

**LATVIJAS UNIVERSITĀTE**  
Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte

Estere Birziņa

**Mātes un bērna mijiedarbības un pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizēto uzvedības  
problēmu izmaiņas Marte Meo terapijas laikā**

Promocijas darbs psiholoģijas doktora grāda iegūšanai psiholoģijas zinātņu nozarē  
klīniskās psiholoģijas apakšnozarē

Darba zinātniskā vadītāja:  
Asoc. prof. *Dr. psych.* Baiba Martinsone

Rīga 2017

## Pateicība

Vissirsnīgākā pateicība mana darba vadītājai asociētajai profesorei *Dr. psych.* Baibai Martinsonei par ieguldīto darbu, nesavtīgo atbalstu, iedrošinājumu, pacietību un vērtīgiem padomiem promocijas darba izstrādes laikā.

Paldies profesorei *Ph.D.* Sandrai Sebrei par vērtīgiem padomiem, palīdzību zinātniskā raksta sagatavošanā, promocijas darba recenzēšanā un atbalstu visā doktorantūras studiju laikā. Paldies profesorei *Dr. psych.* Malgožatai Raščevskai par palīdzību pētījuma metodes izstrādes laikā, kā arī par profesionālu un nesavtīgu darbu, vadot Doktorantūras studiju programmu. Paldies asociētajai profesorei *Dr. psych.* Ievai Bitei par iejūtīgu attieksmi, vērtīgiem padomiem un nozīmīgo ieguldījumu, organizējot Kognitīvi biheiviorālās terapijas apmācību.

Sirsnīga pateicība *Dr. psych.* Gatim Bušam un Ilonai Bušai par atbalstu un kvalitatīvām Marte Meo terapijas mācību sesijām. Pateicos saviem studiju biedriem Kristīnei Vendei, Marutai Ludānei un Viktorijai Perepjolkinai par palīdzību pētījuma rezultātu datu apstrādē un analizē. Paldies arī kursa biedriem Ilonai Kronei, Marinai Bricei, Jeļenai Harlamovai, Ervīnam Čukuram un Diānai Zandei par atbalstu un iedrošinājumu.

Paldies Saldus novada pašvaldības aģentūras „Sociālais dienests” vadībai un kolēģiem, kā arī VSIA Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas Bērnu psihiatrijas klīnikas darbiniekiem par atbalstu pētījuma veikšanas laikā. Vissirsnīgākais paldies pētījumā iekļautajiem bērniem un viņu mātēm par uzticēšanos un piedalīšanos darba tapšanā. Pateicos Latvijas Universitātei par iespēju studēt doktorantūras studiju programmā un par finansiālo atbalstu, kas deva iespēju piedalīties zinātniskajās konferencēs.

Vissirsnīgākais paldies ģimenei, draugiem un kolēģiem par pacietību, sapratni un iejūtīgu attieksmi.

## Saturs

Pateicība	
Ievads	5
1. Teorētiskā daļa	11
1.1. Eksternalizētās uzvedības vispārējs raksturojums	11
1.2. Eksternalizēto uzvedības problēmu izraisošie un veicinošie faktori pirmsskolas vecumā	12
1.3. Galvenās teorētiskās pieejas mātes – bērna mijiedarbības skaidrošanai	18
1.3.1. Piesaistes drošība	18
1.3.2. Intersubjektivitāte mātes un bērna diādes attiecībās	20
1.3.3. Mentalizācijas teorijas skaidrojums par bērna uzvedības pašregulācijas attīstību	22
1.4. Mātes un bērna mijiedarbība un bērna eksternalizēto uzvedības problēmu attīstība	26
1.5. Marte – Meo terapija salīdzinājumā ar citām vecāku – bērna mijiedarbības terapeitiskām pieejām	28
1.5.1. Populārākās vecāku – bērna mijiedarbības terapeitiskās pieejas	28
1.5.2. Marte Meo terapijas pieeja mātes – bērna mijiedarbības izmaiņām	31
1.5.3. Marte – Meo terapija saistībā ar būtiskām teorētiskām nostādnēm attīstības un klīniskajā psiholoģijā	33
1.6. Kopsavilkums	39
2. Metode	41
2.1. Pētījuma dalībnieki	41
2.2. Mērījumi	49
2.3. Procedūra	56
2.4. Datu apstrādes un analīzes metodes	62
3. Rezultāti	63
4. Iztirzājums	79
4.1. Secinājumi	84
4.2. Praktiskā izmantojamība	86
Nobeigums	88
Izmantotās literatūras saraksts	90
Summary	102

Pielikumi	103
1. pielikums Pētnieciskā darba pieteikums	103
2. pielikums Uzaicinājuma vēstule pētījuma dalībniekiem	105
3. pielikums Mātes atbalstošā uzvedība (kodēšana)	106
4. pielikums Pētījuma dalībnieka piekrišana par video ierakstu demonstrēšanu	107
5. pielikums 13. tabula	108
6. pielikums 14. tabula	109
7. pielikums 15. tabula	110
8. pielikums 16. tabula	111
9. pielikums 17. tabula	112
10. pielikums Marte Meo praktiķa sertifikāta kopija	113
11. pielikums Marte Meo terapeita sertifikāta kopija	114

## Ievads

Zinot, ka izteiktas eksternalizētās uzvedības problēmas skolas vecumā daudz grūtāk mazināt nekā pirmsskolas vecumā (Kazdin, 1993), ir svarīgi tās konstatēt pēc iespējas agrīni, lai veiktu nepieciešamās intervences. Būtiski saprast, ka ne tikai bioloģiskie faktori, bet arī vecāku pieeja bērna audzināšanai ietekmē bērna uzvedību šiem faktoriem savstarpēji mijiedarbojoties (Bradley & Corwyn, 2008; Aarts, 2008). Vecāku aprūpes un audzināšanas kvalitātei ir saistība ar bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām (Gartstein & Fagot, 2003; Sebre, Jusiene, Dapkevice, Skreitule-Pikse, & Bieliauskaite, 2014).

Līdz šim jau ir veikti pētījumi par to vecāku izglītošanu un apmācību, kuru bērniem ir eksternalizētās uzvedības problēmas, izmantojot dažādas intervences programmas un pierādot to efektivitāti un rezultātu noturību (van Zeiji, Mesman, van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, Stolk, Koot, & Alink, 2006; Hautmann, Hoijtink, Eichelberger, Hanisch, Pluck, Walter, & Dopfner, 2009). Latvijā nozīmīgu ieguldījumu devis pētījums par mātes – bērna emocionālās pieejamības un bērna uzvedības izmaiņām pēc mātes piedalīšanās programmā „Bērna emocionālā audzināšana” (Skreitule-Pikše, 2010).

Konstatējot bērnam eksternalizētas uzvedības problēmas, ir svarīgi izmantot atbilstošas terapeitiskās pieejas (Stormont, 2002). Viena no izvēlēm varētu būt Marte Meo terapija. Marte Meo terapeitiskajā procesā kā viens no būtiskiem faktoriem agresīvas uzvedības mazināšanā ir vecāku apmācība, mācot pozitīvas bērna aprūpes un audzināšanas prasmes, kā to uzsver Dekovica (Deković, 2011). Tā kā eksternalizēto uzvedību ietekmē arī piesaistes vecākiem attiecību kvalitāte (Dubois-Comtois & Moss, 2008), ir svarīgi novērot un saprast, kāda ir bērna piesaiste mātei un kā tā ietekmē bērna psiholoģisko veselību un ārēji novērojamo uzvedību.

Promocijas darba pētījuma fokuss ir vērsts uz to, kas notiek mātes un bērna, kuram ir eksternalizētas uzvedības problēmas, mijiedarbībā un kāda ir tās kvalitāte ikdienas situācijās. Pētījuma *aktualitāte* saistīta ar to, ka 4 – 10 % bērnu konstatē uzvedības problēmas (Kazdin, 1987). Agresijas izpausmes kopā ar uzmanības nenoturību, negatīvo emocionālo reaktivitāti un sociāli – kognitīvo prasmju deficītu sākumskolas periodā rada grūtības pielāgoties akadēmiskām prasībām un sabiedrībā pastāvošām normām, kā arī veicina opozicionāru uzvedību (Thomas, Bierman, Thompson, & Powers, 2008). Eksternalizēto uzvedības problēmu esamībai ir saistība ar disharmoniju šo bērnu un viņu skolotāju attiecībās (Whittaker & Harden, 2010). Bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas ietekmē sociālās pielāgošanās spējas pusaudžu vecumposmā un pieaugušā gados (Mathiesen & Sanson, 2000). Ja savlaicīgi netiek veikta intervence, neatrisinātām problēmām ir tendence pieaugt, un tās nākotnē var veicināt likumus pārkāpjošu (Campbell,

Shaw, & Gilliom, 2000) vai pat krimināli sodāmu uzvedību (Moffitt, 1993). Pēc Latvijas Republikas Iekšlietu ministrijas Informācijas centra datiem 2015. gadā 935 noziedzīgus nodarījumus veica nepilngadīgas personas vecumā no 14 līdz 17 gadiem. Ja izteiktu agresīvu uzvedību izdotos nozīmīgi mazināt vai novērst pirmskolas vecumā, tad šo bērnu uzvedības problēmu trajektorija, kas ved uz pusaudžu antisociālu uzvedību, varētu tikt koriģēta (Abrahamse, Junger, Chavannes, Coelman, Boer, & Lindauer, 2012). Tāpēc būtiski savlaicīgi konstatēt uzvedības problēmas bērniem un veikt efektīvu intervenci jau pēc iespējas agrīnākā vecumā.

Apzinot iepriekš Latvijā veiktos pētījumus, nozīmīgu ieguldījumu bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu un uzvedības traucējumu izpētē savos promocijas darbos ir veikušas L. Pirsko (2010) un J. Ļubenko (2011). Ir novērots, ka izteiktāku eksternalizētu uzvedību izpauž tie bērni, kuru mātes ir mazāk izglītotas, mazāk iejūtīgas un lieto bargas disciplinēšanas metodes (Miner & Clarke-Stewart, 2008). Pētnieki ir novērojuši, ka vecāku apmācība un bērnu audzināšanas prasmju apguves programmu īstenošana ir viena no efektīvākām metodēm, lai mazinātu izteikti agresīvu uzvedību maziem bērniem (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008). Domājot par savlaicīgiem preventīviem pasākumiem, ir būtiski veikt pētījumu par terapijas iespējām mātei, tajā ietverot arī izglītojošu aspektu, lai mazinātu bērnu eksternalizēto uzvedību. Latvijā profesionālā līmenī ir pieejama Marte Meo terapija, jo ir sagatavoti vairāki speciālisti – Marte Meo praktiķi un terapeiti, un divi supervizori. Ir nozīmīgi pētīt, kādas pozitīvas izmaiņas šīs terapijas laikā ir novērojamas bērnu uzvedībā, kā arī – cik tās ir noturīgas. Būtiski arī pētīt pēc Marte Meo terapijas esošās izmaiņas mātes atbalstošajā uzvedībā. Tāpat svarīgi konstatēt, kāda saistība pastāv starp pozitīvajām izmaiņām mātes uzvedībā mijiedarbībā ar saviem bērniem un bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu mazināšanos.

Pētījuma realizācijas procesā ir aprakstīta Marte Meo teorētiskā bāze saistībā ar teorijām attīstības un klīniskajā psiholoģijā. Teorētiskajā modelī ir integrētas piesaistes, intersubjektivitātes un mentalizācijas teorijas. Tas nosaka arī šī pētījuma *novitāti*. Promocijas darba ietvaros ir pētīta mātes atbalstošā uzvedība saistībā ar noteiktām dimensijām, kas ļauj spriest par mātes pieeju bērna audzināšanai tieši uzvedības līmenī. Novitāte ir arī tajā, ka ir veikti precizējumi un būtiski papildinājumi vecāku – bērnu mijiedarbības dimensiju satura aprakstā. To noteica nepieciešamība precīzāk raksturot mātes atbalstošo uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu. Latvijā vēl nav pētīts, kādas izmaiņas ir bērnu eksternalizētā uzvedībā ilgtermiņā pēc tam, kad šo bērnu mātes ir bijušas iekļautas Marte Meo terapeitiskajā procesā. Pētījumu grupā, iesaistot arī mātes ar bērniem no sociāli mazāk aizsargātām maznodrošinātām ģimenēm, ir iespēja novērot potenciālo izaugsmi māšu prasmēs būt emocionāli atsaucīgām attiecībās ar saviem bērniem. Pētījumā tika iekļauti arī bērni,

kuri piedzīvojuši pret sevi vērstu emocionālu un/vai fizisku vardarbību no mātēm un/vai viņu partneriem; sociālā dienesta klienti un Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas Ambulatorās psihiatrijas nodaļas pacienti. Svarīgi no pētījuma grupas neizslēgt alkohola atkarīgās mātes ar nosacījumu, ka viņas vai nu ārstējas no atkarības, vai šobrīd alkoholu nelieto.

Pētījuma **praktiskā lietderība** – ir pamatota un paplašināta Marte Meo teorētiskā bāze, ir veikts pētījums reālā pētījuma dalībnieku ikdienas vidē, kā arī ir identificēta mērķgrupa, kurai terapija piemērota. Tie ir bērni ar eksternalizētām uzvedības problēmām un viņu mātes - neatkarīgi no sociāli ekonomiskās situācijas. Šobrīd pasaulē ir aktuāli veikt pētījumus uz pierādījumiem balstītu terapiju jomā, kas veicina vecāku pozitīvu pieeju bērnu audzināšanai. Lai šāda veida pētījumi notiktu, nepieciešama cieša pētnieku un praktiķu sadarbība. Promocijas darbā apkopotās teorētiskās atziņas ir nozīmīgas, lai paplašinātu speciālistu izpratni par mātes un bērna mijiedarbību. Pētījuma rezultāti varētu būt noderīgi dažādu par cilvēku labklājību un veselību atbildīgo dienestu speciālistiem, lai izvērtētu iespējamo resursu ieguldījumu lietderību. Svarīgi, lai piemērotu psiholoģisko palīdzību varētu saņemt ģimenes, kurām tas ir nepieciešams.

**Pētījuma mērķis** ir konstatēt izmaiņas bērnu eksternalizētā uzvedībā pēc Marte Meo terapijas šo bērnu mātēm, kā arī novērtēt izmaiņas māšu atbalstošās uzvedības kvalitātē, esot mijiedarbībā ar saviem bērniem. Lai īstenotu šo mērķi, tiek izvirzīta pētījuma hipotēze un divi pētījuma jautājumi.

#### **Pētījuma hipotēze:**

Pēc Marte Meo terapijas būs novērojama pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpes samazināšanās šo bērnu māšu vērtējumā, un šīs izmaiņas būs noturīgas vismaz trīs mēnešus pēc terapijas jeb pēc četriem mēnešiem, sākot no pētījuma sākuma. Šādu izmaiņu nebūs kontrolgrupās.

#### **Pētījuma jautājumi:**

1. Kādas ir atšķirības bērnu māšu atbalstošajā uzvedībā mijiedarbības laikā ar bērnu pirms Marte Meo terapijas un pēc terapijas?
2. Kāda saistība pastāv starp mātes atbalstošo uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un mātes novērtētajām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām?

**Pētījuma priekšmets:** eksternalizēta uzvedība, Marte Meo terapija, mātes – bērna mijiedarbība, mātes atbalstoša uzvedība.

#### **Pētījuma metode**

Lai pierādītu pētījuma hipotēzi un atbildētu uz pētījuma jautājumiem, tika veikts kvaziekspērimētāls pētījums ar laika noturības pārbaudi. Pētījuma dalībnieki pēc daļējas nejaušības

principa tika sadalīti trīs grupās: terapeitiskās intervences grupā un divās kontrolgrupās. Līdz ar Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas pacientu iekļaušanu pētījumā, ņemot vērā ētiskos principus, nebija iespējams visā pētījuma gaitā ievērot dalībnieku nejaušo dalījumu pētījuma grupās. Terapeitiskās intervences grupā tika veikti dalībnieku mijiedarbības ieraksti, un mātes saņēma Marte Meo terapiju. Pirmajā kontrolgrupā tika veikti dalībnieku mijiedarbības ieraksti, bet mātes nesaņēma terapiju. Otrajā kontrolgrupā netika veikti video ieraksti, un mātes nesaņēma terapiju. Visu trīs grupu mātes aizpildīja anketas, novērtējot savu bērnu uzvedību.

*Pētījumā piedalījās 69 bērna – mātes diādes.* Terapeitiskās intervences grupā bija 25 diādes; pirmajā kontrolgrupā – 18 diādes; otrajā kontrolgrupā – 26 diādes. Visā pētījuma izlasē kopā 25 (36%) bērna – mātes diādes bija no Rīgas, bet no Latvijas novadiem (Jelgavas, Saldus, Brocēniem) 44 (64%) bērna - mātes diādes. Terapeitiskās intervences grupā piedalījās 11 (44%) meitenes un 14 (56%) zēni. Pirmajā kontrolgrupā tika iekļautas 7 (39%) meitenes un 11 (61%) zēni. Otrajā kontrolgrupā bija 11 (42%) meitenes un 15 (58%) zēni. Bērni bija vecumā no 36 līdz 87 mēnešiem (terapeitiskās intervences grupā  $M = 60,04$ ;  $SD = 15,41$ ; pirmajā kontrolgrupā  $M = 57,72$ ;  $SD = 14,14$ ; otrajā kontrolgrupā  $M = 65,50$ ;  $SD = 13,44$ ). Mātes bija vecumā no 22 līdz 44 gadiem (terapeitiskās intervences grupā  $M = 29,84$ ;  $SD = 5,84$ ; pirmajā kontrolgrupā  $M = 31,66$ ;  $SD = 6,03$ ; otrajā kontrolgrupā  $M = 31,19$ ;  $SD = 5,32$ ). Bērni ar uzvedības problēmām pētījumā tika iekļauti, nevis, pamatojoties uz iepriekš noteiktajām medicīniskajām diagnozēm, bet gan pēc māšu novērtētās bērna eksternalizētās uzvedības rādītājiem.

*Mērījumi.* Pētījumā tika izmantotas Achenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketas: 1,5 - 5 gadus veciem bērniem (*ASEBA, Child Behavior Checklist (CBCL 1,5 - 5) Parent Rating Form*, Achenbach, & Rescorla, 2000), kuru adaptējusi I. Skreitule-Pikše (2010); un 6-18 gadus veciem bērniem (*ASEBA, Child Behavior Checklist (CBCL 6 - 18) Parent Rating Form*, Achenbach, & Rescorla, 2001). Latviešu valodas versiju sākotnēji adaptējuši I. Laizāne, I. Skreitule-Pikše, S. Sebre, M. Raščevska un R. Upenieks (2006). Šobrīd aptauja 6-18 gadus veciem bērniem ir standartizēta (Skreitule-Pikše, Raščevska, Sebre, Koļesovs, & Bite, 2013).

Aizpildot anketas, tika iegūti dati, kas raksturo bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas viņu māšu vērtējumā. Pētījumā tika izmantoti arī māšu – bērnu mijiedarbības video ieraksti kā kvalitatīvo izmaiņu mērinstruments. Mātes atbalstošā uzvedība tika vērtēta, izmantojot septiņu dimensiju modeli.

Dati, kas raksturo mātes un bērna mijiedarbību, tika iegūti ar video ierakstu palīdzību. Analizējot mijiedarbību starp māti un bērnu, tika izmantoti video ieraksti kā kvalitatīvo izmaiņu



mērinstruments. Tika veiktas arī atsevišķu gadījumu analīzes, lai kvalitatīvi novērtētu un analizētu mātes un bērna mijiedarbības izmaiņas Marte Meo terapijas laikā. Dimensiju modelis (Aarts, 2008) tika pilnveidots pilotpētījuma veikšanas laikā (Birzina & Martinsone, 2012).

*Procedūra.* Pētījuma dati ievākti laika posmā no 2009. gada līdz 2015. gadam (dati par Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas pacientiem ievākti laika posmā no 2012. gada novembra līdz 2013. gada decembrim). Izdalot anketas pirmsskolas izglītības iestāžu vecāku sapulcēs vai iedodot tās vecākiem individuāli (sociālā dienesta klientiem un Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas pacientu mātēm), tika lūgts tās mājās aizpildīt un aizlīmētā aploksnē atnest uz iestādi vai arī nodot psihologam personīgi. Pētījuma grupā tika iekļauti bērni ar augstiem eksternalizētās uzvedības rādītājiem. Tika izveidotas trīs apakšgrupas: terapeitiskās intervences, pirmā kontroles grupa un otrā kontroles grupa. Par terapeitiskās intervences un pirmās kontroles grupas dalībniekiem tika veikti mātes - bērna mijiedarbības video ieraksti, iepriekš vienojoties ar māti par ieraksta veikšanas vietu un laiku. Terapeitiskās intervences grupā iekļautās mātes arī piedalījās Marte Meo terapijas sesijās.

Par otrās kontroles grupas dalībniekiem video ieraksti netika veikti. *Datu apstrāde un analīze:* Lai būtu iespējams salīdzināt divu aptauju rezultātus, abu aptauju sākotnējās balles tika pārvērstas standartizētajās *Z vērtībās*. Datu apstrādē tika izmantots *Hī-kvadrāta kritērijs*, dispersiju analīzes (*ANOVA* un jaukta dizaina *ANOVA*), kā arī *Stjudenta t-tests* un korelāciju analīze, izmantojot Pīrsona korelācijas koeficientu, lietojot SPSS programmas 22.00 versiju. Kvalitatīvo datu analīzē kā mērinstruments izmantoti videoieraksti, 28 % ierakstu kodējot diviem neatkarīgiem ekspertiem.

