezultātā klients gūst jaunu pieredzi un pamazām arī pats iemācās klausīties sevi un pieņemt sevi. Tā kā klients piedzīvo konsultanta rūpes bez vērtējoša aspekta (pat attiecībā uz slēptām, negatīvām emocijām), pieaug arī viņa pašatvērtība. K. Rodžersa pētījumi ir pierādījuši, ka speciālista attieksme veicina personības pārmaiņas klientā krietni efektīvāk nekā zināšanas, teorijas vai kādas konkrētas metodes.<sup>116</sup> Līdz ar to var uzskatīt, ka speciālists sevi izmanto kā instrumentu.

Saskaņā ar K. Rodžersa uzskatiem, svarīgākie nosacījumi sadarbībā ir kongruence, beznosacījuma pozitīva pieņemšana un precīza empātiska izpratne no speciālista puses.

Kongruence jeb īstums, atbilstība, par kuru rakstīts jau iepriekš, šādā aspektā nozīmē, ka speciālists patiesi, integrēti un autentiski piedalās konsultācijas procesā; viņam nav viltus fasādes, viņa iekšējā pieredze ir saskaņota ar ārējām izpausmēm, viņš var atklāti paust savas jūtas, domas, reakcijas un attieksmes, kas rodas attiecībās ar klientu, piemēram, dusmas, vilšanos, patiku, bažas, garlaicību vai citas izjūtas. Tas nenozīmē, ka speciālists impulsīvi pauž visas savas reakcijas; tām ir jābūt savlaicīgām un atbilstošām situācijai.<sup>117</sup>

Kongruencei vispirms raksturīgs ir tas, ka konsultants nespēlē lomu, bet gan attiecībās ar klientu viņš paliek pats. Īstuma pakāpes ilustrē šāds piemērs:

Piemērs.

Skolotāja ir nervoza, jo viņas mācību stundu, kura bieži vien nenotiek klusi, grib apmeklēt vecāku grupu. Viens no skolēniem jautā skolotājai: *“Miķelsones kundze, vai jūs neesat nedaudz nervoza? Mūsu vecāki šodien no rīta pārbaudīs mūsu klasi...”*

Reakcija ar mazu īstumu:

<sup>115</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>116</sup> Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable. Pieejams: [https://www.academia.edu/20184763/Rogers\\_Carl\\_1961\\_On\\_Becoming\\_a\\_Person](https://www.academia.edu/20184763/Rogers_Carl_1961_On_Becoming_a_Person)

<sup>117</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

*“Ja tu mani izblamēsi savu vecāku priekšā, tad tu to nožēlosi.”*

*“Skolotāji pie tādām lietām ir pieraduši.”*

Patiesas reakcijas:

*“Jā, es nedaudz uztraucos.”*

*“Jā, esmu uztraukusies. Es zinu, ka esmu atkarīga no mūsu sadarbības, lai atstātu uz vecākiem labu iespaidu.”<sup>118</sup>*

Beznosacījuma pozitīva pieņemšana kā otrais svarīgākais nosacījums konsultēšanas attiecībām nozīmē klienta tiesību atzīšanu, proti, speciālists pieņem, ka klientam var būt savi uzskati un savas izjūtas.<sup>119</sup> Speciālistam ir jākomunicē ar klientu, nesniedzot nekādu vērtējumu, paužot dziļas un patiesas rūpes par klientu kā personu, izrādot beznosacījuma pozitīvu attieksmi pret viņu. Ja speciālista godīgums izriet no viņa paša vajadzībām izpatikt vai būt novērtētam, tiek kavēta konstruktīva klienta izmaiņu norise. Komunikācijai ir jābūt tādai, lai klients varētu paust savas patiesās jūtas un pārdzīvojumus, nebaidoties zaudēt speciālista pozitīvo attieksmi. K. Rodžersa veiktie pētījumi ir apliecinājuši – jo augstākā pakāpē ir izteiktas rūpes, beznosacījuma pieņemšana un novērtēšana bez kritikas, jo lielāka ir iespēja, ka sadarbība būs veiksmīga. Ja speciālists neizjūt cieņu pret savu klientu vai arī izjūt nepatiku vai riebumu, sekmīgs darbs nav iespējams.<sup>120</sup>

Turpmākais piemērs parāda atšķirības starp lielu un nelielu respektu.

Piemērs.

