



Veselības ministrija



Nacionālais veselības  
dienests



NACIONĀLAIS PSIHISKĀS  
VESELĪBAS CENTRS

## **Metodiskie ieteikumi**

# **Par medicīniskajiem kritērijiem, atbalstu un pielāgojumiem personām MRPL pirmstiesas un tiesas procesā**

**2025**

## Metodisko ieteikumu izstrāde par medicīniskajiem kritērijiem, atbalstu un pielāgojumiem personām MRPL pirmstiesas un tiesas procesā, 2025

### Metodisko ieteikumu autoru kolektīvs:

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Metodiskās vadības institūcija psihiatrijas jomā: Jeļena Vrubļevska,  
Linda Šeldere, Zane Egle, Deniss Ovčarenko

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Psihiatriskās palīdzības dienesta stacionāra virsārste Beāte Šternberga,  
tiesu eksperti Raitis Eglītis, Jānis Bušs un Aleksandra Koņevņina

VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža””

valdes loceklis Artūrs Blekte

### Metodiskie ieteikumi saskaņots ar:

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Iveta Ķiece, Beāte Šternberga

VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža””

Artūrs Blekte

VSIA “Piejūras slimnīca”

Evija Siliņa

VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”

Sarmīte Ķikuste, Reinis Joksts

VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”

Maija Aneveriņa, Inga Bauska

Latvijas Psihiatru asociācija

Māris Taube, Elmārs Tērauds



ĢINTERMUIŽA



*\*Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta!*

## SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads .....	4
1. Vēsture .....	5
2. Mūsdienu pasaules prakse.....	8
2.1. Psihometrikā (statistikā) balstītu metožu pielietošana .....	10
3. MRPL konsīliju izvērtējums par 2024.gadu .....	13
3.1. Pacientu demogrāfiskais raksturojums, sociālekonomiskā un ģimenes situācija .....	14
3.2. Krimināltiesiskais raksturojums.....	18
3.3. Psihiatriskā diagnostika (t.sk. narkoloģiskā), personības iezīmes un medicīniskais stāvoklis.....	21
3.4. Klīniskā dinamika, simptomātika un kritika .....	23
3.5. Ārstēšanas efektivitāte un prognoze.....	29
3.6. Pacienta procesuālā spēja.....	31
4. Psihiskais stāvoklis un dalība procesuālajās darbībās .....	32
4.1. Psihoze .....	35
4.2. Demence.....	36
4.3. Intelektuālās attīstības traucējumi .....	38
4.4. Aptumšotas apziņas stāvoklis.....	39
4.5. Garastāvokļa traucējumi.....	43
5. Klīniskās intervijas rekomendācijas .....	44
6. Rekomendācijas par ārsta speciālista vai ārstu konsīlija atzinuma saturu.....	47
7. Nepilngadība un piedalīšanās procesuālajās darbībās .....	52
8. Dalības procesuālajās darbībās atjaunošana .....	53
9. Secinājumi un rekomendācijas .....	56
Izmantoto avotu un literatūras saraksts.....	58

## Ievads

---

Personu ar psihiskiem traucējumiem tiesības uz taisnīgu tiesu un līdzdalību tiesas procesā ir viens no būtiskākajiem cilvēktiesību aspektiem, kas izriet no Latvijas Republikas Satversmes<sup>1</sup> 92.panta un starptautiskiem cilvēktiesību dokumentiem, tostarp ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām<sup>2</sup> (turpmāk – **ANO Konvencija**).

Tomēr praksē cilvēki ar garīga rakstura traucējumiem joprojām bieži saskaras ar ierobežojumiem savu tiesību īstenošanā. Kā norāda Tiesībsarga biroja pārstāve Inga Zonenberga, sabiedrībā vēl joprojām pastāv stereotipi un aizspriedumi pret cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem, savukārt tiesību piemērotājiem nereti trūkst izpratnes par jaunākajiem cilvēktiesību standartiem un nepieciešamajiem atbalsta mehānismiem šo cilvēku tiesību nodrošināšanai; rezultātā cilvēkiem ar invaliditāti bieži tiek liegta iespēja pilnvērtīgi piedalīties tiesas procesā, tostarp lietās par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu (turpmāk – **MRPL**) noteikšanu vai grozīšanu.<sup>3</sup> Turklāt atsevišķas tiesvedības prakses Latvijā rāda, ka cilvēka ar invaliditāti uzklauššana var būtiski mainīt lietas iznākumu – nodrošinot tiesas ēdē personas dalību, tiek ne tikai ievērotas cilvēktiesības, bet arī nodrošināta taisnīguma īstenošana praksē.<sup>4</sup>

Tiesībsarga 2024.gada ziņojumā par MRPL piemērošanas praksi Latvijā konstatēts, ka tiesas nereti formāli interpretē tiesu psihiatriskās ekspertīzes atzinumus, tādējādi liedzot personai piedalīties tiesas sēdē pat tad, ja nav objektīvu pierādījumu, ka šāda dalība apdraudētu veselību vai tiesas procesa norisi.<sup>5</sup> Šāda pieeja rada būtisku risku personas tiesībām uz taisnīgu tiesu un neatbilst ANO Konvencijas 13.pantā un Eiropas Cilvēktiesību tiesas judikatūrā nostiprinātajiem principiem par efektīvu pieeju tiesai.

Papildu problēma ir vienotas medicīniskās pieejas trūkums tiesu psihiatriskajā praksē - pašreiz nav skaidri noteikti medicīniskie kritēriji, pēc kuriem būtu iespējams

---

<sup>1</sup> *Latvijas Republikas Satversme*: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis Nr.43, 01.07.1993.

<sup>2</sup> *Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām*: starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis Nr.27, 17.02.2010.

<sup>3</sup> Zonenberga I. *Cilvēka pamattiesību nodrošināšana var būtiski mainīt lietas iznākumu*. Jurista Vārds, 15.03.2022., Nr. 11 (1225), 22.-25.lpp.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> Tiesībsargs: Cilvēktiesību ievērošana Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu noteikšanā. Rīga: 2024.

objektīvi izvērtēt un nošķirt gadījumus, kad persona psihiskās veselības stāvokļa dēļ nevar piedalīties tiesas sēdē, un kad šī šāda dalība būtu iespējama ar atbilstošiem pielāgojumiem (piemēram, īsākām tiesas sēdēm, biežākām pauzēm vai attālinātu līdzdalību).

Minētās atziņas apstiprina nepieciešamību veidot vienotu, cilvēktiesībās balstītu pieeju, kas nodrošina līdzsvaru starp sabiedrības drošības interesēm un personas cieņu, autonomiju un procesuālajām garantijām. Ņemot vērā minēto, šī metodiskā materiāla mērķis ir **izstrādāt vienotus metodiskos ieteikumus attiecībā uz medicīniskajiem kritērijiem, atbalstu un pielāgojumiem personām MRPL piemērošanas, grozīšanas vai atcelšanas procesos**, lai šis metodiskais materiāls varētu kalpot kā praktisks instruments, lai veicinātu vienotu un cilvēka cieņai atbilstošu pieeju MRPL piemērošanai.

## 1. Vēsture

---

Jebkurai mūsdienu cilvēku uzvedībai sociālās situācijās ir izsekojama vēsturiska evolūcija, tāpat arī cilvēku ar psihiskiem traucējumiem piedalīšanās juridiskos procesos ir ar savu pagātņi. Jāsaka, ka agrāk cilvēce ir bijusi daudz pielaidīgāka šajos jautājumos un ne jau tāpēc, ka bijusi tolerantāka, bet tāpēc, ka zināšanu apjoms psihiatrijā bija ievērojami šaurāks. Mūsdienās ir grūti iedomāties, ka tiesā piedalās cilvēks, kurš slimības iespaidā aktīvi stāsta par sarunāšanos ar eņģeļiem un to, ka Dievs viņam pavēlējis izraisīt savu nāvi, lai nāktu pasaules gals un Kristus otrreiz atgrieztos – bet agrāk, piemēram, Džeimsa Hadfilda (*James Hadfield*) gadījumā 1800. gadā,<sup>6</sup> tas bija iespējams.

Lai saprastu kā profesionāļi no Džeimsa Hadfilda dalības tiesas sēdē virzījušies uz šādu gadījumu ierobežošanu, šajā nodaļā tiks analizēta literatūra par cilvēku ar psihiskiem traucējumiem piedalīšanos tiesas procesā, kā arī nozīmīgākajām juridiskajām prāvām, kas mainījušas priekšstatu un kalpojušas par pamatu objektīvākai apsūdzēto psihiskā stāvokļa izvērtēšanai.

---

<sup>6</sup> Walker, N. (1968). *Crime and insanity in England: Volume 1 – The historical perspective*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Latviešu valodā nav vienota jēdziena, lai apzīmētu psihiskā stāvokļa izvērtējumu par rekomendēšanu vai nerekomendēšanu personai piedalīties tiesas procesā vai citās izmeklēšanas darbības – šajā materiālā tas tiks raksturots aprakstoši, kā arī lietots vispārīgs jēdziens – “dalība procesuālajās darbībās”. Savukārt zinātniskajās publikācijās, atkarībā no tā, kurā Atlantijas okeāna pusē dzīvo autors, pārsvarā tiek izmantoti trīs jēdzieni:

- *Fitness to plead* – kas pēc būtības nozīmē apsūdzētā spēju izteikt savu attieksmi par apsūdzībām, piemēram, vai viņš/-a atzīst savu vainu vai nē. Brauna ar kolēģiem (2018) to definē kā spēju stāties tiesas priekšā jeb apsūdzētā spēju efektīvi piedalīties tiesas procesā. Tas paredz, ka apsūdzētajam vai notiesātajam jāspēj saprast apsūdzības būtību, iespējamās tiesas procesa sekas, kā arī adekvāti komunicēt ar savu aizstāvi un tiesu. Šis jēdziens ir juridiskas, nevis medicīniskas dabas, taču tā novērtēšana lielā mērā balstās uz personas psihiskā stāvokļa un kognitīvās funkcionēšanas izvērtējumu.
- *Competence to stand trial* – kas, tieši tulkojot, nozīmētu apsūdzētā spēju/kompetenci stāties tiesas priekšā. Praktiski tas attiecas uz apsūdzētā pašreizējo spēju sadarboties ar savu aizstāvi, saprātīgu un racionālu izpratni par tiesas procesu un pret viņu celtajām apsūdzībām un tiesas lēmumu sekām.<sup>7</sup>
- Kā trešo sinonīmu bieži izmanto *Adjudicative competence* (latviešu valodā to varētu tulkot kā procesuālā kompetence), kas saturiski būtiski neatšķiras no iepriekšējiem diviem jēdzieniem.<sup>8</sup>

Iepriekšminētie jēdzieni tiek lietoti mūsdienās, taču kā tas minēts zinātniskajā literatūrā<sup>9</sup>, jau 17. gs. anglosakšu juridiskajā tradīcijā tika vērtēta nosacīta atbildība tiesas procesam, kad apsūdzētajiem bija jāpauž viedoklis par savu apsūdzību, taču bijuši gadījumi, kad apsūdzētie klusēja un šādos gadījumos zvērinātajiem bija jānoskaidro:

---

<sup>7</sup> Grisso, T., Otto, R., & Tucker, Y. (2004). *Toward a rational standard for competency-to-stand-trial evaluations*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32(3), 231-242

<sup>8</sup> Mossman, D., Noffsinger, S. G., Ash, P., Frierson, R. L., Gerbasi, J., Hackett, M., Lewis, C. F., Pinals, D. A., Scott, C. L., Sieg, K. G., Wall, B. W., & Zonana, H. V. (2007). *AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(4, Supplement), S3–S72.

<sup>9</sup> Slovenko R: *Psychiatry and Law*. New York: Little, Brown, 1974.

1) vai tas ir apzināti/ spīta / personības dēļ; 2) vai tas ir “Dieva pirksts”, proti, slimības vai traumas rezultāts. Ja klusēšana bija apzināta, tad cilvēku mēdza līdz nāvei saspiest ar akmeņiem vai svina plāksnēm, tomēr, ja nāve neiestājās – piespieda viņu runāt. Savukārt, ja zvērinātie secināja, ka apsūdzētais sirgst ar kādu slimību - viņam ļāva nerunāt (nepiedalīties) un pret viņu nepielietoja vardarbību.

Mūsdienām tuvāki un humānāki izvērtējumi par personas spēju piedalīties tiesas sēdē attīstījušies no gadījuma *R v Pritchard* (1836) – kā min Brauna (2019) – vīrietis, kurš bija kurlmēms kopš bērnības, tika apsūdzēts seksuālā uzbrukumā nepilngadīgai meitenei. Šī lieta ir nozīmīga ar to, ka tā vietā, lai apsūdzēto saspiestu ar akmeņiem, tiesnesis lūdza zvērinātajiem izvērtēt trīs sfēras:

- **pirmkārt**, vai apsūdzētais klusē ļaunprātīgi vai nē;
- **otrkārt**, vai viņš spēj sniegt savu attieksmi par apsūdzību;
- **treškārt**, vai viņam ir pietiekamas intelektuālās spējas, lai saprastu tiesas procesa gaitu tādā mērā, lai spētu pienācīgi aizstāvēties, zinātu, ka viņš var noraidīt jebkuru no zvērinātajiem un lai spētu izprast pierādījumu detaļas.

Pričards tika atzīts par nespējīgu piedalīties tiesā un tiesneša izstrādātie kritēriji ātri ieguva popularitāti un tika pielietoti citās prāvās, lai vērtētu apsūdzēto spēju piedalīties tiesas izmeklēšanā. Tos sāka dēvēt par Pričarda kritērijiem vai Pričarda testu.

Amerikas savienotajās valstīs jau krietni vēlāk – pagājušā gadsimta sešdesmitajos gados bija tiesas process, kas plašāk zināms kā *Dusky v. United States* (1960). *Harold Bruce Dusky* bija 33 gadus vecs vīrietis no Nebraskas, kurš 1958. gadā tika apsūdzēts par nolaupīšanu un seksuālu uzbrukumu 15 gadīgai meitenei. Vīrietim bijusi hroniskas norises paranoīdā šizofrēnija ar saraustītu domāšanu, taču eksperti viņu atzina par spējīgu piedalīties tiesā. Vīrieša advokāts pārsūdzēja šo lēmumu un lieta nonāca līdz ASV augstākajai tiesai, kas secināja, ka sava psihiskā stāvokļa dēļ Harolds Daskijs nebija spējīgs piedalīties tiesā. Šīs lietas iespaidā ASV tiesa noteica jaunu standartu, kā izvērtēt cilvēku spējas piedalīties tiesas sēdē, ko nodēvēja par Daskija kritērijiem.<sup>10</sup> Tie paredzēja, ka, lai apsūdzētais varētu piedalīties tiesā, viņam ir jāspēj:

---

<sup>10</sup> Felthous, A. R. (2011). *Competence to stand trial should require rational understanding*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 39(1), 19–30.

### 1. Racionāli konsultēties ar savu aizstāvi

→ Spēj sadarboties, sniegt loģisku informāciju, izprast stratēģiju;

### 2. Racionāli saprast tiesas procesu

→ Izprot tiesas dalībnieku lomas (tiesnesis, prokurors, aizstāvis, zvērinātie);

### 3. Faktiski saprast apsūdzības būtību un sekas

→ Zina, par ko apsūdzēts, un ko nozīmē iespējamais sods vai spriedums.

*Tiek uzsvērts, ka, atšķirībā no pieskaitāmības izvērtēšanas, kad tiek vērtēts personas psihiskais stāvoklis noziedzīga nodarījuma laikā, spēja piedalīties tiesas izmeklēšanā ir saistīta ar apsūdzētā psihisko stāvokli konkrētajā brīdī.<sup>11</sup>*

Apkopojot šo nelielo vēstures pārskatu, secināms, ka specifisku kriminālprocesu dēļ vēsturiski radusies nepieciešamība pēc kritērijiem, kuru pielietošana ļauj strukturēti izvērtēt personu spējas atbilstoši piedalīties tiesas procesā. Aplūkojot gan Pričarda, gan Daskija kritērijus ir vērojams, ka ļoti bieži tiek lietoti jēdzieni “saprast”, “izprast”, kas liecina par spējas piedalīties tiesas procesā būtisku atkarību no intelektuālo spēju attīstības un norises īpatnībām, kas bez šaubām ir saistītas arī ar personas psihisko stāvokli.

## 2. Mūsdienu pasaules prakse

Iepriekš sniegts īss pārskats par to, kāpēc un kā radusies nepieciešamība izvērtēt personas spēju piedalīties procesuālajās darbībās, taču pasaules praktiķu un zinātnieku idejas ir turpinājušas attīstīties arī pēc Daskija un Pričarda kritēriju izveidošanas, tāpēc šajā nodaļā tiks aplūkotas mūsdienu pieejas un metodes, kas rekomendē strukturētu personas psihiskā stāvokļa izvērtēšanu, lai secinātu par viņa/-as spēju piedalīties tiesā.

Amerikas savienotajās valstīs pēdējās desmitgadēs nozīmīgi pieaudzis psihiatrisko ekspertīžu skaits, kas izvērtē personas spēju piedalīties tiesas procesā.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Mossman, D., Noffsinger, S. G., Ash, P., Frierson, R. L., Gerbasi, J., Hackett, M., Lewis, C. F., Pinals, D. A., Scott, C. L., Sieg, K. G., Wall, B. W., & Zonana, H. V. (2007). *AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(4, Supplement), S3–S72.

<sup>12</sup> Mossman, D., Noffsinger, S. G., Ash, P., Frierson, R. L., Gerbasi, J., Hackett, M., Lewis, C. F., Pinals, D. A., Scott, C. L., Sieg, K. G., Wall, B. W., & Zonana, H. V. (2007). *AAPL Practice Guideline for the*

Pieaugošais pieprasījums radījis nepieciešamību dažādu metodisko materiālu izstrādē, tāpēc Amerikas Psihiatrijas un tiesību akadēmija (*American Academy of Psychiatry and the Law*) ir izstrādājusi vadlīnijas, kurās atspoguļojas ne tikai Pričarda un Daskija kritēriji, bet arī citi.<sup>13</sup> Šo vadlīniju pamatā ir vairāki Latvijā praktiski piemērojami nosacījumi:

- Tiesu psihiatriskā ekspertīze vai konsīlijs noris pēc veselības aprūpē pieņemtā psihiskā stāvokļa izvērtēšanas, tomēr papildus jāvērtē:
  - Spēja sadarboties ar aizstāvi (vai plašākā kontekstā – juridisko jautājumu izpratne);
  - Lēmumu pieņemšanas kompetence (spēja patstāvīgi piedalīties nozīmīgu lēmumu pieņemšanā, kas rodas tiesvedības gaitā).

Minēto sfēru izvērtēšana notiek, pārbaudot personas:

- 1) zināšanas par iesaistīto amatpersonu kompetencēm (piemēram, zināšanas par prokurora, advokāta un tiesneša kompetencēm);
- 2) izpratni par to, ka persona ir apsūdzēta noziedzīga nodarījuma izdarīšanā un stājas tiesas priekšā;
- 3) zināšanas par konkrētajām apsūdzībām, to nozīmi un iespējamajiem sodiem vainas atzīšanas vai notiesāšanas gadījumā;
- 4) zināšanas par konkrētajām darbībām, par kuru izdarīšanu persona tiek apsūdzēta no valsts (prokuratūra vai policija) puses – t. i., “ko policija saka, ka Jūs esat izdarījis”, kas kalpojis par pamatu apsūdzības izvirzīšanai;
- 5) spēja adekvāti uzvesties tiesas sēžu un tiesas procesa laikā;
- 6) spēja novērtēt pierādījumu ietekmi (piemēram, nelabvēlīgu liecinieku liecības), kas varētu tikt iesniegti tiesā;

---

*Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35(4, Supplement), S3–S72.