#### **Pētījuma uzdevumi:**

- 1) zinātniskās literatūras analīze,
- 2) pētījuma projekta izstrāde,
- 3) pētījuma metodes aprobācija pilotpētījumā,
- 4) datu vākšana, apstrāde un analīze,
- 5) rezultātu apkopošana un interpretācija, secinājumu izdarīšana,
- 6) disertācijas noformēšana.

#### **Aizstāvēšanai izvirzītās tēzes:**

1. Izvirzītā hipotēze, ka pēc Marte Meo terapijas būs novērojama pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpes samazināšanās šo bērnu māšu vērtējumā un šīs izmaiņas būs noturīgas vismaz trīs mēnešus pēc terapijas jeb pēc četriem mēnešiem, sākot no pētījuma sākuma, savukārt kontrolgrupā šādas izmaiņas nebūs, pētījumā ir apstiprināta. Promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma izlasē terapeitiskās intervences jeb Marte Meo terapijas grupā mātes

novērtētā bērna eksternalizētās uzvedības izteiktība mazinās, savukārt pirmajā kontrolgrupā (ar video ierakstu veikšanu, bet bez terapijas) mātes novērtētā bērna eksternalizētās uzvedības izteiktība nemainās. Otrajā kontrolgrupā (bez video ierakstu veikšanas) bērnu eksternalizētā uzvedība māšu vērtējumā palielinās.

2. Promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma izlasē pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības māšu atbalstošajā uzvedībā mijiedarbības laikā ar bērnu pirms Marte Meo terapijas un pēc terapijas. Pēc terapijas mātes vairāk ievēro bērna uzmanības fokusu, aktīvāk gaida uz bērna darbību, vairāk nosauc bērna uzmanības lokā esošos notikumus, pieredzi, sajūtas un emocijas, vairāk pozitīvi apstiprina bērna darbību, kas nebija novērojams vai bija mazāk vērojams pirms terapijas. Bija novērojami arī vairāk pozitīvu emociju apmaiņas brīžu starp māti un bērnu mijiedarbības laikā nekā pirms terapijas.

3. Pastāv saistība starp mātes atbalstošās uzvedības kvalitāti mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un mātes novērtēto bērna eksternalizētās uzvedības izteiktību. Promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma izlasē ir konstatēta statistiski nozīmīga sakarība starp mātes novērtētām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām pēc četriem mēnešiem un mātes atbalstošu uzvedību pēc četriem mēnešiem. Jo mātēm bija augstāka atbalstošā uzvedība mijiedarbības laikā ar bērnu, jo mazāk viņas norādīja bērna eksternalizētās uzvedības problēmas. Šāda saistība pastāv pēc četriem mēnešiem tikai terapeitiskās intervences grupā.

**Darba struktūra.** Promocijas darbs sastāv no ievada, 4 nodaļām, nobeiguma, literatūras saraksta un 11 pielikumiem. Nodaļas ir teorētiskā daļa, metodes, rezultātu un iztīrājuma daļa. Promocijas darbā iekļauti 9 attēli un 12 tabulas. Izmantotās literatūras sarakstā ietverti 137 literatūras avoti. Kopējais darba apjoms ir 102 lpp. bez pielikumiem un 114 lpp. ar pielikumiem.

## 1. Teorētiskā daļa

### 1.1. Eksternalizētās uzvedības vispārējs raksturojums

Eksternalizētās problēmas izpaužas ārēji novērojamā uzvedībā, kas neatbilst sabiedrībā esošām normām. Bērni, kuriem ir eksternalizētās uzvedības problēmas, konfliktu situācijās radušās negatīvās emocijas nespēj piemēroti regulēt un vērš pret citiem (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2011). Viņiem var arī novērot necieņas izpausmes savstarpējās attiecībās un citu cilvēku tiesību neievērošanu, uzbrūkot verbāli (Ostrov & Crick, 2005). Bērnu eksternalizētā uzvedība, kas ietver agresīvu, opozicionāru un deviantu uzvedību, ir saistīta arī ar zemiem akadēmiskiem sasniegumiem, internalizētās uzvedības problēmām un sliktām starppersonu attiecībām (Achenbach, 1991; MacDonald & Achenbach, 1999). Eksternalizētām uzvedības problēmām raksturīgs pastāvīgums jeb noturība, hroniska attīstības gaita, heterogenitāte jeb neviendabība, dažādi rašanās cēloņi, kā arī vairāki veicinošie faktori (Reinecke, 2011).

Turpmāk šajā nodaļā sniegts vispārīgs eksternalizēto uzvedības problēmu apraksts, pievēršot uzmanību diagnostiskiem kritērijiem (*DSM – 5<sup>TM</sup>*, American Psychiatric Association 2013), kā arī pārskats par šo problēmu izpausmi pirmsskolas vecumposmā, īpaši pievēršot uzmanību iespējamajiem cēloņiem. Ar jēdzienu „eksternalizētās uzvedības problēmas” (angļu valodā – *externalizing behavior problems*) tiek raksturotas uzmanības problēmas un ārēja negatīvo emociju izpausme. To visbiežāk var novērot agresīvā uzvedībā, kas sevī ietver uzbrukumu personām, citām dzīvām būtnēm un priekšmetiem. Kā to norāda Achenbachs, pie eksternalizētas uzvedības pieder arī normu pārkāpjoša uzvedība (Achenbach & Rescorla, 2000). Ir noteikta likumsakarība, kā parasti attīstās šie traucējumi. Reinike (Reinecke, 2011) norāda, ka samērā bieži vispirms bērnam novēro uzmanības deficīta un/vai hiperaktivitātes izpausmes, tālāk seko opozicionāri un izaicinošas uzvedības traucējumi (angļu valodā – *oppositional defiant disorder*); tad uzvedības traucējumi (angļu valodā – *conduct disorder*), pēc tam – antisociālas personības traucējumi. Tādēļ rodas jautājums par to, kas veicina šādas uzvedības attīstību, kā arī – saistībā ar promocijas darba tematiku – kā palīdzēt bērniem, lai samazinātu vai novērstu uzvedības traucējumus. Opozicionāri un izaicinošas uzvedības traucējumi (American Psychiatric Association, 2013) ir negatīvas, naidīgas un izaicinošas uzvedības veids, kurš novērojams vismaz sešu mēnešu ilgā laika posmā un ir diagnosticējams, ja pastāv četri vai vairāk no šādiem simptomiem: bieža savaldības zaudēšana; strīdi ar pieaugušajiem; izteikta necieņa un atsacīšanās pakļauties prasībām, likumiem, un tamlīdzīgi; tīša, iepriekš nodomāta citu kaitināšana, traucēšana; citu vainošana savās kļūdās un slikta uzvedība; ātra aizkaitināmība; viegla aizvainojamība un dusmas; kā arī spītība, atriebība. Uzvedības traucējumiem (angļu valodā –

*conduct disorder*) raksturīgs tāds pastāvīgs un atkārtots uzvedības modelis, kad tiek aizskartas vai pārkāptas citu pamattiesības un neievērotas sociālās normas. Novēroti vismaz trīs vai vairāk simptomi pēdējo 12 mēnešu laikā (pēc *DSM – 5<sup>TM</sup>* diagnostiskiem kritērijiem): citu iebiedēšana, terorizēšana; kautiņu bieža ierosināšana vai uzsākšana; tāda ieroča pielietošana, kas var radīt nopietnu fizisku ievainojumu; fiziska nežēlība un cietsirdība attiecībā pret cilvēkiem; fiziska nežēlība un cietsirdība attiecībā pret dzīvniekiem; atklāta zagšana, laupīšana, bruņota laupīšana; seksuālo aktivitāšu uzspiešana; ļaunprātīga dedzināšana (ugunsgrēku radīšana); īpašuma bojāšana, iznīcināšana; ielaušanās ēkā, mājā, mašīnā; melošana, krāpšana; mānīšanās, zādzība; bēgšana no mājām (palikšana naktī ārpus mājas bez atļaujas jau pirms 13 gadu vecuma); aizbēgšana un palikšana ārpus mājas visu nakti vismaz divas reizes; neattaisnota skolas kavēšana pirms 13 gadu vecuma (American Psychiatric Association, 2013). Lielākā daļa no iepriekš minētām eksternalizētās uzvedības – īpaši uzvedības traucējumu – izpausmēm gan vairāk novērojamas skolas laikā un vēlāk dzīvē. Tādēļ nākošajā apakšnodaļā – saistībā ar promocijas darba tēmu – vairāk raksturotas tieši pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas.

## **1. 2. Eksternalizēto uzvedības problēmu izraisošie un veicinošie faktori pirmsskolas vecumā**

Līdz šim veiktie pētījumi pievērš uzmanību tam, ka eksternalizētās uzvedības problēmu esamība pirmsskolas vecumā var prognozēt iespējamu antisociālu vai delinkventu uzvedību pusaudžu vecumā un uzvedības traucējumus pieaugušo dzīvē (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). Pētījums par bērnu agresijas izpausmēm norāda, ka tām ir saistība ar bērna paša vardarbības pieredzi (Cullerton-Sen et al., 2008). Arī Latvijā veiktā pētījumā ir norādīts uz nozīmīgu saistību starp bērna uzvedības traucējumu līmeni un vardarbīgu mātes rīcību (Pirsko, 2010). Citā pētījumā ir konstatētas arī dzimumatšķirības – zēni ir vairāk fiziski agresīvi; meitenes vairāk pauž agresiju attiecībās, kas var būt arī kā netiešā agresija. Piemēram, negatīvā sevis uztvere meitenēm ir saistīta ar agresiju savstarpējās attiecībās, bet tas tā nav zēniem. Vardarbīga ģimenes sistēma ietekmē ne tikai bērnu izpausto fizisko agresiju, bet arī pakāpi, cik izteikti agresīva ir viņu savstarpējā uzvedība. Uzmanības problēmas, kuru dēļ bērniem ir grūtības pakļauties akadēmiskajām un sociālajām prasībām, var paaugstināt bērnu frustrāciju un negatīvu reaktivitāti, kas veicina agresīvas un opozicionāras uzvedības izpausmes (Thomas, Bierman, Thompson, & Powers, 2008). Agresīvi bērni arī vairāk pielieto agresīvas stratēģijas, lai risinātu starppersonu problēmas.

Eksternalizētās uzvedības cēloņi un veicinošie faktori var būt saistīti ar ģenētiski noteiktām bērnu temperamenta iezīmēm un citiem bioloģiskajiem faktoriem (Achenbach, 1993). Kā skaidro

Rotbarta (Rothbart, 2004), pamatā tā ir negatīvā emocionalitāte, kas izpaužas psiholoģiskā nestabilitātē – spilgtu dusmu, baiļu, bēdu izpausmēs, kā arī nepietiekošā reakciju apzinātā kontrolē (angļu valodā – *effortful control*), kas izpaužas grūtībās aplāpēt dominējošo jeb automātisko atbildes reakciju, lai tās vietā veiktu pārdomātu atbildes reakciju. Reakciju apzināto kontroli var skaidrot arī kā pašregulācijas prasmi, kas sevī ietver spēju apspiest dominanto reakciju. Reakciju apzinātā kontrole ir spēja apturēt nepiemērotas uzvedības izpausmi un paust piemērotu uzvedību, atbilstoši pieņemtajām normām attiecīgā sociālā vidē. Būtiski, ka zemākas spējas regulēt emocijas ir saistītas ar augstāku eksternalizētās uzvedības risku (Lengua, 2006; Karreman, van Tuijl, van Aken, Deković, 2009). Citi autori savukārt pievērš uzmanību tam, ka labām spējām regulēt emocijas var būt eksternalizēto uzvedības problēmu samazinošs efekts (Hill, Degnan, Calkins, & Keane, 2006).

Dažādi autori ir norādījuši, ka ne tikai bērna individuālie faktori, bet arī vecāku aprūpes kvalitāte un audzināšanas prasmes ietekmē bērna uzvedību, šiem faktoriem savstarpēji mijiedarbojoties (Bradley & Corwyn, 2008; Aarts 2008; Gartstein & Fagot, 2003; Thomas, Bierman, Thompson, & Powers, 2008). Vairāki pētnieki arī uzsvēruši, ka tad, ja vecāki audzināšanā izmanto bargu disciplīnu, piem., bērnu ieplaukāšanu jeb iesišanu bērniem, īpaši jaunākā vecumā, tad bērniem biežāk izpaudīsies eksternalizētās uzvedības problēmas (Bradley, Corwyn, Burchinal, McAdoo, & Coll, 2001). Lorbers un Egeland (Lorber & Egeland, 2009) secināja, ka neiejūtīga vecāku pieeja bērnu audzināšanai bija būtiski saistīta ar eksternalizēto uzvedības problēmu izpausmi gan tad, kad bērni bija pirmsskolas vecumā, gan arī – kad viņi mācījās 1. klasē. Secinājumus viņi izdarīja, pamatojoties uz māšu un zīdaiņu diāžu novērojumiem, kad mazuļi bija 3 un 6 mēnešus veci, viņu barošanas laikā mājās; novērtējot māšu attieksmi un iejūtību. Pēc tam pētnieki novērtēja šo bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu izpausmi pirmsskolas vecumā un arī tad, kad bērni mācījās 1. klasē, kā arī, kad viņiem bija 16 gadi (bērnu uzvedības novērtējuma anketas aizpildīja mātes). Pirmsskolas vecumā un 1. klasē saistība starp vecāku pieeju bērnu audzināšanā un bērnu eksternalizēto uzvedību bija nozīmīga, savukārt 16 gadu vecumā šī pati saistība nebija nozīmīga, un eksternalizētā uzvedība bija daudz mazāk izteikta. Tomēr, kad šie bērni sasniedza 23 un 26 gadu vecumu, eksternalizētās uzvedības izpausmes (pēc viņu pašu novērtējuma) atkal bija kļuvušas izteiktas un tām bija novērojama saistība ar to, kā mātes pret viņiem bija attiekušās un cik bijušas iejūtīgas viņu barošanas laikā 3 un 6 mēnešu vecumā. Tātad mazākai māšu iejūtībai pret bērniem 3-6 mēnešu vecumā bija saistība ar augstākiem eksternalizētās uzvedības rādītājiem, kad viņi bija 7 gadus veci un arī jaunu pieaugušo vecumā.

Pēdējo gadu pētījumi norāda, ka ir svarīgi pievērst uzmanību nevis tikai vienam atsevišķam faktoram, kas prognozē bērnu eksternalizētu uzvedību, bet gan vairāku faktoru mijiedarbībai. Tā

vietā, lai fokusētos tikai uz vecāku pieeju bērnu audzināšanai jeb tikai uz bērna temperamenta izpausmēm, ir pētīts, kā šo faktoru mijiedarbība prognozē eksternalizētu uzvedību. Pētot mijiedarbību starp temperamenta iekmēto reakciju apzināto kontroli (angļu valodā – *temperamental effortful control*), vecāku pieeju bērnu audzināšanai (angļu valodā – *parenting*) un bērna dzimumu, Lengva (Lengua, 2006), kā arī Kerimena ar kolēģiem (Karreman, van Tuijl, van Aken, & Deković, 2009), konstatēja, ka vecāku pieejas bērnu audzināšanai pozitīvas un negatīvas dimensijas ir atšķirīgi saistītas ar bērnu reakciju apzinātās kontroles spēju dažādiem līmeņiem. Pētījuma rezultāti tika iegūti, novērojot 3 gadus vecu bērnu uzvedību pirmsskolas grupās un dienas aprūpes centros, kā arī veicot video ierakstus katra bērna mājās, novērojot bērna – vecāka diādi rotaļu situācijā. Pēc pusotra gada, kad bērniem bija 4 gadi, vecāki un audzinātāji novērtēja viņu uzvedību, aizpildot anketas. Rezultāti parādīja, ka eksternalizētās uzvedības problēmas 3 gadu vecumā cieši korelēja ar eksternalizētās uzvedības problēmām 4,5 gadu vecumā abiem dzimumiem. Tas apliecina, ka, ja netiek veikta piemērota intervence, eksternalizētās uzvedības izpausmes turpina attīstīties. Pētnieki arī novēroja, ka gadījumos, kad vecāki pauda emocionāli negatīvu attieksmi bērnu audzināšanā, bērniem ar augstu reakciju apzināto kontroli bija zemi eksternalizētās uzvedības rezultāti, savukārt bērniem ar zemu reakciju apzināto kontroli bija ļoti izteiktas eksternalizētās uzvedības problēmas. Pētnieki arī secināja, ka bērniem ar zemu reakciju apzināto kontroli, kuriem ir grūtības impulsu un emociju vadīšanā un apvaldīšanā, iespējams, būtu īpašs ieguvums no vecāku iejūtīgākas, konstruktīvākas un strukturētākas vadības, lai viņi varētu apgūt vēlamo sociālo uzvedību un spētu apzināti kontrolēt savas reakcijas. Tātad, ņemot vērā pētījuma rezultātus, jāsecina, ka terapeitiskajām intervencēm būtu jābūt mērķtiecīgi virzītām arī uz to, lai palīdzētu vecākiem apgūt iejūtīgas, konstruktīvas un strukturētas bērnu vadīšanas prasmes. Savukārt, pētot un analizējot reakciju apzinātās kontroles izpausmes līmeņus un vecāku pieejas bērnu audzināšanai dimensijas, Kerimena ar kolēģiem (Karreman, van Tuijl, van Aken, & Deković, 2009) konstatēja, ka vecāku emocionāli negatīvas attieksmes izpausmes bērnu audzināšanā ietekmēja bērnus visās pētījuma grupās. Šajā pētījumā tika novērotas šādas vecāku emocionāli negatīvas attieksmes izpausmes, esot mijiedarbībā ar bērniem: kritizēšanas momenti, traucēšana, kaitināšana, ignorēšana un uzbāzība. Pētnieki pieļauj, ka vēl nopietnākas vecāku emocionāli negatīvas attieksmes izpausmes, tādas kā barga un sodoša pieeja bērna audzināšanā kopā ar zemu bērna reakciju apzinātās kontroles līmeni varētu būt krietni izteiktāk saistīta ar bērna eksternalizētās uzvedības problēmām. Izpētot bērnu dzimuma saistību ar reakciju apzināto kontroli un vecāku pieeju bērnu audzināšanā, kad vecāki pauda emocionāli negatīvu attieksmi, meitenes, salīdzinot ar zēniem, atklāja mazāk izteiktas eksternalizētās uzvedības problēmas. Augsta riska grupas bērniem ar zemu reakciju apzināto

kontroli zēni izteiktāk nekā meitenes parādīja eksternalizētās uzvedības problēmas. Tomēr viņi spēja daudz iegūt no vecāku emocionāli pozitīvas attieksmes, tādā gadījumā izpaužot zemāku eksternalizētās uzvedības līmeni. Lai gan zemākas reakciju apzinātās kontroles spējas ir saistītas ar augstāku eksternalizētās uzvedības risku, pētījumu rezultāti norādīja uz to, ka vecāku emocionāli pozitīva attieksme bērna audzināšanā mazināja šo risku. Tika arī konstatēts (Karreman, van Tuijl, van Aken, & Deković, 2009), ka meiteņu reakciju apzinātai kontrolei bija lielāks ilgtermiņa efekts uz eksternalizētās uzvedības problēmām: zema reakciju apzinātā kontrole 3 gadu vecumā prognozēja eksternalizētās uzvedības izpausmju pieaugumu vecumā no 3 līdz 4,5 gadiem, bet reakciju apzinātās kontroles un eksternalizētās uzvedības vienlaicīgā saistība zēniem bija izteiktāka nekā meitenēm.

Ir arī veikti vairāki pētījumi, kas norāda, ka vecāku antisociāla uzvedība, vecāku sodāmība, narkotisko vielu lietošana un depresija ir saistīta ar bērnu agresiju. Pārbaudot teorētisko modeli (Eiden, Edwards, & Leonard, 2007), tika konstatēts, ka 12 – 18 mēnešus veca mazuļa tēva alkoholisma diagnoze bija saistīta ar zemāku mātes un arī abu vecāku iejūtību, kad bērnam bija 2 gadi. Turpinot longitudinālo pētījumu, zemā mātes iejūtība zīdaiņa vecumā bija prognozējošs faktors zemākām bērna pašregulācijas spējām 3 gadu vecumā, kuras savukārt prognozēja augstākas eksternalizētās uzvedības problēmu izpausmes turpmāk, kad bērni apmeklēja bērnudārzu (Eiden, Edwards, & Leonard, 2007). Novērota arī tieša saistība starp vecāku depresiju un bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām. Slatčers un Trentakosta (Slatcher & Trentacosta, 2011), izmantojot novērošanas metodi ikdienas vidē, veica longitudinālu pētījumu, kurā analizēja vecāku un 3 - 5 gadus vecu bērnu mijiedarbību. Informāciju pētījumam ieguva, veicot audioierakstus. Pētnieki arī novērtēja vecāku depresijas simptomus, kā arī lūdza abiem vecākiem novērtēt savu bērnu uzvedību. Pētnieki konstatēja, ka tēva depresijas simptomi pozitīvi korelēja ar bērna raudāšanu, dusmu lēkmēm un TV skatīšanos. Mātes depresijas simptomi pozitīvi korelēja ar bērnu raudāšanu. Abu vecāku depresīvie simptomi pozitīvi korelēja ar bērnu negatīvu emociju vārdu lietošanu, īpaši tādu, kas pauž dusmas. Analizējot dinamiskā, depresīvu vecāku bērniem mērījumā, kuru atkārtoti veica pēc gada, novēroja vēl izteiktāku negatīvu emociju vārdu lietošanu. Mātes depresīvie simptomi pozitīvi korelēja ar bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām otrajā mērījumā (pēc 1 gada). Pētījuma rezultāti, kā to abi autori norāda, liek mērķtiecīgi plānot un veikt tādas preventīvās intervences, kuras palīdzētu veidot labvēlīgākas vecāku un bērnu savstarpējās attiecības. Tām būtu jābūt tādām, kas samazinātu negatīvu vecāku depresijas simptomu ietekmi. Citā pētījumā māšu depresijas simptomiem bija saistība ar šo māšu negatīvu afektu paudošiem balsis toņiem, centieniem piespiest bērnus pakļauties, kamēr tēvu depresijas simptomi vairāk bija saistīti ar

retākiem tēva – bērna pozitīviem mijiedarbības brīžiem (Middleton, Scott, & Renk, 2009). Tāpat tika konstatēts, ka māšu depresijas simptomiem un viņu pieejai bērnu audzināšanai, kas izpaudās skarbos balss toņos un bērnu piespiešanā pakļauties, ir saistība ar bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām, turpretī šāda pārliecinoša saistība nebija novērojama ar bērnu internalizētām uzvedības problēmām (Middleton, Scott, & Renk, 2009). Tā kā pastāv atšķirības depresīvu māšu un tēvu pieejā bērnu audzināšanai, Middleton ar kolēģiem arī norāda, ka būtu jāizvirza atšķirīgi mērķi par to, kā veikt intervenci mātēm un kā - tēviem.