Viens darbinieks saka otram: *“Ja es būtu darījis to, kas man likās pareizi, nevis būtu klausījies uzņēmuma vadītāju, tad mans priekšstrādnieks nebūtu tik dusmīgs uz mani.”*

Reakcijas ar mazu respektu:

*“Ko jūs izdarījāt?”*

*“Kas ir jūsu priekšstrādnieks?”*

*“Ja jūs domājat, ka jums ir problēmas, tad es jums pastāstīšu, kur mani tikko ir ievilcis mans priekšnieks.”*

Reakcijas ar respektu:

*“Tas ir nepatīkami. Vai jūs vēlētos ar mani par to parunāt?”*

*“Tā kā jūs nedarījāt to, ko uzskatījāt par pareizu, jums tagad ir nepatīšanas. Bet ko jūs citu varējāt darīt?”<sup>121</sup>*

<sup>118</sup> Ertelts, B. J., Šulcs, V. (2008). *Karjeras konsultēšanas kompetences*. Rīga: VIAA.

<sup>119</sup> Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable. Pieejams: [https://www.academia.edu/20184763/Rogers\\_Carl\\_1961\\_On\\_Becoming\\_a\\_Person](https://www.academia.edu/20184763/Rogers_Carl_1961_On_Becoming_a_Person)

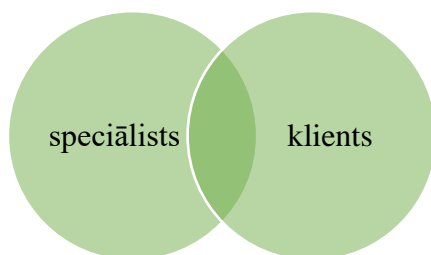
<sup>120</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>121</sup> Ertelts, B. J., Šulcs, V. (2008). *Karjeras konsultēšanas kompetences*. Rīga: VIAA.



Ir vairāki iespējamie attiecību veidi starp speciālistu un klientu – simpātijas, apātija un empātija.<sup>122</sup>

Simpātijas gadījumos veidojas pārāk ciešs kontakts, personīga ieinteresētība un mīlestība, nespēja novilkt robežu starp darbu un atpūtu. Veidojas izjūta, ka visu spēju un vienīgais esmu atbildīgs. Bieži novārtā paliek personīgā dzīve un savas problēmas. Tas draud ar izdegšanas sindromu. Šāds attiecību veidošanas modelis var būt raksturīgs, ja klientā saskata līdzību sev, vai arī kāda klienta īpašība, dzīves epizode ir ļoti uzrunājoša un šķiet nozīmīga. Šis attiecību modelis var izraisīt līdzatkarīgas attiecības, un speciālists tiek iesaistīts drāmas trīsstūrī. Šādā situācijā ir svarīgi saprast, kas izraisa pārlietu lielas simpātijas, vēlmi atrisināt visu cita vietā, nevēlēšanos saskatīt otrā cilvēkā gan problēmas, gan resursus.

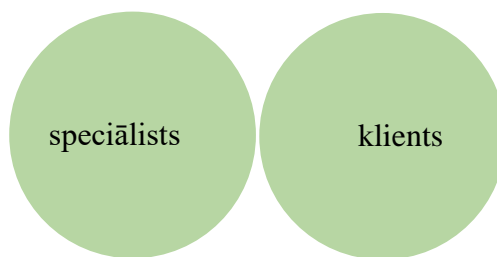


Apātija – veidojas distancētas attiecības starp klientu un speciālistu, līdz ar to klientam var rasties iespaids, ka profesionālim ir vienalga, un viņam var būt grūtības uzticēties un runāt atklāti. Šādu attieksmi var izraisīt dusmas un cinisms vai arī pilnīga vienaldzība par notiekošo. Šāds attiecību veidošanas modelis var būt saistīts ar sociālā darbinieka personīgo pieredzi – ir izteikta vēlēšanās distancēties no tās, vai noliegt tās nozīmīgumu. Cieš klients, jo speciālists nav gatavs iedziļināties jautājumos, kas klientam ir ļoti svarīgi. Arī šādā situācijā ir svarīgi saprast, kas izraisa profesionāļa dusmas, cinismu vai vienaldzību.



Empātija ir vislabākais, visprofesionālākais veids, jo tiek saglabāta neitralitāte, tas nozīmē – objektivitāte un laba sadarbība, skaidri noteikta katra atbildība par darāmo, ir skaidras robežas.

<sup>122</sup> Landsmane, I., Jansone, A., Mozerte, K., Strazdiņa, S. (2013). *Vadlīnijas valsts un pašvaldību iestāžu speciālistiem darbam ar bērniem ar atkarības problēmām un uzvedības traucējumiem*. Rīga: Latvijas pašvaldību mācību centrs.