<sup>13</sup> Mossman, D., Noffsinger, S. G., Ash, P., Frierson, R. L., Gerbasi, J., Hackett, M., Lewis, C. F., Pinals, D. A., Scott, C. L., Sieg, K. G., Wall, B. W., & Zonana, H. V. (2007). *AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35(4, Supplement), S3–S72.

7) faktiskās zināšanas, piemēram, spēja atcerēties procesā jau veiktās darbības; iegūmēt jaunu informāciju u.c.

No minētā izriet, ka kopumā ASV praksē, lai apsūdzētajam/tiesājamajam rekomendētu piedalīties tiesā vai citā izmeklēšanas darbībā, viņam ir jāspēj konsultēties un pieņemt aizstāvja palīdzību, jāspēj kognitīvi izprast tiesas procesa gaitu nepieciešamības gadījumā, pieņemt patstāvīgus lēmumus un spēt regulēt savu uzvedību atbilstoši vispārpieņemtām uzvedības normām. Autori papildus norāda, ka:

*Psihisks traucējums, slimība un/vai garīgas attīstības traucējumu diagnozes pašas par sevi nav pietiekamas, lai kādu atzītu par nespējīgu piedalīties tiesas sēdē - ierobežojumu gadījumā nepieciešams izskaidrot, kā tieši tie ietekmē personas spēju piedalīties tiesā.*

Analizējot jaunākas publikācijas, būtiskas izmaiņas izvērtējumos ASV nav notikušas.<sup>14</sup> Anglijā un Velsā tiek izmantota līdzīga pieeja, kad tiek izvērtēta personas spēja izprast juridiskās norises, kā arī formālā kognitīvā attīstība un lēmumu pieņemšanas spēja, taču pēdējos gados vairāki autori ir kritizējuši šo pieeju, jo tās dēļ daudzi cilvēki nevar piedalīties tiesas sēdēs un tostarp, iespaidojoties no Eiropas cilvēktiesību tiesas lēmumiem, autori piedāvā veikt izmaiņas Anglijas un Velsas likumos, lai pēc iespējas vairāk cilvēku ar psihiskiem traucējumiem vai slimībām atbilstoši savām spējām varētu piedalīties tiesas procesā.<sup>15</sup> Šīs idejas sīkāk tiks raksturotas 8. nodaļā.

## **2.1. Psihometrikā (statistikā) balstītu metožu pielietošana**

Iepriekš noskaidrota vēsturisku gadījumu ietekme teorētisko principu izstrādē, lai varētu vērtēt personas dalību procesuālajās darbībās, taču kā šī izvērtēšana noris praksē? Parasti Rietumeiropas valstīs un ASV vērojama divu pieeju mijiedarbība:

- 1) Daļēji strukturēta intervija (bez baļļu/punktu piešķiršanas), kas balstīta katra eksperta un speciālista profesionālajās zināšanās un pieredzē;
- 2) Psihometrisku metožu izmantošana, kas nereti arī ir daļēji strukturētas intervijas, taču ar baļļu/punktu piešķiršanu un vērtēšanu;

---

<sup>14</sup> Hoge, S. K. (2018). *Competency to stand trial: An overview*. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 46(2), 303–314

<sup>15</sup> Galappathie, N., & Shaw, A. (2020). *Reforming fitness to plead and stand trial legislation in England and Wales*. The British Journal of Psychiatry Advances, 26(1), 8–15.

Daļēji strukturētu interviju vadlīniju izstrāde ir arī šī metodiskā materiāla uzdevums, kas sīkāk tiks iztirzāts 5. nodaļā. Savukārt šīs nodaļas turpinājumā tiks sniegts neliels ieskats psihometriski apstiprināto metožu principos, no kuriem pat neadaptējot un nekonstruējot jaunus testus/metodes, tāpat praksē var pārņemt noderīgas idejas. Turpinājumā īsi tiks apskatīti divi no populārākajiem instrumentiem, kas veido nozīmīgu empīrisko bāzi.

1. Makartūra kompetences izvērtēšanas instrumenta (*MacArthur Competence Assessment Tool-Criminal Adjudication (MacCAT-CA)*)<sup>16</sup> pirmsākumi meklējami deviņdesmitajos gados. Šis instruments sastāv no 22 pantiem jeb izvērtēšanas vienībām, kas grupējas trijās daļās:

- **Understanding** – *izpratne*. Novērtē, vai apsūdzētais saprot pamatinformāciju par tiesas procesu, tiesas dalībnieku lomām, iespējamiem iznākumiem u.c. (*piemēram, vai persona zina, kas ir tiesnesis, prokurors, advokāts un kāda ir viņu loma*).
- **Reasoning** – *spriestspēja/argumentēšana*. Pārbauda, vai persona spēj salīdzināt iespējamus lēmumus un to sekas, izmantot loģisku domāšanu, lai pieņemtu racionālus lēmumus par savu aizstāvību.
- **Appreciation** – *novērtējums/apzināšanās*. Novērtē, vai persona spēj personīgi piemērot tiesas procesa informāciju savai situācijai – t.i., vai viņš/viņa saprot, ka šis process attiecas tieši uz viņu, nevis ir tikai teorētisks.

Kā var redzēt, tad šis instruments lielā mērā atspoguļo iepriekšējās nodaļās raksturoto par dalības procesuālajās darbībās teorētisko ideju vēsturisko attīstību. Interesanti, ka šīs daļēji strukturētās intervijas ietvaros ekspertējamam tiek nolasīts iepriekš sagatavots, standartizēts hipotētisks scenārijs (vinjete) par kādu kriminālprocesu un saistībā ar to tiek uzdoti dažādi jautājumi. Izpētāmā atbildes tiek strukturēti vērtētas 3 baļļu Likerta skalā, kur vērtējums 0 nozīmē izpētāmā pilnīgu neizpratni par konkrēto sfēru; 1 – daļēju izpratni un 2 pilnīgu izpratni. Kopš 90-to gadu beigām līdz mūsdienām, instruments uzrāda labus psihometriskos rādītājus, kas,

---

<sup>16</sup> Poythress, N. G., Nicholson, R. A., Otto, R. K., Edens, J. F., Bonnie, R. J., Monahan, J., & Hoge, S. K. (1999). *The MacArthur Competence Assessment Tool-Criminal Adjudication (MacCAT-CA)*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

runājot vienkāršā valodā, nozīmē to, ka instruments mēra to, kam tas teorētiski paredzēts un iegūtie rezultāti ir noturīgi laikā. Latvijas praksē, veidojot intervijas struktūru, iedvesmojoties no šīs metodes, var izveidot vairākas hipotētiskas situācijas, par kurām jautāt ekspertējamajiem vai konsīlija izvērtēšanā iesaistītajam pacientam.

2. Piedalīšanās tiesā kompetences izvērtēšanas instruments (*Evaluation of Competency to Stand Trial – Revised (ECST-R)*)<sup>17</sup> kopumā ir ļoti līdzīgs Makartūra kompetences izvērtēšanas metodei, jo arī ietver iepriekš sagatavotus jautājumus par 3 faktoriem:

- Faktiskā izpratne par tiesas procesa norisi (*Factual Understanding of the Courtroom Proceedings, FAC*) – šī skala novērtē, cik labi apsūdzētais izprot tiesas procesa faktisko struktūru un elementus – tiesas dalībnieku lomas (piemēram, tiesneša, prokurora un aizstāvja funkcijas), tiesas procedūras gaitu, apsūdzības būtību un iespējamās tiesas lēmuma sekas.
- Racionālā izpratne par tiesas procesa nozīmi (*Rational Understanding of the Courtroom Proceedings, RAC*) – šī skala vērtē apsūdzētā spēju racionāli izprast tiesas procesa nozīmi, sekas un personīgās situācijas kontekstu, kā arī spēju izmantot šo izpratni, pieņemt loģiskus un apzinātus lēmumus tiesvedības gaitā. Tā ietver arī spēju kritiski analizēt informāciju un saglabāt realitātes izjūtu tiesas kontekstā.
- Sadarbība ar aizstāvi (*Consult with Counsel, CWC*) – šī skala novērtē apsūdzētā spēju efektīvi sadarboties ar savu aizstāvi – sniedzot saprotamu un atbilstošu informāciju, uztverot advokāta skaidrojumus, uzdodot jautājumus un piedaloties aizstāvības stratēģijas izstrādē. Skala palīdz noteikt, vai persona spēj uzturēt jēgpilnu, mērķtiecīgu komunikāciju un pieņemt lēmumus par savu aizstāvību.

Lai arī šī metode ļoti lielā mērā pārklājas ar Makartūra piedāvāto izvērtējumu, šī instrumenta pievienotā vērtība ir tajā, ka papildus lasītājam jau labi iepazītajām kompetences jomām, tiek piedāvātas arī validitātes skalas, ar kuru palīdzību tiek vērtēta ekspertējamā vai konsīlija dalībnieka uzvedības atbilstība/ neatbilstība konstatētajai

---

<sup>17</sup> Rogers, R., Tillbrook, C. E., & Sewell, K. W. (2004). *Evaluation of Competency to Stand Trial—Revised (ECST-R): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

psihopatoloģijai. Šim mērījumam ir vairākas validitātes jeb atipiskas uzvedības skalas (*Atypical presentation scales*), taču visbiežāk praksē tiek izmantotas trīs:

1. Realistic Presentation (ATP-R) – uzvedības un simptomu autentiskuma skala, kas veidota, lai novērtētu, cik lielā mērā apsūdzētā sniegtie apraksti un uzvedība ir reāli saskaņoti ar tipisku psiholoģisku vai psihopatoloģisku profilu.

2. Psychotic Presentation (ATP-P) – psihotisko simptomu ticamības skala, kas veidota, lai izvērtētu, vai apsūdzētā uzrādītie psihotiskie simptomi (piemēram, halucinācijas, murgi, domāšanas dezorganizācija) ir klīniski ticami un konsekventi.

3. Non-Psychotic Presentation, (ATP-N) – nepsihotisko simptomu ticamības skala, kas veidota, lai izvērtētu nepsihotisku traucējumu (piemēram, depresijas, trauksmes, kognitīvo grūtību) ticamību un ietekmi uz kompetenci.

Kā redzams, tad psihometriski validētu instrumentu attīstība ir ciešā saistībā ar teorētiskajiem principiem, kas raksturoti iepriekš, proti – apsūdzētā vai notiesātā piedalīšanās tiesas sēdē ir atkarīga kā no viņa kognitīvās attīstības un kognitīvo procesu norises, tā arī no specifiskas šo procesu pielietošanas, kad nepieciešams izprast tiesas procesa norisi, iesaistīto personu kompetences, spēt sadarboties un pieņemt juridisku palīdzību. Psihometriskie testi strukturētā un standartizētā veidā ļauj pārbaudīt šīs sfēras, piemēram, klasiski uzdodot jautājumus vai konfrontējot izpētāmo ar hipotētisku scenāriju par juridisku situāciju. Piedalīšanās tiesā kompetences izvērtēšanas instrumenta (*Evaluation of Competency to Stand Trial – Revised (ECST-R)*) principi papildus aktualizē nepieciešamību analizēt izpētāmo simulācijas un disimulācijas tendences.

### 3. MRPL konsīliju izvērtējums par 2024.gadu

MRPL piemērošana ir sarežģīts ārstniecības un tiesiskās sadarbības elements psihiatrijas praksē, jo tajā vienlaikus jānodrošina pacienta pamattiesību ievērošana, sabiedrības drošība un klīniski pamatots risinājums. Lai izvērtētu esošo praksi un identificētu iespējamās nepilnības, kā arī izprastu šī brīža situāciju, metodiskā materiāla izstrādes ietvaros tika analizēti 152 MRPL konsīliji (kad pacientam jau ir ticis piemērots MRPL – bijusi tiesu psihiatriskā ekspertīze par pieskaitāmības izvērtēšanu, tiesas

noteikts MRPL – un kad ārstu konsīlijs izvērtē, vai nepieciešams MRPL grozīt (uz vieglāku vai smagāku MRPL veidu), atcelt vai atstāt negrozītu), kas 2024.gadā veikti Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA un VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža””. Analīzē tika iekļauti gan ārstu konsīliji par MRPL pagarināšanu, gan personas izvērtēšanu pirms MRPL piemērošanas.

### 3.1. Pacientu demogrāfiskais raksturojums, sociālekonomiskā un ģimenes situācija

Analizētajos 152 konsīlijos pārliecinoši dominē vīriešu dzimums, proti, tajos tika vērtēti 125 vīrieši un 27 sievietes, kas atspoguļo MRPL piemērošanas specifiku kriminālprocesa ietvarā, kur lielāko daļu riska grupas veido tieši vīriešu dzimuma personas. Vidējais vecums bija 43,82 gadi ar būtisku svārstību amplitūdu: jaunākajai personai bija 22 gadi, savukārt vecākajai -V91 gads. Tas norāda, ka MRPL netiek piemērots tikai noteiktām vecuma grupām, bet aptver plašu spektru - no jauniešiem līdz pat senioriem.

No pieejamiem datiem konstatējams, ka pacientu **izglītības līmenis** ir ļoti nevienmērīgs, bieži ar nepabeigtām vai pārtrauktām izglītības gaitām. Izglītības līmeņa sadalījums:

- 18 pacientiem vidējā izglītība (no kuriem 3 – vidējā profesionālā izglītība);
- 25 pacientiem – pamata izglītība;
- 6 pacientiem – augstākā izglītība;
- 3 pacientiem – iesākta, bet nepabeigta augstākā izglītība;
- 1 pacientam – sākumskolas izglītība;
- 1 pacientam – iesākta, bet nepabeigta palīgskola;
- 1 pacients nav gājis skolā;
- 1 pacients ir pabeidzis astoņas klases;
- 1 pacients – iesācis vidējo izglītību, bet pabeidzis tikai 10 klases;
- 2 pacienti pabeiguši internātskolu.

Par pārējiem pacientiem informācija nav norādīta. Šie dati norāda uz ievērojamu sociālās funkcionēšanas nevienmērību pacientiem. Gandrīz pusei pacientu izglītība nav augstāka par pamata izglītību, kas praktiski ietekmē spēju izprast juridiskos procesus, sadarboties ārstēšanā un recidīva risku. Vienlaikus nelielā pacientu

grupa ar augstāko vai nepabeigto augstāko izglītību liecina, ka MRPL piemērojamo personu profils nav homogēns un nevar tikt reducēts tikai uz sociāli nelabvēlīgām grupām, jo arī personas ar augstāku sociālo kapitālu var nonākt tiesiski regulētās situācijās.

**Nodarbinātības dati** sniedz būtisku ieskatu pacientu sociālajā funkcionēšanā un atspoguļo gan to spēju nodrošināt patstāvīgu dzīvi, gan iespējamos riskus, kas saistīti ar socializāciju, ienākumu stabilitāti. MRPL kontekstā nodarbinātības informācija ir nozīmīga arī, lai saprastu pacienta ikdienas struktūru un sociālo vidi. No 152 analizētajiem konsīļiem informācija par personas nodarbinātību bija pieejama 55 gadījumos. 23 pacienti strādā vai iepriekš ir strādājuši. Darba vietas un profesijas ir ļoti dažādas, pārsvarā ar zemu vai vidēju nepieciešamo kvalifikācijas līmeni: sētnieks, apsargs, dežurants, kontrolieris, palīgstrādnieks, celtnieks, krāvējs, metālgriezējs, mašīnists, apkopējs, pārdevējs, šuvējs, viesmīlis, gids, ģimenes bizness, IT nozare, menedžeris. Tādējādi daļai pacientu ir bijusi vismaz īslaicīga piesaiste darba tirgum, tomēr profesiju spektrs atklāj dominējoši zemas kvalifikācijas un primāri nestabilas nodarbinātības pozīcijas.

25 pacienti nav strādājuši vai regulāri nestrādā. Vēl 1 patients aprakstīts kā persona, kas oficiāli nestrādā un sniedz eskorta pakalpojumus. 5 pacientiem norādīta epizodiska, īslaicīga vai gadījuma nodarbinātība. Šādos gadījumos parasti trūkst darba stabilitātes un pastāvīgu ienākumu, kas var palielināt sociālos riskus. Savukārt 1 patients iepriekš ir strādājis ārzemēs. Pārējiem pacientiem (vairāk nekā 90 personām) nodarbinātības informācija konsīļijā nav tikusi norādīta vispār.

**Dzīvesvietas un kopdzīves apstākļi** ir nozīmīga MRPL pacientu sociālā profila sastāvdaļa, jo tie atspoguļo pacienta sociālo atbalstu, funkcionēšanas līmeni un vidi. No 152 analizētajiem konsīļiem dati par dzīvesvietu bija pieejami 62 pacientiem, savukārt pārējiem šī informācija dokumentos nebija norādīta.

- 10 pacientu gadījumos norādīts, ka patients dzīvo ģimenē, bez precīzāka tuvinieku nodalījuma;
- 15 pacienti dzīvo vai iepriekš dzīvojuši vieni;
- 22 pacientiem norādīta konkrēta kopdzīve ar ģimenes locekļiem vai partneriem – māti, tēvu, vecākiem, vecmāmiņu, brāli, sievu, vīru, bērniem vai draudzeni;

- 7 pacienti pirms MRPL vai tā laikā (ja MRPL bijis ambulators) dzīvojuši ilgstošās aprūpes iestādēs, sociālajās mājās, patversmēs, grupu dzīvokļos vai kopmītnēs. Institucionālā dzīvesvieta bieži norāda uz ierobežotu patstāvību un augstāku aprūpes intensitātes nepieciešamību;
- 8 pacientiem aprakstīti īpaši sociālie vai juridiskie apstākļi, kas nav tieši klasificējami kā dzīvesvieta – piemēram, ierobežota rīcībspēja, noteikta aizgādņa klātbūtne, laulības noslēgšana MRPL laikā, dzīvesvietas maiņa (“atgriezies pie mātes”) vai informācija par šķiršanos.