Būtiskas arī ir bērna mātes un viņas partnera savstarpējās attiecības un tas, kā tiek risināti savstarpējie konflikti. Pētot 4 – 5 gadus vecu bērnu izpratni par ģimenes konfliktu situācijām un eksternalizētām uzvedības problēmām bērniem, ir norādīts, ka pieaugušo partneru savstarpējās vardarbības izpausmes ģimenē nelabvēlīgi ietekmē bērnu spējas izprast konfliktsituācijas, un tas var būt eksternalizētās uzvedības ietekmējošs faktors (Minze, McDonald, Rosentraub, & Jouriles, 2010). Ne mazāk svarīga nozīme ir arī vecāku disciplinēšanas paņēmieniem. Bērniem, kuri piedzīvojuši sliktu apiešanos un pret sevi vērstu vardarbību, varētu būt gan grūtības izveidot priekšstatu par sevi kā par vērtīgiem un kompetentiem, gan arī grūtības uztvert citus kā atsaucīgus un tādus, kas rūpējas, un tam varētu būt saistība ar viņu agresīvo uzvedību (Cicchetti & Toth, 2005).

Nelabvēlīga sociāli ekonomiskā situācija, kā zināms, arī negatīvi ietekmē bērnu eksternalizēto uzvedību. Ir veikti pētījumi trijās paaudzēs, lai pierādītu nelabvēlīgas sociāli ekonomiskās situācijas ietekmi uz vecāku pieeju bērnu audzināšanai un bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām. Rezultāti parādīja, ka nabadzības piedzīvošana pusaudžu un jauniešu vecumā prognozēja agrāku kļūšanu par vecākiem šiem jauniešiem (Scararnella, Neppl, Ontai, & Conger, 2008). Turpinot novērošanu, viņu kā vecāku uzvedība attiecībā pret saviem divgadīgajiem bērniem bija bargā un prognozēja bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu izpausmju pieaugumu laika posmā no 2 līdz 3 gadiem. Savukārt viņu trīsgadīgo bērnu eksternalizētā uzvedība prognozēja bargu vecāku disciplīnu turpmākā gada laikā. Tātad, kā norāda Skararnella un kolēģi (Scararnella, Neppl, Ontai, & Conger, 2008), nelabvēlīgai sociāli ekonomiskai situācijai ģimenē ir ilgtermiņa ietekme uz bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izpausmju pieaugumu.

Ir apzināti arī eksternalizētās uzvedības cēloņi un veicinošie faktori, kas saistīti ar bioloģiskiem aspektiem un bargu pieeju bērnu audzināšanā. Pētījumā, kas veikts ar trīsgadīgiem dvīņiem, tika konstatēts, ka gan ģenētiskiem faktoriem, gan arī vides faktoriem, tajā skaitā vecāku pieejai bērnu audzināšanā, ir saistība ar bērnu agresīvu uzvedību (Derks, Hudziak, van Beijsterveldt, Dolan, & Boomsma, 2004). Pētījumos ir pārbaudīts, ka vecāku neiejūtība bērnu audzināšanā (angļu valodā – *insensitive parenting*) atstāj atšķirīgu ietekmi uz eksternalizētās uzvedības izpausmi



pirmsskolas vecumā, atkarībā no 7. atkārtotās *DRD4* alēles (angļu valodā – *DRD4 7-repeat allele*) klātbūtnes (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2006). 7. atkārtotās *DRD4* alēles klātbūtne bērniem ir saistīta ar ekstraversiju un sākotnējo reakciju apvaldišanas grūtībām, kā arī garlaikošanos un grūtībām pagaidīt, ja pastāvīgi nesaņem jaunus stimulus no ārējās vides (Sonuga-Barke, Taylor, Sembi, & Smith, 1992). Novērots, ka vecāki, kuriem ir 7. atkārtotās *DRD4* alēles klātbūtne, ikdienas situācijās ir viegli satraucami, pauž verbālu agresiju un ir mazāk iejūtīgi attiecībās ar saviem bērniem (Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Mesman, 2008). Mātes pašas neizsērotais zaudējums un neārstēta psiholoģiska trauma ir saistīta ar viņu zīdaiņu dezorganizētu piesaisti, bet tikai pie *DRD4* alēles klātbūtnes šiem bērniem (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2006). Tātad būtiska ir gēnu un vides faktoru mijiedarbība. Tā, piemēram, pirmsskolas vecuma bērnu māšu neiejūtīgai audzināšanai bija saistība ar eksternalizētu (opozicionāru, agresīvu) uzvedību bērniem, bet tikai pie 7. atkārtotās *DRD4* alēles klātbūtnes šiem bērniem (Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2006).

Maz vēl ir zināms par individuālām uzmanības atšķirībām un par to, vai agrīnā bērnībā var paredzēt, kādas būs cilvēka spējas turpmākā dzīvē noturēt uzmanību ilgstoši – ikdienas aktivitāšu, mācību un darba laikā. Konstatēts, ka nespējai noturēt uzmanību ilgstoši ir saistība ar eksternalizēto uzvedības problēmu izpausmi un ka sliktas emociju regulācijas spējas un neuzmanība ir svarīgi faktori, kas ļauj prognozēt klīniska līmeņa eksternalizētās uzvedības profilu meitenēm. Savukārt zems sociāli ekonomiskais statuss kopā ar neuzmanību ir nopietni prognozētāji hroniskam klīniska līmeņa eksternalizētās uzvedības profilam zēniem (Hill, Degnan, Calkins, & Keane, 2006).

Eksternalizētās uzvedības problēmas ir daudzveidīgu faktoru izraisīti traucējumi, ieskaitot bioloģiskos, kognitīvos un sociālos aspektus. Agresīviem bērniem biežāk konstatē neadekvātu informācijas pārstrādi, kas noved pie nepareizām sociālo situāciju interpretācijām (Helmsen, Koglin, & Petermann, 2012). Sociālo situāciju uztverē šie bērni vāji veido alternatīvus risinājumus starppersonu problēmām. Viņi arī vairāk koncentrējas uz mērķiem, nevis līdzekļiem un veidiem, kā šos mērķus sasniegt. Viņi ir mazāk jūtīgi konfliktsituācijās. Sevis un citu uztvere ir daļēji izkropļota. Var novērot ievērojamas grūtības, kad šie bērni sastopas ar problēmām un frustrējošām situācijām. Bez bioloģiskajiem un sociālpsholoģiskajiem faktoriem eksternalizēto uzvedību ietekmē arī piesaistes vecākiem attiecību kvalitāte, par ko būs pārskats nākošajā nodaļā.

Tātad eksternalizētās uzvedības problēmu izpausmei pirmsskolas vecumā ir jāpievērš uzmanība, iespējami agrāk konstatējot problēmu esamību un sniedzot adekvātu palīdzību to risināšanā. Šādas uzvedības izpausmju cēloņi un veicinošie faktori var būt dažādiem indivīdiem atšķirīgi, bet kopumā, ņemot vērā jaunāko pētījumu rezultātus, īpaša uzmanība jāpievērš šādām

faktoru grupām – bioloģiskie cēloņi, sociālpsiholoģiskā vide, kognitīvās spējas, vecāku psiholoģiskā veselība un prasme risināt savstarpējos konfliktus, kā arī vecāku – bērnu mijiedarbības kvalitāte.

### **1.3. Galvenās teorētiskās pieejas mātes – bērna mijiedarbības skaidrošanai**

Lai labāk novērtētu tos aspektus, kas veicina pozitīvu mātes – bērna mijiedarbību, kā arī pamatotu mijiedarbības kvalitātes ietekmi uz bērna pašregulācijas attīstību un uzvedību, būtiski aplūkot nozīmīgākās teorētiskās pieejas, kuru uzmanības fokusā ir mijiedarbība. Īpaši svarīgi ir pētījumi par piesaistes drošību, intersubjektivitāti un mentalizāciju, kuru funkcijas vienlaikus ir gan atšķirīgas, gan vairākos aspektos arī savstarpēji ietekmējošas un papildinošas.

#### **1.3.1. Piesaistes drošība**

Piesaistes teorija, kuras pamatlicējs ir Dž. Boulbijs (Bowlby, 1988), ir viena no svarīgākajām teorētiskajām pieejām vecāku – bērnu mijiedarbības izpratnē. Tā izskaidro bērna piesaisti savam aprūpētājam kā bioloģiski noteiktu tieksmi savas drošības radīšanai, kad tiek piedzīvots distress vai bailes. Piesaistes uzvedības mērķis ir iegūt un uzturēt tuvību un kontaktu ar aprūpētāju. Visbiežāk māte ir pirmā un galvenā persona attiecībās, ar kuru bērns attīsta piesaistes modeli, jo, kā norāda Boulbijs, gandrīz visi bērni sākumā pierod pie vienas noteiktas personas un tai izvēlas dot priekšroku. To, kāds būs šis modelis, nosaka mātes izturēšanās (Bowlby, 1988). Būtiski, ka māte spēj radīt drošības izjūtu, lai bērns var izzināt pasauli, paužot savu zinātkāri un vienlaikus arī vajadzību pēc „drošā patvēruma”, kur vērsties pēc mierinājuma apdraudējuma izjūtas gadījumā. Vecāku un bērna attiecību kvalitātei, atsaucoties uz bērna satraukumu distressa gadījumā, ir izšķiroša nozīme piesaistes attiecībās (Bowlby, 1988). Piedzīvojot atkārtotas veiksmīgas situācijas, kad iespējams saņemt mierinājumu un drošības izjūtu no atsaucīgas mātes, bērns sāk attīstīt pats savas emociju regulācijas un sociālās mijiedarbības prasmes (Allen, Timmer & Urquiza, 2014).

Einsvērta ar kolēģiem bija pirmie, kas pētīja piesaistes pamatmodeļus. Vadot svešās situācijas eksperimentu (angļu valodā - *Strange Situation Procedure*), Einsvērta (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) agrīnās bērnības vecumposmā novērtēja bērna – mātes piesaistes attiecību kvalitāti mērena distressa apstākļos. Pētījuma ietvaros bērni piedzīvoja īslaicīgu šķiršanos un pēc tās atkal satikšanos ar savām mātēm. Šīs eksperimentālās situācijas laikā īpaša vērība tika pievērsta bērnu uzvedībai. Pētnieki novēroja noteiktus piesaistes modeļus, kas raksturo bērna un mātes savstarpējo attiecību kvalitāti: drošais, izvairīgais un ambivalentais, kuru raksturo trauksmaina

pretestība. Drošās piesaistes gadījumā māte ir kā drošs pamats, kas palīdz bērnam brīvi pētīt apkārtni un atgriezties pie mātes, lai saņemtu iedrošinājumu, kad tas vajadzīgs. Bērns paļaujas, ka māte būs pieejama un atsaucīga, un izpalīdzīga, ja nepieciešams. Bērni ar drošo piesaisti ir par sevi pārliecinātāki un ar pozitīvu pašvērtējumu. Viņi labāk pielāgojas dažādās sociālās situācijās un ir noturīgāki pret stresu, kā arī šādiem bērniem ir daudz mazāk novērojamas eksternalizētās uzvedības problēmas (Lyons-Ruth, Easterbrooks, & Cibelli, 1997). Izvairīgās piesaistes gadījumā bērns cenšas izvairīties no mātes klātbūtnes, jo ir pārliecināts, ka viņu noraidīs. Bērns ar ambivalento piesaisti nav drošs, ka māte būs atsaucīga tieši tad, kad tas nepieciešams. Ambivalentās piesaistes gadījumā, kuru raksturo bērna trauksmaina pretestība, bērnam ir bijusi pieredze, ka var sastapties ar noraidījumu brīdī, kad piesaistes personas tuvums un mierinājums vajadzīgi visvairāk. Šādam bērnam māte varētu brīžiem būt bijusi pieejama un atbalstoša, bet brīžiem neatsaucīga (Bowlby, 1988). Meina (Main, 1996) konstatēja vēl ceturto piesaistes stilu, nosaucot to par dezorganizēto jeb dezorientēto (angļu valodā – *disorganized/disoriented*). Šīs grupas bērnu uzvedība izskatās nesakarīga un grūti izskaidrojama situācijas kontekstā. Tas tā varētu būt tādēļ, ka nereti šo bērnu vecāku attieksme un uzvedība ir neprognozējama. Šie bērni daudzos gadījumos varētu būt bijuši ģimenē notiekošas vardarbības upuri (Bowlby, 1988). Kā norāda Ven Ijzendorns un kolēģi (Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), dezorganizētai piesaistei ir saistība ar bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām. Tieši liela daļa šādu bērnu ir psihoterapeitu pacienti (Bowlby, 1988).

Kanādas psiholoģes (Dubois-Comtois & Moss, 2008) veica pētījumus par mātes – bērna un arī ģimenes mijiedarbības ietekmi uz bērna piesaistes atspoguļojumu viņu stāstījumos. Mātes – bērna mijiedarbība bija novērota un filmēta laboratorijas apstākļos, kad bērniem bija 5 - 6 gadi. Trīs gadus vēlāk tika veikti atkārtoti novērojumi. Izmantojot lelles un spēlēšanos, bērniem lūdza par situāciju veidot stāstījumu, ko viņi spēja šajā vecumā atbilstoši savām valodas attīstības spējām. Rezultātus kodējot, veicot datu apstrādi un analīzi, pētnieces secināja, ka drošā piesaiste (kā to varēja vērot stāstījumos un video ierakstos) bija saistīta ar pozitīvas un harmoniskas mijiedarbības pieredzi vidējās bērnības gados; savukārt nedroša un dezorganizēta – ar haotisku un nesaskaņotu darbību. Bērni, kuri attīstīja drošas piesaistes attēlojumu 8 - 9 gadu vecumā, bija piedzīvojuši augstāku attiecību kvalitāti ar māti trīs gadus iepriekš, ko arī varēja novērot videoierakstos. Šiem bērniem bija pozitīva ģimenes mijiedarbības pieredze, salīdzinot ar tiem, kuri veidoja nedrošas piesaistes attēlojumu. Var secināt, ka bērni, saņemot iedrošinājumu un atbalstu no saviem vecākiem, spēj attīstīt drošības izjūtu, attiecinot to gan uz sevi, gan attiecībās ar citiem. Turpinoties pētījumiem saistībā ar piesaistes teoriju, nozīmīgu ieguldījumu devis Šterns (Stern, 2006), skaidrojot

intersubjektivitātes nozīmi vecāku – bērna mijiedarbībā. Bērna attīstības gaitā piesaiste un intersubjektivitāte cieši savijās, lai gan tām ir atšķirīgas funkcijas. Galvenā piesaistes funkcija ir aizsardzības meklēšana, bet intersubjektivitātes pamatfunkcija ir emociju un pieredzes saskaņotība starp mijiedarbības partneriem, sociālo situāciju izpratne un komunikācija (Cortina & Liotti, 2010).

### 1.3.2. Intersubjektivitāte mātes un bērna diādes attiecībās

Intersubjektivitāte ir jēdziens, kuru lieto vairākās zinātņu nozarēs: filozofijā, psiholoģijā, psihoanalīzē, socioloģijā un antropoloģijā, lai pētītu attiecības starp cilvēkiem. Saistībā ar promocijas darbu intersubjektivitāte tiek aplūkota mātes un bērna diādes attiecību kontekstā.

Bērna pirmajā dzīves gadā attīstās ne tikai piesaistes sistēma, bet sāk arī veidoties intersubjektivitāte (angļu valodā – *intersubjectivity*). Motīvi, kas raksturo intersubjektivitāti, ir emocionāli tuva dalīšanās pieredzē un altruistiska sadarbība ar citiem (Cortina & Liotti, 2010). Intersubjektivitāte, pēc Remberga (Ramberg, 2006) uzskatiem, sevī ietver cilvēcīgas būtnes atkarību no citiem savā eksistēšanas pieredzē un netieši norāda uz abpusējām kopīgām attiecībām starp cilvēkiem un apmierinājumu, esot kopā ar otru cilvēku. Svarīga intersubjektivitātes funkcija mātes un bērna diādes attiecībās ir komunicēšana gan intuitīvā, gan automātiskā līmenī, veicinot bērnam sociālu sapratni. Teorija par intersubjektivitāti norāda, ka cilvēciskām būtnēm jau kopš piedzimšanas ir potenciāls dalīties psiholoģiskos stāvokļos ar citiem, tā esot sagatavotiem sadarbībai ar pārējiem sabiedrības locekļiem (Trevarthen & Aitken, 2001). Jau pirmajās dzīves nedēļās var novērot mazuļu kapacitāti –vēlmi iekļauties komunikācijā (Trevarthen, 1979). Intersubjektivitātes izpausmes diādes attiecībās kļūst labāk saprotamas, pateicoties neirobioloģijas pētījumiem par spoguļneironu (*mirror neurons*) mehānismu un iemiesotu (*embodied*) mijiedarbību, kas izpaužas ķermeņa kustībās, mīmikā un žestos (Gallese, 2009). Amaniti un Trentini (Ammaniti & Trentini, 2009) uzsver, ka cilvēka smadzenes un prāts ir pielāgots, lai nojaustu citu cilvēku nodomus, vērojot viņu sejas izteiksmi un mērķtiecīgās darbības. Trevātens un Eitkins (Trevarthen & Aitken, 2001) ir novērojuši abpusēju bērna un mātes kustību saskaņotību, kas liecina par abu mijiedarbības partneru savstarpēju uzmanību un ietekmējamību. Dažkārt novērotais saskaņotības trūkums emociju savstarpējā atspoguļojumā starp bērnu un māti varētu liecināt par piesaistes attiecību sliktu kvalitāti (Ammaniti & Trentini, 2009). Ļoti vāja saskaņotība, kas raksturīga zemai mātes atsaucībai, liek bērnam reaģēt ar pārmērīgu pašregulācijas procesu kontroli ar mērķi būt nodarbinātam pašam tādā veidā, kas sniedz komfortu (Ammaniti & Trentini, 2009).

Šterns (Stern, 2006) uzskata, ka intersubjektivitātes motivējošā sistēma regulē psiholoģisko tuvību, tādā veidā ietekmējot piesaistes kvalitāti. Māte, izprotot bērna emocionālo stāvokli, atsaucas vai atspoguļo bērnu. Savukārt bērns uztver šo atsaukšanos kā kaut ko, kas ir darīts saistībā ar viņa sākotnējo emocionālo pieredzi (Stern, 2006). Kā norāda Rembergs (Ramberg, 2006), bērnam ir vajadzīga mātes iekšējās pasaules pieredze, un, satiekoties ar acu skatieniem, bērns un māte dalās savā pieredzē par vienu un to pašu, kļūstot vienoti savā izpratnē. P. Larsons (Larsson, 2012) uzsver, ka intersubjektivitāte attiecas ne tikai uz starppersonu attiecībām, bet tā ir arī spēja izprast otra subjektivitāti. Amaniti un Trentini (Ammaniti & Trentini, 2009) norāda, ka mātes sejā bērns var nolasīt savas emocijas, kā tās māte atspoguļo. Tas ir būtiski, lai bērnam varētu attīstīties empātiska attieksme pret otru personu, sociālā kompetence un situācijai atbilstoša uzvedība.