Precīza empātiska izpratne ir arī trešais svarīgākais nosacījums konsultēšanas attiecībām. Viens no galvenajiem speciālista uzdevumiem ir iejūtīgi un precīzi izprast klienta pieredzi un jūtas konkrētajā brīdī, kad tās tiek paustas. Empātija nav simpātijas pret klientu, tā ir dziļa un subjektīva viņa izpratne. K. Rodžerss apgalvoja, ka tikai tad, kad speciālists spēj izprast klienta privāto pasauli (kā viņš to redz un jūt), nesaplūstot ar klientu, var notikt konstruktīvas pārmaiņas. Precīza empātiska izpratne nozīmē, ka speciālists jūt tā, it kā viņš pats būtu klients, vienlaikus nepazaudējot savas personīgās izjūtas; daļa no empātiskās izpratnes ir speciālista spēja reflektēt klienta izjūtas. Tādas empātijas rezultātā klients labāk izprot sevi. Dziļa empātija ietver sevī ko vairāk nekā tikai intelektuālo izpratni par to, ko klients saka.<sup>123</sup>

Šāds piemērs varētu parādīt atšķirības starp pareizu un daļēju vai pat neesošu empātiju.

Piemērs.

*“Kopš es sāku mācīties ģimnāzijā, es jau tad priecājos par tās pabeigšanu un priecājos par darbu, bet tagad izskatās, ka es nekādu darbu neatradīšu.*

*Tā taču ir, ka pastāv liels bezdarba līmenis. Es taču nekad nesameklēšu darbavietu!”*

Maz izteiktas empātiskas reakcijas:

*“Protams, ka nav viegli atrast darbu.”*

*“Es zinu, kā jūs jūtaties.”*

*“Darbs pusslodzē varbūt varētu ienest pietiekamus ienākumus, lai apmierinātu jūsu vajadzības.”*

Izteiktas empātiskas reakcijas:

*“Jūs patiešām esat vīlies, ka uzreiz pēc ģimnāzijas beigšanas nevarat atrast darbu.”*

*“Jūs domājat, ka lielā bezdarba līmeņa dēļ nekad neatradīsiet darbavietu, un tas ir ļoti nepatīkami.”<sup>124</sup>*

<sup>123</sup> Bite, I., Mārtinsons, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.

<sup>124</sup> Ertelts, B. J., Šulcs, V. (2008). *Karjeras konsultēšanas kompetences*. Rīga: VIAA.

Empātijas, kongruences un beznosacījumu pieņemšanas apstākļos klients kļūst spējīgs uz pašatklāsmi, atbrīvojas no psiholoģiskajām aizsardzībām, pēta savu pārdzīvojumu pasauli, kļūst spējīgs pieņemt sevi bez nosacījumiem un ir atvērts personības izaugsmei un attīstībai.<sup>125</sup>

Speciālista personības iezīmes, kā arī konkrētās zināšanas un prasmes, piemēram, klausīšanās, fokusēšana, jūtu reflektēšana ir sekundāras attiecībā pret paša klātbūtnes kvalitāti un godīgumu attiecībās ar klientu.

## 10.4. Uz personu centrētas pieejas konsultēšanas process

K. Rodžersa UPCP ir ne tikai konsultēšanas sistēma, bet arī garīgā nostāja, kas nozīmē, ka konsultēšanā valda attiecības starp diviem vienlīdzīgiem partneriem. Abu vienlīdzība ir nepieciešams un pietiekams nosacījums klienta domāšanas un nostājas izmaiņām un pozitīvai attīstībai.<sup>126</sup> Konsultanta uzdevums ir palīdzēt klientam atrast savu problēmas risinājumu – klients ir eksperts, bet konsultants – klienta pieredzes atspoguļošanas un atbalsta avots. UPCP tiek uzsvērta indivīda pieredzes emocionālā puse, analizējot viņa attieksmi, pozīciju pret notiekošo un rosinot meklēt alternatīvus risinājumus savas dzīves situācijai. Cilvēki ir jāpieņem neatkarīgi no problēmām, kurās viņš ir iesaistīts. Ja šos pieņēmumus speciālistam ir grūti realizēt, tad tas ietekmēs profesionālās attiecības ar klientu un kopīgo sociālā darba procesu.<sup>127</sup> K. Rodžers ticēja, ka konsultēšanas mērķis nav tikai problēmu atrisināšana. Tās mērķis ir palīdzēt klientam attīstīties tā, lai tiktu pārvarētas gan esošās, gan potenciālās nākotnes problēmas. UPCP konsultēšanas gaitā ir jārada uzticīga, silta, empātiska atmosfēra. Lai sasniegtu kādas personas domāšanas izmaiņšanos, K. Rodžers uzskata par nepieciešamiem šādus sešus nosacījumus:

- 1) divas personas atrodas psiholoģiskā kontaktā;
- 2) klients sajūt nekongruenci, spriedzi;
- 3) konsultants attiecībās ir kongruents vai integrēts;
- 4) konsultants īsteno beznosacījumu pozitīvu atbalstu, izrāda cieņu un iejūtīgu akceptēšanu pret klientu;
- 5) konsultants sajūt empātisku sapratni attiecībā uz klienta iekšējiem pārdzīvojumiem un cenšas šo uztveri nodot klientam;
- 6) konsultants nodrošina beznosacījumu pozitīva atbalsta sniegšanu.<sup>128</sup>

<sup>125</sup> Ļevina, J., Mārtinsons, K. (2016). *Konsultēšana un konsultatīvā psiholoģija*. Rīga: RSU.