**Agrīna psihotraumatiska pieredze** ir viens no būtiskiem riska faktoriem, kas ietekmē psihiskās veselības traucējumu attīstību, emocionālo regulāciju, sociālo funkcionēšanu un uzvedības risku vēlāk dzīvē. No analizētajiem konsīlijiem kopumā 19 pacientiem bija norādītas bērnības traumas, nelabvēlīga vide vai citi augsta riska notikumi. Analizējot pieejamo informāciju, iezīmējas vairākas traumatisko pieredžu kategorijas:

**1.tabula. Agrīnas psihotraumatiskas pieredzes kategorijas**

Kategorija	Gadījumu skaits	Apraksts	Piemēri
Vecāku aprūpes tiesību problēmas un bērnu nams	8	Šajā grupā ietilpst pacienti, kuri bērnībā dzīvojuši institucionālā aprūpē vai kuru vecākiem bija atņemtas vai ierobežotas aprūpes tiesības.	"mātei atņemtas aprūpes tiesības", "dzīvojis bērnu namā", "no 4 līdz 13 gadiem dzīvojis bērnu namā", "divas reizes ārstējies bērnu psihiatrijas nodaļā".
Vecāku atkarības un psihiskās saslimšanas	7	Šajā kategorijā ietilpst pacienti, kuros bērnības vide bijusi nestabila vecāku traucējumu dēļ.	"māte alkoholiķe", "mātei šizofrēnija", "nelabvēlīga iedzimtība", "tēvs lietojis alkoholu".
Smagi traumatiskie notikumi un zaudējumi bērnībā	4	Šajā grupā ietilpst pacienti, kuri bērnībā piedzīvojuši savu vecāku nāvi vai paši guvuši traumu.	"tēvs nogalināts, kad pacientam bija 12 gadi", "māte pakārusies, kad pacientam bija 10 gadi", "bērnībā sabraukts ar

			<i>smago mašīnu (galvas trauma)".</i>
Citi nelabvēlīgi agrīnās attīstības faktori	1		<i>"dzimis Sibīrijā, tēvu nav pazinis, bijušas mācīšanās grūtības".</i>

**Individuālā atbalsta sistēma** ir vēl viens nozīmīgs faktors MRPL pacientu sociālajā funkcionēšanā, ārstēšanas iespējās un rehabilitācijas perspektīvās. No 152 analizētajiem konsīlijiem informācija par pacientu atbalsta personām vai sociālajiem resursiem bija pieejama 49 gadījumos. Visbiežāk minētais atbalsta avots ir pacienta māte, kuras iesaiste – aprūpe, uzraudzība, regulāri kontakti vai gatavība uzņemt pacientu pēc izrakstīšanās – minēta 17 gadījumos. Tēva atbalsts ir norādīts 4 gadījumos, bet vispārīga vecāku iesaiste – 5 gadījumos, kas norāda uz to, ka daļai pacientu ir saglabāta stabila ģimenes atbalsta struktūra. Partneru un citu tuvinieku atbalsts konstatēts 8 gadījumos: 2 pacienti dzīvo ar vīru, 2 – ar sievu, vienam pacientam atbalstu sniedz brālis, savukārt 3 gadījumos par nozīmīgu atbalsta personu minēts draugs vai draudzene. Papildu tam 4 pacienti uztur regulāru saziņu ar tuviniekiem telefoniski.

Sociālais atbalsts identificēts retāk – 3 pacienti ir sociālā darbinieka vai sociālā dienesta redzes lokā, savukārt 5 pacientiem dzīvesvieta vai aprūpe tiek nodrošināta sociālās aprūpes centrā, pansionātā, patversmē, sociālajā vai grupu dzīvoklī. Šādos gadījumos atbalsta sistēma lielākoties balstās uz pašvaldības sociālajiem dienestiem, nevis ģimeni. Uzraudzības vai aprūpes nepieciešamība norādīta 6 pacientiem, tostarp gadījumi, kad māte vai partneris veic ikdienas pieskatīšanu. Viens pacients aprakstīts kā pilnībā atkarīgs no apkārtējo aprūpes. Atsevišķos gadījumos fiksēti būtiski sociālie riski – 1 pacientam norādīta sociālā izolācija (*"ne ar vienu netiekas"*), savukārt 1 gadījumā aprakstītas savstarpēji vardarbīgas attiecības ar partneri. Vienā gadījumā konstatēta iesaiste reliģiskās aktivitātēs un kopienas dzīvē, kas funkcionē kā alternatīvs sociālā atbalsta resurss.

Pēc izrakstīšanās plāni norādīti 8 gadījumos, un tie paredz turpmāku dzīvi pie konkrēta ģimenes locekļa, partnera, sociālās aprūpes iestādē vai patversmē. Tomēr šie nodomi ne vienmēr ir apstiprināti ar objektīvu iesaistīto personu piekrišanu, tādēļ to īstenojamība praksē ir jāvērtē kritiski.

### 3.2. Krimināltiesiskais raksturojums

No 152 analizētajiem MRPL konsīlijiem informācija par **iepriekšēju noziedzīgu darbību** bija pieejama attiecībā uz 26 pacientiem, savukārt pārējiem šādi dati konsīliju aprakstos nebija norādīti. Pieejamie dati ļauj iezīmēt vairākas tipiskas grupas, ņemot vērā gan kriminālatbildību, gan administratīvus pārkāpumus, gan agrīnus uzvedības traucējumus. Svarīgi atzīmēt, ka atsevišķi pacienti ietilpst vairāk nekā vienā kategorijā (piemēram – ir saukts gan pie administratīvās atbildības, gan iepriekš ir bijis MRPL).

2.tabula. Iepriekšējas noziedzīgas darbības kategorijas

Kategorija	Gadījumu skaits	Piemēri
Iepriekšēja noziedzīga darbība, kas klasificējams kā noziedzīgs nodarījums (kriminālatbildība)	7	“vairākkārt saukta pie kriminālatbildības”, “vairāki krimināli pārkāpumi”, “iepriekš krāpšana - Krimināllikuma 180.pants”, “bijusi cietumā”.
Administratīvi pārkāpumi un antisociāla uzvedība, kas nav klasificējams kā noziedzīgs nodarījums	9	“iesaistījies kautiņos”, “konfliktējis ar kaimiņiem”, “bijuši administratīvi sodi”, “bieži kāviens jau kopš mazotnes”.
Iepriekšēja MRPL piemērošana	4	“iepriekš bija MRPL, kas atcelts”, “ir bijis iepriekš MRPL”.
Nav bijusi noziedzīga darbība (jāņem vērā, ka par pārējiem pacientiem datu nav)	6	“nav bijusi”.

92 konsīlijos tika norādīts konkrēts **noziedzīgs nodarījums, par kuru persona tikusi atbrīvota no kriminālatbildības, piemērojot MRPL**. Vienā gadījumā norādīts, ka persona “tiesāta Polijā”, viens sodīts pēc “99.panta”, savukārt pārējiem pacientiem šī informācija nebija pieejama. Ņemot vērā, ka MRPL kopējais analizēto konsīliju skaits ir 152, dati par noziedzīgo nodarījumu klasifikāciju bija pieejami 60,5 % gadījumu.

Apkopotie dati atklāj, ka MRPL visbiežāk tiek piemērots personām, kuras izdarījušas noziedzīgus nodarījumus pret personas veselību vai nonāvēšanu, savukārt ievērojama daļa gadījumu saistīti arī ar mantiska rakstura noziedzīgiem nodarījumiem:

**1. Nonāvēšana** – 23 gadījumi, no kuriem 18 gadījumos pēc Krimināllikuma 116.panta (slepkavība), 2 gadījumi pēc Krimināllikuma 117.panta (slepkavība pastiprinošos apstākļos), 2 gadījumi pēc Krimināllikuma 118.panta (slepkavība sevišķi pastiprinošos apstākļos), kā arī 1 gadījums pēc Latvijas Kriminālkodeksa 99.panta (tīša slepkavība);

**2. Noziedzīgi nodarījumi pret personas veselību** – 16 gadījumi, no kuriem 10 gadījumi pēc Krimināllikuma 125.panta (tīši smagi miesas bojājumi), 6 gadījumi pēc Krimināllikuma 126.panta (tīši vidēja smaguma miesas bojājumi), 3 gadījumi pēc Krimināllikuma 130.panta un 132.<sup>1</sup> panta (tīši viegli miesas bojājumi un vajāšana);

**3. Noziedzīgi nodarījumi pret īpašumu** – 35 gadījumi, no kuriem 5 gadījumi pēc Krimināllikuma 175.panta (zādzība), 5 gadījumi pēc Krimināllikuma 176.panta (laupīšana), 10 gadījumi pēc Krimināllikuma 180.panta (zādzība, krāpšana, piesavināšanās nelielā apmērā), 11 gadījumi pēc Krimināllikuma 185.panta (mantas tīša iznīcināšana un bojāšana), kā arī 4 gadījumi pēc citiem šajā grupā ietilpstošiem noziedzīgiem nodarījumiem (Krimināllikuma 174.pants, 177.pants, 179.pants, 183.pants);

**4. Noziedzīgi nodarījumi pret vispārējo drošību un sabiedrisko kārtību, drošību un pārvaldības kārtību** – 11 gadījumi, no kuriem 7 gadījumi pēc Krimināllikuma 231.panta (huligānisms), 4 gadījumi pēc Krimināllikuma 233., 221., 269., 270., 298., 313.panta;

**5. Noziedzīgi nodarījumi, kas saistīti ar narkotisko un psihotropo vielu neatļautu iegādāšanos, glabāšanu, realizēšanu, lietošanu** – 5 gadījumos pēc Krimināllikuma 253., 253.<sup>1</sup> un 253.<sup>2</sup> panta;

Jāņem vērā, ka daļa pacientu izdarījuši vairākus noziedzīgus nodarījumus un atbrīvoti no kriminālatbildības, piemērojot MRPL, par vairākiem noziedzīgiem nodarījumiem vienlaikus.

Lai būtu iespēja piemērot MRPL, saskaņā ar Krimināllikuma 68.panta pirmo daļu, personu ir nepieciešams atzīt par nepieskaitāmu vai ierobežoti pieskaitāmu. Jāņem vērā, ka MRPL konsīlijos ārsti nevērtē personas pieskaitāmības stāvokli - to dara tiesu psihiatriskajā ekspertīzē pirms MRPL noteikšanas. No analizētajiem 152 konsīlijiem

kopumā 47 gadījumos bija sniegta skaidra norāde par **personas pieskaitāmību noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas brīdī**. No tiem 42 personas (27,6 %) atzītas par nepieskaitāmām noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas brīdī (atbilstoši Krimināllikuma 13.panta pirmajai daļai atrašanās nepieskaitāmības stāvoklī nozīmē ka persona psihisko traucējumu vai garīgas atpalcības dēļ nav varējusi saprast savu darbību vai to vadīt); 4 personas (2,6 %) atzītas par ierobežoti pieskaitāmām (atbilstoši Krimināllikuma 14.panta pirmajai daļai atrašanās ierobežoti pieskaitāmā stāvoklī nozīmē, ka persona noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas laikā psihisko traucējumu vai garīgas atpalcības dēļ nav bijusi spējīga visā pilnībā saprast savu darbību vai to vadīt); 1 persona saslīmusi pēc noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas. Savukārt 105 gadījumos (69,1 %) šāda informācija konsīlijos nebija norādīta.

Visbiežāk **piemērotais MRPL veids** ir Krimināllikuma 68.panta pirmās daļas 2.punktā noteiktā ārstēšana vispārējā tipa psihiatriskajā slimnīcā (nodaļā) jeb stacionāra tipa ārstēšana. 73 pacientiem (48 %) noteikta ārstēšana stacionārā (Krimināllikuma 68.panta pirmās daļas 2.punkts), 37 pacientiem (24,3 %) – ārstēšana psihiatriskajā stacionārā ar apsardzi (Krimināllikuma 68.panta pirmās daļas 3.punkts), bet 42 pacientiem (27,6 %) – ambulatorā ārstēšana (Krimināllikuma 68.panta pirmās daļas 1.punkts).

Vidējais **MRPL ilgums** ir aptuveni 4 gadi un 2 mēneši. Ambulatorā MRPL vidējais ilgums ir 2 gadi un 9 mēneši, stacionārā MRPL – 4 gadi un 5 mēneši, savukārt stacionārā MRPL ar apsardzi 8 gadi un 3 mēneši.

Visos gadījumos bija norādīta skaidra rekomendācija par **turpmāko MRPL piemērošanu**. 81 gadījumā (53,3 %) rekomendēts MRPL atstāt negrozītu, 45 gadījumos (29,6 %) ieteikts grozīt MRPL uz vieglāku formu (no stacionāra ar apsardzi uz stacionāru vai stacionāra uz ambulatoro), 20 gadījumos (13,2 %) rekomendēts MRPL atcelt, 6 gadījumos (3,9 %) ieteikts grozīt MRPL uz smagāku formu (no ambulatora uz stacionāru vai no stacionāra uz stacionāru ar apsardzi).

Lielākajā daļā gadījumu MRPL tiek turpināta jau iepriekš noteiktā ārstēšana. **Noteiktā MRPL reize** 132 gadījumos bija turpinājums (86,8 %), respektīvi, šis konsīlijs par MRPL izvērtējumu notika jau atkārtoti, savukārt pirmreizēji – 10 gadījumos (6,6 %). Par 10 gadījumiem datu nav.

### 3.3. Psihiatriskā diagnostika (t.sk. narkoloģiskā), personības iezīmes un medicīniskais stāvoklis

Analizējot pacientu **pamatdiagnozi**, konstatējams, ka dominē šizofrēnijas, šizotipisko traucējumu un murgu grupas diagnozes (F20-F29), kas sastopami vairāk nekā 80% gadījumos. Pārējās diagnozes veido mazāku daļu.

**3.tabula. Gadījumu skaits pēc diagnožu grupām**

Diagnožu grupa	Gadījumu skaits	% no visiem gadījumiem	Raksturīgākās diagnozes
Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00 – F09)	13	8,55 %	F01 (3), F06.0 (2), F07.0 (3), u.c.
Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20 – F29)	128	84,21 %	F20.00 (90), F20.01 (4), F20.02 (13), F20.03 (2), F20.1 (3), F21 (2), F25.20 (2) u.c.
Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39)	4	2,63 %	F31 (2) un F33.4 (2)
Garīga atpalicība (F70 – F79)	7	4,61 %	F70 (1), F71.0 (1), F71.1 (5).

Vienlaikus jānorāda, ka kombinācijā ar kādu no iepriekš minētājām diagnozēm atsevišķos gadījumos parādās arī F19.2 (psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudzu narkotisku un citu psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ, atkarības sindroms), G40 (epilepsija) un vairāki F00 – F09 diagnožu grupas kodi kopā.

**Blakusdiagnoze** tika norādīta tikai 4 gadījumos (2,6 % no visiem 152 konsīlijiem). Norādītās blakusdiagnozes bija: organisks centrālās nervu sistēmas bojājuma fons, Z91.1 (ārstēšanas un režīma neievērošana dzīves anamnēzē), F10.1 (vielu kaitējoši pārmērīga lietošana) un F10.2 (psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ, atkarības sindroms).

13 pacientiem no 152 (8,6 %) konsīlijos aprakstītas **antisociālas personības iezīmes, kas nav diagnosticētas**. Šie gadījumi var liecināt par pastāvīgām personības izmaiņām, zemu kritiku (samazinātu izpratni par savu psihisko stāvokli) un ierobežotu

līdzestību, kas var būtiski ietekmēt ārstēšanas efektivitāti un recidīva risku. 4 gadījumos konstatētas šizofrēniska tipa personības izmaiņas (piemēram, “*izteikti šizofrēniska tipa personības izmaiņas*”, “*defekta stāvoklis*” u.c.), 2 gadījumos organiskas vai kognitīvas izmaiņas (“*uz organiski izmainīta fona, alkohola lietošana*”), 5 gadījumos alkohola un narkotisko vielu lietošana (“*lieto alkoholu - psihopātveida personības izmaiņas*”, “*kopš 12 g.v. lietojis dažādas narkotiskās vielas*”, “*marihuāna, LSD*” u.c.) un 2 gadījumos antisociāla un psihopātveida uzvedība (“*kopš bērnības antisociāla, psihopātveida uzvedība*” un “*primitīva, psihotizēta personība ar intelekta pazemināšanos, biežām psihopātveida dekompensācijām alkohola lietošanas dēļ*”).

**Narkoloģisko diagnožu un vielu lietošanas dati** bija pieejami 43 gadījumos, no kuriem 5 gadījumos norādīta, ka nav konstatēta vielu lietošana un pacientam nav narkoloģiskā diagnoze, tādējādi 38 pacientiem (25 %) bija pieejama informācija par alkohola vai citu vielu lietošana.

- 18 pacientiem (11,8 %) aprakstos minēta alkohola lietošana (no “*epizodiskas lietošanas*” līdz “*ļauņprātīgai alkoholizācijai*”);
- 13 pacientiem (8,6 %) norādīta narkotisko vielu lietošana (marihuāna, amfetamīns, heroīns u.c.);
- 3 pacientiem (2 %) aprakstos norādīta vairāku vielu lietošana (“*amfetamīns, marihuāna, alkohols*”, “*alkohols, aerosoli, benzīns, amfetamīns, kodeīns, stimulatori*”, “*heroīns, alkohols, amfetamīns, hašišs*”).

10 pacientiem (6,6 %) ir norāde, ka ir dati par vielu lietošanu, bet nav noteikta diagnoze.

**Somatiskā diagnoze** norādīta 12 gadījumos (7,9 %). Norādīti dažādi neiroloģiskie stāvokļi (“*ģeneralizēta idiopātiska epilepsija*”, “*smaga galvas trauma pēc piekaušanas*”, “*sekas pēc a. cerebri aneirismas un kraniotomijas*”), hroniskas slimības (“*cukura diabēts*”, “*arteriāla hipertensija*”), infekcijas un slimības (“*Stilla slimība*”, “*HIV*”) un citi (“*krūts ļaundabīgs audzējs*”, “*šķībais kakls*”).

51 konsīlijā bija norādīta informācija par **invaliditātes statusu**. 46 pacientiem (30,3 %) bija noteikta 2. invaliditātes grupa. Vienam pacientam bija noteikta 1. invaliditātes grupa, savukārt 2 pacientiem norādīts, ka invaliditāte ir, bet invaliditātes grupa nebija precizēta. Tikai 2 gadījumos skaidri tika norādīts, ka invaliditātes nav; par pārējiem pacientiem šī informācija nav norādīta.

No analizētajiem konsīlijiem 27 gadījumos bija pieejama informācija par **iepriekšējām psihiatriskajām stacionēšanām**. No tiem 10 pacientiem bijušas 1 – 4 stacionēšanas reizes, 12 pacientiem – piecas vai vairāk (vienā gadījumā pat 28 stacionēšanas reizes), kas norāda uz ļoti biežu hospitalizāciju. 3 gadījumos lietots formulējums “*vairākkārtīgi*”, 2 gadījumos norādīta ārstēšanās stacionārā bez precīzāka biežuma.

#### 3.4. Klīniskā dinamika, simptomātika un kritika

Dati par **traucējumu simptomātiku** bija pieejami 149 gadījumos (98 % no visiem analizētajiem konsīlijiem). Pēc konsīliju aprakstiem pacientu psihiskā stāvokļa dinamika grupējama šādās kategorijās:

1. **Simptomātika saglabājas** – 62 gadījumos (40,8 %). Lielākajā daļā gadījumu traucējumi joprojām nosaka uzvedību, tostarp saglabājas murgainas idejas, halucinācijas, aizdomīgums, impulsivitāte vai uzvedības dezorganizācija. Dažiem pacientiem aprakstīta terapeitiska rezistence, emocionālās-gribas sfēras izmaiņas (traucējumi emocijās un gribas procesos) vai sociālā dezadaptācija. Piemēri: “*saglabājas psihotiskie pārdzīvojumi, uzvedību nosaka murgi*”, “*defekts ar psihotisku paasinājumu*”, “*rezistents terapijai, joprojām aizdomīgs un agresīvs*”;
2. **Medikamentoza remisija** – 40 gadījumos (26,3 %). Šajā grupā ietilpst daļēja vai pilna medikamentoza remisija. Pacienti medikamentu ietekmē kļuvuši stabilāki, simptomi mazinājušies vai zaudējuši aktualitāti. Dažos gadījumos minēta reziduālā impulsivitāte (saglabājusies tieksme uz nepārdomātu, impulsīvu rīcību kā iepriekšēju psihisku traucējumu sekas) vai vieglas uzvedības novirzes, bet bez konstatējamās sociālās bīstamības. Piemēri: “*medikamentoza remisija, apmierinošs un stabils stāvoklis*”, “*murgu idejas zaudējušas aktualitāti un vairs neietekmē uzvedību*” un “*daļēja medikamentoza remisija ar reziduālām emociju traucējumu pazīmēm*”;
3. **Stāvoklis stabilizējies / uzlabojies** – 20 gadījumos (13,2 %). Raksturīga klīniskā uzlabošanās vai remisijas veidošanās. Pacienti kļuvuši līdzsvarotāki, labāk sadarbojas, retāk izpaužas agresija vai trauksme. Dažiem minēta sabiedriskās bīstamības zaudēšana. Piemēri: “*uzlabojies,*

*stabilizēties*”, “*remisijas veidošanās stadija*”, “*zudusi sabiedriskā bīstamība*”;

4. **Simptomātika mazinājusies, bet saglabājas** – 18 gadījumos (11,8 %). Šajos gadījumos novērots pozitīvs terapijas efekts, tomēr joprojām saglabājas atsevišķas izpausmes – halucinācijas, aizdomīgums vai nepilnīga kritika par savu stāvokli. Piemēri: “*simptomātika mazinājusies, bet pastāv*”, “*murgu idejas daļēji zaudējušas aktualitāti, tomēr vēl ietekmē uzvedību*”;
5. **Stāvoklis pasliktinājies/terapeitiski rezistents (stāvoklis, kad nepietiekami reaģē uz standarta ārstēšanu)** – 9 gadījumos (5,9 %). Nelielai daļai pacientu aprakstīta slimības progresija vai terapijas rezistence – traucējumu simptomātika nemazinās, parādās uzvedības destabilizācija, reizēm arī saasinājumi. Piemēri: “*slimība progresē, terapeitiski rezistenta*”, “*stāvoklis pasliktinājies, psihotiski simptomi nemazinās*”.