Pētījumi par bērna intersubjektīvām sadarbības spējām norāda uz intersubjektivitātes trim slāņiem – primāro, sekundāro un terciāro intersubjektivitāti (Bråten & Trevarthen, 2007; Burriel & Brugué, 2014). Primāro intersubjektivitāti raksturo bērna spēja pievērsties aktuālajām cita cilvēka emociju izpausmēm tuvā abpusējā divu subjektu kontakta momentā. Pirmā dzīves gada laikā mātes – zīdaiņa diādes dalībnieki atsaucas viens otra neverbālajiem mājieniem, vokalizācijām, ķermeņa kustībām, žestiem un emocijām. Attīstoties sekundārajai intersubjektivitātei, no apmēram deviņu mēnešu vecuma ir novērojama triangulācija, kas izpaužas divu subjektu un objekta saskaņošanā, kad kopējā bērna un viņa uzticamā aprūpētāja uzmanība un emocionālā atsaukšanās tiek pievēsta kādam konkrētam objektam. Raksturīgi, ka objekti, kuri rosinājuši kopējo uzmanību un emocionālo atsaukšanos, tiek iesaistīti spēlē drošās diādes attiecībās. Izmantojot imitāciju un objektus, notiek mācīšanās process. Var novērot, ka bērns un māte dalās starppersonu attiecībās, iekļaujot vokalizēšanu, ritmus, žestus un tamlīdzīgi. Ir iespēja novērot abu mijiedarbības dalībnieku ķermeņa kustību sinhronitāti un abpusēju pielāgošanos. Jau nobriedušākā sekundārās intersubjektivitātes pakāpē var arī novērot kopīgu uzmanību un emocionālu saskaņotību, radot iztēlošanās spēles. Terciārā intersubjektivitāte, kura novērojama sākot no divu gadu vecuma, jau iekļauj bērna spēju saspēlē ar māti radīt emocionālu stāstījumu. Sākumā tie var būt daži vārdi. Bērnam pieaugot un esot drošās piesaistes un labās intersubjektīvās attiecībās, viņš spēj spēles laikā dalīties savās emocijās ar māti, radot emocionāli piesātinātu stāstījumu par notiekošo, kurā var būt iekļauti gan aktuāli, gan simboliski tēli (Burriel & Brugué, 2014). Lai bērnam netraucēti attīstītos intersubjektivitāte, būtiski, ka māte spēj emocionāli pieskaņoties bērnam un viņu atspoguļot, nosaucot objektus vārdos. Lai gan vajadzība būt atspoguļotam ir atšķirīga no piesaistes drošības funkcijas (Cortina & Liotti, 2010), tajā pašā laikā tā ir ļoti nozīmīga. Māte, kura ir iejūtīga pret bērna signāliem un spēj atpazīt, novērtēt, apbrīnot savu mazuli un viņa emocijas, nodomus un mentālos

stāvokļus, spēs palīdzēt bērnam izveidot drošo piesaisti. Tas liecina, ka intersubjektivitāte un piesaiste savstarpēji savijās (Cortina & Liotti, 2010). Lai varētu līdzvērtīgi komunicēt un sadarboties, cilvēkam arī visā turpmākajā dzīves laikā ir nepieciešamas intersubjektīvas spējas, kuras ir balstītas uz kapacitāti iedomāties citus kā būtnes, kurām ir līdzīgas vēlmes, nodomi un mentālie stāvokļi kā pašam (Meltzoff, 2007). Kā norāda Larsons (Larsson, 2012), viena no spējām, kas raksturo interpersonālu prātu (angļu valodā – *interpersonal mind*), ir prasme ņemt vērā gan paša, gan cita cilvēka psihisko realitāti un saprast, kāpēc cilvēks uzvedas attiecīgā veidā. Tātad terapijas sesijās, ņemot vērā mātes vērojumus un komentārus par sava bērna darbību konkrētā situācijā, terapeita uzdevums ir palīdzēt mātei apzināties gan savu attieksmi pret bērnu un viņa darbību, gan arī to, kas ir bērna darbības pamatā – kādas ir bērna vajadzības, emocijas, jūtas un nodomi.

### **1.3.3. Mentalizācijas teorijas skaidrojums par bērna uzvedības pašregulācijas attīstību**

Jēdziens „mentalizācija” (angļu valodā – *mentalization*) jau ir lietots vairākus gadu desmitus (Morton, 1989; Fonagy, 1989; Lecours & Bouchard, 1997). Psihoanalīzes pētnieki, atsaucoties uz piesaistes teoriju, uzskata, ka bērnam ir potenciāls attīstīt īpašu prāta funkciju – mentalizāciju (Giannoni & Corradi, 2006). Mentalizācija raksturo cilvēkiem piemītošas spējas pievērst uzmanību tam, ka gan viņu pašu, gan arī citu cilvēku uzvedību nosaka mentālie stāvokļi – vēlmes, vajadzības, jūtas, domas, saprāts, pārlicības un tamlīdzīgi (Allen, 2012). Mentalizācija attiecas uz attīstības ieguvumu, kas atļauj indivīdam atsaukties ne tikai uz citu cilvēku uzvedību, bet arī piedēvēt īpašības gan savam, gan citu mentāliem stāvokļiem, tādā veidā darot sev saprotamu jeb jēgpilnu citu cilvēku uzvedību (Fonagy & Target, 1997). Bērns jau četrus gadus vecumā spēj spontāni interpretēt otras personas uzvedību kā tādu, kurai ir noteikts nodoms, tīšs nolūks saistībā ar savu vēlēšanos, bailēm un gaidām (Giannoni & Corradi, 2006). Viņš arī tādā veidā uztver cita cilvēka uzvedību kā jēgpilnu, kā tādu, kurai ir nozīme. Larsons (Larsson, 2012) uzsver, ka intersubjektivitāte un mentalizācijas attīstības kvalitāte ir to primāro procesu sastāvā, kas atļauj attīstīties individualitātes pašorganizētai, iesaistot kompleksu emociju saprašanu un paša spēka izjūtu. Viņš arī norāda, ka bērns spēj attīstīt izjūtu par sevi, redzot paša atspoguļojumu mātes sejā.

Ņemot vērā, ka Fonagijs un Beitmens (Fonagy & Bateman, 2006) mentalizāciju apraksta kā tēlainu psihiskās aktivitātes formu, kura atļauj indivīdam uztvert un saprast gan savu, gan cita cilvēka uzvedību, emocijas un nodomus, tajā pašā laikā apzinoties, ka otra cilvēka uztvertais var arī būt atšķirīgs, ir redzama mentalizācijas līdzība prāta teorijai (angļu valodā – *theory of mind*)

(Baron –Cohen, 1991). Tomēr mentalizācijas jēdziens ir plašāks, jo sevī ietver arī piesaistes instinktu (angļu valodā – *attachment*) un patību (angļu valodā – *self*) (Taylor, 2012).

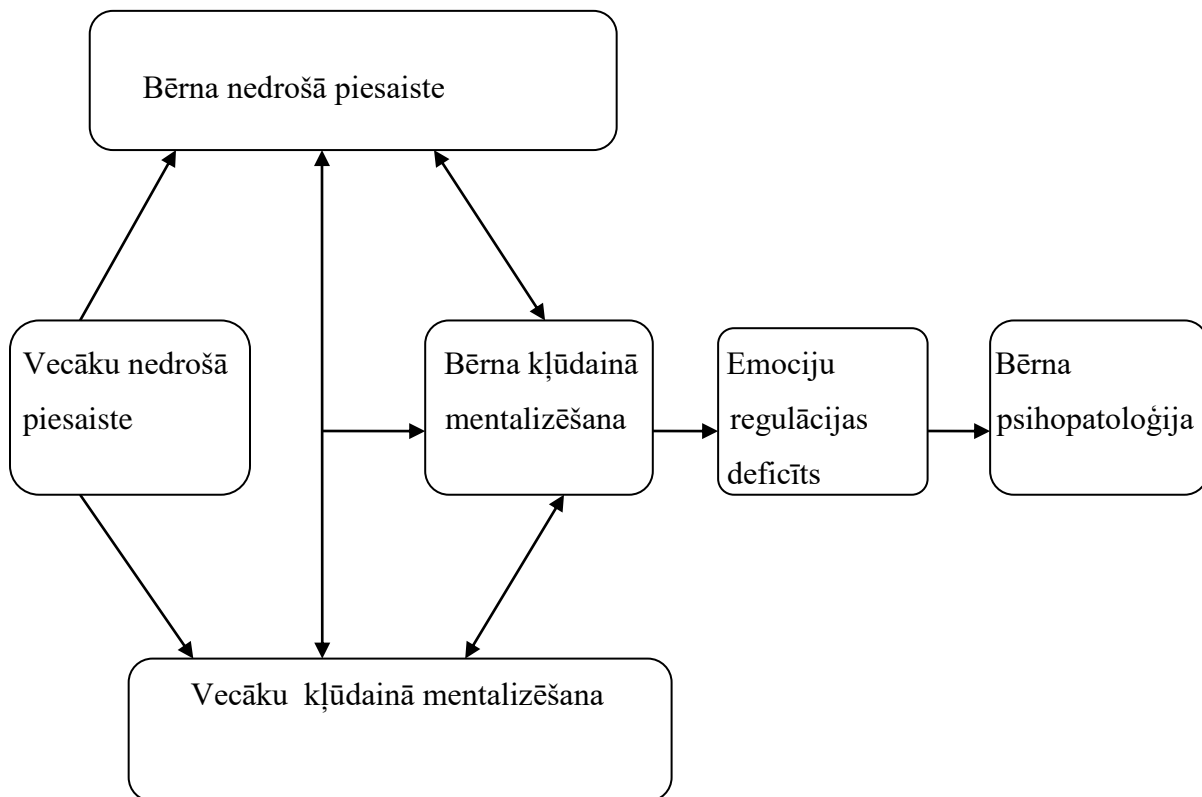
Mūsdienās ar mentalizāciju saistīti pētījumi bērnu un vecāku mijiedarbības terapijā ir ļoti aktuāli. Vairāki pētnieki ir norādījuši uz nepieciešamību lietot jēdzienu „mentalizēšana” (angļu valodā – *mentalizing*). Tādā veidā tiek uzsvērts, ka mentalizēšana ir aktīvs process, kurā cilvēki pauž prasmes mentalizēt, piešķirot jēgu gan sev, gan viens otram mentālo un emocionālo stāvokļu izteiksmē. Vienlaikus pētnieki arī norāda, ka šīs prasmes ir pilnveidojamas terapijas laikā (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Rexwinkel & Verheugt – Pleiter, 2008; Taylor, 2012).

Mentalizēšana ir daudzdimensionāls koncepts (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Tā sevī ietver sava un cita cilvēka mentālo stāvokļu apzināšanos, vienlaikus izdalot atšķirības starp skaidri izteiktu jeb tiešu (angļu valodā – *explicit*) un netiešu (angļu valodā – *implicit*) mentalizēšanu. Ja tiešā mentalizēšana ir apzināta, atspoguļojoša, verbāla un interpretējoša, tad netiešā mentalizēšana ir neapzināta un līdz ar to arī neatspoguļojoša, un neverbāla (Allen, 2003; Taylor, 2012). Tiešā mentalizēšana, skaidri izteikta, ir vieglāk saprotama, jo, izmantojot valodu, cilvēki spēj pateikt to, kas ir viņu prātā (Allen, 2012). Mentalizēšanas konceptā ir iekļauta gan kognitīvā, gan arī afektīvā dimensija. Kognitīvajā dimensijā ietvertas domas un pārliecības, kurām ir saistība ar tiešo mentalizēšanu. Afektīvā dimensija vairāk raksturo emociju un jūtu mentalizēšanu, kas bieži ir neapzināts vai tikai daļēji apzināts process (Allen, 2003; Allen, 2012; Taylor, 2012). Cilvēki sociālās attiecībās bieži rezonē emocionāli, parasti pašiem apzināti par šo procesu nedomājot. Svarīgi uzsvērt, ka mentalizēšanas process ir mijiedarbības dalībnieku emociju ietekmēts (Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1993).

Fonagijs un viņa kolēģi (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991) intersubjektivitāti un mentalizēšanu aplūko piesaistes kontekstā, saistot to ar piesaistes modeļiem. Viņi arī piedāvā hipotēzi, ka mentalizēšana var būt veids, kādā piesaistes kvalitāte tiek nodota no paaudzes paaudzē. Arī citi pētnieki saista šo procesu ar iedzimtību, skaidrojot, ka piesaistei ir bioloģisks pamats, kurā mentalizēšana var attīstīties (Giannoni & Corradi, 2006). Šārpa un Fonagijs (2008) vērš uzmanību uz kļūdainu mentalizēšanu, kā tas nereti ir depresīvām mātēm. Tādā gadījumā māte var uztvert savu bērnu negatīvi, piedēvējot bērnam negatīvus apzīmējumus, nepareizi interpretējot bērna nodomus. Savukārt bērnam, vērīgi pētot piesaistes figūras mentālos stāvokļus, kas atspoguļo mātes neparedzamību, noraidījumu vai pat naidu, rodas bailes un neuzticēšanās (Taylor, 2012). Tas negatīvi ietekmē bērna iekšējās reprezentācijas jeb shēmas, kuras ietekmē domas, jūtas un atmiņas, kas saistītas ar piesaisti (Taylor, 2012). Tāpēc bērni, kuri piedzīvo novārtā pamešanu vai citus

traumatiskus notikumus bērna – vecāku attiecībās, attīsta dusmu, naida un neuzticēšanās jūtas. Šādiem bērniem ir traucēta mentalizēšana (Fonagy, & Target, 1997).

Kā redzams 1. attēlā, pašas mātes nedrošā piesaiste (noskaidrota ar pieaugušo piesaistes intervijas palīdzību) un viņas kļūdainā mentalizēšana traucē attīstīties bērna mentalizēšanai, kas savukārt veicina bērna nedrošo piesaisti un var negatīvi ietekmēt bērna emociju regulācijas procesu, pat neizslēdzot iespējamu psihopatoloģijas attīstību.



1. attēls. Vecāku mentalizēšanas prasmju saistības ar bērna psihopatoloģijas attīstību modelis (pēc Sharp & Fonagy, 2008)

Ir vērojama abpusēja ietekme starp bērna un vecāku mentalizēšanu. Kļūdainās mentalizēšanas gadījumā izveidojas tāds kā apburtais loks. Tātad, ja vecāki ikdienas situācijās, vērtējot bērna uzvedību, pamatojas uz savu negatīvo uztveri un piedēvē bērnam nepatīkamas īpašības, sliktus nodomus un verbāli vai neverbāli pauž savu nelabvēlīgo attieksmi, tas var radīt mentalizēšanas traucējumus bērnam. Kļūdainā mentalizēšana kopā ar emociju regulēšanas procesa deficītu var radīt psihopatoloģisku simptomu attīstību bērnam (Sharp & Fonagy, 2008). Pētījumi apstiprina vecāku mentalizēšanas prasmju svarīgumu gan praktiskā, gan klīniskā nozīmē. Fonagija teorijā mentalizēšana ir gandrīz pilnīgi iztrūkstoša indivīdiem, kuriem ir psihotiski traucējumi, un



daļēji iztrūkstoša pie robežstāvokļa personības traucējumiem, ko var novērot terapijas laikā un kas ir distresa avots gan pacientam, gan terapeitam. Tas skaidrojams ar pacientu nespēju uztvert savu iekšējo emocionālo realitāti kā atšķirīgu no ārējās realitātes, tās tiecas pārklāties (Giannoni & Corradi, 2006).

Lai palīdzētu mazulim attīstīt labas mentalizēšanas spējas, Fonagijs un Tāgita (Fonagy & Target, 1997) uzsver, ka mātei vai tēvam, esot mijiedarbībā ar bērnu, ir svarīgi ne tikai saprast viņa iekšējo pasauli, bet arī spēt bērnam to atspoguļot. Meina kopā ar kolēģiem (Meins, Fernyhough, Wainwright, Das Gupta, Fradley, & Tuckey, 2002; Meins et al., 2003), ieviešot jēdzienu „mātes apzināšanās spēja” (angļu valodā – *mother mind – mindedness*) un ņemot vērā bērna temperamentu un tā mijiedarbību ar mātes apzināšanās spēju, prognozēja piesaistes kvalitāti. Pētījums par mātes apzināšanās spēju tika veikts, respektējot to, kā mātes intervijās raksturoja savus bērnus un viņu uzvedību; kā arī filmējot mātes un viņu 6 mēnešus vecos zīdaiņus 20 minūšu ilgās brīvās spēles situācijās. Pētījumā tika analizēti pieci mijiedarbības aspekti: (1) mātes atsaucība, apmainoties skatieniem ar zīdaiņi; (2) mātes atsaucība uz zīdaiņa darbību; (3) imitācija; (4) iedrošinājums zīdaiņa autonomijai; (5) piemēroti komentāri. Pētījums parādīja, ka laba mātes apzināšanās spēja tad, kad bērns bija zīdaiņa vecumā, prognozēja drošu piesaisti bērnam četrus gadu vecumā (Meins et al., 2003). Šārpa un Fonagijs (Sharp & Fonagy, 2008) uzsver, ka Meinas empīriskais darbs deva būtisku pienesumu par mātes apzināšanās spējas saistību ar mātes – bērna piesaistes kvalitāti, kā arī palīdz izskaidrot piesaistes kvalitāti vairākās paudzēs.

Analizējot emociju lomu vecāku pieejā bērnu audzināšanā, tās var iedalīt divās komponentēs: (1) vecāku emociju atsaucība bērna paustām emocijām; (2) metakognīcijas komponente, kas ir organizēts jūtu un domu tīklojums un attiecas uz vecāku priekšstatu par savām un sava bērna emocijām (Sharp & Fonagy, 2008). Kā norāda Gotmans un viņa kolēģi (Gottman, Katz, & Hooven, 1996), bērni spēj labāk apzināties savas emocijas un regulēt to izpausmes, ja vecākiem ir spējas saprast gan pašiem savas emocijas, gan bērnu emocijas, gan arī apzināties savas domas un jūtas, kādas viņos izraisa bērnu emocijas. Tāpat svarīgi ir spēt apzināties gan savu, gan bērna emociju intensitāti, lai varētu empātiski nosaukt bērna emocijas un veidot kopības izjūtu ar bērnu - īpaši viņam grūtā brīdī. Būtiski, ka vecāki nenoliedz bērna bēdas, dusmas vai bailes, bet gan empātiski nosauc to, ko bērns izjūt. Gotmans norāda, ka bērnam negatīvu emociju pārdzīvošana kopā ar atbalstošu māti ir pat priekšrocība, lai veidotu īpašu intimitāti abu attiecībās. Izprotot to, ko bērns izjūt, vecāki var palīdzēt viņam atrast risinājumu tai problēmai, kas radīja negatīvas emocijas. Gotmans ar kolēģiem ir norādījis, ka mātes, kuru bērniem ir uzvedības problēmas, mazāk spēj apzināties savas emocijas. Šīm mātēm ir arī mazāk attīstītas prasmes kā palīdzēt bērniem, kad viņi

izjūt negatīvas emocijas (Gottman, Katz, & Hooven, 1996). Taču emociju apzināšanās un spēja tās regulēt ir to sociālo prasmju pamatā, kas palīdz pārvarēt distresu un atrisināt konfliktu situācijas. Tādēļ Marte Meo terapijas laikā būtu ieteicams vērot arī māšu mentalizēšanas spējas un, ja tas vien ir iespējams, vērst māšu uzmanību gan uz savām, gan bērnu emocijām un domām un runāt par tām.

#### **1.4. Mātes un bērna mijiedarbība un bērna eksternalizēto uzvedības problēmu attīstība**

Vilsone un Darbina (Wilson & Durbin, 2013), runājot par mātes – bērna mijiedarbību, saskaņā ar šobrīd dominējošo ekoloģiskās pieejas skatījumu norāda, ka abi mijiedarbības dalībnieki – gan māte, gan bērns, ieņem aktīvu lomu tās veidošanā. Raksturojot mātes ieguldījumu mijiedarbībā, īpaši svarīga nozīme ir mātes iekļūšanai. Sebres un viņas kolēģu pētījumā (Sebre et al., 2014) norādīts, ka vecāku iekļūšana negatīvi korelē ar bērnu uzvedības problēmām.

Vecāku iekļūšana un atsaucība pret bērnu ir galvenās dimensijas vecāku pieejā bērna audzināšanai (Ainsworth, 1979; Wilson & Durbin, 2013). Kā norāda Vilsone un Darbina (2013), vecāku iekļūšana sevī ietver vecāku lomas apzināšanos un pieskaņošanos bērnam, viņa vajadzībām un aktivitātēm. Īpaši svarīga nozīme piešķirta vecāku atsaucībai, kas izpaužas bērna pieņemšanā attiecībā un vēlmē būt mijiedarbībā ar bērnu, kā arī – bērna autonomijas akceptēšanai. Vēl tiek uzsvērti arī šādi aspekti: mātes strukturēšanas spējas un pozitīva mātes iekļūšana, kā arī pozitīvo emociju un abpusēju prieka izpausmju nozīmība mātes – bērna diādes attiecībās (Fenning & Baker, 2012). I. Skreitule-Pikše (2010) savā promocijas darbā uzsver, ka, ja mātes pēc piedalīšanās Bērna emocionālās audzināšanas programmā ir kļuvušas iekļūstīgākas attiecībās ar saviem bērniem, tad arī bērni ir atsaucīgāki attiecībās ar mātēm, un mātes mazāk norāda bērnu uzvedības problēmas.

Savukārt šī promocijas darba pētījuma fokuss ir tieši vērst uz to, kas notiek mātes un bērna, kuram ir eksternalizētās uzvedības problēmas, mijiedarbībā. Ir būtiski pievērst uzmanību bērna uzvedībai, jo tā ir nopietns indikators gan mijiedarbības kvalitātei, gan arī var sniegt norādes par bērna psihisko veselību. Tomass un Klarks (Thomas & Clark, 1998) uzsver, ka emocionālu un uzvedības problēmu agrīni simptomi mazuļiem jau var būt novērojami bērna – vecāku mijiedarbības laikā.