<sup>126</sup> Ertelts, B. J., Šulcs, V. (2008). *Karjeras konsultēšanas kompetences*. Rīga: VIAA.

<sup>127</sup> Apine, E., Roga, V. (2011). *Klienta identitātes transformācija sociālā darba procesā*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds.

<sup>128</sup> Ertelts, B. J., Šulcs, V. (2008). *Karjeras konsultēšanas kompetences*. Rīga: VIAA.

Dažādi pētījumi ir parādījuši attiecību nozīmi konsultēšanā. Lamberts un Bergins ir pētījuši vairākas konsultēšanas dimensijas un snieguši šādus secinājumus: “Starppersonālie un sociāli ietekmējošie faktori, kuri ir kopīgi visām terapijām, vēl joprojām ir būtiskākie pacientu izveseļošanās atbalstītāji. Nepārsteidz tas, ka palīdzības sniegšana cilvēkiem ar depresiju, trūkumiem, baiļu stāvokļiem un iekšējiem konfliktiem, tāpat kā palīdzības sniegšana nopietnu attiecību izveidošanai un dzīves jēgas piešķiršanai, ir daudz vieglāk veicama ar tādām terapeitiskām attiecībām, kurās valda uzticība, siltums, akcepts un cilvēciskā gudrība.”

Sadarbībā ar personu galvenais akcents tiek likts uz pozitīvas “Es” koncepcijas veidošanu, kas ir personības izaugsmes pamatā. Personības izaugsme saistās ar šādiem priekšstatiem:

- 1) cilvēki ir brīvi darbojošies subjekti, kas paši spēj noteikt savu personības veidošanos un attīstību;
- 2) cilvēki ir domājošas būtnes un aktīvi plāno savu attīstību;
- 3) neeksistē nekāds “vidējais” cilvēka tips, katra personība ir unikāla;
- 4) personībā jāattīstās tādām pozitīvām īpašībām kā labestība un pilnveidošanās;
- 5) cilvēkiem ir savi motīvi, attīstības stimuli, kas virza viņu neatkarījamās iekšējās pasaules pilnīgu realizāciju.

Sākotnēji šķiet, ka šī pieeja ne sevišķi der darbā ar indivīdiem, kuriem ir psihiskie, uzvedības vai nervu sistēmas attīstības traucējumi, jo par kādu patstāvību te varētu būt runa. Tomēr, ja ņemam vērā to, ka personības izaugsmes psiholoģiskā būtība ir sevis un sava dzīves ceļa iegūšana, pašaktualizācija un savu personības atribūtu attīstīšana, tad speciālists var sekmēt klientu personības izaugsmi, nostiprinot viņos ticību sev, veidojot spēju uzņemties atbildību un balstīties uz sevi, ka arī apzināt klientu potenciālu.<sup>129</sup>

UPCP ideju dažkārt formulē šādi – sociālais darbinieks ir sociālā darba procesa un metožu eksperts, un klients ir savas dzīves pieredzes eksperts. Praksē tas nozīmē, ka sociālais darbinieks jautā klientam:

- 1) ko klients vēlas, kam jāmainās viņa dzīvē? Pēc tam sociālais darbinieks pieņem paša klienta problēmas definīciju;
- 2) kas būs atšķirīgs klienta dzīvē, ja problēma atrisināsies? Sociālais darbinieks pieņem un ievēro paša klienta mērķus, kurus klients vēlas sasniegt savā dzīvē, un veidu, kā klients formulē šos mērķus (paša klienta vārdi);
- 3) sociālais darbinieks aicina klientu pastāstīt par gadījumiem, kad ir izdevies tikt galā ar problēmām. Sociālais darbinieks uzskata šos mirkļus par klienta iekšējiem resursiem

---

<sup>129</sup> Tereško, A., Kondrova, A., Želve, I. (2013). *Metodiskais materiāls pedagogiem izglītojamo ar garīgās attīstības traucējumiem sociālo prasmju, uzvedības un mācību sasniegumu izvērtēšanai*. Rīga: VISC.

(stiprajām pusēm) un par informācijas avotiem par personai pieejamiem ārējiem resursiem (atbalstu no citiem).