Dati par **konkrētiem simptomiem** bija pieejami 134 gadījumos (88,2 %) no kopējā pacientu skaita (152), savukārt 18 gadījumos (11,8 %) konsīliju aprakstos simptomi nebija detalizēti norādīti.

**4.tabula. Simptomu gadījumu skaits**

<b>Simptomi</b>	<b>Gadījumu skaits</b>	<b>% no kopējā gadījumu skaita</b>
Psihotiskie simptomi	87	57,2 %
Kognitīvie simptomi / intelektuālie traucējumi	44	28,9 %
Nestabila emociju kontrole	53	34,9 %
Impulsivitāte	43	28,3 %
Uzvedības traucējumi	36	23,7 %
Nav simptomu	4	2,6 %

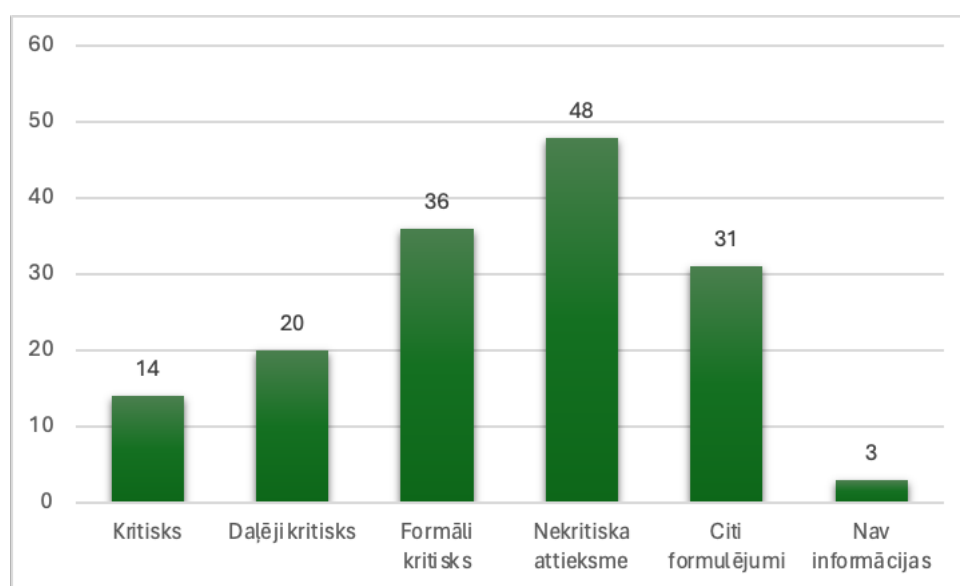
Lielākajai daļai pacientu (57,2 %) konstatēti psihotiski simptomi – halucinācijas, murgi, realitātes uztveres izkropļojumi. Šie simptomi bieži kombinējas arī ar emociju regulācijas grūtībām (34,9 %), impulsivitāti (28,3 %) un uzvedības traucējumiem (23,7 %), kas veicina sociālās funkcionēšanas ierobežojumus un bieži korelē ar sabiedriskās bīstamības risku. 28,9 % pacientu konstatēti kognitīvo funkciju traucējumi - grūtības koncentrēties, plānot un pieņemt lēmumus, kas būtiski ietekmē

līdzestību ārstēšanā un reintegrācijas iespējas. Tikai 4 gadījumos (2,6 %) norādīts, ka simptomu nav, kas liecina par pilnīgu vai stabilu remisiju.

Informācija par pacienta **kritisko attieksmi pret saviem traucējumiem** bija pieejama 149 gadījumos (no kopā 152 analizētajiem MRPL konsīlijiem). Atlikušajos 3 gadījumos nebija datu par pacienta izpratni vai attieksmi pret saviem psihiskajiem traucējumiem.

Kritikas raksturojums tika grupēts sešās kategorijās - pilnvērtīga (kritisks), daļēji kritisks, formāli kritisks, nekritiska attieksme, citi nenoteikti formulējumi un nav informācijas. Pie kategorijas “citi nenoteikti formulējumi” ir pieskaitīti gadījumi, kuros dokumentēts, ka kritika veidojas vai atjaunojas, kā arī situācijas, kur novērota daļēja izpratne bez skaidras kvalitātes novērtējuma (piemēram, “*parādījusies kritika*”, “*vērojamas kritikas iezīmes*”, “*izpratne formējas*” u.c.).

### 1. grafiks. Kritika par traucējumiem

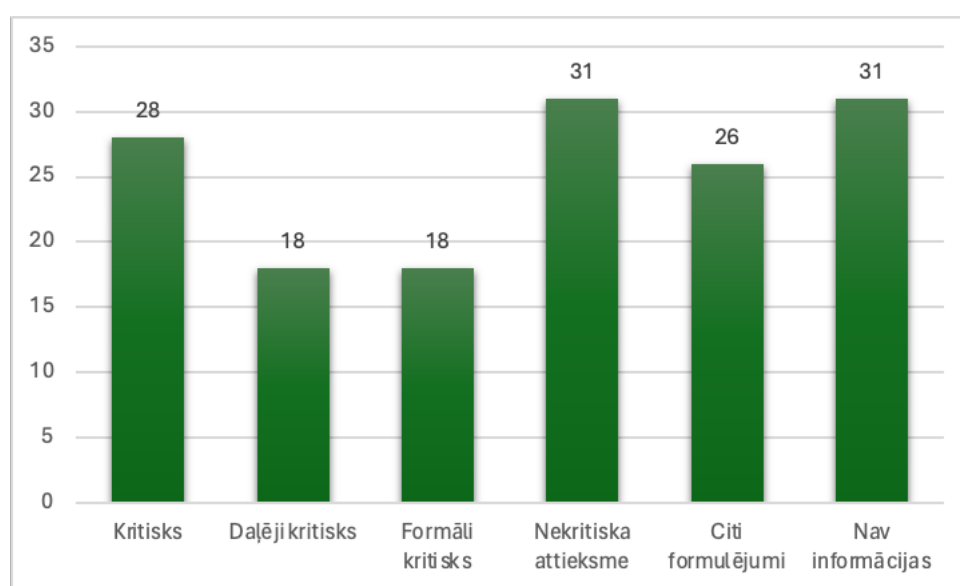


Lielākajā daļā gadījumu (55,3 %) pacientiem konstatēts kritikas trūkums vai tikai formāla attieksme pret savu slimību. Pilnvērtīga vai daļēja kritika saglabājusies tikai katram ceturtajam pacientam, savukārt piektdaļā gadījumu kritika ir dinamiski veidojoša vai nenoteikta. Šie dati norāda uz ierobežotu slimības apzināšanos MRPL pacientu grupā, kas negatīvi ietekmē līdzestību terapijā un palielina recidīva risku pēc ārstēšanas pārtraukšanas.

Tika analizēta arī informācija par pacientu **attieksmi pret izdarīto noziedzīgo nodarījumu un spēju kritiski izvērtēt atkārtota noziedzīga nodarījuma risku**. Tas ļauj novērtēt, cik lielā mērā persona apzinās noziedzīga nodarījuma nepareizību, izprot tā sekas un pieņem atbildību par savu rīcību – faktori, kas būtiski ietekmē gan ārstēšanas prognozi, gan sabiedrisko bīstamību.

Informācija par šo aspektu bija pieejama 121 gadījumā (79,6 % no visiem 152 analizētajiem konsīlijiem). Analīze atklāj plašu variāciju – no pilnvērtīgas nožēlas un atbildības apzināšanās līdz pilnīgam noliegumam un pārliecībai par savu nevainīgumu.

## 2. grafiks. *Kritika par noziedzīgu nodarījumu, jaunu noziedzīga nodarījuma risku*



Pilnvērtīga kritika/nožēla bija aprakstīta 28 gadījumos (18,4 %) – tie ir pacienti, kuri atzīst noziedzīgā nodarījuma pretlikumību un pauž patiesu nožēlu par notikušo. Raksturīgākie izteikumi: “*nožēlo savu uzvedību*”, “*kritiski vērtē izdarīto, atzīst, ka rīcība bija nepareiza*”. Daļa pacientu reflektē arī par ārstēšanas nozīmi, saistot noziedzīgo nodarījumu ar nelietoto terapiju vai slimības izpausmēm. Šī kritikas forma korelē ar zemāku jauna noziedzīga nodarījuma izdarīšanas risku un labāku līdzestību terapijā. 18 gadījumos (11,8 %) tika aprakstīta daļēja, nepietiekama vai veidojoša kritika. Piemēri: “*veidojas kritika*”, “*daļēja izpratne par nodarījumu*”, “*kļūst kritiskāks*”. Bieži šie pacienti ir ārstēšanas procesā, un šāds apraksts var liecināt pozitīvu dinamiku un labu terapijas potenciālu.

Formāla kritika vai nožēla konstatēta 18 gadījumos (11,8 %). Pacienti vārdos atzīst savu vainu, bet emocionāli vai racionāli to nepieņem. Piemēri: “*formāli nožēlo,*

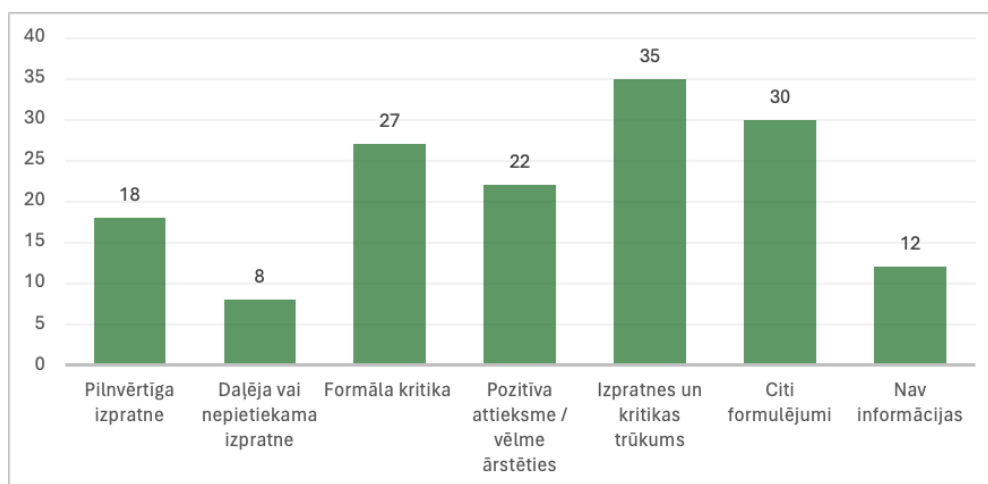
*bet uzskata par sen pagājušu notikumu*”, *“pieļauj, ka rīcība nebija pareiza, bet sevi neuzskata par vainīgu*”. Šāda attieksme liecina par vājām izmaiņām pašrefleksijā, un pastāv risks, ka kritiski vērtējoša attieksme neturpināsies pēc izrakstīšanās. Kritikas trūkums, noliegums vai tās izpratnes neesamība aprakstīta 31 gadījumā (20,4 %). Šī ir lielākā grupa – pacienti, kuri noliedz noziedzīga nodarījuma faktu, vaino citus vai uzskata, ka *“nepamatoti ievietoti slimnīcā*”. Tipiski formulējumi: *“bez kritikas un nožēlas*”, *“pilnīgi nekritiska attieksme*”, *“nav izveidojusies kritika par veikto kriminālo nodarījumu*”. Šādos gadījumos pastāv augsts atkārtota noziedzīga nodarījuma izdarīšanas risks, jo nav attīstījusies izpratne par personas rīcības cēloņiem un sekām.

Citi nenoteikti formulējumi, kas neietilpst nevienā no iepriekš minētajām grupām aprakstīti 26 gadījumos (17,1 %). Daļā konsīliju aprakstīta emocionāli atturīga vai izvairīga pacienta pozīcija, piemēram, *“par noziedzīgo nodarījumu runā nelabprāt, bez emocijām*”, *“negribīgi runā par notikušo*”. Šie gadījumi bieži paliek neitrāli, jo nav iespējams noteikt, vai pacientam trūkst izpratnes vai pacients vienkārši nevēlas atklāties.

Kopumā secināms, ka mazāk nekā pusei pacientu izveidojusies vismaz daļēji adekvāta kritika par nodarījumu, savukārt teju katram piektajam joprojām dominē noliegums vai pilnīgs kritikas trūkums.

No 152 konsīlijiem, 140 saturēja informāciju par pacienta **kritiku un izpratni par ārstēšanas nepieciešamību** (92,1 % no visiem gadījumiem). Konsīliju aprakstos tika analizēts, kā pacients vērtē savu nepieciešamību ārstēties un lietot medikamentus – vai viņš saprot ārstēšanas nozīmi, vai arī trupina paust noliedzošu vai formālu attieksmi.

### 3. grafiks. *Kritika par ārstēšanas nepieciešamību*



Pilnvērtīga izpratne aprakstīta 18 gadījumos (11,8 %). Šajos gadījumos ietilpst pacienti, kas apzinās slimības raksturu un nepieciešamību turpināt ārstēšanu. Piemēri: *“izprot savas veselības problēmas”, “saprot, ka terapiju jālieto pastāvīgi”, “kritisks par nepieciešamību ārstēties pret alkohola lietošanu, sola iet kodēties”*. Daļēja izpratne konstatēta 8 gadījumos (5,3 %). Šie pacienti demonstrē sākotnēju vai svārstīgu izpratni, nereti ārstējas pēc citu mudinājuma, nevis paši pēc savas pārliecības. Piemēri: *“nepietiekama, kritika veidojas”, “vāja izpratne”, “pakāpeniski izveidojas kritika”*. Šie gadījumi norāda uz pozitīvu dinamiku, bet vēl nestabilu terapijas motivāciju.

Pacienti, kas vārdos piekrīt ārstēšanas nepieciešamībai, bet kuru iekšējā izpratne vai motivācija ir virspusēja, ir uzskatāmi ar formālu izpratni jeb kritiku (27 gadījumi jeb 17,8 %). Piemēri: *“formāli piekrīt turpināt ārstēšanos”, “formāli izprot, ka jāturpina ārstēties”, “formāla kritika, bet piekrīt sadarboties”*. Pozitīva attieksme un vēlme ārstēties aprakstīta 22 gadījumos (14,5 %) – pacienti izsaka apņemšanos turpināt ārstēšanos, bieži sola sadarboties ar ārstiem vai ārstēties ambulatori, piemēram: *“sola lietot zāles un apmeklēt ārstu”, “pozitīvi uztver terapiju”, “plāno turpināt ārstēties”*. Savukārt izpratnes un kritikas trūkums konstatēts 23 % (35 gadījumi). Tie ir pacienti, kuri neuzskata sevi par slimiem, neizprot ārstēšanas nepieciešamību vai arī noliedz medikamentu nozīmi. Piemēri: *“sevi par slimu neuzskata”, “neizprot vajadzību”, “nav kritikas, neapjēdzīgs, aprūpējams”*. Šī pacientu grupa ārstēšanos uztver kā piespiedu pasākumu, nevis par nepieciešamību.

Secināms, ka tikai aptuveni katrs desmitais pacients demonstrē pilnvērtīgu izpratni par ārstēšanās nepieciešamību, kamēr katram ceturtajam tā pilnībā trūkst. Lielai daļai pacientu izpratne ir formāla vai tikai veidojas.

### 3.5. Ārstēšanas efektivitāte un prognoze

Pacienta līdzestība ārstēšanai un režīma ievērošana ir svarīgs rādītājs. Tā ļauj izvērtēt gan psihiskā stāvokļa stabilitāti, gan sabiedriskās bīstamības risku ilgtermiņā. **Informācija par ārstēšanas un režīma ievērošanu uz to brīdi** bija norādīta 122 gadījumos (80,3 %), bet 30 gadījumos (19,7 %) datu nebija.

5.tabula. Ārstēšanas un uzraudzības efektivitāte uz konslija brīdi

Kategorija	Gadījumu skaits	% no visiem gadījumiem	Piemēri
Ievēro režīmu	65	42,8 %	“Ievēro režīmu”, “medikamentus lieto bez iebildumiem”, “palīdz nodaļas personālam”, “regulāri apmeklē psihiatru”.
Formāli / pasīvi ievēro režīmu	19	12,5 %	“Pasīvs, bez iniciatīvas”, “rehabilitācijā nepiedalās”, “formāli ievēro, bet nepieciešama uzraudzība”.
Neievēro vai pārkāpj režīma nosacījumus	17	11,2 %	“Neierodas uz konsultācijām”, “lieto medikamentus pēc saviem ieskatiem”, “nepilda ārstēšanas ieteikumus”.
Agresīva / manipulējoša uzvedība	15	9,9 %	“Verbāli agresīvs”, “manipulatīvs, mēdz simulēt blakusparādības”, “lieto alkoholu MRPL laikā”.
Nevienmērīga vai disimulējoša uzvedība	6	3,9 %	“Apzināti neatklāj psihiskus traucējumus”, “Runā pretrunīgi, neatklāti”, “nespēj ievērot iekšējo kārtību”.
Nav datu	30	19,7 %	

Informācija par **pacienta attieksmi pret turpmāko ārstēšanos un līdzestību nākotnē** norādīta 75 gadījumos (49,3 %).

6.tabula. Ārstēšanas un uzraudzības efektivitāte nākotnē

Kategorija	Gadījumu skaits	% no visiem gadījumiem
Pozitīva attieksme / līdzestīgs	26	17,1 %
Daļēja / formāla līdzestība	12	7,9 %
Nelīdzestīgs / negatīva attieksme	21	13,8 %
Komentāri, kas drīzāk attiecas uz organizatoriskiem/apstākļu ierobežojumiem, nevis paša pacienta attieksmi	5	3,3 %
Nav informācija	77	50,7 %

Kategorijā “pozitīva attieksme/līdzestīgs” ietilpst gadījumi, kuros pacients grib un plāno turpināt ārstēties, apzinās nepieciešamību un sola sadarboties. Raksturīgākie formulējumi: *“noskaņots ārstēties, strādāt, nelietot alkoholu, narkotiskās vielas, noskaņots kārtot invaliditāti”*, *“zāles lieto bez iebildumiem, sola regulāri apmeklēt ambulatoro psihiatru un lietot zāles”*, *“apzinās nepieciešamību turpināt ārstēties”*, *”gatavs ambulatorai terapijai”*.