Pētījumi parāda (Attili, Vermigli, & Roazzi, 2010), ka tāds mātes uzvedības veids mijiedarbībā, kas pauž negatīvu attieksmi, kā arī – neapstiprina bērnu un viņa veikumu, negatīvi korelē ar bērna sabiedriskumu. Savukārt agresija negatīvi korelē ar mātes ieinteresētību mijiedarbībā, bet pozitīvi korelē ar mātes neapstiprinošu uzvedību. Izteikti kontrolējoša mātes uzvedība ir saistīta ar lielāku bērna noraidījumu no saviem vienaudžiem sociālajās attiecībās. Citā pētījumā (Eiden, Edwards, &

Leonard, 2007) parādīts, ka zema mātes iejūtība ir prognozējošs faktors zemākām bērna pašregulācijas spējām 3 gadu vecumā, kuras savukārt prognozē augstākas eksternalizētās uzvedības problēmu izpausmes vēlākā periodā – bērniem esot pirmsskolas vecumā. Tāpat ir konstatēts, ka depresīvas mātes, kas izpauž negatīvas emocijas skarbos balsos un bērnu piespiešanā pakļauties, veicina bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas (Middleton, Scott, & Renk, 2009). Pētnieki arī norāda, ka trīsgadīgu bērnu eksternalizētā uzvedība prognozē bargu vecāku disciplīnu turpmākā gada laikā (Scararnella, Neppi, Ontai, & Conger, 2008). Tas nozīmē, ka vecāku neiejūtīga un skarba uzvedība veicina bērna uzvedības problēmas, bet tās savukārt vēl vairāk pastiprina vecāku bargo disciplīnu. Tātad, apkopojot vairāku pētnieku atziņas, var saprast, ka vecāku un bērnu negatīvas mijiedarbības laikā izveidojas savdabīgs apburtais loks, kas veicina eksternalizētās uzvedības attīstību un rada risku, ka bērnam var izveidoties nopietni uzvedības traucējumi, ja netiek saņemta savlaicīga un adekvāta intervence.

Šobrīd ir veikti daudzi pētījumi par vecāku uzvedības un emociju saistību ar bērnu eksternalizēto uzvedību. Pamatojoties uz dažādās kultūrās un sociāli ekonomiskajās grupās veiktajiem pētījumiem, īpaši pēdējo desmit gadu laikā, pētnieki (Deater-Deckard, Ivy, & Petrill, 2006) kā galveno faktoru, kas saistīts ar mazāk izteiktām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām, īpaši izdalīja mātes iejūtību. Somijā veiktais (Mäntymaa et al., 2009) longitudinālais pētījums par mijiedarbību strukturētas situācijas – bērna ēdināšanas – laikā, novērojot mijiedarbību starp mātēm un divus gadus veciem mazuļiem un veicot atkārtotu izpēti pēc trijiem gadiem, vērsa uzmanību uz to, ka mātes augstākas iejūtības līmenis un optimālāka strukturēšana, kā arī spējas ieinteresēt un iesaistīt bērnu bija saistītas ar zemāku bērna eksternalizētās uzvedības problēmu novērtējumu. Bērni, kuri bija mazāk atsaucīgi pret savām mātēm, parādīja izteiktākus eksternalizētās uzvedības simptomus piecu gadu vecumā.

Tātad problēmas mātes – bērna mijiedarbībā var prognozēt uzvedības traucējumu attīstību, bērnam pieaugot. Bērni, kuri bija mazāk atsaucīgi un parādīja mazākas ieinteresētības spējas un kuru mātēm bija grūti viņus iesaistīt vēlamajā darbībā, trīs gadus vēlāk parādīja izteiktas eksternalizētās uzvedības problēmas (Mäntymaa et al., 2009). Tādēļ šādus bērnus būtu pēc iespējas agri jāidentificē un jāveic nepieciešamās intervences, īpaši uzsverot bērna uzvedības novērtēšanu mijiedarbībā ar vecākiem.

Kā norāda vairāki pētnieki (Olson, Bates, Sandy, & Lanthier, 2000), ir ļoti būtiski, kā māte uztver savu bērnu, jo vecāku uztvere par savu mazuli kā emocionāli neatsaucīgu ir prognozējošs faktors bērna eksternalizētās uzvedības problēmām. Šis arī ir ļoti būtisks aspekts, kuram jāpievērš uzmanība, veicot intervenci promocijas pētījuma ietvaros. Varētu būt, ka mātes negatīvā jeb traucētā

sava bērna uztvere neļauj viņai pamanīt sava bērna mikrosignālus mijiedarbības laikā, līdz ar to viņa nespēj atbilstoši reaģēt. Tajā pašā laikā bērns, nesaņēmis atbildi savam raidītajam signālam, nespēj veidot atbilstošu sadarbību ar māti.

### **1.5. Marte Meo terapija salīdzinājumā ar citām vecāku – bērna mijiedarbības terapeitiskām pieejām**

Atklājot bērnus ar stabilu eksternalizētās uzvedības risku, svarīgi lietot adekvātu terapeitisko iekļaušanos (Stormont, 2002). Kā norāda Dekovica (Deković, 2011), jebkurā terapeitiskajā procesā kā viens no būtiskiem faktoriem agresīvas uzvedības mazināšanā ir vecāku apmācība, mācot pozitīvas bērna aprūpes un audzināšanas prasmes. Savukārt Teilors (Taylor, 2012) norāda, ka grūti iedomāties efektīvu terapiju, kas nepievērš uzmanību cilvēku mentāliem stāvokļiem. Šajā nodaļā aplūkotas dažas nozīmīgākās mātes – bērna mijiedarbības terapeitiskās pieejas, lai labāk saprastu, kā starp tām iekļaujas Marte Meo terapija. Marte Meo terapija arī aplūkota saistībā ar būtiskām teorētiskām nostādņām attīstības un klīniskajā psiholoģijā, jo tās pamato konkrēto terapeitiskās pieejas izvēli pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu mazināšanai. Īpaši uzsvērtā tāda terapeita attieksme un uzvedība terapijas laikā, kas veicina sadarbību.

#### **1.5.1. Populārākās vecāku – bērna mijiedarbības terapeitiskās pieejas**

Marte Meo terapiju praksē attīstīja Marija Ārta (Aarts, 2008.) 20. gs. astoņdesmitajos gados. Tā pamatojas idejā, ka bērns aug un attīstās mijiedarbībā ar atbalstošu pieaugušo. Arī agrāk ir izveidotas un praksē pielietotas dažādas vecāku – bērnu mijiedarbības terapeitiskās intervences, kurām ir gan kopīgas iezīmes, gan atšķirības, salīdzinot ar Marte Meo. Dažām no tām ir labāk izstrādāta teorētiskā bāze nekā Marte Meo, kura sākotnēji attīstījās, galvenokārt apkopojot un analizējot, un sistematizējot praksē novēroto.

Viena no atzītākajām agrīnajām intervences programmām ir „*Priekšrocību piešķiršanas programma*” (angļu valodā – *Head Start Programm*), kura izveidota 20. gs. sešdesmitajos gados ASV. Ar šo programmu faktiski sākās strauja agrīnās bērnbības terapeitisko intervencu attīstība (Shonkoff & Meisels, 2000). Programmas ietvaros terapeitiski pedagoģiskā procesā tika veicināta to bērnu attīstība, kuriem bijuši mazāk labvēlīgi apstākļi un kuri nākuši no nabadzīgām ģimenēm. Īpaša uzmanība pievērsta bērnu aprūpei un vecāku audzināšanas prasmju pilnveidošanai, kā arī bērnu vecumā no 0 līdz 5 gadiem kognitīvo spēju attīstībai.

Selma Freiberga (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975) 20. gs. septiņdesmitajos gados attīstīja „*Zīdaiņa– vecāku psihoterapiju*” (angļu valodā – *Infant – Parent Psychotherapy*). Šī terapija pamatā balstīta uz psihoanalītisko teoriju, integrējot arī citas teorijas: attīstības, sociālās mācīšanās, psihodinamisko un kognitīvi – biheiviorālo teoriju. Problēmas mātes – bērna diādes attiecībās, kas traucē drošas piesaistes veidošanos, tika saistītas ne tik daudz ar vecāku zināšanu un prasmju trūkumu, kā ar to, ka zīdains var mātei atgādināt viņas pašas negatīvo bērnības attiecību pieredzi. Neizprastās vai neapzinātās jūtas, kuras ir mātei saistībā ar viņas pieredzi, var tikt projicētas uz zīdaini un var izpausties kā neiejūtība vai pat pāri darījumi (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975). Tas, protams, traucē bērnam izveidot drošu piesaisti savai mātei. Līdzīgi arī Boulbiji norādījis uz Meinas pētījumiem par to, ka ir savstarpēji izteikta saistība starp to, kā māte raksturo savas attiecības bērnībā ar saviem vecākiem un to piesaistes modeli, kas šobrīd ir viņas bērnam (Bowlby 1988). „*Zīdaiņa – vecāku psihoterapijā*” mātei tiek dota iespēja izpaust savas līdz šim neapzinātās emocijas, saņemot no terapeita atbalstu, mātes viedokļa respektēšanu un atzinību (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006). Parasti terapija, kas ir nedirektīva, notiek mājas vizīšu ietvaros vienu reizi nedēļā viena gada garumā. Tās laikā terapeits mātēm palīdz attīstīt spējas būt iejūtīgākām un atsaucīgākām pret saviem bērniem, kas savukārt bērnam veicina drošības izjūtu un autonomiju.

Pamatojoties uz piesaistes teoriju, 20. gadsimta astoņdesmitajos gados (Egeland & Erickson, 1990) tika izveidota preventīva intervences programma „*Soļi pretī efektīvai un patīkamai vecāku pieejai bērna audzināšanā*” (angļu valodā – *Steps Toward Effective Enjoyable Parenting*). Šī palīdzība īpaši domāta augsta sociālā riska grupas mātēm, ietverot gados jaunās vientuļās mātes ar zemu izglītības līmeni, nabadzību, dezorganizētu ģimenes vidi, kā arī mātes ar alkohola un citu narkotisko vielu atkarības problēmām. Programmā mātes visbiežāk iekļautas grūtniecības laika pēdējā trimestrī, ar iespēju palikt tajā, līdz viņu bērni sasniedza divu gadu vecumu. Intervences pasākumos ietilpa māšu un viņu bērnu individuāla konsultēšana dzīves vietā, kā arī konsultēšana grupas ietvaros. Programmas laikā tika veicināta māšu iejūtība, sniedzot viņām atbalstu un izglītojot. Kā norāda autori (Erickson & Egeland, 2004), intervences laikā izmantoti arī videoieraksti, iekļaujot mātes pašnovērošanas procesā un analizējot mātes – bērna attiecības, lai veicinātu iejūtību un atsaucību uz bērna signāliem, kā arī izglītojot par bērna vajadzībām.

„*Vēro, gaidi un domā*” (angļu valodā – *Watch, Wait and Wonder (WWW)*) ir piesaistes teorijā pamatota terapija, kas balstīta uz principiem, ka mātei ir svarīgi vērot, gaidīt un domāt par to, ko viņas bērns dara (Cohen et al., 1999). Terapija ir īsa, salīdzinot ar vairākām citām bērnu – vecāku mijiedarbības intervencēm – vidēji 14 sesijas 5 mēnešu ilgā laika posmā. Terapijā esošo māšu

visbiežāk nosauktās problēmas ir: viegli satraucami un grūti nomierināmi bērni, kuriem var būt arī dusmu lēkmes, gulēšanas un/vai ēšanas problēmas. Savukārt šo bērnu mātēm bieži novērota depresija, trauksme, sūdzības par nepietiekamu tuvību ar bērnu. Bieži arī novērots vardarbības risks. „*Vēro, gaidi un domā*” terapijas process notiek brīvās spēles situācijā, kad māte seko sava bērna spontānai aktivitātei. Šajā laikā būtiski, ka māte seko bērna iniciatīvām, nevis bērns seko mātei. Tātad šī terapija nozīmīga ar to, ka tās laikā bērna mātei tiek mācīts gaidīt (gaidīšana ir ļoti būtiska arī Marte Meo terapijā). Terapijas sesijas sākumā māte vēro un gaida, un atsaucas tikai uz sava bērna iniciatīvu. Otrā terapijas sesijas daļā māte runā par to, ko novēroja, esot kopā ar savu bērnu. Kā norādījusi Kohena un viņas kolēģi (Cohen et al., 1999), šādā veidā tiek veicināta mātes iekļūstība un atsaucība, kā arī bērna sevis apzināšanās un pašefektivitāte. Tāpat tiek veicinātas labas emociju regulācijas spējas, kā arī bērna un mātes drošas piesaistes attiecības. Tātad „*Vēro, gaidi un domā*” palīdz mātēm atklāt jaunas attiecību iespējas ar saviem bērniem.

Salīdzinošie pētījumi par „*Vēro, gaidi un domā*” un tradicionālo zīdaiņu – vecāku psihoterapiju, veicot mērījumus pirms terapijas, pēc terapijas un pēc sešiem mēnešim, norādīja uz pozitīvām izmaiņām (Cohen et al., 1999). Abu terapiju laikā mazinājās vecāku iepriekš norādītās problēmas, paaugstinājās māšu pašpaļāvība par to, ka viņas spēja tikt galā ar esošām problēmām mijiedarbības laikā ar bērnu. Jāuzsver, ka abu grupu mātes terapijas beigās bija mazāk uzbāzīgas spēles situācijā, salīdzinot ar novērtējumu pirms terapijas. Taču bija arī novērojamas atšķirības – „*Vēro, gaidi un domā*” grupas diādēm izteiktāk varēja novērot drošāku piesaisti mātes – bērna attiecībās, salīdzinot ar zīdaiņu – vecāku psihoterapijas grupas mātēm. „*Vēro, gaidi un domā*” pētījuma grupu pārstāvošie zīdaiņi uzrādīja lielāku uzlabojumu kognitīvajā attīstībā, novērtējot pēc Boulbija Zīdaiņa attīstības skalas. Savukārt šo pašu pētījuma grupu pārstāvošās mātes bija mazāk depresīvas un uzrādīja lielāku apmierinātību un efektivitātes izjūtu par sevi vecāku lomā nekā zīdaiņu – vecāku terapijas pētījuma grupu pārstāvošās mātes. Novērotās pozitīvās izmaiņas bija stabilas abās terapeitiskajās grupās – tās konstatēja arī pēc 6 mēnešiem. Pētījuma autori norāda, ka „*Vēro, gaidi un domā*” terapijas mātes jūtas vairāk kompetentas un labāk izprot zīdaiņu signālus. Tas tāpēc, ka terapeits, kurš spēj uzturēt drošības izjūtu, neuzbāzīgi atbalsta māti, apstiprinot viņas emocionālās un fiziskās pieejamības izpausmes un atsaucību bērna mājieniem (Cohen et al., 1999). Nereti tiek veikti arī video ieraksti, kas sarunas laikā ar māti palīdz precīzi saprast notiekošo, un māte var brīvi izteikties gan par to, ko novēro, gan arī – kādu pieredzi gūst bērns un viņa pati, kā arī – kādas domas un jūtas aktualizējas mijiedarbības laikā. Papildus mātes konsultē arī par iespējam saņemt nepieciešamo atbalstu no dažādām iestādēm, kā arī māca viņām sociālās prasmes.

„*Video atgriezeniskās saites intervence, lai veicinātu pozitīvu pieeju bērna audzināšanai*” (angļu valodā – *Video – Feedback Intervention to Promote Positive parenting (VIPP)*), kā to pētījumos atklājuši Džafere, Beikermane-Kranenburga un Ven Ijzendoorn (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2005), ir biheiviorāla terapeitiskā intervence. Četri līdz astoņi vecāku – bērna mijiedarbības videoieraksti, kuri katrs bija 10 līdz 30 minūšu ilgi, parasti tika izdarīti mājas vizīšu laikā. Savukārt video atgriezeniskās saites sesijās vecāki tika rosināti novērot un analizēt savu un bērnu uzvedību, īpaši veicinot vecāku iejūtību pret savu bērnu signāliem.

Šobrīd jau ir izstrādātas dažādas video atgriezeniskās saites versijas, kas palīdz veicināt pozitīvu vecāku pieeju bērna audzināšanai, attīstot vecāku spēju iejūtīgi saprast un ņemt vērā bērna vajadzības un nodomus. Pastāv arī vairākas terapeitisko intervenču programmas, kas tiek veiktas vecāku grupu ietvaros. Taču vairumā gadījumu uzmanība tiek pievērsta arī katrai mātes – bērna vai tēva – bērna diādei, kā arī par mijiedarbību tiek veikts video ieraksts. Pētījumos arī analizēta video atgriezeniskās saiknes intervences ietekme agrīnā bērnībā uz pirmsskolas bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu mazināšanu (Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 2006).

Ir veikts metaanalītisks pētījums (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008), lai izvērtētu, ko vecākiem vajadzētu palīdzēt iemācīties terapijas procesā, uzsverot aspektus, kuri būtiski saistīti ar veiksmīgākiem terapijas rezultātiem. Tie ir šādi: pozitīvas vecāku – bērna mijiedarbības un komunikācijas prasmju veicināšana; prasmju apgūšana piemērotu seku lietošanā; praktizēšanas iespējas sesiju laikā.

### **1.5.2. Marte Meo terapijas pieeja mātes – bērna mijiedarbības izmaiņām**

Latvijā kopš 2003. gada ir bijusi pieejama Marte Meo terapija, kuras laikā tiek veicinātas pozitīvas izmaiņas mātes – bērna mijiedarbībā. Marte Meo terapijā fokuss ir uz partneru – šajā pētījumā – bērna un mātes – mijiedarbību. Marte Meo terapija ir veikta, lai palīdzētu nemierīgiem, raudošiem zīdaiņiem, bērniem ar uzmanības problēmām, bērniem ar internalizētās uzvedības problēmām u. c. (Aarts, 2008). Pētījumā par eksternalizētās uzvedības problēmu mazināšanas efektivitāti, izmantojot arī Marte Meo terapiju, autori (Axberg, Hansson, Broberg, & Wirtberg, 2006) ierosināja, ka turpmāk šāda veida pētījumos vēlams izmantot arī kvalitatīvās metodes, jo īpaši tādēļ, ka Marte Meo terapijā tiek izmantoti videoieraksti, ar kuru palīdzību var novērtēt izmaiņas mijiedarbībā un bērna sociāli emocionālajā attīstībā.

Marte Meo terapeitiskā pieeja balstās uz pārlicību, ka indivīdiem pašiem ir resursi, kuri palīdz apzināties un pārvarēt dažādas grūtības un izaicinājumus (Aarts, 2008). Lai palīdzētu cilvēkiem saskatīt šos resursus un praktiski parādīt, kādā veidā viņi varētu veikt kādu noteiktu darbību pozitīvo izmaiņu virzienā, tiek veikti video ieraksti personu savstarpējās mijiedarbības situācijā. Būtiski, ka pirmais nosacījums Marte Meo terapijā, līdzīgi kā citās terapeitiskajās intervencēs, ir drošības radīšana un laba emocionāla kontakta izveidošana. Ne mazāk svarīga ir terapeita prasme izskaidrot bērna mātei terapeitiskā procesa norisi un video ierakstu veikšanas nepieciešamību. Marte Meo terapijā tieši video ieraksti ir nozīmīgi, kas ļauj analizēt, spriest un secināt par to, kas notiek vecāku un bērna mijiedarbības laikā. Tie arī palīdz vecākiem atgriezeniskās saites sesijas laikā labāk saprast bērna emocionālās vajadzības un apgūt vēlamu uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu.

Saskaņā ar Marte Meo principiem Latvijā veiktā pētījumā (Birzina & Martinsone, 2012) ir izdalītas septiņas dimensijas, pēc kurām ir iespējams kvalitatīvi novērtēt mātes un bērna mijiedarbību. Jāatzīmē, ka šīs dimensijas sākotnēji ir atklājuši Ārta, taču pētījuma procesā ir veiktas korekcijas dimensiju nosaukumos, kā arī papildinājumi to saturā, kā tas detalizēti izklāstīts promocijas darba metodes daļā. Citā pētījumā (Birziņa, 2014) par izmaiņām mātes un bērna mijiedarbībā Marte Meo terapijas laikā, atsaucoties uz Ārtu (2008), norādīts, ka Marte Meo terapija var palīdzēt gan bērniem, gan mātēm, jo nozīmīgo informāciju sniedz ar video attēlu palīdzību, tādēļ tā ir precīza un viegli uztverama, un atbild uz jautājumiem: Ko tieši mātes var darīt konkrētā ikdienas situācijā? Kā to darīt un kurā brīdī, izmantojot tos resursus, kas ir konkrētai mātei? Ko tas, ko māte dara konkrētajā situācijā, dod bērna attīstībai un garīgai veselībai?