Ideja par to, ka klients ir savas dzīves eksperts, kļuvusi tik populāra, ka daži praktiķi un teorētiķi ierosinājuši aizstāt klasiskos terminus “klienti” vai “pakalpojumu lietotāji” ar terminu “eksperti pēc pieredzes”. Šis jēdziens tiek uzskats par pagrieziena punktu sociālā darba praksē.

Mūsdienās UPCP ir integrējies vispārīgajā sociālā darba praksē un praktiski visos sociālajos pakalpojumos. Īpaši svarīgi darbā ar cilvēkiem ar garīgā rakstura traucējumiem, cilvēkiem, kuriem sadarbībā ar speciālistu pakāpeniski, ir mācīties, ko nozīmē pašnoteikšanās, paša tiesības un atbildība, kā arī rīkošanās savā labā.

Jau 2006. gadā Pasaules Veselības organizācijas pārskata ziņojumā *The World Health Report 2006 – Working Together for Health* tika skaidrota uz pacientu orientētas pieejas nepieciešamība ikdienas klīniskajā praksē. Iespēja saņemt atbilstošu un vienlīdzīgu, uz pacientu centrētu veselības aprūpi kā veiksmīgi funkcionējošas veselības aprūpes sistēmas komponentu ir iekļauta arī vēlākajos Pasaules Veselības organizācijas dokumentos.<sup>130</sup> Savukārt Latvijā pacienta tiesības saņemt informāciju par savas veselības aprūpi un tikt iesaistītam lēmumu pieņemšanā par savas veselības aprūpi, balstoties uz informēto piekrišanu, kā arī uz informāciju balstītu izvēli, konfidencialitātes jautājumi, kā arī citi būtiski pacientu tiesību jautājumi ir regulēti Pacientu tiesību likumā, kas tika pieņemts 2009. gadā.<sup>131</sup>

Tomēr jāatzīst, ka ikdienas klīniskajā praksē ārstniecības iestādē tā nereti vēl ir vērtējama kā vīzija, jo tās pilnīgu īstenošanu/ieviešanu var kavēt, piemēram, finansiālie ierobežojumi. Ja attiecības starp ārstu/veselības aprūpes speciālistu veido, ievērojot pacienta autonomiju, pašnoteikšanos, lemtspēju, aktīvu līdzdalību, spējinašanu, tad šāda – uz pacientu centrēta pieeja var dot labus rezultātus. Šādas pieejas efektivitāti apstiprina arī pētījumu rezultāti, parādot, ka tā ietekmē pacientu līdzestību un apmierinātību ar ārstēšanas procesu un rezultātu. Lai īstenotu minēto sadarbības modeli, gan ārstam, gan jebkuram citam veselības aprūpes speciālistam līdztekus noteiktām profesionālām zināšanām un prasmēm jāattīsta gan izglītojošā, gan psiholoģiskā kompetence. Tas ļaus novērtēt iespējamus pacienta psihosociālos riskus un sniegt viņam nepieciešamo atbalstu.<sup>132</sup>

UPCP tiek uzsvērta indivīda pieredzes emocionālā puse, analizējot viņa attieksmi, pozīciju pret notiekošo un rosinot meklēt alternatīvus risinājumus savas dzīves situācijai. Cilvēks ir jāpieņem neatkarīgi no problēmām, kurās viņš ir iesaistīts. Ja šos pieņēmumus

---

<sup>130</sup> Čukurs, E., Deklava, L., Upmale-Puķīte, A. (2019). *Veselības psiholoģija. Teorijas un prakses starpdisciplinārā perspektīva*. Rīga: RSU.

<sup>131</sup> *Pacientu tiesību likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 30.12.2009.

<sup>132</sup> Čukurs, E., Deklava, L., Upmale-Puķīte, A. (2019). *Veselības psiholoģija. Teorijas un prakses starpdisciplinārā perspektīva*. Rīga: RSU.

speciālistam ir grūti realizēt, tad tas ietekmēs profesionālās attiecības ar klientu un kopīgo darba procesu.<sup>133</sup>

---

<sup>133</sup> Apine, E., Roga, V. (2011). *Klienta identitātes transformācija sociālā darba procesā*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds.