Kategorijā “daļēja/formāla līdzestība” ietilpst pacienti, kas it kā piekrīt ārstēties, vienlaikus nepastāvot izpratnei vai esot formālai attieksmei, bieži uzsvērta arī zema izpratne par terapijas nozīmi. Formulējumi: *“daļēja līdzestība”*, *“zāles iedzer, tomēr nav izpratnes par to nepieciešamību”*, *“formāli piekrīt nepieciešamību lietot zāles”*, *“maz izpratnes par medikamentu lietošanu”* u.c.

“Nelīdzestīgi / negatīva attieksme” kategorijā ietilpst pacienti, kuri ir izteikti nelīdzestīgi, izvairās no ārstēšanas, apstrīd tās nepieciešamību vai sistemātiski pārkāpj režīmu un/vai terapiju. Tipiskākie ieraksti: *“nav līdzestības”*, *“uzskata, ka ārstēšana ir formalitāte, kuru var ignorēt”*, *“medikamentus lieto pēc saviem ieskatiem, eksperimentē”*, *“nepatika un aizdomīgums pret terapiju, periodiski apstrīd terapijas nepieciešamību”*, *“epizodiski pārtrauc lietot medikamentus”*.

Pārējos gadījumos informācija vai nu attiecas uz organizatoriskiem apstākļiem (piemēram, ārstēšanās turpināšana vispārējā tipa slimnīcā), vai vispār nav norādīta.

Dati par **nākotnes plāniem un to realizāciju** konsīlijos bija skaidri norādīti 36 gadījumos no 152 (23,7 %). Pārējos gadījumos informācija par nākotnes plāniem nebija aprakstīta vai bija minēta tikai netieši.

7.tabula. Nākotnes plānu realizējamība un sociālās adaptācijas iespējas.

Kategorija	Gadījumu skaits (% no visiem gadījumiem)	Raksturojums	Piemēri
Reāli un adaptīvi nākotnes plāni	15 (9,9 %)	Pacienti, kuriem ir konkrēti, reāli īstenojami plāni par dzīvesvietu, darbu, ārstēšanās turpināšanu un sociālo integrāciju.	<i>“Veido konkrētus plānus par dzīvesvietu, darba meklējumiem”, “plāno dzīvot ar vecākiem, lietot terapiju”, “iespēju robežās meklēs darbu, palīdzēs mātei”, “plāno piestrādāt par apsargu”.</i>
Daļēji reāli / ierobežoti plāni	7 (4,6 %)	Pacienti, kuriem kaut kādi plāni ir, bet tie ir ļoti šauri, balstās pārsvarā uz institucionālo vidi vai ir izteikti atkarīgi no apkārtējo atbalsta.	<i>“Vēlētos dzīvot pansionātā, strādāt neplāno”, “noskaņots izrakstīties”, “prasās uz mājām plaut zāli”, “varētu stāties pansionātā, jo mājās bieži esot skaļi”, “vēlas dzīvot SAC”.</i>
Nav plānu / nereāli plāni / izteikta dezadaptācija	11 (7,2 %)	Pacienti, kuriem nav vispār nekādu nākotnes plānu, plāni ir nereāli vai balstīti uz fantāzijām vai arī pacientam ir tik izteikta dezadaptācija vai neizpratne, ka plānus objektīvi nevar uzskatīt par realizējamiem.	<i>“Neadekvāti plāni, kas balstās uz fantāzijām”, “disimulējošs, piesardzīgs, ar ārstiem melīgs”, “sūta ārstiem e-pastus par alkohola pozitīvu ietekmi”, “nereāli plāni, jo trūkst izpratnes par sadzīvisku un sociālo adaptāciju”.</i>
Reāli plāni, bet būtiski sociālās vides šķēršļi	3 (2 %)	Pacienti, kuri potenciāli varētu veidot reālus plānus, bet sociālā vide šobrīd objektīvi ir nelabvēlīga.	<i>“Šobrīd nav dzīvesvietas, kur atgriezties”, “radnieki nav gatavi uzņemt mājās”, “nav piemērotas sociālās vides, kur atgriezties”.</i>

### 3.6. Pacienta procesuālā spēja

Pacienta spēja piedalīties tiesas sēdē vai citās procesuālajās darbībās ir viens no būtiskākajiem aspektiem MRPL izvērtēšanas procesā, jo tā nosaka, vai persona var pilnvērtīgi īstenot savas procesuālās tiesības. Analizējot konsīliju datus, informācija par procesuālo spēju bija norādīta lielākajā daļā gadījumu.

**8.tabula. Pacientu dalība procesuālajās darbībās (t.sk. tiesas sēdē)**

Kategorija	Gadījumu skaits	% no visiem gadījumiem
Var piedalīties procesuālajās darbībās (t.sk. tiesas sēdē)	133	87,5 %
Piedalīšanās procesuālajās darbībās nav lietderīga	1	0,7 %
Nevar piedalīties procesuālajās darbībās	11	7,2 %
Nav datu	7	4,6 %

No 12 gadījumiem, kuros piedalīšanās tiesas sēdē nebija iespējama vai tika uzskatīta par nelietderīgu, 8 gadījumos bija sniegts klīniskais pamatojums. Analīzē identificētas trīs galvenās pamatojuma kategorijas, kas atspoguļo dažādus psihiskā stāvokļa traucējumu aspektus:

1. **Kognitīvo spēju un izpratnes trūkums.** Pamatojumos bieži norādīts, ka pacients “*nesaprot tiesas sēdes būtību un nozīmi*” vai “*nespēj pārstāvēt savas intereses*”.
2. **Emocionālā vai psihiskā nestabilitāte.** Vairākos gadījumos norādīts, ka “*tiesas process var destabilizēt psihisko stāvokli*” vai “*rada trauksmi un aizdomas, kas var veicināt psihotiskās simptomātikas saasinājumu*”.
3. **Veselības stāvoklis.** Atsevišķos gadījumos norādīts, ka pacienta “*veselības stāvoklis liedz spēju personīgi piedalīties tiesas sēdē*”.

87,5 % pacientu var piedalīties procesuālajās darbībās, kas norāda, ka lielākā daļa MRPL pacientu saglabā minimāli nepieciešamās kognitīvās un kritiskās spējas.

#### 4. Psihiskais stāvoklis un dalība procesuālajās darbībās

Iepriekš analizēta 2024. gada statistika ārstu konsīlijos Nacionālajā psihiskās veselības centrā, Valsts SIA un VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža”” veiktie pacientu izvērtējumi, kuros tostarp aktualizēts jautājums par pacienta piedalīšanos tiesas sēdē. Lai arī tiesu ekspertīžu dati ir konfidenciāli, tomēr ekspertu prakse liecina, ka līdzīgas diagnozes un līdzīgās proporcijās (skat. 4.tabulu) sastopamas arī pacientiem, par kuriem ekspertiem jālemj jautājums par dalību procesuālajās darbībās. Vienlaikus gadījumu skaita un proporciju uzskaitē ir tikai aprakstoša statistika, kas neļauj izdarīt

drošticamus secinājums. Lai arī šī metodiskā materiāla tapšanas laikā netiks veikts zinātnisks pētījums, nepieciešams analizēt secinošās statistikas datus zinātniskajā literatūrā. Ņemot vērā minēto, šajā nodaļā tiks veikta zinātnisko pētījumu analīze par tām psihiatriskajām diagnozēm un blakus faktoriem, kas visbiežāk ierobežo cilvēka piedalīšanos procesuālajās darbībās.

Viens no vērienīgākajiem pētījumiem par dalības procesuālajās darbībās izvērtējumu ir Pirelli un kolēģu veiktā metaanalīze,<sup>18</sup> kur summārais respondentu skaits visos pētījumos kopā pārsniedza 26 tūkstošus. Pētnieki pēc diagnozēm un sociāli demogrāfiskiem rādītājiem salīdzināja respondentus, kuriem nebija rekomendēta dalība tiesā (n = 6 428), ar tādiem, kuriem dalība tiesā bija rekomendēta (n = 19 711). Pētījuma nozīmīgās atziņas aplūkojamas 9. tabulā.

**9.tabula. Personu, kam nav/ ir rekomendējama dalība tiesas sēdēs klīniskais un sociāli demogrāfiskais raksturojums.<sup>19\*</sup>**

<i>Raksturlielums</i>	<i>Nerekomendē piedalīties tiesas sēdē (n = 6 428)</i>	<i>Rekomendē piedalīties tiesas sēdē (n = 19 711)</i>
Vecums (vidējais)	35,0	31,8
% vīrieši	84,1	81,9
% bezdarbnieki	70,8	58,2
% neprecēti	84,0	77,3
Izglītības līmenis (gados)	10,4	10,5
Diagnoze:		
% ar psihotiskiem traucējumiem	66,5	22,2
% ar personības traucējumiem	8,2	27,9
% ar vielu lietošanas traucējumiem	13,0	22,0
% ar garstāvokļa traucējumiem	13,4	13,4
% ar intelektuālās attīstības traucējumiem	7,5	5,2
Iepriekšējās hospitalizācijas:		
% ar iepriekšēju psihiatrisko hospitalizāciju	53,4	32,3
Iepriekšēji kompetences izvērtējumi:		
% ar iepriekšēju kompetences novērtējumu	23,6	25,9
Krimināla uzvedība:		

<sup>18</sup> Pirelli, G., Gottdiener, W. H., & Zapf, P. A. (2011). *A meta-analytic review of competency to stand trial research*. Psychology, Public Policy, and Law, 17(1), 1–53.

<sup>19</sup> Pirelli, G., Gottdiener, W. H., & Zapf, P. A. (2011). *A meta-analytic review of competency to stand trial research*. Psychology, Public Policy, and Law, 17(1), 1–53.

% ar iepriekšēju ieslodzījumu	59,6	63,4
% ar aktuālu vardarbīgu noziegumu	50,8	55,1

\* tabulā attēlotās vidējās vērtības (izņemot vecumu un izglītību) ir procentuālas. Tas nozīmē, piemēram, ka 66,5% no personām, kurām nebija rekomendēta dalība tiesas sēdē, bija diagnosticēti psihotiski traucējumi iepretī 22,2% procentiem otrā grupā.

Galvenie pētījuma rezultāti ir tādi, ka cilvēki, kuriem **nerekomendē** dalību tiesas sēdē biežāk ir nedaudz **vecāki**, biežāk **bezdarbnieki**, biežāk **neprecēti**, taču vislielākās atšķirības ir ar psihiatriju saistītajos rādītājos, proti, personām, kurām nerekomendē dalību tiesas sēdē biežāk ir **psihotiski traucējumi** un **iepriekšējas hospitalizācijas**. Pacientiem ar psihotisku traucējumu diagnozi ir 8 reizes lielāka varbūtība nepiedalīties procesuālajās darbībās, salīdzinot ar pacientiem bez šādiem traucējumiem. Kā arī pacientiem ar iepriekšēju hospitalizāciju ir 2 reizes lielāka varbūtība nepiedalīties procesuālajās darbībās. Šo abu rādītāju saturs, kā arī demogrāfisko faktoru analīze liek domāt, ka kopumā smagāku un hroniskas norises traucējumu dēļ, šādiem pacientiem biežāk netiek rekomendēta dalība procesuālajās darbībās.

Kā citas diagnozes, kas var ierobežot personas kompetenci tiesā tiek minēti **personības traucējumi**, taču Latvijas praksē tā ir ļoti reta situācija. Iespējams, tas skaidrojams ar to, ka ASV lietotā DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) rokasgrāmatā (2022) kā personības traucējumi tiek klasificēti šizotipiski traucējumi, kas Latvijā lietotajā SSK-10 atrodami sadaļā “Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29)”.

Papildus, kā dalību tiesas sēdē ierobežojoša diagnoze reizēm mēdz būt **vielu atkarības**, taču biežāk personas ar šādiem traucējumiem piedalās procesuālajās darbībās. Faktiski vienādās proporcijās rekomendācijas piedalīties un nepiedalīties tiek izteiktas **garastāvokļa traucējumiem**, kā arī **garīgas attīstības traucējumiem**.

Ņemot vērā šo zinātnisko analīzi, kā arī metodisko materiālu darba grupas ekspertu pieredzi un profesionālās zināšanas, turpmāk kā potenciāli ierobežojoši stāvokļi dalībai tiesas sēdē tiks aprakstīti:

- Psihoze
- Demence
- Intelektuālās attīstības traucējumi
- Aptumšotas apziņas stāvokļi

- Garastāvokļa traucējumi

#### 4.1. Psihoze

Psihoze pēc būtības ir simptomu kopums, kas var attīstīties gan pie psihiskām slimībām vai traucējumiem (piemēram, šizofrēnijas), gan apreibinošo vielu lietošanas rezultātā, vai kā smagu galvas traumu sekas utt. Tās ietekmē prātu līdz stāvoklim, kad tiek zaudēts kontakts ar realitāti. Psihozes epizodes laikā pacienta domāšanas un uztveres funkcijas ir difūzi traucētas (plaši, nenoteiktā vietā skartas), un viņam var būt grūtības atpazīt, kas ir īstenībai atbilstošs un kas nav. Varētu teikt, ka psihozes laikā pacients atrodas “savā realitātē” un darbojas atbilstoši kļūdainām pārliecībām par apkārt notiekošo. Citas pazīmes var būt nesakarīga vai bezjēdzīga runa un uzvedība, kas nav piemērota situācijai. Līdz ar to, psihozes laikā pacienta spējas piedalīties procesuālajās darbībās būs ierobežotas.<sup>20</sup>

Psihozes galvenie komponenti ir domāšanas un uztveres traucējumi, tomēr pasvītrojams, ka atsevišķi simptomi individuāli neietekmē pacienta spēju piedalīties procesuālās darbībās (piemēram, atsevišķu murgainu domu vai halucināciju esamība), bet svarīgs ir šo simptomu kopums, to vispārēja ietekme uz pacienta funkcionēšanu.

Domāšanas traucējumi iedalās divos tipos – pēc formas (formālie) un pēc satura. Formālie domāšanas traucējumi var izpausties kā:

- paātrināta vai palēnināta domāšana;
- saraustīta, nesakarīga (bez loģiskas sasaistes) domāšana;
- noslīdoša domāšana (nepamatota pāreja no vienas domas un otru);
- pārtraukta domāšana (pēkšņa domāšanas procesa apstāšanās, “tukšums galvā”);
- rezonējoša domāšana (pārslogota ar detaļām, pēc būtības tukša spriedelēšana);
- perseverējoša domāšana (vienas un tās pašas domas atkārtošana, neskatoties uz sarunas tematikas maiņu);
- stereotipiska domāšana (vienu un to pašu vārdu, frāžu atkārtošana);
- simboliska domāšana (piešķirot vienkāršiem vārdiem slēptu nozīmi, kas ir izprotama tikai pacientam).

---

<sup>20</sup> The National Institute of Mental Health. *Understanding Psychosis*. Pieejams: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis>.

Domāšanas traucējumi pēc satura ir īstenībai neatbilstošas aplamas domas, idejas, par kuru patiesumu pacients ir pārliecināts:

- uzmācīgas idejas (nepārvaramas domas, no kurām nevar atbrīvoties);
- pārvērtēšanas idejas (pārliecības, kas ieņem centrālo lomu cilvēka uztverē, bet nerasniedz murgu līmeni);
- murgi (noturīgas, kļūdainas, realitātei neatbilstošas pārliecības);
- paralogiska domāšana (loģikas spriešanas kļūdas).

Uztveres traucējumi, savukārt, ir kļūdas sensorās informācijas apstrādē, kuru rezultātā pacients kļūdaini (izmainītā veidā) uztver apkārt notiekošo:

- halucinācijas (neeksistējošo objektu, skaņu, sajūtu uztvere);
- derealizācija (apkārtējās pasaules izmainīta uztvere);
- depersonalizācija (sevis izmainīta uztvere).

Visu augstāk aprakstīto simptomu raksturs ir jāizvērtē individuāli pacientam un situācijai. Ārsta kompetencē ir noteikt, vai konkrētie simptomi attiecīgajos apstākļos traucē pacientam piedalīties procesuālajās darbībās.

Jāpasvīturo, ka psihoze ir pārejošais stāvoklis, līdz ar to ir sagaidāms pacienta stāvokļa uzlabojums ārstējoties, un ir būtiski uzsvērt šāda pacienta aprakstā – pacienta spēja piedalīties procesuālajās darbībās var tikt atjaunota. Papildus par dalības procesuālajās darbībās atjaunošanu skat.8 sadaļā.

## 4.2. Demence

Demence ir progresējošs process, kas izpaužas ar neatgriezenisku atmiņas, valodas, loģiskās domāšanas un citu kognitīvo funkciju pasliktināšanos.<sup>21,22</sup> Tās rezultātā pacients zaudē neatkarību un kļūst pilnīgi atkarīgs no citiem cilvēkiem ikdienas pašaprūpes darbībās, tostarp ēšanā, gērbšanās un personīgajā higiēnā.<sup>23</sup> Pacientiem, atkarībā no demences izpausmju smaguma, tiek novērota dezorientācija

---

<sup>21</sup> American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC.

<sup>22</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs: aktuālā starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija. Pieejama: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk>. [sk. 26.10.2025.].

<sup>23</sup> Emmady PD, Schoo C, Tadi P. *Major Neurocognitive Disorder (Dementia)* [Updated 2022 Nov 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.

vietā, laikā, arī savā personībā, valodas un komunikācijas traucējumi un traucēta spriestspēja, tai pat laikā apziņai paliekot skaidrai.<sup>24</sup> Demencei progresējot, funkcionālās spējas un sociālā mijiedarbība ir teju pilnībā zaudētas.<sup>25</sup>

Pacientiem ar progresējošu demenci novērojams īstermiņa atmiņas zudums, ko bieži papildina nespēja atpazīt savus tuviniekus vai pazīstamu vidi; valodas un runas sapratne ir būtiski traucēta, runa kļūst ierobežota ar dažiem vārdiem vai frāzēm, kļūst neskaidra un grūti saprotama.<sup>26</sup> Argumentācijas spējas un loģiskā domāšana gandrīz pilnībā zūd, turklāt ir nozīmīgi cieš izpildfunkcijas (*executive functioning*, kas ietver plānošanu un organizēšanu, problēmu risināšanu, lēmumu pieņemšanu, uzdevumu uzsākšanu un pabeigšanu un kļūdu labošanu) – pacienti ir dezorientēti laikā, vietā un personā, nespējot iesaistīties mērķtiecīgās darbībās. Bieži tiek novērota emocionālā nestabilitāte, aizkaitināmība un uzbudināmība; novēro arī tādus uzvedības traucējumus kā klaiņošanu, agresiju vai pretestību pret aprūpi.<sup>27</sup> Demences gaitā bieži attīstās arī komplikācijas, tostarp malnutrīcija (nepietiekams vai nesabalansēts uzturs, kas izraisa uzturvielu deficītu un veselības traucējumus), pneimonija un izgulējumi, kas ir saistītas ar augstu mirstības risku.<sup>28</sup>

Tādējādi progresējošas demences klīniskie simptomi ir:

- izteikts īstermiņa un ilgtermiņa atmiņas zudums;
- dezorientācija laikā, vietā, personā;
- runas traucējumi (ierobežots vārdu krājums);
- loģiskās domāšanas un spriestspējas zudums;
- emocionāla labilitāte, apātija vai aizkaitināmība;
- uzvedības traucējumi (klaiņošana, agresija, pretestība aprūpei);
- pašaprūpes spēju zudums, atkarība no citiem;
- somatiskas komplikācijas (malnutrīcija, pneimonija, izgulējumi).