Vispirms, lai novērtētu mātes – bērna mijiedarbību, svarīgi konstatēt, kāda intervence nepieciešama un ar ko sākt. Tāpēc tiek veikts piecu minūšu garš video ieraksts. Parasti tā ir kāda brīvās spēles situācija pēc paša bērna iniciatīvas. Tāpat arī piecas minūtes tiek ierakstīta kāda strukturēta situācija (parasti tā ir mācīšanās situācija). Kā norāda Ārta (2008), video ierakstu veikšanas pamatojums ir tas, ka tie ir visbagātākais un precīzākais datu fiksēšanas veids; kā arī ir iespējams veikt objektīvu video ierakstu datu analīzi. Ierakstu analīzes mērķis ir novērtēt aktuālās bērna un mātes psiholoģiskās vajadzības, grūtības mijiedarbībā, kā arī resursus (Birziņa, 2014). Tāpat arī tiek sagatavots video atgriezeniskās saites sesijas plāns pēc kā vadīties, tiekoties ar māti sesijas laikā un veicot mērķtiecīgu izglītošanu par bērna aktuālām emocionālām vajadzībām, kā arī par bērna un mātes resursiem, praktiski to parādot ar video ierakstu epizožu palīdzību. Sesijas beigās notiek konkrēta mājas darba izskaidrošana; mātes iedrošināšana un pilnvarošana praktizēt video analīzes sesijā apgūto ikdienas mijiedarbības situācijās ar savu bērnu. Terapijas sesiju skaitu nosaka



gan problēmas izteiktība, gan arī mātes spējas apgūt un praktizēt jauno uzvedības modeli mijiedarbībā ar savu bērnu, gan arī izmaiņas bērna uzvedībā. Terapijas mērķi paredz, ka pozitīvi mainīsies mātes uzvedība un emocijas mijiedarbības laikā ar bērnu, kas savukārt varētu mazināt bērna uzvedības problēmu izteiktību (Birziņa, 2014).

Pamatojoties uz pieejamo autoru darbiem attīstības un klīniskajā psiholoģijā, līdz šim ir veikts pētījums saistībā ar mātes pieejas bērnu audzināšanai dimensijām, izdalot divas galvenās dimensijas, atsaucoties jau uz iepriekš veiktajiem pētījumiem: atbalstoša pieeja bērnu audzināšanai un barga vecāku kontrole (Manongdo & García, 2007). Ar atbalstošu pieeju bērnu audzināšanai tiek saprasta vecāku uzvedība, kas sastāv no divām komponentēm: 1) emocionāla un aprūpējoša, aizsargājoša; 2) regulējoša un disciplinējoša uzvedība. Ilona Krone (2013) sava promocijas darba ietvaros aplūko trīs Ārtas (2008) definētās mijiedarbības dimensijas, pētot pirmsskolas vecuma bērnu vadības funkcijas un vecāku – bērnu mijiedarbības sakarības. Tās ir: gaidīšana, apstiprināšana un nosaukšana. Ar gaidīšanu tiek saprasta tāda pieaugušā uzvedība, kad viņš aktīvi gaida bērna iniciatīvu vai atbildes reakciju uz pieaugušā iniciatīvu. Par apstiprināšanu tiek nosaukta darbība, kad pieaugušais apstiprina bērna vēlamu uzvedību. Ar nosaukšanu tiek skaidrota pieaugušā uzvedība, kad viņš nosauc bērnu, sevi, emocijas un to, kas šobrīd ir bērna uzmanības lokā, kā arī bērna veikto darbību (Aarts, 2008; Krone, 2013). Tomēr ir būtiski vēl detalizētāk pētīt un izvērtēt mātes atbalstošo uzvedību, izdalot un skaidrojot noteiktas mātes atbalstošās uzvedības dimensijas. Tas tāpēc, ka izvēlētās intervences metodes – Marte Meo terapijas – ietvaros mātēm soli pa solim palīdzēs apgūt atbalstošo uzvedību. Promocijas darbā, saskaņā ar Marte Meo teoriju un Latvijā veikto pilotpētījumu, ir izdalītas septiņas būtiskākās mātes atbalstošās uzvedības dimensijas, kuras palīdz novērtēt izmaiņas mātes uzvedībā un mātes – bērna mijiedarbībā: uzmanības fokusa ievērošana, gaidīšana, pozitīva emocionālā fona uzturēšana, nosaukšana, apstiprināšana, iespējas veikt darbību došana un pieņemšana, emociju apmaiņa (Birzina & Martinsone, 2012). Šo dimensiju skaidrojums un piemēri ir atklāti promocijas darba metodes daļā.

### **1.5. 3. Marte – Meo terapija saistībā ar būtiskām teorētiskām nostādnēm attīstības un klīniskajā psiholoģijā**

Marte Meo ir attīstību atbalstoša terapeitiska pieeja, kas satur būtisku informāciju par veiksmīgu mijiedarbību un atbalstošu uzvedību, lai gan tai joprojām nav vienkopus aprakstīts teorētiskais pamatojums (Aarts, 2008). Programmas autore M. Ārta pat norāda, ka nevienā viņas veidotajā Marte Meo apmācības kursā nav atsevišķas nodaļas ar vispārīgās teorijas izklāstu. Gan

vecāku, gan speciālistu apmācība notiek praktiskā veidā, izmantojot mijiedarbības video ierakstu analīzi, mācot ieraudzīt pašreizējā momentā notiekošo komunikāciju dalībnieku starpā. Tomēr autore neiebilst, ja zinātnes jomu speciālistiem varētu būt nepieciešama teorētisku jēdzienu lietošana (Aarts, 2008). Lai gan Marte Meo teorētiskais pamatojums nav vienkopus ticis izklāstīts, tomēr ir skaidrs, ka šī metode ietver gan izglītojošus, gan biheiviorālus, gan arī ar intersubjektivitāti saistītus aspektus. Marte Meo terapeitiskajai pieejai ir līdzības ar Šterna teoriju par intersubjektivitāti un starppersonu komunikāciju (Aarts, 2000; Stern, 2006). Tāpat jānorāda, ka M. Ārta uzsver kopīgas uzmanības pievēršanu mijiedarbības procesā, kas ir ietverta intersubjektivitātes jēdzienā. Marte Meo laikā notiekošā starppersonu komunikācija (kas ir saistīta ar intersubjektivitāti) ietver gan mātes – bērna, gan arī terapeita – mātes savstarpējo komunikāciju. Tajā brīdī, kad māte komentē sava bērna darbību vai atspoguļo viņa emocijas, māte izmanto savu mentalizācijas spēju izprast, ko viņas bērns domā un jūt. Šajos momentos māte vienlaicīgi pozitīvi pastiprina bērna uzvedību - tādējādi izmanto biheiviorālo principu. Mātes un bērna vienotas uzmanības pievēršana tai pašai darbībai vai objektam ir būtisks intersubjektivitātes aspekts. Savukārt tajā brīdī, kad terapeits sniedz mātei atgriezenisko saiti par viņas atbalstošo uzvedību, pats terapeits izmanto savu mentalizācijas spēju izprast, ko bērna māte domā un jūt. Šajā brīdī terapeits apzināti izmanto arī biheiviorālo pieeju, pastiprinot mātes pozitīvo uzvedību.

Marte Meo terapijas procesā izmanto praktiski orientētu pieeju, kurā, balstoties uz novēroto, mātei tiek sniegta konkrēta informācija par to, kad, kā un kāpēc mātei ieteicams realizēt konkrētu darbību jeb uzvedību (Aarts, 2008). Tātad Marte Meo teorētiskajā modelī ir iekļaujami biheiviorālās terapijas elementi, kur vērā tiek ņemtas katra klienta individuālās vajadzības un tiek pievērsta uzmanība konkrētai uzvedībai esošajā mijiedarbības brīdī (Aarts, 2008; Spiegler & Guevremont, 2010). Piemēram, ņemot vērā konkrētu mijiedarbības momentu (kaut vai sekundi ilgu), ar bērna māti tiek runāts, cik būtiski ir pamanīt to, kas ir bērna uzmanības lokā, dalīties par to ar bērnu pieredzē – nosaucot bērnu, māti, darbību, emocijas, esošo un sagaidāmo pieredzi saistībā ar mijiedarbības brīža kontekstu. Tātad māte praktizē noteiktu uzvedību, kas ir biheiviorāls terapijas aspekts. Vienlaikus mātes tiek arī izglītotas. Piemēram, mātēm teikts, ka, izmantojot nosaukšanu, māte bērnam nodod ziņu, ka viņa ir pamanījusi to, kas pašreiz ir bērna uzmanības lokā, kas bērnu interesē brīdī, kad viņa ir pievienojusies bērnam. Bērns savukārt dzird, ka māte viņu ir pamanījusi un atklāj, kas šobrīd viņam ir aktuāli. Iespējams, ka no šī brīža viņu mijiedarbība var sekmīgi sākties un turpināties.

Marte Meo terapijā svarīgi ir saprast, kas notiek cilvēku mijiedarbībā. Vērojot mijiedarbību

starp māti un bērnu, var veidot hipotēzes par piesaistes kvalitāti viņu attiecībās. Sākotnējā intersubjektivitāte netieši norāda uz bērna iedzimto bioloģisko gatavību būt par daļu no abpusējā dialoga ar pieaugušo (Trevarthen & Aitken, 2001). Marte Meo video ierakstos var vērot šo bērna gatavību būt dialogā. Nereti māte to nepamana, bet terapeita uzdevums ir atgriezeniskās saites sesijas laikā to parādīt un izskaidrot redzētā nozīmi.

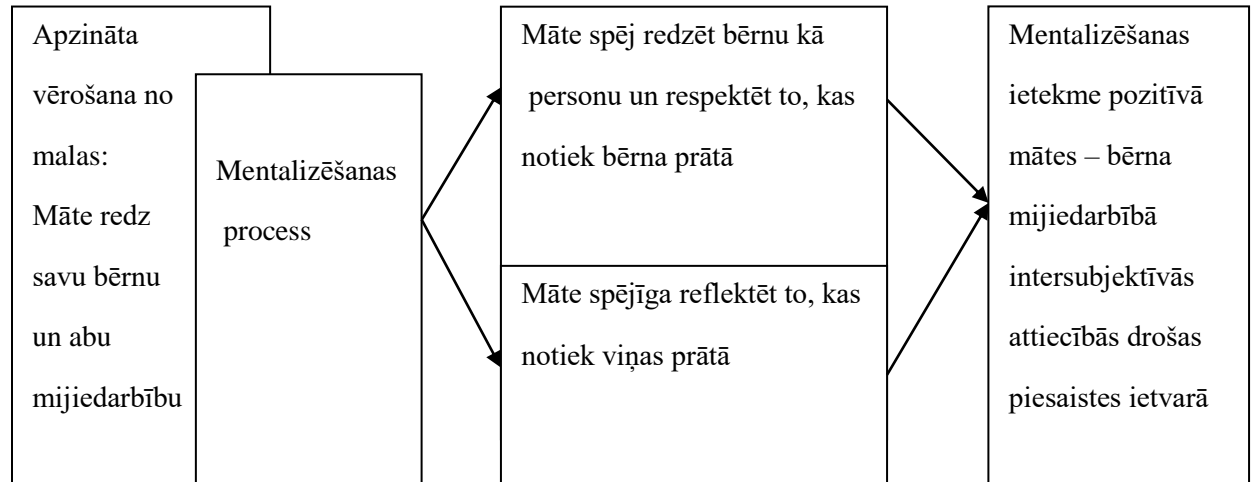
Intersubjektivitāte, kas attiecas uz dalīšanos pieredzē un jūtās ar citu personu, ir svarīgs aspekts pozitīvas mātes – bērna mijiedarbības veicināšanā arī Marte Meo terapijā, jo tas ļoti ietekmē bērna attīstību un terapeitisko procesu. Zinot to, ka cilvēka prātam ir iespējams nojaust citu cilvēku nodomus, vērojot viņu sejas izteiksmi un mērķtiecīgās darbības (Ammaniti & Trentini, 2009), Marte Meo atgriezeniskās saites sesijas laikā būtiskie momenti video ierakstā tiek apstādināti, lai māte varētu vērot un censties saprast bērnu, un secināt, kas bērnam aktuāli tieši šajā brīdī. Zinot, ka intersubjektivitāte norāda uz spēju saprast otra cilvēka subjektīvo pieredzi (Larsson, 2012), būtiski Marte Meo terapijas atgriezeniskās saites sesijās mātēm palīdzēt apzināties bērna autonomiju un viņu uztvert kā patstāvīgu būtni. Marte Meo terapijā īpaši uzsver bērna autonomijas atzīšanu un laika un telpas došanu bērna iniciatīvām, mācot mātei apstādināt pašai savas darbības un pacietīgi gaidīt.

Larsons uzsver, ka intersubjektivitāte un mentalizācijas attīstības kvalitāte ir to primāro procesu sastāvā, kas atļauj attīstīties individualitātes pašorganizētībai, iesaistot kompleksu emociju saprašanu un paša spēka izjūtu. Bērns var attīstīt izjūtu par sevi, redzot sevi atspoguļotu mātes sejā, kā arī saņemot mātes apstiprinājumu gan verbāli, gan neverbāli. Marte Meo terapijā mātēm ir iespēja attīstīt prasmes nosaukt un apstiprināt bērnu un viņa veikumu, kā arī draudzīgā un iedrošinošā veidā raudzīties uz savu bērnu. Zinot mentalizēšanas spēju nozīmību, saprotot savu un citu prāta stāvokli (Fonagy & Bateman, 2006), Marte Meo terapijas laikā māte mācās saprast savu bērnu, kuram var būt nodomi, informācija un pieredze, kas ir atšķirīga no mātes. Video ir iespējams vērot pa maziem posmiem ne tikai bērna darbību, bet arī mātes reakciju un otrādi. Svarīgi censties saprast, kāpēc mijiedarbība ir tieši tāda.

Šobrīd uz mentalizēšanu balstītas intervences programmas ir izveidotas gan vecāku – zīdaiņu diādēm, gan ģimenēm, gan arī skolām. Šādu programmu attīstīšana turpmāk ir nepieciešama, kā norāda Šārpa un Fonegijs (Sharp & Fonagy, 2008). Saprotot, ka kļūdaina mentalizēšana, kā tas nereti ir depresīvām mātēm, var izpausties tā, ka māte redz gan sevi, gan savu bērnu negatīvā skatījumā, piedēvējot bērnam negatīvus apzīmējumus, nepareizi interpretējot bērna nodomus (Sharp & Fonagy, 2008), Marte Meo terapeita uzdevums ir atrast un parādīt mātei video ierakstā redzamos

bērna resursus. Tāpat svarīgi norādīt uz mātes resursiem, tādā veidā palīdzot mazināt viņas pašas vainas un nekompetences izjūtas.

Integrējot teorētiskās atziņas no piesaistes, intersubjektivitātes un mentalizācijas teorijām, ir iespējams labāk izprast mātes un bērna mijiedarbībā notiekošo (skat. 2. attēlu).



2. attēls. Konceptuāls integrēts modelis par mentalizēšanu Marte Meo terapijā. Promocijas pētījumā pēc Vik & Hafting (2009) šī promocijas darba ietvaros adaptēja un papildināja Birziņa.

Marte Meo terapijā būtiska nozīme ir tam, ka mātei ir dota iespēja vērot bērnu un sevi mijiedarbībā, vienlaicīgi veicinot apzinātu mātes pieeju bērna audzināšanā. Apzināta vecāku pieeja bērna audzināšanā (angļu valodā *-mindful parenting*) ir jēdziens, kurš ietver apzinātības aspektu, kā arī noteikti iekļauj sevī apzinātu uzmanību vecāku – bērna mijiedarbībā (Duncan, Coatsworth, & Greenberg, 2009). Apzinātība nenoliedzami iekļauj uzmanību pašreizējai pieredzei – gan iekšējai, gan ārējai. Tāpat svarīgi atzīmēt, ka apzinātība un mentalizēšana ir dažos aspektos atšķirīgi procesi, bet dažos tie pārklājas (Allen, 2012). Ir izdalīti divi svarīgi apzinātības komponenti: uzmanības pievēršana pašreizējai pieredzei un nenosodošas, pieņemošas attieksmes radīšana attiecībā pret paša pieredzi (Bishop et al., 2004). Jaunākie pētījumi norāda, ka vecāku ambivalentai vai izvairīgai piesaistei ir saistība ar mazāk apzinātu vecāku pieeju bērna audzināšanā. Ambivalentās piesaistes gadījumā vecāki ir tendēti būt vairāk vērsti uz savām vajadzībām un just izteiktu trauksmi, kad bērnam nepieciešams atbalsts. Viņi var sevi uzskatīt par neprasmīgiem atpazīt bērna vajadzību pēc palīdzības. Turpretī izvairīgās piesaistes gadījumā vecākiem ir vāji izteiktas apzinātības spējas, tāpēc viņi izturas distancēti un var sevi uzskatīt par nepietiekoši spējīgiem paust rūpes (Moreira & Canavarro, 2015). Paturot prātā jau 1. attēlā atspoguļoto informāciju (24. lpp.), terapijā būtiski ņemt

vērā mātes nedrošo piesaisti un viņas iespējamās grūtības saistībā ar apzinātību un spējām mentalizēt. Tādēļ loģiski var secināt, ka terapeitiskajā procesā svarīgi izveidot drošas mātes un terapeita attiecības un palīdzēt mātei attīstīt kompetences spējas un pārliecību par savām prasmēm būt atbalstošai tādā veidā, kā tas atbilst bērna vajadzībām konkrētajā mijiedarbības brīdī. Viens no būtiskiem aspektiem ir tas, ka ar terapeita netiešu un uzmanīgu atbalstu apzināti mentalizējot, māte var spēt reflektēt gan to, kas notiek viņas prātā, gan arī redzēt bērnu kā individuālu personu, respektējot viņa prātā notiekošo (skat. 2. attēlu 36. lpp.). Aprūpētāja (šajā gadījumā – mātes) kapacitāte mentalizēt veicina drošas piesaistes veidošanos bērnam (Fonagy et al., 1996). Domājot par mātes un bērna mijiedarbības kvalitāti, svarīgi zināt, ka tai ir saistība ne tikai ar mātes, bet arī ar bērna mentalizēšanas spējām. Kā norāda jaunākie pētījumi, mentalizēšana sākotnēji attīstās primārās intersubjektivitātes kontekstā (Liljenfors & Lundh, 2015) piesaistes attiecībās (Allen, 2012). Intersubjektīvai mijiedarbībai ir nepārvērtējama loma, kas būtiski ietekmē visas psihiskās funkcijas, ietverot pozitīvos afektus, kas veicina komunikāciju un sociālo kompetenci (Lyons-Ruth, 2007).

Marte Meo terapijā svarīgi ir uzmanīgi vērot mijiedarbībā notiekošo un fokusēties uz esošajiem resursiem un bērna attīstības uzdevumiem, nevis uzvedības problēmām. Svarīgs aspekts ir arī vecāku izglītošana nedirektīvā, bet atbalstošā un emocionāli saistošā veidā (Aarts, 2008). Terapijas gaitā mātes tiek iedrošinātas censties ieraudzīt bērna labās iniciatīvas ikdienas situācijās un tādos brīžos apstiprināt bērna pozitīvo darbību. Videoanalīzes sesijās mātes pamazām sāk aptvert, ka, ja viņas ir vēriņas un apstiprina labu iniciatīvu, tas palīdz bērnam turpināt pozitīvo darbību. Tā pamazām bērna – mātes mijiedarbības modelis tiek mainīts, netiešā veidā palīdzot attīstīt arī piesaistes drošību un intersubjektivitāti mātes un bērna mijiedarbībā.

Slatčers un Trentakosta (Slatcher & Trentacosta, 2011) liek uzsvāru uz vecāku – bērnu savstarpējām attiecībām kā svarīgu mērķi, kad tiek plānotas un veiktas preventīvās intervences. Veldermans ar kolēģiem (Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, van IJzendoorn, & Mangelsdorf, 2006) tomēr norāda, ka pārliecinoša, empīriskos pierādījumos balstīta pierādījuma saistībai starp vecāku pieeju bērnu audzināšanai un bērnu uzvedības problēmām joprojām trūkst. Viņi ierosina pētīt bērnu problemātiskās uzvedības samazinājumu, eksperimentālā veidā paaugstinot vecāku pozitīvu pieeju bērnu audzināšanai. Arī vairāki citi pētnieki ir norādījuši uz tādu klīnisko pētījumu nepieciešamību, kas būtu saistīti ar vecāku lomu bērnu – vecāku mijiedarbības intervencēs (Axberg, Hansson, Broberg, & Wirtberg, 2006). Viena no izvēles terapeitiskajām metodēm varētu būt Marte Meo terapija arī tādēļ, ka tā nav direktīva. Tās laikā fokuss nav uz personības attīstības problēmām vai traucējumiem, bet gan uz resursiem, ko terapeits jau pirmajā sesijā cenšas parādīt

vecākiem. Līdz ar to šī terapeitiskā pieeja varētu būt pieņemama mātēm arī no sociāli mazāk aizsargātām ģimenēm, kurām negatīvu attiecību pieredzes ietekmē ir pazemināts pašvērtējums.

Būtiski arī apzināties gan terapeita attieksmi, gan viņa darbības ietekmi terapijas procesā, sadarbojoties ar bērna vecākiem un palīdzot mazināt bērna eksternalizētās uzvedības problēmas. Nozīmīga ir terapeita spēja spēcīnāt mātes pārlicību par viņas pašas personīgo efektivitāti. Pārzinot pašefektivitātes teoriju (Bandura, 1997), iespējams, ka cilvēki veiks konkrēto darbību, ja viņi ticēs savai spējai realizēt attiecīgo darbību, ja darbība novedīs pie vēlamā mērķa. Saskaņā ar Marte Meo pamatprincipiem – būtiski spēcīnāt mātes, atklājot viņu stiprās puses un pieredzi tā, lai viņas justos pārlicinātas par savām vecāku prasmēm un spēju reaģēt jaunās situācijās, kuras var rasties, kad terapeits nav klāt, lai viņām palīdzētu. Terapijas laikā mātes jāiedrošina realizēt atbalstošu uzvedību (Aarts, 2008). Ir arī veikti pētījumi par to, ka nedirektīva terapeita rīcība mazina vecāku nepiekāpību un veicina labāku sadarbību (Patterson & Forgatch, 1985). Marte Meo terapijā mātes tiek pieņemtas kā partneri. Arī terapijas mērķi un vēlamās izmaiņas diskutējamas kopīgi ar mātēm, dodot prioritāti viņu interpretācijai. Daļai no iespēju došanas un spēcīnāšanas procesa vajadzētu būt tādai, kas piedāvā mātēm pētnieka lomu (Carpenter, 1997). Savukārt direktīva terapeita uzvedība ir tāda, kas māca un konfrontē. Tā var veicināt rezistenci un sadarbības trūkumu (Patterson & Forgatch, 1985).