## Izmantotās literatūras un avotu saraksts

1. Ancāne, G., Ancāns, A., ... Remese, I. (2014). *Ieteikumi izglītības iestāžu psihologiem un pedagogiem darbam ar skolēniem, kuriem ir uzvedības un emocionālie traucējumi skolas vidē*. Rīga: SPKC. Pieejams:  
[http://psihosomatika.lv/public/files/Buklets\\_Psihologiem\\_skolotajiem\\_uzved\\_trauc\(1\).pdf](http://psihosomatika.lv/public/files/Buklets_Psihologiem_skolotajiem_uzved_trauc(1).pdf)
2. Apine, E. (2007). *Supervīzija sociālajā darbā. Supervizora rokasgrāmata*. Rīga: SIA "N.I.M.S."
3. Apine, E., Roga, V. (2011). *Klienta identitātes transformācija sociālā darba procesā*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds.
4. *Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām īstenošanas pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*. Plānošanas dokuments. Pieejams:  
<http://polsis.mk.gov.lv/documents/3196>
5. *Apziņa*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/apzina\\_pme](https://medicine.lv/raksti/apzina_pme)
6. *Apziņas traucējumi*. (2012). Pieejams:  
[https://medicine.lv/raksti/apzinas\\_traucejumi\\_pme](https://medicine.lv/raksti/apzinas_traucejumi_pme)
7. *Atmiņa*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/atmina\\_pme](https://medicine.lv/raksti/atmina_pme)
8. *Ārstniecības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 01.07.1997.
9. Bērnu klīniskā universitātes slimnīca. (2021). *Sociālā aprūpe – atelpas brīdis*. Pieejams:  
<https://www.bkus.lv/lv/content/sociala-aprupe-atelpas-bridis>
10. Bērziņa, L., George, Dž., ... Skirmante, S. (2013). *Sabiedrībā balstītās garīgās veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu pieejamība un izmaksas salīdzinājumā ar institucionālo aprūpi Latvijā*. 76.-81. Pieejams: <https://ej.uz/vom3>
11. Bite, I., Mārtinsone, K., Sudraba, V. (2016). *Konsultēšanas un psihoterapijas teorija un prakse*. Rīga: Zvaigzne ABC.
12. Boeree, C. G. (2006). *Carl Rodgers*. Pieejams:  
<https://webpace.ship.edu/cgboer/rogers.html>
13. Bojers, Dž., Mērfijs, A., Bortini, P., Garsija, R. G. (2000). *Organizācijas vadība*. Eiropas Padome un Eiropas Komisija.
14. *Brīnummāja*. Pieejams: [www.brinummaja.lv](http://www.brinummaja.lv)

15. Caune, M., Rancāns, E., Andrēziņa, R. (2009). *Sociālpsihiatrija*. Mācību materiāls ambulatorās aprūpes psihiatriem un narkologiem, stacionārās aprūpes ārstiem. Pieejams: <http://arhivs.talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/file/MPIC%2022.pdf>
16. Cerību spārni. (2019). *Biedrības „Cerību spārni” sistēmisks sociālo pakalpojumu piedāvājums, kvalitatīvu sociālo pakalpojumu pēctecības nodrošināšanai cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem un citām sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām Siguldas novadā*. Pieejams: <http://www.ceribusparni.lv/wp-content/uploads/2020/02/Biedr%C4%ABbas-strat%C4%93%C4%A3ija.pdf>
17. Čukurs, E., Deklava, L.; Upmale-Puķīte, A. (2019). *Veselības psiholoģija. Teorijas un prakses starpdisciplinārā perspektīva*. Rīga: RSU..
18. *Domāšana*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/domasana\\_pme](https://medicine.lv/raksti/domasana_pme)
19. Eglītis, I. (1989). *Psihiatrija*. Rīga: Zvaigzne.
20. Ertelts, B. J., Šulcs, V. (2008). *Karjeras konsultēšanas kompetences*. Rīga: VIAA.
21. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. 27. Pieejams: <http://enil.eu/wp-content/uploads/2016/09/Guidelines-01-16-2013-printer.pdf>
22. European Network of Independent Living. (2017). *European Network of Independent Livings key definitions on Independent Living*. Pieejams: <https://enil.eu/policy/>
23. Gilliland, B. E., James, R. K. (2008). *Crisis Intervention strategies* (7th ed.). Brooks/Cole, Cengage Learning.
24. Goldenberg, H. (1983). *Contemporary clinical psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Pieejams: [https://www.academia.edu/4947722/Contemporary\\_Clinical\\_Psychology](https://www.academia.edu/4947722/Contemporary_Clinical_Psychology)
25. Ivaščenko, T., Bērziņa, N., Lapčinska, V. (2014, maijs). Kā ārstam strādāt ar pacientu emocionālajā krīzē. *Latvijas ārsti*, Nr.5, 48.
26. *Kas ir garīgā rakstura traucējumi?* LR Labklājības ministrija: 2021. Pieejams: <https://cilveksnevisdiagnoze.lv/kas-ir-gariga-rakstura-traucejumi/>
27. Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām. Starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis: 17.02.2010.



28. Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām Fakultatīvais protokols. Starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis: 22.06.2010.
29. Labklājības ministrija. (2010). *Latvija ratificējusi ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām*. Pieejams: <https://lvportals.lv/skaidrojumi/206495-latvija-ratificējusi-ano-konvenciju-par-personu-ar-invaliditati-tiesibam-2010>
30. Landsmane, I., Jansone, A., Mozerte, K., Strazdiņa, S. (2013). *Vadlīnijas valsts un pašvaldību iestāžu speciālistiem darbam ar bērniem ar atkarības problēmām un uzvedības traucējumiem*. Rīga: Latvijas pašvaldību mācību centrs.
31. Latvijas Ārstu ētikas kodekss. Latvijas Ārstu biedrība. (1998). Pieejams: <https://www.arstubiedriba.lv/assets/dokumenti/etikaskodekss.pdf>
32. Lībiete, I. (2014). *Psihiatrijas attīstība Latvijā no 1918. līdz 1940. gadam*. (Promocijas darba kopsavilkums medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai.) Pieejams: [https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/I%20Libiete\\_kopsav\\_LV.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/I%20Libiete_kopsav_LV.pdf)
33. Ūlevina, J., Mārtinsons, K. (2016). *Konsultēšana un konsultatīvā psiholoģija*. Rīga: RSU.
34. Ministru kabinets. (2019). Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.-2020. gadam. 19.06.2019. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/307701-psihiskas-veselibas-aprupes-pieejamibas-uzlabosanas-plans-2019-2020-gadam>
35. Morrissey, J., Callaghan, P. (2011). *Communication skills in mental health nurses*. McGraw-Hill. Pieejams: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/656/1/Communication%20skills%20for%20mental%20health%20nurses%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>
36. Omarova, S. (2003). *Cilvēks runā ar cilvēku*. Rīga: Kamene.
37. *Pacientu tiesību likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 30.12.2009.
38. Palčeja, E. (2017). *Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4111/download>
39. *Par Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 17.02.2010.
40. *Par sociālajiem dzīvokļiem un sociālajām dzīvojamām mājām*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 02.07.1997.

41. *Pareiza mērķa izvirzīšana – jau puse padarīta darba*. Pieejams:  
<https://www.seb.lv/info/biznesa-uzsacejiem/pareiza-merku-izvirzisanajau-puse-padaritadarba>
42. Pētersone, I., Ivaščenko T. Izdegšanas sindroms. *Medicus bonus*. Pieejams:  
[http://psihosomatika.lv/public/files/MedicusBonus\\_04\\_02.pdf](http://psihosomatika.lv/public/files/MedicusBonus_04_02.pdf)
43. Pīrāgs, V., Andrēziņa, R., Vīksna, L. ... Stoligvo, L. (2013). *Praktizējoša ārsta rokasgrāmata. Rekomendācijas psihiatrisko pacientu aprūpē*. Pieejams: [https://white-medicine.com/files/books/PSIHO\\_block\\_PRINT.pdf](https://white-medicine.com/files/books/PSIHO_block_PRINT.pdf)
44. Pļavniece M, Šuškovnika D. (2002). *Sociālā psiholoģija pedagogiem*. Rīga: RaKa.
45. Profesiju klasifikators. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/klasifikacija/profesiju-klasifikators/profesiju-klasifikators-aktualizets-2021gada-22februari>
46. *Psihiatriskās palīdzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 10.10.2002.
47. *Psihiskās veselības un psihosociālie ieteikumi COVID-19 uzliesmojuma laikā*. (2020). Pieejams: [https://www.lm.gov.lv/lv/informacija-par-covid-19/vadlinijas\\_soc\\_darbam\\_ar\\_gim\\_ar\\_berniem\\_v21.pdf](https://www.lm.gov.lv/lv/informacija-par-covid-19/vadlinijas_soc_darbam_ar_gim_ar_berniem_v21.pdf)
48. Rancāns, E. *Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe*. Pieejams:  
[https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/21.depr\\_1\\_alg\\_pieaugusiem1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/21.depr_1_alg_pieaugusiem1.pdf)
49. Reņģe, V. (2002). *Sociālā psiholoģija*. Rīga: Zvaigzne ABC.
50. Rīgas domes labklājības departaments. *Sociālās aprūpes pakalpojumi dzīvesvietā*. Pieejams: <https://ld.riga.lv/lv/socialie-pakalpojumi-49/aprupe-majas-drosibas-poga.html>
51. Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable. Pieejams:  
[https://www.academia.edu/20184763/Rogers\\_Carl\\_1961\\_On\\_Becoming\\_a\\_Person](https://www.academia.edu/20184763/Rogers_Carl_1961_On_Becoming_a_Person)
52. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/psihiska-veseliba-0>
53. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2019). *Obsesīvi kompulsīvi traucējumi*. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_119](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_119)
54. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2019). *Posttraumatiskais stresa sindroms*. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_119](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_119)

55. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2019). *Somatoforma veģetatīva disfunkcija*. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_119](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_119)
56. Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija. (2015). *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. Pieejams: [https://nenoversies.lv/#lejuplade\\_e-gramatas&psihiskas\\_saslimšanas\\_to\\_pazimes\\_diagnostika\\_un\\_arstesanas\\_metodes\\_rea](https://nenoversies.lv/#lejuplade_e-gramatas&psihiskas_saslimšanas_to_pazimes_diagnostika_un_arstesanas_metodes_rea)
57. Smukā, I. (2011). *Pedagoģiskā mijiedarbība un skolēnu fiziskā aktivitāte*. Promocijas darbs. Latvijas Sporta pedagoģijas akadēmija. 32.
58. *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 19.11.2002.
59. *Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija*. Slimību profilakses un kontroles centrs: 2019. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_5](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_5)
60. Šķestere, I., Leimane-Veldmeijere, I. ... Mazapša, A. (2019). *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem*.
61. Tereško, A., Kondrova, A., Želve, I. (2013). *Metodiskais materiāls pedagogiem izglītojamo ar garīgās attīstības traucējumiem sociālo prasmju, uzvedības un mācību sasniegumu izvērtēšanai*. Rīga: VISCS.
62. Tērauds, E. *Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana*. klīniskais algoritms. Pieejams: [https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/16.sch\\_alg\\_1\\_akutu\\_psihotisku\\_traucejumu\\_vad1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/16.sch_alg_1_akutu_psihotisku_traucejumu_vad1.pdf)
63. Turner, F. (2017). *Social work treatment*. 6th ed. NY: Oxford University Press.
64. *Uztvere*. (2012). Pieejams: [https://medicine.lv/raksti/uztvere\\_pme](https://medicine.lv/raksti/uztvere_pme)
65. Vaine, I. (2019). *Veselības aprūpes un sociālajā jomā iesaistītā personāla un pacienta komunikācijas prasmju pilnveidošana*. Metodiskais materiāls. Pieejams: [https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/65\\_Komunikacija\\_21.10.2019.pdf](https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/65_Komunikacija_21.10.2019.pdf)
66. VBTAI. (2015). *Krīzes gadījumu vadība izglītības iestādēs*. Metodiskais materiāls.
67. Veselības ministrija, Slimību profilakses un kontroles centrs. (2015). *Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām*. Pieejams:

[https://www.nenoversies.lv/n15/pub/padomi\\_saskarsme\\_komunikacija\\_un\\_sadzive\\_ar\\_cilvekiem\\_ar\\_dazadam\\_psihiskam\\_saslimsanam.php](https://www.nenoversies.lv/n15/pub/padomi_saskarsme_komunikacija_un_sadzive_ar_cilvekiem_ar_dazadam_psihiskam_saslimsanam.php)

68. Veselības ministrija, Slimību profilakses un kontroles centrs. *Kā sevi pasargāt no psihiskas saslimšanas?* Pieejams:

[https://nenoversies.lv/docs/Ka\\_sevi\\_pasargat\\_no\\_psihiskas\\_saslimsanas.pdf](https://nenoversies.lv/docs/Ka_sevi_pasargat_no_psihiskas_saslimsanas.pdf)

69. Wynne, R., De Broeck, V. ... McDaid, D. (2017). *Garīgās veselības veicināšana darba vietā*. Luksemburga: Eiropas Savienības Publikāciju birojs.

70. Wright, P., Stern, J., Phelan, M. (2012). *Core Psychiatry (Third Edition). A brief history of psychiatry*. Elsevier.

71. Zārde, I. *Vai ir iespējams sevi pasargāt no psihiskām saslimšanām?* Informatīvais materiāls. Pieejams:

[https://www.nenoversies.lv/docs/Ka\\_sevi\\_pasargat\\_no\\_psihiskas\\_saslimsanas.pdf](https://www.nenoversies.lv/docs/Ka_sevi_pasargat_no_psihiskas_saslimsanas.pdf)

72. Žukovska, I. (2020). *Krīzes intervence jeb krīzes konsultēšana*. Mācību materiāli.

73. Роджерс, К. (1994). *Взгляд на психотерапию. Становление человека*. Москва: Прогресс. Pieejams: [https://royallib.com/book/rogers\\_karl/o\\_stanovlenii\\_lichnostyu.html](https://royallib.com/book/rogers_karl/o_stanovlenii_lichnostyu.html)

74. Ромек, В. Г., Конторович, В. А. Крукович, Е. И. (2005). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Спб.: Речь.