---

<sup>24</sup> Mitchell, S. L. (2015). *Advanced dementia*. New England Journal of Medicine, 372(26), 2533–2540. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1412652>.

<sup>25</sup> Hugo J, Ganguli M. *Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment*. Clin Geriatr Med. 2014 Aug;30(3):421-42. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.001. Epub 2014 Jun 12. PMID: 25037289; PMCID: PMC4104432.

<sup>26</sup> American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC.

<sup>27</sup> Mitchell, S. L. (2015). *Advanced dementia*. New England Journal of Medicine, 372(26), 2533–2540. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1412652>.

<sup>28</sup> Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L., & Hamel, M. B. (2009). *The clinical course of advanced dementia*. New England Journal of Medicine, 361(16), 1529–1538. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902234>.

Izvērtējot šos simptomus, to izpausmes, dziļumu un kombinācijas, var izdarīt secinājumus par pacienta spēju piedalīties procesuālajās darbībās, jo demences sākumstadijās šādas spējas var būt saglabātas.

### 4.3. Intelektuālās attīstības traucējumi

Pacientiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, atkarībā no to smaguma un izpausmēm, ir ierobežota izpratne par notiekošajiem procesiem un minimālas problēmu risināšanas spējas.<sup>29,30</sup> Raksturīgi ir to iemaņu traucējumi, kas parādās attīstības periodā, un iespaido vispārējo intelekta līmeni, t.i., kognitīvās, valodas, motoriskās un sociālās iemaņas.

Atkarībā no traucējumu smaguma, var būt ievērojami aizkavēta valodas attīstība, vai runāšana nav attīstījusies vispār. Daži pacienti spēj sarunā lietot tikai atsevišķus vārdus vai īsas frāzes, bet citi galvenokārt paļaujas uz neverbālu saziņu, izmantojot skaņas vai žestus. Valodas izpratne ir traucēta, sarunām bieži vien aprobežojoties ar pamatvajadzībām vai emociju izpausmi.<sup>31</sup> Pacientu emocionālās izpausmes var būt pārlieku pārspīlētas vai bērnišķīgas; pacienti bieži vien ir viegli ietekmējami. Var rasties arī dažādi uzvedības traucējumi, piemēram, pašstimulējoša darbība, dusmu izvirdumi vai paškaitējums, īpaši stresa situācijās.<sup>32</sup> Domāšanas procesos arī būs dažāda veida traucējumi, piemēram, domāšanas funkcijas var būt palēninātas, neproduktīvas, spriestspēja var būt izteikti konkrēta, infantila vai vispārēji iztrūkstoša.

Novērojami arī adaptīvo funkciju traucējumi - pacientiem bieži ir nepieciešama nepārtraukta uzraudzība un palīdzība ikdienas aktivitātēs (ēšanā, apģērbšanās, personīgajā higiēnā). Motoriskā attīstība var būt aizkavēta, bieži novērojot neiroloģiskas vai somatiskas komorbiditātes (piemēram, epilepsija).<sup>33</sup> Neskatoties uz

---

<sup>29</sup> American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC.

<sup>30</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs: aktuālā starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija. Pieejama: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk>. [sk. 26.10.2025.].

<sup>31</sup> National Center for Biotechnology Information. (2023). *Intellectual Disability Overview*. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563209/>.

<sup>32</sup> Matson, J. L., & Sturmey, P. (2011). *International Review of Research in Developmental Disabilities* (Vol. 41). Academic Press.

<sup>33</sup> National Institute of Child Health and Human Development. (2022). *Intellectual and Developmental Disabilities (IDDs): Condition Information*. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/idds>.

visiem minētajiem ierobežojumiem, daudzi pacienti ar intensīvu aprūpi un uzvedības intervenci, var sasniegt daļēju autonomiju vienkāršos vai ļoti vienkāršos uzdevumos.<sup>34</sup>

Atkarībā no intelektuālo attīstības traucējumu smaguma, izdala 4 tipus:

1. Viegla garīga atpalcība – IQ starp 50 un 69
2. Vidēji smaga garīga atpalcība – IQ starp 35 un 49
3. Smaga garīga atpalcība – IQ starp 24 un 30
4. Dziļa garīga atpalcība – IQ zem 20

Sakarā ar to, ka katrs traucējumu tips ir aprakstāms ar IQ intervāliem, nevar viennozīmīgi prognozēt katra pacienta individuālas spējas tikai balstoties uz noteiktas diagnozes esamību. Tā, piemēram, pacientam ar vieglu garīgu atpalcību, kas ir zemas subnormalitātes (zem normas līmeņa esoša intelektuālā attīstība) līmenī un vieglu garīgu atpalcību, kas robežojās ar vidēji smagu atpalcības formu, būs dažādas spējas izprast procesuālas darbības. Rekomendējams izvērtēt pacienta individuālo sapratni, uzdodot precizējošus jautājumus, izglītojot. Papildus atzinumā var norādīt procesuālās dalības ierobežojošus apstākļus un ieteikumus to korekcijai (skatīt 6.sadaļu Rekomendācijas par ārsta speciālista vai ārstu konsīlija atzinuma saturu).

#### 4.4. Aptumšotas apziņas stāvoklis

Aptumšotas apziņas stāvokli raksturo atrautība no ārpasaules, kas izpaužas kā pastāvīgās psiholoģiskās saiknes pārtrūkšana ar apkārtējo reālo pasauli, cilvēkiem, priekšmetiem un notikumiem. Slimnieks arvien vairāk attālinās no ārpasaules, iegrimst sevī un nonāk savu iekšējo pārdzīvojumu varā. Šim stāvoklim bieži pievienojas dezorientācija – sākotnēji laikā, bet smagākos gadījumos arī telpā, retāk – personībā. Vērojama arī fragmentāra domāšana – pacients zaudē spēju aptvert un analizēt reālo situāciju, notikumus un savu stāvokli kopumā. Spriedumi kļūst sadrumstaloti, nepamatoti, pavirši, aplami un neatbilstoši situācijai. Pēc psihiskā stāvokļa uzlabošanās konstatē amnēziju (atmiņu zudumu, neesamību) par neskaidrās apziņas periodu, jo šajā laikā pacientam bija zudusi spēja iegaumēt un koncentrēties. Tādēļ viņš šo periodu vai

---

<sup>34</sup> World Health Organization. (2022). ICD-11: 6A00.1 *Severe intellectual developmental disorder*. <https://icd.who.int>.

nu neatceras vispār, vai atceras tikai fragmentāri. Nereti pacients spēj aprakstīt pārdzīvotos psihotiskos iespaidus, taču neatceras reāli notikušo.

Viens no biežākajiem aptumšotas apziņas stāvokļiem ir delīrijs. Delīrijs ir akūts aptumšotas apziņas stāvoklis, kam raksturīgas pēkšņas izmaiņas uzmanībā, orientācijā un izziņas procesos.<sup>35,36</sup> Delīrija simptomi parasti parādās pēkšņi un mainās dienas laikā – tie var uz brīdi mazināties, bet vakarā vai nakts laikā atkal pastiprināties.<sup>37</sup> Pacienti kļūst dezorientēti laikā un vietā, viņiem ir grūtības noturēt uzmanību un saprast apkārt notiekošos procesus. Apziņa ir aptumšota, un uztveres traucējumi bieži izpaužas kā vizuālās halucinācijas.

Delīrija gadījumā kognitīvie traucējumi ietver īslaicīgas atmiņas zudumu, domāšanas traucējumus un nesakarīgu runu. Pacienta valoda var būt saraustīta, domas – pilnībā nesakarīgas un strauji mainīgas, reizēm novērojamas bailes.<sup>38</sup> Emocionālā sfēra ir ļoti nestabila – afekta stāvoklis mainās no nemiera un bailēm līdz apātijai vai apjukumam. Bieži ir novērojams arī psihomotors uzbudinājums, agresija, vai tieši pretēji - apātija, kas var mainīties pat dažu stundu laikā.<sup>39</sup>

Tostarp delīrijam ir raksturīgas redzes ilūzijas, īpaši fantastiskas ilūzijas jeb pareidolijas, kā arī redzes halucinācijas. Tām var pievienoties arī dzirdes un taustes ilūzijas, redzes halucinācijas un akūti tēlainie murgi. Šie traucējumi parasti sākas vai pastiprinās vakaros un naktīs, savukārt dienas laikā to intensitāte mazinās vai pilnībā izzūd. Delīrija pacientiem būtiski samazinās funkcionālās spējas, tādējādi viņiem nepieciešama pastāvīga uzraudzība, jo ir paaugstināts kritienu vai paškaitējuma risks.<sup>40</sup> Pēc apziņas uzlabošanās simptomi var pakāpeniski mazināties, vienlaikus gados

---

<sup>35</sup> American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC.

<sup>36</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs: aktuālā starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija. Pieejama: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk>. [sk. 26.10.2025.].

<sup>37</sup> National Center for Biotechnology Information. (2023). *Delirium*. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>.

<sup>38</sup> Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). *Delirium in elderly people*. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1).

<sup>39</sup> Maldonado, J. R. (2017). *Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(11), 1428–1457. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>.

<sup>40</sup> Oh, E. S., & Fong, T. G. (2022). *Delirium*. *New England Journal of Medicine*, 387(19), 1781–1792. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2203577>

vecākiem pacientiem vai pacientiem ar demenci delīrijs bieži atstāj paliekošas kognitīvās sekas.

Jāpiemin arī citi aptumšotas apziņas stāvokļi, piemēram, amence. Šim stāvoklim raksturīgs izteikts apjukums un nesakarīga, sajukusi domāšana – pacients nespēj saprast apkārt notiekošo vai orientēties vidē. Viņš izskatās apjucis, dezorientēts, bezpalīdzīgs, ar klejojošu acu skatienu, nespēj koncentrēt uzmanību, un kontakts ar pacientu nav iespējams. No viņa nav iespējams iegūt datus. Spontānā runa sastāv no īsiem, vienkāršiem, automatizētiem izteicieniem, pārsvarā no lietvārdiem un darbības vārdiem. Garastāvoklis ir izteikti labils, un lucīdu logu (periodu ar skaidrāku apziņu) nav. Dažkārt var parādīties īslaicīgi katatoni uzbudinājumi vai stupori.

Vēl viens aptumšotas apziņas stāvokļa veids ir krēslas apziņas stāvoklis. Tas iestājas pēkšņi un tikpat pēkšņi arī izbeidzas, parasti ilgst no dažām minūtēm līdz vairākām stundām, retāk dienām. Pēc šī stāvokļa beigām iestājas pilnīga amnēzija. Krēslas apziņas laikā pilnībā zūd kontakts ar apkārtējiem, pacients parasti ir kluss, taču tajā pašā laikā spēj veikt automatizētas, sarežģītas motoras darbības. Nereti novēro murgus un halucinācijas, un psihotiskie simptomi var kombinēties ar motorisku nemieru. Par pacienta pārdzīvojumiem šajā laikā iespējams spriest tikai pēc viņa rīcības, jo pats pacients pēc tam notikumus neatceras vispār.

Apdullums ir aptumšotas apziņas stāvokļa veids, kam raksturīgs paaugstināts uzbudināmības sliekšnis. Pacients ir mazkustīgs vai pilnīgi nekustīgs, sejas izteiksme – truli vienaldzīga. Apziņa ir tukša, psihopatoloģiskas produkcijas nav. Parasti dominē eiforija vai vienaldzība. Pacients var ilgstoši saglabāt vienu un to pašu pozu, notiekošo uztver tikai fragmentāri, un pēc stāvokļa izbeigšanās par notikušo nav nekādu atmiņu. Obnubilācija tiek uzskatīta par vieglāku apdulluma formu, savukārt somnolence (pastiprināta miegainība, grūtības uztvert nomodu) nereti novērojama pēc apdulluma perioda beigām.

Oneiroīds ir aptumšotas apziņas stāvoklis, kam raksturīga sapņveidīga, fantastiska iekšējo pārdzīvojumu pasaule ar izteiktām depersonalizācijas un derealizācijas parādībām. Pacients it kā dzīvo dramatisku, bieži kosmisku vai mītisku notikumu vidū, kuros viņš parasti ir vērotājs, retāk aktīvs dalībnieks. Oneiroīda attīstībā izšķir vairākas stadijas. Sākotnēji novērojama vispārsomatisko un afektīvo traucējumu

stadija, kurā parādās miega traucējumi, nogurums, vājums, adinamija (izteikts spēku un aktivitātes trūkums) un ēstgribas izmaiņas; šī stadija var ilgt vairākus mēnešus. Tālāk seko murgainā afekta stadija, kas iestājas strauji un ilgst no dažām stundām līdz vairākām dienām; to raksturo intensīvi afektīvi traucējumi, sava “es” izjūtas izmaiņas un murgi. Nākamā ir afektīvi murgainā depersonalizācijas un derealizācijas stadija, ko dēvē arī par “inscenēšanas sindromu” vai “inscenēšanas murgiem”. Šajā posmā simptomi ir polimorfī un mainīgi – pacients piedzīvo scēniski dramatiskus, fantastiska satura notikumus, kas norisinās kā sapnī vai iztēles filmā. Pēc stāvokļa pāriešanas pacients parasti spēj atcerēties notikumus, ko piedzīvojis oneiroīdā. Šis sindroms visbiežāk sastopams šizofrēnijas, retāk – organisku vai toksisku psihožu gadījumā.

Sopors jeb prekomatozs stāvoklis ir smags apziņas aptumšojuma veids, kurā kontakts ar pacientu nav iespējams. Ir saglabājušās tikai reflektorās atbildes reakcijas – normālie refleksi vēl pastāv, taču bieži parādās arī patoloģiskie refleksi. Koma ir dziļākais apziņas aptumšojuma stāvoklis. Šajā fāzē visi aizsargrefleksi ir izzuduši, un pēc komas beigšanās par šo periodu nekādas atmiņas nesaglabājas.

Aptumšotas apziņas stāvokļu kopējie simptomi:

- atrautība no ār pasaules – zūd psiholoģiskā saikne ar apkārtējo realitāti, cilvēkiem un notikumiem.
- dezorientācija laikā, telpā un personībā – nespēja saprast, kur un kad cilvēks atrodas, vai kas viņš ir.
- fragmentāra un nesakarīga domāšana – spriedumi kļūst sadrumstaloti, nepamatoti un neatbilstoši situācijai.
- uzmanības un uztveres traucējumi – nespēja noturēt uzmanību, fragmentāra realitātes uztvere.
- halucinācijas un ilūzijas – biežāk redzes, retāk dzirdes vai taustes, nereti fantastiska satura.
- psihomotoras izmaiņas – no uzbudinājuma un motoriska nemiera līdz apātijai vai nekustīgumam.
- afektīva labilitāte – straujas garastāvokļa svārstības starp nemieru, bailēm, eiforiju un vienaldzību.
- amnēzija par stāvokļa periodu – pēc uzlabošanās pacients neatceras notikušo vai atceras tikai fragmentāri.

#### 4.5. Garastāvokļa traucējumi

Garastāvokļa izmaiņas vai traucējumi plašākā nozīmē neliedz pacientam piedalīties procesuālajās darbībās. Tomēr izteikto garastāvokļa svārstību rezultātā smagas depresijas vai mānijas izpausmes var traucēt spēju saprast procesuālo darbību būtību un piedalīties tajās.

Mānijas gadījumā garastāvoklis ir pacilāts, izteikti eiforisks, neatbilstošs pacienta apkārtējiem apstākļiem, un var mainīties no bezrūpīgas jautrības līdz gandrīz nekontrolējamam uzbudinājumam. Pacilātību pavada pastiprināta enerģija, kas izpaužas pārmērīgā aktivitātē, runas plūdus un samazinātā vajadzībā pēc miega. Grūti koncentrēties, bieži ir liela izklaidība, paātrināta domāšana. Sevis novērtējums parasti ir paaugstināts ar lieluma idejām un pārmērīgu pašpaļāvību, familiaritāti, seksuālo atkavētību. Normālas sociālas aiztures zudums var novest pie vieglprātīgas, pārdrošas situācijai neadekvātas uzvedības, kas neatbilst pacienta raksturam. Mānijas periodā cilvēkam nav kritikas par savu rīcību un emocionālo stāvokli.<sup>41</sup>

No iepriekšminētā izriet, ka mānijas klīniskie simptomi ir:

- izteikti pacilāts garastāvoklis
- pastiprināta enerģija
- pārmērīgā aktivitāte
- paātrināta runa
- samazinātā vajadzībā pēc miega
- grūtības koncentrēties
- paātrināta domāšana
- neadekvāti paaugstināts pašvērtējums

Depresija vai tās izpausmes arī lielākoties nav saistīta ar nespēju piedalīties procesuālajās darbībās, ja vien tās izpausmes neatbilst smagas depresijas pakāpei. Šādā gadījumā pacients cieš no izteikti nomākta garastāvokļa, enerģijas un aktivitātes izteiktās samazināšanās, nogurdināmības pat pie minimālas piepūles. Papildus bieži ir izteikti miega traucējumi līdz bezmiegam. Gandrīz vienmēr ir zems pašnovērtējums,

---

<sup>41</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs: *starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija*, 10. redakcija. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_118](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_118) un <https://www.spkc.gov.lv/lv/bipolari-afektivi-traucejumi>

savas vainas vai mazvērtības idejas. Biežas ir suicidālas domas un rīcība. Gadījumā, ja smaga depresija papildus izpaužas ar psihotiskiem simptomiem, pievienojas halucinācijas, murgi un tik smaga psihomotoriska kavēšana vai stupors, kas padara neiespējamu pat parastu ikdienas pienākumu veikšanu. Šādas izpausmes uzskatāmas par dzīvību apdraudošām sakarā ar suicīda, dehidratācijas vai badošanas draudiem.<sup>42</sup>

No iepriekšminētā izriet, ka smagas depresijas klīniskie simptomi ir:

- izteikti nomākts garastāvoklis
- enerģijas un aktivitātes izteikta samazināšanās
- izteikti miega traucējumi līdz bezmiegam
- savas vainas vai mazvērtības idejas
- suicidālas domas un rīcība

Gan mānijas, gan smagi depresijas stāvokļi ir uzskatāmi par pārejošiem, līdz ar to ir sagaidāms pacienta stāvokļa uzlabojums ārstējoties, ko var uzsvērt pie šāda pacienta apraksta – pacienta spēja piedalīties procesuālajās darbībās var atjaunoties. Papildus par dalības procesuālajās darbībās atjaunošanu skat.8 sadaļā.

## 5. Klīniskās intervijas rekomendācijas

Klīniskajai intervijai ar personu, kam jāvērtē MRPL nepieciešamība, rūpīgi jāsaprotas, iepazīstoties ar pieejamo juridisko un medicīnisko dokumentāciju, atbalsta personu (atkarībā no situācijas – medicīniskā personāla, ģimenes u.c.) sniegto informāciju. Klīniskā intervija jāveido ievērojot konstantu fokusu uz terapeitiskām attiecībām, saglabājot terapeitiskas robežas un intervijas struktūru. Tajā pat laikā intervijā jāsavienā elastīga pieeja, ņemot vērā intervējamās personas izglītību, personību, kultūras un dzīvesveida īpatnības. Intervijai jānotiek drošā, ērtā vidē, kur ir iespējams nodrošināt gan konfidencialitāti, gan drošību intervētājam. Nepilngadīgām personām vai personām ar būtiskiem kognitīviem traucējumiem var būt nepieciešama asistenta klātbūtne. Veidojot klīnisko interviju, intervētājam nepieciešams izvēlēties valodas konstrukciju, optimālu acu kontaktu, kas intervijas laikā ļautu saglabāt gan

---

<sup>42</sup> Slimību profilakses un kontroles centrs: *starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija*, 10.redakcija. Pieejams: [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_118](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_118)

cieņpilnu gaisotni, gan veidot interviju pēc iespējas informatīvāku. Klīniskie novērtējumi intervijas laikā jāveic pēc iespējas individualizēti, balstoties uz katra gadījuma unikālajiem faktoriem. Intervijas laikā ieteicams veikt rūpīgas piezīmes un tās saglabāt. Jāizvairās no subjektīvas attieksmes demonstrēšanas par intervējamā personību, izdarīto noziegumu.