Integrējot intersubjektivitātes, mentalizācijas un piesaistes teoriju atziņas šī pētījuma kontekstā, jāuzsver arī terapeita un mātes mijiedarbības procesa nozīme. Terapijas laikā notiek intersubjektivitātes fenomens tādā veidā, ka divi cilvēki (māte un terapeits) var radīt intersubjektīvu apzināšanos, abpusēji piedzīvojot pašreizējo momentu. Tas nozīmē, ka mātei ir gan sava pieredze, gan arī vēl otras personas – terapeita atspoguļotā viņas pieredze, kura tiek reflektēta atpakaļ mātei caur balsi, skatienu, ķermeņa valodu. Kaut arī abiem indivīdiem pieredzes ir atšķirīgas, tajā pašā laikā tās var būt līdzīgas, pateicoties savstarpējai abu pieredžu abpusējai apstiprināšanai.

Video atgriezeniskās saites sesiju laikā mātei ir iespēja attīstīt intersubjektivitāti, vērojot videomateriālu un cenšoties saprast, kas tobrīd notiek bērna prātā. Tāpat mātei ir iespējams ieraudzīt savu reakciju uz bērna darbību, kā arī saprast to, kā turpināt ietekmēt bērna darbību un emocionālo pieredzi. Video atgriezeniskās saites sesijā tiek pievērsta uzmanība arī mentalizēšanai (ļoti uzmanīgā veidā, piemērojoties mātes izjūtām un domām), runājot ar māti par video ierakstā redzamajiem mijiedarbības momentiem, vispirms terapeitam vērojot un uz klausot, ko par redzēto saka bērna māte. Savukārt mātei ir iespēja saņemt terapeita skaidrojumu par video ierakstā redzamo mijiedarbības epizodi.

Lai gan atgriezeniskās saites sesiju laikā mātei teorētiskā veidā netiek skaidrots mentalizēšanas modelis, svarīgi tomēr runāt par emociju nosaukšanas nozīmi mijiedarbības laikā.

Piemēram, ja bērns piedzīvo negatīvas emocijas un māte tās iejūtīgi nosauc, tas palīdz bērnam gan atpazīt savas emocijas, gan arī stiprina izjūtu, ka māte viņu saprot. Tiek veicināta arī mātes izpratne par to, ka viņas bērnam ir pašam savas emocijas, jūtas un domas, kas saistītas gan ar viņa paša pieredzi, gan arī to, kā māte ir uztvērusi bērna emocijas, nodomus, darbību un atsaukusies bērnam. Taču par emocijām un jūtām tiek runāts uzmanīgi, vērojot māti un respektējot viņas emocijas un spējas, un vēlēšanos esošajā brīdī komunicēt emocionālā līmenī.

## 1.6. Kopsavilkums

Bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas un to attīstību izraisošie un veicinošie faktori ir daudz pētīti klīniskajā psiholoģijā. Šiem uzvedības traucējumiem ir raksturīga noturība, un, ja tie netiek savlaicīgi konstatēti, tiem ir tendence pieaugt. Tad tos ir grūtāk mazināt terapijas laikā (Kazdin, 1993; Reinecke, 2011). Saistībā ar promocijas darba tematu, īpaša uzmanība veltīta pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizētai uzvedībai. Lai izvēlētos piemērotu terapijas metodi, būtiski saprast eksternalizēto uzvedības problēmu cēloņus. Tie visbiežāk ir saistīti ar ģenētiskajiem faktoriem, kā arī vecāku nepietiekoši attīstītām bērna audzināšanas prasmēm, neiejūtīgu pieeju bērnu audzināšanai, vecāku depresiju, zemām konfliktu risināšanas prasmēm, kā arī agresīvu uzvedību ģimenes locekļu savstarpējās attiecībās un sociāli ekonomiskām grūtībām. Jaunākie pētījumi norāda, ka šie faktori visbiežāk savstarpēji mijiedarbojas (Lengua, 2006; Karreman, van Tuijl, van Aken, & Deković, 2009). Jāsecina, ka, ja netiek saņemta savlaicīga un piemērota terapeitiska iejaukšanās, uzvedības problēmas turpina pastāvēt. Tātad, domājot par terapeitiskajām iespējām, jāplāno, ka intervences procesā tiek strādāts arī ar vecākiem vai mātes – bērna diādi; kā arī – terapijas laikā vecākiem ir iespēja mācīties un praktizējot apgūt pozitīvu pieeju bērna audzināšanā, tostarp arī pozitīvas bērna vadīšanas un kontroles prasmes. Veicot terapiju, jāparedz, kādā veidā tiks mainīta tā mātes uzvedība, kas neveicina pozitīvu mijiedarbību starp bērnu un māti. Tāpat ir jārada iespējas mātei praktizēt jaunapgūto uzvedību. Tomēr svarīgi pievērst uzmanību, vai nepastāv vardarbība mātes un viņas partnera starpā, vai bērna disciplinēšanai netiek izmantoti fiziski sodi, jo tas var ietekmēt, ka šādā ģimenes vidē auguši bērni turpina izpaust agresīvu uzvedību (Cicchetti & Toth, 2005). Terapiju veicot gados jaunām mātēm un viņu bērniem, būtiski noskaidrot šo māšu bērnības pieredzi viņu pašu izcelsmes ģimenē. Īpaši mātes, kuras nākušas no sociāli nelabvēlīgākas un nabadzībā esošas ģimenes vides, varētu pielietot bargu disciplinēšanu attiecībā pret saviem bērniem (Scararnella, Neppl, Ontai, & Conger, 2008). Zinot to, ka bērnu nespēja ilgstoši noturēt uzmanību, kā arī zemas emociju regulācijas spējas prognozē eksternalizētas uzvedības

iespējamību (Hillet al., 2006), svarīgi terapijas laikā to izvērtēt katras bērna – mātes diādes mijiedarbībā, un nepieciešamības gadījumā izglītēt vecākus, praktiski parādot, ko un kādā veidā viņi varētu darīt, lai palīdzētu bērniem.

Ja māte agrīnā bērnībā bērnu uztver kā emocionāli neatsaucīgu, tas prognozē bērna eksternalizētu uzvedību (Olson, Bates, Sandy, & Lanthier, 2000). Marte Meo terapija ir viena no iespējamām, kas var palīdzēt mainīt mātes uztveri par savu bērnu. Pamatojums izvēlētajai intervences metodei ir gan Boulbija piesaistes teorijā, gan Šterna intersubjektivitātes pētījumos, kas skata savstarpēju bērna un mātes dalīšanos pieredzē un jūtās (Stern, 2006); gan arī Fonagija pētījumos par mentalizāciju un mentalizēšanas procesu. Īpaši, kad tiek runāts par depresīvām mātēm, kuras redz savu bērnu negatīvā skatījumā, piedēvējot bērnam negatīvus apzīmējumus, nepareizi interpretējot bērna nodomus (Sharp & Fonagy, 2008). Zinot, ka mātes depresija ir saistīta ar vairākiem faktoriem, piem., partnera alkoholismu, nabadzību, tā prognozējot eksternalizētas uzvedības problēmu izpausmi bērnam, svarīgi saprast, ka šajā gadījumā tiek runāts par vecāku kļūdainu mentalizēšanu un sekojoši – samazinātas mentalizēšanas kapacitāti bērnam. Tieši šajā aspektā būtu jāvirza terapeitiskā palīdzība. Ir jāpalīdz mātei vispirms ieraudzīt sava bērna skata punktu un saprast, kas ir bērna uzmanības lokā, kas ir viņa prātā, kas viņam svarīgs konkrētajā brīdī, kā bērns to pauž. Marte Meo terapeita uzdevums ir iepriekš sagatavot nelielas video epizodes no bērna – mātes mijiedarbības ieraksta, kur kaut nedaudz ir redzams pozitīvs mijiedarbības brīdis. Iespējams, ka terapijas sākumā būtisko vispirms nosauc terapeits, un tad, atkārtoti demonstrējot video epizodi, arī bērna māte sāk ieraudzīt to, ka bērns pauž, kas viņam svarīgs. Māte pamazām sāk apjaust, kāda būtu vēlamā reakcija uz bērna darbību un kāda tai nozīme. Saskaņā ar Šterna modeli terapijas laikā notiek intersubjektīva apzināšanās mātes un terapeita starpā (Stern, 2006). Būtiski, lai arī terapeits mijiedarbībā ar māti praktizētu tādu pat uzvedību, kāda ir vēlama bērna – mātes mijiedarbībā. Tas nozīmē sesijas laikā aktīvi gaidīt, ieraudzīt, apstiprināt mātes teikto vai darīto, kā arī sekot un vadīt pozitīvā veidā. Ir svarīgi parādīt resursus, kuri ir gan bērnam, gan arī mātei, un, tos respektējot, dot vienu konkrētu mājas darbu katrā terapijas sesijas reizē, lai iedrošinātu māti to praktizēt ikdienas situācijās. Kad nākamās sesijas laikā mātei demonstrē video ieraksta momentus, kuri satur arī jauno – vēlamā – uzvedību mijiedarbībā ar bērnu, terapeits māti var uzslavēt. Māte tā iegūst izjūtu, ka viņa spēj būt kopā ar bērnu tādā mijiedarbībā, kas abiem dod prieku un atbilst bērna vajadzībām. Tādā veidā tiek paaugstināta arī mātes pašefektivitāte, kas piedāvā iespēju, ka māte turpinās veikt konkrēto darbību, ja viņa ticēs gan tam, ka ir spējīga realizēt attiecīgo darbību, gan arī – ka šī darbība novedīs pie vēlamā mērķa. Bieži viens no mijiedarbības grūtību cēloņiem ir tas, ka māte maz vai arī neieinteresēti skatās uz savu bērnu. Tāpēc svarīgi, ka Marte Meo terapijas laikā ar



videoattēlu palīdzību māte sāk ieraudzīt, ka viņas bērnam ir vajadzība būt emocionālā kontaktā ar māti.

Pētījumā tiek izvirzīta **hipotēze**:

Pēc Marte Meo terapijas būs novērojama pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpes samazināšanās šo bērnu māšu vērtējumā. Šīs izmaiņas būs noturīgas vismaz trīs mēnešus pēc terapijas jeb pēc četriem mēnešiem, sākot no pētījuma sākuma. Šādu izmaiņu nebūs kontrolgrupās.

**Pētījuma jautājumi** (*attiecas uz eksperimentālo jeb Marte Meo terapijas grupu*):

1. Kādas ir atšķirības bērnu māšu atbalstošajā uzvedībā mijiedarbības laikā ar bērnu pirms Marte Meo terapijas un pēc terapijas?
2. Kāda saistība pastāv starp mātes atbalstošo uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un mātes novērtētajām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām?

## 2. Metode

### 2.1. Pētījuma dalībnieki

Pētījuma rezultāti aprēķināti 69 bērna – mātes diāžu izlasei, dalībniekus sadalot trīs grupās pēc daļējas nejaušības principa: terapeitiskās intervences grupā (25 diādes), pirmajā kontrolgrupā (18 diādes) un otrajā kontrolgrupā (26 diādes). Terapeitiskās intervences grupas bērnu mātes saņēma Marte Meo terapiju. Pirmās kontrolgrupas dalībnieki terapiju nesaņēma, taču par bērna – mātes mijiedarbību gan pētījuma sākumā, gan pēc četriem mēnešiem tika veikti video ieraksti. Otrajā kontrolgrupā netika veikti video ieraksti.

Šī kvaziekspimenta ar laika noturības pārbaudi specifika ir tāda, ka tā dalībnieki tika iesaistīti pētījumā pakāpeniski. Tas saistīts ar to, ka pētījuma autore pati gan vāca un apkopoja datus, gan arī veica intervenci terapijas grupas bērnu mātēm. Līdz ar to vienlaikus saņemt terapiju visiem intervences grupas dalībniekiem nebija iespējams. Dalībnieki pētījumā piedalījās brīvprātīgi un nekādu materiālo atlīdzību par to nesaņēma. Vispirms – laika posmā no 2009. gada līdz 2011. gadam – visas šajā periodā iekļautās bērna – mātes diādes (31 diāde) tika sadalītas trīs pētījuma grupās. Dalībniekus sadalot pēc daļējas nejaušības principa, terapeitiskās intervences grupā iekļautas 12 bērna un mātes diādes, pirmajā kontrolgrupā – 9 diādes; otrajā kontrolgrupā – 10 diādes. Laika posmā no 2009. – 2011. gadam dalībnieki bija no Saldus un Brocēniem – pirmsskolas izglītības iestāžu (PII) audzēkņi un viņu mātes, kā arī Saldus novada pašvaldības aģentūras „Sociālais dienests” klienti. No šiem respondentiem trešajā posmā vairs nepiedalījās divas bērna – mātes

diādes no terapeitiskās intervences grupas un divas no pirmās kontrolgrupas, jo pēc savas izvēles dalību pētījumā pārtrauca. Laika posmā no 2012. līdz 2015. gadam pētījums tika paplašināts. Tajā, saskaņā ar iepriekšēju vienošanos par iespējām saņemt terapiju pēc gaidīšanas laika, atkārtoti iekļauti pētījumā – terapeitiskās intervences grupā – četras bērni – mātes diādes, kuras pirms tam bija pirmajā kontrolgrupā un vēl 15 jaunas diādes; pirmā kontrolgrupa vēl papildināta ar 13 diādēm; otrā – ar 16 diādēm. Paplašinot pētījumu, tajā tika iekļauti Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) Psihiatrijas klīnikas Ambulatorās psihiatrijas nodaļas un Dienas stacionāra pacienti un viņu mātes (laika posmā no 2012. gada novembra līdz 2013. gada decembrim), kā arī Rīgas un Jelgavas pirmsskolas izglītības iestāžu bērni un viņu mātes. Līdz pētījuma beigām arī šajā grupā bija respondentu zudums – dalību pēc savas vēlēšanās pārtrauca trīs terapeitiskās intervences grupas dalībnieki un divi pirmās kontrolgrupas respondenti (skat. 1. tabulu).

1. tabula. Respondentu pakāpeniskā iekļaušana pētījumā un viņu sadalījums katrā  
longitudinālā pētījuma posmā

Laika posms	Pētījuma grupa	Pirmais posms (sākotnējā novērtēšana)	Otrais posms (pēc terapijas)	Trešais posms (pēc četriem mēnešiem)
2009.g. – 2011.g. (respondentu nejaušais sadalījums)	Terapeitiskās intervences grupa	n = 12	n = 12; n= 5 <sup>a</sup>	n = 10
	Pirmā kontrolgrupa	n = 9	n = -- <sup>aa</sup>	n = 7
	Otrā kontrolgrupa	n = 10	n = -- <sup>aa</sup>	n = 10
2012.g. – 2015.g. (pētījuma grupas paplašināšana)	Terapeitiskās intervences grupa	n = 18	n = 11; n= 2 <sup>a</sup>	n = 15
	Pirmā kontrolgrupa	n = 13	n = -- <sup>aa</sup>	n = 11
	Otrā kontrolgrupa	n = 16	n = -- <sup>aa</sup>	n = 16

<sup>a</sup> – pētījuma dalībnieki, kuriem novērtēta tikai mātes atbalstošā uzvedība, bet nav vērtējums eksternalizētas uzvedības skalā; <sup>aa</sup> – nebija paredzēts vērtēt.

Informācija par visu no 2009. līdz 2015. gadam pētāmo grupu dalībniekiem ir apkopota 2. tabulā. Pētījumā iekļautajiem bērniem pēc viņu māšu sniegtā novērtējuma bija eksternalizētās uzvedības problēmas (70 T balles un augstāk agresīvas uzvedības un/vai uzmanības nenoturības skalā). Vērtēšana veikta pēc Ahenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketas vecāku formas: 1,5 - 5 gadus veciem bērniem (*Child Behavior*

*Checklist (CBCL 1,5 - 5) Parent Rating Form*, Achenbach, & Rescorla, 2000) vai arī pēc Ahenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērna uzvedības novērtējuma anketas vecāku formas: 6 - 18 gadus veciem bērniem (*Child Behavior Checklist (CBCL 6 - 18) Parent Rating Form*, Achenbach & Rescorla, 2001). Taču 5 respondenti jeb 7% pētījumā iekļauti arī tad, ja agresīvas uzvedības skalā bija 65 - 69 T balles un arī uzmanības nenoturības skalā vērtējums nerasniedza 70 T balles, jo bērni ar šādiem rezultātiem tomēr ir riska grupā saistībā ar eksternalizētās uzvedības problēmām, bet pētījumā viņi tika iekļauti tādēļ, ka respondentu skaits kopumā bija neliels, vairāki atteicās no dalības pētījumā, dažus nācās arī izslēgt.

No pētījuma tika izslēgti bērni ar tādām apstiprinātām medicīniskajām diagnozēm kā autisms un autiskā spektra traucējumi, epilepsija un garīgā atpalicība. Tāpat no pētījuma izslēgti tie dalībnieki, kuri apmeklēja diennakts pirmsskolas izglītības iestādes grupu, jo šie bērni ar mātēm savās mājās pavadīja tikai nedēļas nogales.

2. tabula. Pētījuma grupas dalībnieku sadalījums katrā longitūdinālā pētījuma posmā no 2009. – 2015.g.

Pētījuma grupa	Pirmais posms (sākotnējā novērtēšana)	Otrais posms (pēc terapijas)	Trešais posms (pēc četriem mēnešiem)
Terapeitiskās intervences grupa	n = 30	n = 23; n = 7 <sup>a</sup>	n = 25
Pirmā kontrolgrupa	n = 22	n = -- <sup>aa</sup>	n = 18
Otrā kontrolgrupa	n = 26	n = -- <sup>aa</sup>	n = 26

<sup>a</sup> – pētījuma dalībnieki, kuriem novērtēta tikai mātes atbalstošā uzvedība, bet nav vērtējums eksternalizētas uzvedības skalā; <sup>aa</sup> – nebija paredzēts vērtēt.

Līdz ar Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) pacientu iekļaušanu nebija vairs iespējams ievērot respondentu nejaušo sadalījumu pētījuma grupās. Tomēr šo dalībnieku iekļaušana pētījumā bija svarīga tāpēc, lai pārbaudītu, ka arī daļai pacientu ir iespējams aizkavēt uzvedības traucējumu veidošanos, veicot savlaicīgu terapeitisku intervenci. Pētījumā tika iekļauti BKUS pārstāvošie respondenti, jo šiem bērniem bija jau ilgstoši pastāvējušas izteiktas uzvedības problēmas, ko bija apstiprinājis ārsts. Dažiem bērniem ārsti bija pirms tam nozīmējuši veikt personības psiholoģisko izpēti, lai izslēgtu vai apstiprinātu nopietnāku psihiatrisko traucējumu diagnozi. Pacienti bija vērojamas indikācijas terapijai, kuru nebūtu vēlams atlikt ilgstoši. Bērnu mātes bija motivētas uzsākt Marte Meo terapiju tūlīt. Līdz ar to ētisku apsvērumu dēļ šos bērnus nevarēja iekļaut kontrolgrupā bez intervences, jo slimnīcā ārstēšanās mērķis bija terapijas saņemšana, lai mazinātu vai novērstu uzvedības problēmas. Nozīmīga loma bija arī faktam, ka

pētījuma autore strādāja BKUS par psihologu, un tāpēc bija iespējams pētījumā iekļaut lielāku respondentu skaitu. Lai varētu pētījumā iekļaut slimnīcas pacientus, pirms tam tas tika saskaņots VSIA Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas ētikas komisijā (sk. 1. pielikumu).