**10. tabula. Intervijā uzdodamo jautājumu jomas un to saturs**

<b>Jautājumu joma</b>	<b>Saturs</b>
Psihiatriskais stāvoklis un simptomu vēsture	<ul style="list-style-type: none"> <li>– simptomu sākums</li> <li>– simptomu ilgums</li> <li>– simptomu smagums</li> <li>– hospitalizācijas</li> <li>– reakcija uz terapiju</li> <li>– ārstēšanas efektivitāte</li> <li>– remisijas vai uzlabojumi</li> <li>– traucējumu noturība</li> </ul>
Ģimenes anamnēze	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ģimene, kas audzināja personu</li> <li>– vecāku attiecības</li> <li>– dzīvesvietu maiņa</li> <li>– piedzīvotā vardarbība (emocionālā, fiziskā, seksuālā)</li> <li>– personas bērnības uztvere</li> </ul>
Attiecības bērnībā un pusaudžu vecumā	<ul style="list-style-type: none"> <li>– attiecības ar vecākiem</li> <li>– attiecības ar autoritātēm</li> <li>– attiecības ar vienaudžiem</li> </ul>
Izglītība un intelektuālā attīstība	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sekmes</li> <li>– sasniegumi</li> <li>– dzīves apstākļi skolas laikā</li> <li>– sociālās attiecības</li> <li>– intelektuālā attīstība</li> <li>– personības iezīmes</li> </ul>
Sociālā un profesionālā funkcionēšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>– personīgā, akadēmiskā, sociālā un profesionālā funkcionēšana</li> <li>– augstākie akadēmiskie sasniegumi</li> <li>– attiecības ar kolēģiem, sabiedrību</li> <li>– darba pienākumi, spēja tos ilgstoši pildīt</li> <li>– darba stabilitāte</li> </ul>
Somatiskā veselība	<ul style="list-style-type: none"> <li>– galvas traumas un sekas</li> <li>– endokrīnās un neiroloģiskās saslimšanas</li> <li>– hroniskas slimības (tostarp sāpes)</li> <li>– hospitalizācijas</li> <li>– medikamentu lietošana</li> <li>– attieksme pret veselību un ārstēšanu</li> </ul>
Atkarības	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pirmā lietošanas pieredze</li> <li>– dienas devas</li> <li>– simptomi un pazīmes</li> <li>– atkarības smagums</li> </ul>

	– saņemtā ārstēšana, attieksme pret to
Krimināltiesiskais konteksts – nozieguma uztvere un attieksme	– izpratne un attieksme pret konkrēto noziegumu – attiecības ar cietušo – agresijas izpausmes – refleksija par notikušo pirms, nozieguma laikā un pēc nozieguma
Krimināltiesiskais konteksts – seksuālā anamnēze (ja attiecināms un veikts seksuāla rakstura noziedzīgs nodarījums)	– seksuālās intereses un dzīvesveids

Intervijā jāietver jautājumi par psihiatrisko traucējumu vēsturi, vērtējot kontekstā ar esošiem psihiskiem traucējumiem, lai precizētu diagnozi un pamatotu ziņotos simptomus. Šeit jāiekļauj informācija par simptomu sākumu, ilgumu, smagumu, kā arī, vai to dēļ bija nepieciešama hospitalizācija/papildus ārstēšana. Jautājumi par reakciju uz ārstēšanu un remisiju vai uzlabošanos var palīdzēt novērtēt traucējumu noturību.

Intervijā jāietver jautājumi:

- jautājumi par ģimenes un slimību anamnēzi, viennozīmīgi tie jāiekļauj pirmajā intervijā ar personu, bet reizēm atkārtotās intervijās tas var būt nepieciešams, lai novērtētu personas uztveri un kognitīvās spējas. Jāveic izmeklēšana par personas ģimeni, kas audzināja personu, vai vecāki bija šķirti vai precējušies; vai ģimene bieži mainīja dzīvesvietu, piedzīvotā vardarbība – emocionālā, fiziska vai seksuāla, kā persona uztvēra savu bērnību, attiecības ar vecākiem, autoritātēm, vienaudžiem;
- jautājumi par skolas vecuma sekmēm, sasniegumiem, ģimenes un dzīves apstākļiem, spējām veidot sociālas attiecības īpaši nozīmīgi izvērtējot intelektuālo attīstību, personību;
- jautājumi, kas sniedz ilgtermiņa pārskatu par personīgu, akadēmisko, sociālo un profesionālo funkcionēšanu, kādi ir augstākie akadēmiskie sasniegumiem. Kā veidotas savstarpējas attiecības ar ģimeni, darba kolēģiem, kopumā sabiedrības locekļiem. Darba pienākumi, to raksturs, spējas ilgstoši pildīt darba pienākumus;

- jautājumi par psihoemocionālām traumām, to pārvarēšanas mehānismiem, tālāku ietekmi uz personas funkcionēšanu. Iepriekšēja sodāmība, noziegumu raksturs, personas attieksme;
- jautājumi par slimību vēsturi, vēršot uzmanību uz galvas traumām, to sekām, endokrīnām un neiroloģiskām saslimšanām, hroniskām slimībām vai hroniskām sāpēm, hospitalizācijas epizodēm, medikamentozu terapiju un personas attieksmi pret traucējumiem un ārstēšanu.
- jautājumi par narkotiku un alkohola lietošanu, t.sk. recepšu medikamentu. Jāietver informācija par pirmo lietošanas datumu, vidējo dienas devu, simptomiem, pazīmēm un atkarības traucējumu smagumu. Vai saņemta ārstēšana un kāda ir personas attieksme.

Papildus intervijā ar personu jāiekļauj jautājumi, kas koncentrējas un konkrēto krimināltiesisko jautājumu – personas uztvere, izpratne, attieksme, attiecības ar cietušo, intervijā vēršot uzmanību uz personas agresijas, vardarbīgas attieksmes izpausmēm. Jāliek intervējamam reflektēt par laiku pirms nozieguma, tā laikā, pēc nozieguma. Jautājumi par seksuālām interesēm, dzīvesveidu gadījumos, kas skar seksuāla rakstura noziegumus.

Intervijas laikā nepieciešams novērtēt personas izskatu, attieksmi, uzvedību, runas un domu formu, runas un domu saturu, uztveri, kognitīvās funkcijas. Sastopoties ar intervējamā pretestību, negatīvismu, var būt nepieciešams ilgāks laiks intervijai vai intervijas pārcelšana, kas jāatspoguļo dokumentācijā.

Intervijā jāizvairās no uzvedinošiem, rekomendācijas ietverošiem jautājumiem, kā arī jautājumi jāveido atvērta tipa jautājumi, kas pēc iespējas liedz sniegt iepriekš sagatavotas atbildes.

## 6. Rekomendācijas par ārsta speciālista vai ārstu konsīlija atzinuma saturu

Ārsta speciālista vai ārstu konsīlija atzinuma (turpmāk – **Atzinums**) pamatā ir jābūt skaidri strukturētai informācijai par pacientu, kas ir veidota izmantojot ne-medicīniskām personām pietiekami skaidrus jēdzienus, vai satur šādu jēdzienu vispārējo aprakstu, īsu izskaidrojumu. Gadījumā, ja nepieciešams tekstā minēt

medicīnisko terminoloģiju, rekomendējams neizmantot saīsinājumus (piemēram, MR, DT, PAH, CD), bet to vietā izmantojot pilnos nosaukumus (piemēram, magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija, primāra arteriāla hipertensija, cukura diabēts).

Atzinuma struktūras formālajā daļā ir jāiekļauj vispārēja informācija par pacienta datiem (vārds, uzvārds, personas kods), informācija par ārstniecisko personu/personām, kas piedalās pacienta izvērtēšanā un cita nepieciešama informācija. Obligāti ir jānorāda norādīt pacientam inkriminētā noziedzīgā nodarījuma pantus atbilstoši Krimināllikumam un informācija, vai pacients tika atzīts par nepieskaitāmu vai ierobežoti pieskaitāmu šajā nodarījumā (ja šāda informācija ir pieejama ārstam no medicīniskajiem dokumentiem pievienotā tiesas lēmuma par medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanu<sup>43</sup>). Tāpat jānorāda arī piemērotā medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļa veidu (vai pacients atrodas ambulatorajā, stacionārajā ārstēšanā vai tiek piemērota ārstēšana specializētā psihiatriskā nodaļā ar apsardzi). Šī informācija medicīniskajā dokumentācijā ir vērtīga, jo palīdzēs psihiatriem pirms pacienta kārtējās izvērtēšanas ātri, pārskatāmi iepazīties ar svarīgiem datiem, nevis meklēt tos no jauna.

Formālai daļai seko pacientu aprakstošā daļa, tad psihiskā stāvokļa apraksts un konsīlija secinājums.

Atzinuma aprakstošā daļā sākumā jāmin vispārēja informācija par pacientu, kura sniedz pārskatu par iespējamiem riskiem turpmākajā ārstēšanā un socializācijā. Piemēram, šos datus iespējams izmantot tiešsaistē pieejamā riska izvērtēšanas kalkulatorā FoVOx – Forensic Psychiatry and Violence Tool (pieejams: <https://oxrisk.com/fovox/>).

Atzinuma aprakstošās daļas turpinājumā jāmin arī citu informāciju, kas kopumā veidos priekšstatu par pacienta psihotraumatisko pieredzi (nelabvēlīgie ģimenes, dzīves apstākļi, apreibinošo vai atkarību izraisošo vielu lietošana, vardarbības pieredze).

Pacienta psihisko stāvokli ārsts apraksta pēc vispārējiem psihiatriskās novērtēšanas principiem, īpaši pasvītrojot un aprakstot:

---

<sup>43</sup> Atbilstoši Kriminālprocesa likuma 635.panta pirmajai daļai tiesa lēmumu par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa noteikšanu kopā ar ekspertīzes atzinuma kopiju nosūta izpildei ārstniecības iestādei.

- Psihisko traucējumu simptomātikas izmaiņas ārstēšanas laikā (vai psihiskie traucējumi izzuduši, mazinājušies, palikuši iepriekš veiktās izvērtēšanas līmenī vai pastiprinājušies)
- Vai ir simptomi, kas liecina par nestabilo emociju kontroli, impulsivitāti, uzvedības traucējumiem, psihotiski simptomi, kognitīvi simptomi
- Stresa izturība (kā pacients pielāgojas iespējamiem mainīgajiem, stresainiem apstākļiem, kā uz tiem reaģē, vai ārstēšanas laikā bijuši precedenti, piemēram, konflikti)
- Pacienta kritiskums pret viņam esošiem psihiskiem traucējumiem
- Pacienta kritiskums pret ārstēšanas nepieciešamību
- Pacienta kritiskums pret paveikto likuma pārkāpumu
- Ārstēšanas un uzraudzības efektivitāte pašlaik (ārstnieciskā režīma ievērošana)
- Ārstēšanas un uzraudzības iespējamība nākotnē (pacienta līdzestība, atsaucība, konkrēti ārstēšanas plāni)
- Nākotnes plānu realizējamība, iespējamība (dzīves vieta, darba vai mācību iespējas, konkrētie plāni)
- Individuāls atbalsts no apkārtējiem (piemēram, pacientam ir ģimenes atbalsts, kas tika izrādīts ārstēšanas laikā)

Atzinuma secinājumu daļā obligāti jānorāda:

- Vai pacientam rekomendē atcelt noteikto medicīniskā rakstura piespiedu līdzekli, atstāt to negrozītu vai grozīt uz vieglāku vai smagāku (vairāk ierobežojošo)
- Vai pacientam rekomendē/nerekomendē piedalīties procesuālajās darbībās

Nepieciešamību mainīt vai grozīt medicīniskā rakstura piespiedu līdzekli katram pacientam izvērtē, balstoties uz ārstēšanas efektivitātes, psihisko traucējumu izpausmēm, nepieciešamības pēc neatliekamām stacionēšanām psihiatriskajā slimnīcā, ārstnieciskā režīma iespējamiem pārkāpumiem (piemēram, medikamentu nelietošana vai lietošana pēc saviem ieskatiem, apreibinošo vielu lietošana), kritikas veidošanas par paveikto likuma pārkāpumu un nepieciešamību turpināt psihiatrisko ārstēšanu.

Secinājumu par medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļa turpinājumu vai maiņu ir jāapraksta un jāpamato Atzinumā.

Pacienta spēju piedalīties procesuālajās darbībās nosaka nevis psihiatriskā diagnoze kā tāda vai pacienta pašreizējais psihiskais stāvoklis kopumā (piemēram, murgaino ideju vai halucināciju esamība), bet spēja apzināti būt par procesa dalībnieku. Līdz ar to, Atzinumā ir jāizvērtē un jāapraksta šādas pacienta spējas:

- izpratne par izvirzītajām krimināllapsūdzībām;
- izpratne par sekām, kas izriet no atrašanās konkrētajā statusā - personas pret kuru notiek process medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu noteikšanai vai persona, kurai piemērots medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis;
- izpratne par tiesas procesa raksturu;
- izpratne par aizstāvja, prokurora, tiesneša un citu procesa dalībnieku lomām;
- spēja sadarboties ar aizstāvi un sniegt viņam būtisku informāciju, kas nepieciešama aizstāvības sagatavošanai;
- lēmumu pieņemšanas kompetence (*Decisional competency* – kādu nostāju ieņemt procesā, kādu aizstāvības stratēģiju izvēlēties kopā ar advokātu u.t.t.).

Gadījumā, ja pacients nevar piedalīties procesuālajās darbībās, to ir argumentēti jāpamato, aprakstot konkrētā pacienta psihiskā stāvokļa īpatnības un izpausmes (nepieciešams detalizēti raksturot psihiskā stāvokļa ietekmi uz spēju īstenot savas tiesības un pienākumus tiesvedības procesā). Nebūs pietiekami secinājumos norādīt šādi:

- Piedalīšanās procesuālajās darbībās nav lietderīga;
- Nevar piedalīties procesuālajās darbībās.

Gadījumā, ja pacienta dalībai procesuālajās darbībās piedalīšanai ir kādi ierobežojošie faktori, tos ir argumentēti jāpamato un jānorāda, kādā veidā tos iespējams mazināt un/ vai novērst (gan medicīniski, gan pielāgojot ārējos apstākļus pacienta spējām). Tie varētu būt pārejošie faktori, piemēram:

- Pašreiz saņemtās ārstēšanas rezultātā ir sagaidāma psihiskā stāvokļa uzlabošanās vai stabilizēšanās, kuras rezultātā pacients spēs piedalīties

procesuālajās darbībās (jānorāda laiks, kad prognozējama pacienta veselības stāvokļa uzlabošanās, lai viņš spētu piedalīties procesuālajās darbībās).

Tāpat rekomendēts Atzinumā jānorāda atbalsta pasākumus, ko nepieciešams nodrošināt pacientam piedaloties procesuālajās darbībās (piemēram, runājot ar pacientu, lietot vieglo valodu (izvairīties no slēgtu jautājumu uzdošanas, izvairīties no garu, sarežģītu teikumu konstrukcijām, izvairīties no liekvārdības, sarežģītiem terminiem, izteikumiem u.tml.), nodrošināt atbalsta personu piedalīšanos, nodrošināt pietiekamu laiku skaidrojumu, atbilžu sniegšanai, nodrošināt regulāru pārtraukumus, nodrošināt pietiekamu informāciju pirms procesuālajām darbībām par to procesu (piemēram, izmantojot vizuālo atbalstu)). Piemēram:

- Piemēram, ņemot vērā intelektuālās attīstības traucējumu smagumu, nespēju ilgstoši koncentrēt uzmanību, nespēju saprast sarežģītus jēdzienus, ir jāpielāgojas šiem ierobežojošiem apstākļiem – rekomendējams procesuālajās darbībās pacientu iesaistīt pēc iespējas īsāku laiku, uzdod vienkāršākos, konkrētākos jautājumus, plānot pārtraukumus tiesas sēdē u.t.t. Papildus ieteikumus un piemērus var apskatīt 8.sadaļā – Dalības procesuālajās darbībās atjaunošana.

OxRisk ir Oksfordas Universitātes Tiesu psihiatrijas un psiholoģijas pētnieku izstrādātais risinājums, kas piedāvā speciālistiem tīmeklī brīvi pieejamus riska kalkulatoru dažādus variantus. Piemēram, atkārtoto dzimumnoziegumu riska izvērtēšana (OxRIS – Oxford risk of recidivism of sexual offenders), pašnāvniecisko un paškaitēšanas tieksmju risku izvērtēšana (OxSATS – Oxford Suicide AfTer Self-harm Tool) u.c. Visi minētie riska kalkulatori pieejami tiešsaistē: <https://oxrisk.com/>. Katra šāda rīka kvalitatīvai izmantošanai ir nepieciešams zināt un izvērtēt dažādus datus par pacientu, kas attiecās uz šādām dzīves, veselības un sociālajām jomām:

- Izglītība
- Nodarbinātība
- Ģimenes stāvoklis
- Dzīves apstākļi (pacients dzīvo viens, vai ar kādu kopā, gadījumā, ja iepriekš noteikts medicīniskā rakstura piespiedu līdzeklis – ambulatorā ārstēšana medicīnas iestādē)

- Psihiatriskā diagnoze
- Narkoloģiskā diagnoze
- Somatiskā diagnoze
- Invaliditātes statuss
- Iepriekš veiktie likumu pārkāpumi
- Iepriekšējo hospitalizāciju biežums psihiatriskajās slimnīcās

## 7. Nepilngadība un piedalīšanās procesuālajās darbībās

Nepilngadīgo piedalīšanās procesuālajās darbībās, salīdzinot ar pieaugušajiem ir atšķirīga vairākos līmeņos. Pirmkārt, nepilngadīgo gadījumā jāreķinās ar kopumā zemāku kognitīvo un emocionālo briedumu, kas praksē izpaužas tā, ka automātiski jebkuru noziedzīgu nodarījumu veicis nepilngadīgais visbiežāk automātiski tiks nosūtīts kompleksajai tiesu psihiatriskajai un tiesu psiholoģiskajai ekspertīzei. Ņemot vērā iepriekš analizētos kritērijus par dalības procesuālajās darbībās izvērtējumu pieaugušajiem, daudzi no tiem balstījās juridisku procesu izpratnē, kas nepilngadīgajiem ir ierobežotāka. Tāpat nepilngadīgo tiesības tiek aizsargātas ar vairākiem likumiem, kuri nav aktuāli pilngadīgām personām. Piemēram, Bērnu tiesību aizsardzības likuma 6.panta pirmajā daļā un ANO Konvencija par bērna tiesībām<sup>44</sup> 3.1 pantā minēts, ka *“visās darbībās attiecībā uz bērniem neatkarīgi no tā, vai šīs darbības veic valsts iestādes vai privātas iestādes, kas nodarbojas ar sociālās labklājības jautājumiem, tiesas, administratīvās vai likumdevējas iestādes, **primārajam apsvērumam jābūt bērna interesēm**”*. Kā arī kriminālprocesā piedalās bērna pārstāvis ne tikai tad, ja tiek lemts jautājums par medicīniska rakstura līdzekļa piemērošanu (Kriminālprocesa likuma 90. pants), bet arī pārējās situācijās: *“Lai pilnvērtīgi nodrošinātu tādas nepilngadīgās personas tiesības un intereses, kurai ir tiesības uz aizstāvību, kriminālprocesā var piedalīties tās pārstāvis”* (Kriminālprocesa likuma 89. panta pirmā prim daļa). Šādu specifisku normu piemēri norāda, ka nepilngadīgajam dažādās procesuālajās darbībās ir lielāka ievainojamība un ja kaut kādu iemeslu dēļ viņš nav spējīgs piedalīties procesuālajās darbībās, viņa intereses pārstāv ne tikai aizstāvis, bet arī likumiskais pārstāvis, kas parasti ir kāds no ģimenes locekļiem vai bāriņtiesas.

<sup>44</sup> *Bērnu tiesību konvencija*: starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis Nr.237, 28.11.2014.

Atšķirības nepilngadīgo izvērtēšanā atzīst arī citās valstīs<sup>45</sup> un, piemēram, ASV strādājoši praktiķi nepilngadīgo izvērtējumus veic, izmantojot pieaugušajiem izstrādātās vadlīnijas, taču papildus tiek uzsvērts, ka:

1. Nepilngadība un ar to saistītais brieduma trūkums automātiski neierobežo piedalīšanos procesuālajās darbībās – ierobežojumiem jābūt pamatoti ar psihisko stāvokli;

2. Pazeminātas intelektuālās spējas nepilngadīgajam (īpaši līdz 16 gadu vecumam) pastiprina nepilngadības jeb emocionāla un kognitīva brieduma trūkuma izpausmes un biežāk ir saistītas ar rekomendāciju neiesaistīt bērnu procesuālajās darbībās;

3. Vidēji ņemot, nepilngadīgajiem ir ierobežotas zināšanas par tiesas procesa norisi, kas savukārt ierobežo izpratni par atbildības uzņemšanos un tostarp stratēģiju sadarbībā ar aizstāvi;

4. Atzinumi par nepilngadīgo kompetencēm procesuālajās darbībās parasti ir izvērstāki, jo jāpamato ne tikai traucējumu (ja tādi ir) saistība ar kompetences ierobežojumiem, bet arī vecuma un emocionāla brieduma trūkuma iespējamā ietekme;

Kopumā minētais norāda, ka, lai gan izvērtēšanas kritēriji nepilngadīgajiem ir līdzīgi, jāņem vērā atšķirīgais juridiskais un attīstības konteksts, kas specifiski attiecas uz nepilngadīgajiem un nav aktuāls pieaugušo izvērtēšanas situācijās.

## 8. Dalības procesuālajās darbībās atjaunošana

Ja iepriekš tika runāts par to, ka dalība procesuālajās darbībās var tikt ierobežota, tad loģisks jautājums, vai un kā to var atjaunot? Gan ASV, gan Eiropā šie jautājumi tiek risināti un abās pasaules daļās tam ir nedaudz atšķirīga pieeja.

---

<sup>45</sup> Mossman, D., Noffsinger, S. G., Ash, P., Frierson, R. L., Gerbasi, J., Hackett, M., Lewis, C. F., Pinals, D. A., Scott, C. L., Sieg, K. G., Wall, B. W., & Zonana, H. V. (2007). *AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(4, Supplement), S3–S72.

ASV<sup>46</sup> – par dalību procesuālajās darbībās runā vairāk kategoriski – proti, šī kompetence ir vai tās nav. Ja dalība procesuālajās darbībās pacientam nav rekomendēta psihiskās veselības stāvokļa dēļ, tad šis nosacītais liegums attiecas uz konkrēto brīdi un tāpēc ilgtermiņā šī kompetence var tikt atjaunota. Tas notiek, pacientam saņemot starpdisciplināru psihiskās veselības speciālistu atbalstu stacionārā, kur notiek viņa:

- Psihoizglītošana (ieskaitot psiholeģālu/juridisku izglītošanu);
- Psihisko traucējumu, kas ierobežoja dalību procesuālajās darbībās, ārstēšana un rehabilitācija.
- Psihiskā stāvokļa stabilizēšana;
- Psihozes gadījumos tās kupēšana.

Tā kā tieši psihozes statistiski biežāk ir ierobežojošs faktors dalībai procesuālajās darbībās, tad kā viens no spēcīgākajiem prognozētājiem šīs kompetences atjaunošanai ir veiksmīga psihofarmakoloģiskas terapijas piemeklēšana, kas ir saistīta ar pacienta psihiskā stāvokļa stabilizēšanos. Tiek atzīmēts, ka smagāku garīgas attīstības traucējumu gadījumos kompetences atjaunošana nav iespējama. Līdzīgi secinājumi tiek veikti smagu, hroniskas gaitas psihisku traucējumu gadījumos.

**Anglijā un Velsā**<sup>47</sup> – un Eiropā kopumā tiek rekomendēts spēju piedalīties procesuālajās darbībās vērtēt nevis kategoriski (tā ir vai tās nav), bet kā dimensiju – pat, ja pastāv ierobežojumi pacienta dalībai - domāt par veidiem, kā tos mazināt. Eiropas Cilvēktiesību tiesā (turpmāk – ECT) jau ir bijuši vairāki gadījumi, kas kritiski aplūko neatbilstošu apsūdzēto iesaisti procesuālajās darbībās. Piemēram, spriedumā *SC v. United Kingdom* (2004) raksturots, ka apsūdzētais bija 11 gadus vecs zēns ar ievērojami zemām intelektuālajām un sociālajām spējām, kurš objektīvi nespēja saprast tiesas procesa būtību, tiesas lomu un apsūdzības saturu, kā arī pilnvērtīgi konsultēties ar aizstāvi. ECT uzsvēra, ka kriminālprocesā nav nepieciešama perfekta vai pilnīga apsūdzētā izpratne, tomēr **jābūt nodrošinātam vismaz minimālam, bet reālam un nepārtrauktam līdzdalības līmenim**, bez kura procesa taisnīgums nav iespējams. Konkrētajā gadījumā šāds minimālais standarts netika nodrošināts, un līdz ar to Anglija

---

<sup>46</sup> Mossman, D., Noffsinger, S. G., Ash, P., Frierson, R. L., Gerbasi, J., Hackett, M., Lewis, C. F., Pinals, D. A., Scott, C. L., Sieg, K. G., Wall, B. W., & Zonana, H. V. (2007). AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(4, Supplement), S3–S72.

<sup>47</sup> Galappathie, N., & Shaw, A. (2020). *Reforming fitness to plead and stand trial legislation in England and Wales*. *The British Journal of Psychiatry Advances*, 26(1), 8–15.

zaudēja procesu, jo nebija ieviesti pietiekami procesuālie pielāgojumi mazgadīgā un kognitīvi ierobežotā apsūdzētā aizsardzībai. Lēmuma pamatojumā norādīts, ka tika pārkāpts Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas<sup>48</sup> 6. pants – par tiesībām uz lietas taisnīgu izskatīšanu. Šis spriedums nostiprina būtisku starptautisko standartu: personu ar attīstības, kognitīvajiem vai psihiskās veselības traucējumiem nevar tiesāt tādā pašā procedūrā kā veselu apsūdzēto. Balstoties uz šo un citiem procesiem kā vienu no pamatojumiem Galappathie un Shaw (2020) norāda, ka nepieciešams specifiski pielāgoties apsūdzētajiem ar vecuma, kognitīviem un citiem ierobežojumiem. Viņi atsaucas uz procesu Anglijā,<sup>49</sup> pēc kura tiesa izstrādāja vairākas rekomendācijas, gadījumiem, ja personas spēja piedalīties procesuālajās darbībās ir nepilnīga:

- Ņemt vērā personas kognitīvo funkcionēšanas līmeni;
- Lietot kodolīgu un vienkāršu valodu;
- Nodrošināt regulārus pārtraukumus;
- Veltīt papildu laiku tiesas procesa skaidrošanai;
- Būt proaktīviem, nodrošinot personai nepieciešamo atbalstu;
- Paskaidrot un pārliecināties, ka persona saprot pret viņu izvirzīto apsūdzību;
- Izskaidrot iespējamus procesuālos iznākumus un soda veidus;
- Nodrošināt, ka pretiztaujāšana tiek rūpīgi kontrolēta – jautājumiem jābūt īsiem un skaidriem, lai mazinātu neizpratni un frustrāciju.

Ņemot vērā šo nelielo pārskatu, jāsecina, ka Latvijas speciālisti praksē var pārņemt vairākas lietas:

Pirmkārt, līdzīgi kā ASV, apzināties un arī slēdzienos norādīt, ka smagākajos gadījumos (piemēriem, pie smagiem attīstības traucējumiem), dalība procesuālajās darbībās nav rekomendējama un, ņemot vērā traucējuma būtību, tās atjaunošana ir neiespējama vai maz ticama.

Otrkārt, līdzīgi kā ASV un citās valstīs apzināties un slēdzienos norādīt, ka dalības procesuālajās darbībās ierobežojumi ilgtermiņā ir potenciāli pārvarami un ja

---

<sup>48</sup> *Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija*: starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis Nr.143/144, 13.06.1997.

<sup>49</sup> R (P) v West London Youth Court (2005) EWHC 2583 (Admin).

sākotnēji pacienta dalība nav rekomendēta, bet vēlāk secinājums mainās, tad nepieciešams pamatot izmaiņu cēloņus, piemēram – psihiskā stāvokļa uzlabošanu.

Treškārt, ņemot vērā ECT spriedumus un citu Eiropas valstu speciālistu rekomendācijas, apzināties, ka atsevišķos gadījumos cilvēka dalība procesuālajās darbībās ir iespējama, ja apsūdzētajam tiek nodrošināti viņa psihiskā stāvokļa izpausmēm atbilstoši apstākļi, piemēram, vienkāršota valoda, vairāki pārtraukumi, skaidrojošais darbs u.c.

## 9. Secinājumi un rekomendācijas

1. Pacienta spēju piedalīties procesuālajās darbībās nosaka nevis psihiatriskās diagnozes esamība kā tāda vai atsevišķas psihotiskas simptomātikas izpausmes (piemēram, murgaino domu vai halucināciju esamība), bet gan spēja procesuālo darbību laikā sadarboties, izprast procesuālo darbību dalībnieku lomas, zināt ko nozīmē iespējamais sods vai spriedums.

2. Literatūrā tiek uzsvērts, ka, atšķirībā no pieskaitāmības izvērtēšanas, kad tiek vērtēts personas psihiskais stāvoklis noziedzīga nodarījuma laikā, kompetence piedalīties procesuālajās darbībās ir saistīta ar pacienta psihisko stāvokli konkrētajā izvērtēšanas brīdī.

3. Atzinumu analīze uzrādīja, ka atzinumos bieži netiek pieminēta pamatinformācija par pacientiem vai citas svarīgas ziņas, kā arī gadījumos, kad pacienta piedalīšanās procesuālajās darbībās netiek rekomendēta, tas nebija pietiekami pamatots.

4. Potenciāli ierobežojoši stāvokļi dalībai tiesas sēdē ir psihoze, demence, intelektuālās attīstības traucējumi, aptumšotās apziņas stāvokli un garastāvokļa traucējumi (smaga depresija, mānija).

5. Klīniskajai intervijai ar personu, kam jāvērtē MRPL nepieciešamība, rūpīgi jā sagatavojas, iepazīstoties ar pieejamo juridisko un medicīnisko dokumentāciju. Klīniskie novērtējumi intervijas laikā jāveic pēc iespējas individualizēti, balstoties uz katra gadījuma unikālajiem faktoriem. Piemēram, intervijā jāietver jautājumi:

- par psihiatrisko traucējumu vēsturi, vērtējot kontekstā ar esošiem psihiskiem traucējumiem;
- par ģimenes vai cita atbalsta esamību;
- par par narkotiku un alkohola lietošanu;
- par konkrēto krimināltiesisko jautājumu un citi svarīgie jautājumi.

6. Atzinuma tekstā ir jānorāda pacientam inkriminētais noziedzīgais nodarījums atbilstoši Krimināllikuma un vai pacients tika atzīts par nepieskaitāmu vai ierobežoti pieskaitāmu šajā nodarījumā.

7. Šāda plaša informācija par pacientu ir svarīga ne tikai vispārējam izvērtējumam, bet arī specifiskāku izvērtēšanas rīku izmantošanai.

7. Šāda plaša informācija par pacientu ir svarīga ne tikai vispārējam izvērtējumam, bet arī specifiskākiem rīkiem. Piemēram, rīks atkārtoto dzimumnoziegumu riska izvērtēšanai, pašnāvniecisko un paškaitēšanas tieksmju risku izvērtēšanai. Šos rīkus var atrast un tiešaistē izmantot <https://oxrisk.com/>.

**8. Gadījumā, ja pacienta piedalīšanai procesuālajās darbībās ir kādi ierobežojošie faktori, tos ir argumentēti jāpamato un jānorāda kādā veidā tos iespējams mazināt un/ vai novērst (gan medicīniski, gan pielāgojot ārējos apstākļus pacienta spējām).**

**9. Gadījumos, ja pacients dēļ sava psihiskā stāvokļa nav bijis spējīgs piedalīties procesuālajās darbībās, bet, pacientam saņemot starpdisciplināru psihiskās veselības speciālistu atbalstu stacionārā, tai skaitā medikamentozu terapiju, rodas iespāids, ka spējas ir atjaunojušās, atkārtoti jāorganizē ārstu konsīlijs, kura ietvaros spējas piedalīties procesuālās darbībās ir jāizvērtē. Smagāku garīgas attīstības traucējumu gadījumos kompetences atjaunošana nav iespējama, kas var attiekties arī uz smagiem, hroniskas gaitas psihiskiem traucējumiem.**

10. Psihiskie traucējumi, kas ierobežo personas piedalīšanos procesuālajās darbībās, var būt pārejoši vai stabili, ko ārstēšanas gaitā atkārtoti vērtē ārsts vai ārstu konsīlijs.

## Izmantoto avotu un literatūras saraksts

### 1. Latvijas tiesību akti:

1. Latvijas Republikas Satversme: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, Nr.43, 01.07.1993.

2. Kriminālprocesa likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, Nr.74, 20.04.2005.

### 2. Starptautiskie dokumenti:

1. Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis, Nr.27, 17.02.2010.

2. Bērnu tiesību konvencija: starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis, Nr.237, 28.11.2014.

3. European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Rome, 1950.

4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO, 1992.

5. World Health Organization. ICD-11: 6A00.1 Severe intellectual developmental disorder. Pieejams: <https://icd.who.int/>

### 3. Tiesu prakse:

#### *Eiropas Cilvēktiesību tiesa*

1. S.C. v. the United Kingdom, App. No. 60958/00, 40 E.H.R.R. 10 (Eur. Ct. H.R. 2004).

2. Alekseyev v. Russia, pieteikumi Nr. 4916/07, 25924/08, 14599/09, 21.10.2010.

3. European Court of Human Rights. Guide on the case-law of the European Convention on Human Rights: Rights of LGBTI persons. Updated 28 February 2025. Strasbourg: Council of Europe/ECtHR, 2025.

### ***Lielbritānijas tiesu prakse***

1. Dusky v. United States, 362 U.S. 402 (1960).
2. R (P) v West London Youth Court [2005] EWHC 2583 (Admin).

### **4. Zinātniskā literatūra un monogrāfijas:**

#### ***Latvijas autoru publikācijas***

1. Zonenberga, I. Cilvēka pamattiesību nodrošināšana var būtiski mainīt lietas iznākumu. Jurista Vārds, 15.03.2022., Nr.11 (1225), 22.–25. lpp.
2. Tiesībsargs. Cilvēktiesību ievērošana medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu noteikšanā. Rīga, 2024.

#### ***Grāmatas***

1. Walker, N. Crime and Insanity in England. Volume 1: The Historical Perspective. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1968.
2. Slovenko, R. Psychiatry and Law. New York: Little, Brown, 1974.
3. Matson, J. L., & Sturmey, P. (eds.). International Review of Research in Developmental Disabilities, Vol. 41. Academic Press, 2011.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC, 2022.

#### ***Zinātniskie raksti***

1. Grisso, T., Otto, R., & Tucker, Y. Toward a rational standard for competency-to-stand-trial evaluations. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 32(3), 231–242 (2004).
2. Mossman, D., Noffsinger, S. G., Ash, P., Frierson, R. L., Gerbasi, J. et al. AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35(4, Supplement), S3–S72 (2007).
3. Felthous, A. R. Competence to stand trial should require rational understanding. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 39(1), 19–30 (2011).

4. Hoge, S. K. Competency to stand trial: An overview. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 46(2), 303–314 (2018).
5. Galappathie, N., & Shaw, A. Reforming fitness to plead and stand trial legislation in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry Advances*, 26(1), 8–15 (2020).
6. Poythress, N. G., Nicholson, R. A., Otto, R. K., Edens, J. F., Bonnie, R. J., Monahan, J., & Hoge, S. K. *The MacArthur Competence Assessment Tool–Criminal Adjudication (MacCAT–CA)*. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999.
7. Rogers, R., Tillbrook, C. E., & Sewell, K. W. *Evaluation of Competency to Stand Trial – Revised (ECST-R): Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2004.
8. Brown, P. Unfitness to plead in England and Wales: Historical development and contemporary dilemmas. *Medicine, Science and the Law*, 59(3), 187–196 (2019).
9. Brown, P., Stahl, D., Appiah-Kusi, E., Brewer, R., Watts, M., Peay, J., & Blackwood, N. Fitness to plead: Development and validation of a standardised assessment instrument. *PLOS ONE*, 13(4) (2018).
10. Pirelli, G., Gottdiener, W. H., & Zapf, P. A. A meta-analytic review of competency to stand trial research. *Psychology, Public Policy, and Law*, 17(1), 1–53 (2011).
11. Emmady, P. D., Schoo, C., & Tadi, P. *Major Neurocognitive Disorder (Dementia)*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.
12. Mitchell, S. L. Advanced dementia. *New England Journal of Medicine*, 372(26), 2533–2540 (2015).
13. Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., et al. The clinical course of advanced dementia. *New England Journal of Medicine*, 361(16), 1529–1538 (2009).
14. Hugo, J., & Ganguli, M. Dementia and cognitive impairment: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 421–442 (2014).

15. National Center for Biotechnology Information. Intellectual Disability Overview. In StatPearls. 2023.

16. National Center for Biotechnology Information. Delirium. In StatPearls. 2023.

17. Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922 (2014).

18. Maldonado, J. R. Delirium pathophysiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(11), 1428–1457 (2017).

19. Oh, E. S., & Fong, T. G. Delirium. *New England Journal of Medicine*, 387(19), 1781–1792 (2022).

## **5. Interneta resursi**

1. The National Institute of Mental Health. Understanding Psychosis. Pieejams: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis>.

2. National Institute of Child Health and Human Development. Intellectual and Developmental Disabilities (IDDs). Pieejams: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/idds>.

3. OXRISK – Forensic Psychiatry and Psychology Group, University of Oxford. Pieejams: <https://oxrisk.com/>.

4. Slimību profilakses un kontroles centrs. Bipolārie afektīvie traucējumi. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/bipolari-afektivi-traucejumi>.

5. Slimību profilakses un kontroles centrs. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija. Pieejams: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk>.