2012.gada novembrī pētījumā terapeitiskās intervences grupā bija iekļauti deviņi, bet līdz pētījuma beigām palika septiņi Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) Psihiatrijas klīnikas Ambulatorās psihiatrijas nodaļas un Dienas stacionāra pacienti. Pirmajā kontroles grupā 2012. gadā varēja iekļaut trīs BKUS pacientus, jo divi no šiem bērniem jau bija iepriekš ārstējušies un saņēmuši smilšu terapiju, logopēda konsultācijas, kā arī medikamentozu ārstēšanu. Šo bērnu mātes piekrita dalībai pirmajā kontrolgrupā ar norunu, ka viņas saņemtu Marte – Meo terapeita atgriezenisko saiti pēc četriem mēnešiem. Trešā māte arī piekrita dalībai pirmajā kontrolgrupā, jo viņas bērns arī bija jau saņēmis vairāku speciālistu palīdzību krīzes centrā, kur uzturējās vienu mēnesi. Tomēr šī māte un viņas bērns neieradās uz novērtēšanas sesiju pēc četriem mēnešiem, aizbildinoties ar aizņemtību. Līdz pētījuma beigām palika septiņi pacienti intervences grupā un divi pacienti pirmajā kontrolgrupā. Otrajā kontroles grupā nebija vispār BKUS pacientu, jo nebūtu ētiski viņiem likt gaidīt četrus mēnešus, līdz viņi varētu saņemt terapiju, tajā pašā laikā nenodrošinot citas ārstēšanas iespējas. BKUS ārsti, izvērtējot pacienta veselības stāvokli, ne vienmēr nozīmē medikamentozu ārstēšanu un bieži rekomendē kādu no nemedikamentozajām terapijām, piemēram, smilšu terapiju, vizuāli – plastiskās mākslas terapiju vai kādu citu terapijas veidu. Ārsti arī ieteica Marte – Meo terapiju, jo bija informēti par pētījuma norisi un pašu terapijas veidu. Viņi atzina, ka pacientiem ar eksternalizētām uzvedības problēmām tā būtu piemērojama. Šajā pētījumā netika iekļauti BKUS pacienti ar diagnosticētu autismu un autiskā spektra traucējumiem, epilepsiju, kā arī bērni ar garīgu atpalcību. Ārstu noteiktā pamatdiagnoze pētījumā iekļautajiem BKUS pacientiem pēc ICD-10 sistēmas kritērijiem ir robežās F90 – F90.9, kas atklāj hiperkinētiskus traucējumus, aktivitātes un uzmanības traucējumus, kā arī hiperkinētiskus uzvedības traucējumus. Bez šīm jau norādītajām diagnozēm vēl diviem sešus gadus veciem bērniem bija arī diagnozes kods F91.0, kurš arī atklāj uzvedības traucējumus ģimenes ietvaros, taču šie abi bērni, lai gan bija līdz terapijas beigām, nepiedalījās pētījuma pēdējā posmā. Līdz ar to par šiem bērniem nav eksternalizētās uzvedības un mātes atbalstošās uzvedības mērījumu pēc četriem mēnešiem. Diviem pirmās kontrolgrupas četrus un piecus gadus veciem bērniem bija diagnozes kods F91.3, kurš atklāj opozicionāri izaicinošus traucējumus, taču piecgadīgais bērns un viņa māte nepiedalījās pētījuma pēdējā posmā. Savukārt četrgadīgajam bērnam, kurš palika līdz pētījuma beigām, vēl arī bija diagnozes kods F94.0, kurš norāda uz elektīvo mutismu. Sešiem bērniem bija arī diagnozes ar kodu F80.0 vai F80.1, kas norāda uz specifiskiem runas artikulācijas traucējumiem un/vai ekspresīvās valodas traucējumiem, bet

diviem bērniem bija arī diagnoze ar kodu F83.0, kas norāda uz jauktiem specifiskiem attīstības traucējumiem. Šie bērni apmeklēja arī logopēdu. Tomēr jāuzsver, ka pētījuma dalībnieki netika atlasīti pēc ārsta noteiktās diagnozes, bet gan pēc tā, kā māte novērtēja sava bērna uzvedību, atbildot uz Ahenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketas jautājumiem. Pētījumā netika novērtēta bērnu māšu psihiskā veselība, taču visām BKUS pacientu mātēm tika novērotas grūtības mijiedarbībā ar saviem bērniem. Vairākas mātes ātri satraucās un dusmojās uz saviem bērniem arī speciālistu klātbūtnē. Dažas mātes sākotnēji bija neieinteresētas bērna aktivitātēs, kā arī neizprata viņu emocionālās vajadzības. Vienai no mātēm bija novērojamas grūtības komunikācijā arī ar ārstu un citiem iestādes darbiniekiem – mātei bija grūtības uztvert un saprast mediķu un citu speciālistu teikto. Bieži bija nepieciešami papildus paskaidrojumi vienkāršā valodā, lai māte saprastu. Arī uz pieņemšanu pie speciālistiem māte bērnu nereti veda nevis iepriekš norunātajā dienā un laikā, bet tad, kad pati izlēma. Taču divas mātes jau sākotnēji bija emocionāli atsaucīgas mijiedarbībā ar saviem bērniem, viņām pietrūka vien dažas pamatprasmes, kuras vēlāk terapijas laikā apguva.

Pieci intervences un trīs kontrolgrupas pacienti lietoja kādu no šiem medikamentiem: *Relaxen* (sekmē emocionālo līdzsvaru un normalizē garastāvokli); *Rispolept* (lieto tādu smadzeņu funkciju traucējumu ārstēšanai, kas saistīti ar domāšanas vai rīcības pārmaiņām; bērniem tiek arī lietots tādu traucējumu kā agresija vārdos vai darbos, ārstēšanai); *Acidum valproicum* (parasti lieto, lai ārstētu epilepsiju; bērnu psihiatrijā lieto arī kā garastāvokļa un, līdz ar to netieši, arī kā uzvedības stabilizētāju). Zināms, ka divi bērni neilgi pirms pētījuma sākuma jau bija lietojuši medikamentus un seši bērni pētījuma norises laikā lietoja kādu no iepriekš nosauktajiem medikamentiem. Līdz ar to aktuāls kļuva jautājums, kā medikamentu lietošana varētu ietekmēt pētījuma rezultātus.

Lai izlemtu, vai BKUS pacienti ir iekļaujami pētījumā, tika veikts *t – tests*, salīdzinot vidējos rezultātus galveniem mainīgiem lielumiem savstarpēji neatkarīgām izlasēm katrā no pētījuma posmiem. Saskaņā ar vispārpieņemto praksi (Axberg, Hansson, Broberg, & Wirtberg, 2006), lai būtu iespējams salīdzināt divu aptauju rezultātus, abu aptauju sākotnējās balles tika pārvērstas standartizētajās *Z vērtībās*. Veiktās analīzes rezultāti liecina, ka mātes novērtētās bērna eksternalizētās uzvedības un mātes atbalstošās uzvedības atšķirības nebija statistiski nozīmīgas nevienā pētījuma posmā – ne terapeitiskās intervences grupā, ne arī kontrolgrupā, salīdzinot BKUS respondentu apakšgrupu ar pārējiem pētījuma dalībniekiem (skat. 3. tabulu).

3.tabula. Mātes novērtētās bērna eksternalizētās uzvedības un mātes atbalstošās uzvedības novērtējuma aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji neatkarīgām izlasēm – slimnīcas pacientiem un pārējiem respondentiem – visos pētījuma etapos terapeitiskās intervences grupai un pirmajai kontrolgrupai

Grupa	<i>n</i>	Pētījuma posms	Mainīgie lielumi	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
<i>Intervences grupa</i>						
BKUS*	7	1.	Mātes atbalstošā uzvedība	2,29	1,11	- 0,11
Pārējie respondenti	18			2,22	1,30	
BKUS	7	2.	Mātes atbalstošā uzvedība	4,43	1,51	0,75
Pārējie respondenti	18			4,83	1,10	
BKUS	7	3.	Mātes atbalstošā uzvedība	4,00	2,44	0,83
Pārējie respondenti	18			4,67	1,50	
BKUS	7	1.	Eksternalizēta uzvedība, Z vērtība	0,10	1,23	- 0,59
Pārējie respondenti	18			-0,18	1,03	
BKUS	7	2.	Eksternalizēta uzvedība, Z vērtība	0,03	1,36	- 0,14
Pārējie respondenti	18			-0,03	0,86	
BKUS	7	3.	Eksternalizēta uzvedība, Z vērtība	- 0,91	1,07	0,44
Pārējie respondenti	18			- 0,76	0,71	
<i>Pirmā kontrolgrupa</i>						
BKUS	2	1.	Mātes atbalstošā uzvedība	1,50	2,12	0,56
Pārējie respondenti	16			1,94	0,93	
BKUS	2	3.	Mātes atbalstošā uzvedība	1,50	2,12	0,56
Pārējie respondenti	16			1,94	0,93	
BKUS	2	1.	Eksternalizēta uzvedība, Z vērtība	1,49	0,55	- 1,39
Pārējie respondenti	16			0,18	1,29	
BKUS	2	3.	Eksternalizēta uzvedība, Z vērtība	1,78	0,33	- 2,07
Pārējie respondenti	16			0,51	0,85	

*Piezīme.* \*BKUS – Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

Terapeitiskās intervences grupā nebija statistiski nozīmīgu atšķirību starp BKUS pacientiem un pārējiem respondentiem bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktībā pēc šo bērnu māšu vērtējuma. Tāpat nebija statistiski nozīmīgas atšķirības eksternalizētai uzvedībai starp BKUS pacientiem un pārējiem respondentiem arī pirmajā kontrolgrupā. Ir tikai atšķirību tendence pirmās

kontrolgrupās trešajā mērījumā eksternalizētai uzvedībai (BKUS apakšgrupā  $M = 1,78$ ;  $SD = 0,33$ ; pārējo respondentu apakšgrupā  $M = 0,51$ ;  $SD = 0,85$ ;  $t(16) = -2,07$ ,  $p = 0,056$ ). Tā kā atšķirības starp vidējo rezultātu mainīgajiem lielumiem nebija statistiski nozīmīgas, salīdzinot BKUS pacientus ar pārējiem respondentiem, BKUS pacienti ir iekļaujami pētījumā, analizējot tā rezultātus.

Pētījuma trešajā posmā palika 69 māšu – bērnu diādes jeb 88% no visiem pētījuma dalībniekiem. Tātad 9 respondenti jeb 12% dažādu iemeslu dēļ pārtrauca dalību pētījumā. Pēc zināmas un pieņemtās prakses, līdzīgi kā citos pētījumos (Fenning & Baker, 2012), arī šajā gadījumā tika veikts galveno mainīgo lielumu un demogrāfisko datu salīdzinājums tiem respondentiem, kuri palika līdz pētījuma beigām, un tiem, kuri izstājās. Tas darīts tādēļ, lai pārbaudītu, vai pastāv nozīmīgas atšķirības pētījumā palikušo dalībnieku un pētījumu pametušo dalībnieku uzrādītajos rezultātos. Lai gan tiem terapeitiskās intervences grupas dalībniekiem, kuri izstājās, bija zemāki rādītāji mātes atbalstošās uzvedības novērtējumā, nekā tiem, kuri palika pētījumā, šīs atšķirības nebija statistiski nozīmīgas (skat. 4. tabulu).

4.tabula. Mātes novērtētās bērna eksternalizētās uzvedības un mātes atbalstošās uzvedības novērtējuma un demogrāfisko rādītāju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji neatkarīgām izlasēm – pētījumā palikušajiem un pētījumu pārtraukušajiem – terapeitiskās intervences un pirmās kontrolgrupas dalībniekiem

Grupa	Palika vai izstājās	N	Mainīgie lielumi	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
Intervences grupa	palika	25	Mātes atbalstošā uzvedība	2,24	1,23	1,10
	izstājās	5		1,60	0,89	
	palika	25	Eksternalizētā uzved., Z vērtība	- 0,10	1,06	0,41
	izstājās	5		- 0,30	0,47	
Pirmā kontrolgrupa	palika	18	Mātes atbalstošā uzvedība	1,88	1,02	- 0,18
	izstājās	4		2,00	1,41	
	palika	18	Eksternalizētā uzved., Z vērtība	0,33	1,28	- 0,35
	izstājās	4		0,58	1,35	
Intervences grupa	palika	25	Mātes vecums (gadi)	29,84	5,84	- 0,91
	izstājās	5		32,80	10,18	
	palika	25	Bērna vecums (gadi)	4,56	1,32	- 1,63
	izstājās	5		5,60	1,14	
Pirmā kontrolgrupa	palika	18	Mātes vecums (gadi)	31,67	6,04	1,50
	izstājās	4		26,75	5,32	
	palika	18	Bērna vecums (gadi)	4,50	1,15	0,40
	izstājās	4		4,25	0,96	

Tāpat statistiski nozīmīgas atšķirības nebija bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktībā. Nebija arī nozīmīgu atšķirību starp to bērnu un viņu māšu vecumiem, kuri palika pētījumā, un to, kuri izstājās no pētījuma (skat. 4. tabulu). Nelielā grupu apjoma dēļ nebija iespējams pārbaudīt atšķirību nozīmību citos demogrāfiskajos rādītājos.

Tika arī pārbaudīts, vai bija atšķirības starp grupām, tajās iekļaujot visus pētījuma trešajā posmā palikušos 69 respondentus, ņemot vērā gan demogrāfiskos rādītājus, gan sākotnējo mātes atbalstošās uzvedības vidējo rādītāju terapeitiskās intervences grupā un pirmajā kontrolgrupā, gan arī sākotnējo bērna eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības vidējo rezultātu katrā grupā. Netika konstatētas šo rādītāju atšķirības starp grupām (skat. 14. tabulu 6. pielikumā). Salīdzinot terapeitiskās intervences un pirmo kontrolgrupu, tajās līdzvērtīgi ir pārstāvētas mātes, kuras šobrīd ir pastāvīgās partnerattiecībās, kā arī mātes, kuras vienas audzina bērnu. Pirmajā kontrolgrupā ir par 14 % vairāk to māšu, kuras apgalvoja, ka ir maznodrošinātā statusā, salīdzinot ar terapeitiskās intervences grupas mātēm. Taču šīs atšķirības nebija statistiski nozīmīgas (saskaņā ar  $\chi^2$  testa rezultātiem);  $\chi^2 (1, n = 43) = 0,84, p > 0,05$ . Terapeitiskās intervences grupā bija par 18% mazāk algotu darbu neestrādājošas mātes nekā pirmajā kontrolgrupā, taču saskaņā ar  $\chi^2$  testa rezultātiem ( $\chi^2 (1, n = 43) = 1,4; p > 0,05$ ) šīs atšķirības arī nav statistiski nozīmīgas.

Lielākā daļa demogrāfisko datu nav otrās kontrolgrupas respondentiem, jo tie tika iegūti tikai terapeitisko sesiju vai atgriezeniskās saites sesijas laikā, kad bija labs kontakts un uzticēšanās attiecībās starp pētnieku un bērna māti. Otrās kontrolgrupas pētījuma dalībniekiem šādu sesiju nebija, līdz ar to tādi sensitīvie dati, kādus ētisku apsvērumu dēļ nejauda anketās, kurās respondenti norāda savu vārdu un uzvārdu, netika iegūti.

Pētījuma izlasē trešajā mērījumā nebija būtiskas atšķirības starp grupām meiteņu un zēnu proporcijās. Saskaņā ar  $\chi^2$  testa rezultātiem ( $\chi^2 (2, N = 69) = 0,11; p > 0,05$ ) atšķirības nav statistiski nozīmīgas. Atšķirības nebija arī gan māšu vecumā, gan arī bērnu vecumā (skat. 14. tabulu 6. pielikumā).

Pētījumā terapeitiskās intervences grupā piedalījās bērna māte, kurai bija alkohola atkarības problēma, ar nosacījumu, ka viņa paralēli ārstēsies no alkoholisma pie narkologa un piedalīsies sociālā dienesta organizētā atbalsta grupā sociālā riska ģimeņu vecākiem, kuru vadīs cits psihologs. Arī pirmajā kontroles grupā bija iekļauta māte, kurai bija alkoholisma problēma un kas atradās sociālā dienesta uzraudzības lokā, un piederēja pie sociālā riska grupas. Tomēr nebija zināms, vai sieviete arī ārstējās pie narkologa.



## 2.2. Mērījumi

### 2.2.1. Eksternalizēta uzvedība

Dati, kas raksturo 3-5 gadus vecu bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas, bija iegūti, pielietojot Achenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketas vecāku formu: 1,5-5 gadus veciem bērniem (*Child Behavior Checklist (CBCL 1,5- 5) Parent Rating Form*, Achenbach, & Rescorla, 2000); Latviešu valodas versiju adaptējusi I. Skreitule-Pikše (2010). 1,5-5 gadus vecu bērnu aptaujas anketā iekļauti 99 apgalvojumi par bērna uzvedību. Māte katru apgalvojumu novērtēja skalā 0, 1 vai 2 atkarībā no tā, cik lielā mērā apgalvojums atbilst viņas bērna uzvedībai. Ar „0” atzīmēta atbilde, ja apgalvojums neatbilst; ar „1” – ja daļēji vai dažreiz atbilst; ar „2” – ja apgalvojums pilnībā vai bieži atbilst. Saskaitot divu sindromu – Uzmanības nenoturība un Agresīva uzvedība – apakšskalu summāro rezultātu, iegūst Eksternalizētās uzvedības rādītāju 1,5-5 gadus veciem bērniem. Šajā pētījumā tika analizēti mērījumi tikai no Agresīvas uzvedības un Uzmanības nenoturības sindromu skalām, kas kopā veido Eksternalizētas uzvedības problēmu skalu. Tajā ietilpst 24 apgalvojumi (piemēram, 5. *Nevar koncentrēties, nevar ilgstoši pievērst uzmanību*; 6. *Nevar nosēdēt mierīgi, nemierīgs vai hiperaktīvs*; 15. *Izaicinošs*; 20. *Nepaklausīgs*; 29. *Ātri aizkaitināms*; 35. *Bieži kaujas* u.c.). Anketas 1,5-5 gadus vecu bērnu vecāku formas iekšējās saskaņotības rādītājs Eksternalizētās uzvedības problēmu skalai latviešu valodas versijā  $\alpha = 0,88$  (Skreitule – Pikše, 2010). Oriģinālās anketas vecāku formas iekšējās saskaņotības rādītājs Eksternalizētās uzvedības problēmu skalai  $\alpha = 0,92$  (Achenbach, & Rescorla, 2000).

Dati par 6-7 gadus vecu bērnu eksternalizēto uzvedību tika iegūti, pielietojot Achenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērna uzvedības novērtējuma anketas vecāku formu: 6-18 gadus veciem bērniem (*Child Behavior Checklist (CBCL 6 - 18) Parent Rating Form*, Achenbach & Rescorla, 2001). Latviešu valodas sākotnējo versiju adaptējuši I. Laizāne, S. Sebre, M. Raščevska, R. Upenieks (2006). 6-18 gadus vecu bērnu aptaujas anketā iekļauti 112 apgalvojumi par bērna uzvedību. Māte katru apgalvojumu novērtēja skalā 0 vai 1, vai 2, atkarībā no tā, cik lielā mērā apgalvojums atbilst viņas bērna uzvedībai. Ar „0” atzīmēta atbilde, ja apgalvojums neatbilst; ar „1” – ja daļēji vai dažreiz atbilst; ar „2” – ja apgalvojums pilnībā vai bieži atbilst. Saskaitot divu sindromu – Noteikumu pārkāpumi un Agresīva uzvedība – apakšskalu summāro rezultātu, iegūst Eksternalizētās uzvedības problēmu kopējo rādītāju 6-18 gadus veciem bērniem. Šajā pētījumā tika analizēti mērījumi tikai no Agresīvas uzvedības un Noteikumu pārkāpumu sindromu skalām, kas kopā veido Eksternalizētas uzvedības problēmu skalu. Tajā ietilpst 35 apgalvojumi (piemēram, 16. *Nežēlīgs pret citiem*; 22. *Neklausu savus vecākus*; 26. *Ja izdara ko tādu, ko nevajag darīt, neļūtas*

vainīgs; 28. *Pārkāpj noteikumus mājās, skolā un citur*; 37. *Bieži kaujas*; 94. *Bieži citus apsaukā u.c.*). Oriģinālās anketas 6-18 gadus vecu bērnu vecāku formas iekšējās saskaņotības rādītājs Eksternalizētās uzvedības problēmu skalai  $\alpha = 0,94$  (Achenbach, & Rescorla, 2001). Pētījuma situācijā, atlasot pētījuma izlasei 6-7 gadus vecos respondentus, vēl nebija veikta aptaujas standartizācija. Taču šobrīd aptauja ir standartizēta (Skreitule-Pikše, Raščevska, Sebre, Koļesovs, & Bite, 2013).

### 2.2.2. Mātes un bērna mijiedarbība

Mātes atbalstošās uzvedības novērtējumam tika izmantoti mātes – bērna mijiedarbības video ieraksti divās aktivitātēs – brīvās spēles un strukturētā mācīšanās situācijā. Atsevišķu gadījumu analīzes tika veiktas, lai kvalitatīvi novērtētu un analizētu mātes un bērna mijiedarbības izmaiņas Marte Meo terapijas laikā.

Lai būtu iespējams novērtēt gan mātes atbalstošo uzvedību viņas mijiedarbības laikā ar savu bērnu, gan mātes un bērna mijiedarbību kopumā, bija nepieciešams izdarīt video ierakstus par divām situācijām – brīvās spēles un mācīšanās situāciju – katrai bērna un mātes diādei. Brīvās spēles situācijā bērns pēc savas iniciatīvas izvēlējās savu darbību – visbiežāk tā bija spēlēšanās, taču dažreiz bērns izvēlējās zīmēt vai pēc savas iniciatīvas darīt kaut ko praktisku, piemēram, slaucīt grīdu vai mācīties. Tomēr visas šīs bērna darbības saturēja spēles elementus. Galvenais nosacījums – bija jābūt bērna paša brīvai un pieaugušā neietekmētai iniciatīvai darīt to, ko viņš pats šajā brīvās spēles situācijā izvēlējās darīt. Mācīšanās situācijā māte pēc savas iniciatīvas bērnam kaut ko mācīja – līdzīgi, kā viņa to darījusi ikdienā. Galvenais nosacījums – māte mērķtiecīgi centās iemācīt bērnam kaut ko tādu, ko viņš pilnībā patstāvīgi vēl neprot paveikt. Mācīt varēja ne tikai lasīt, rakstīt vai rēķināt, bet arī kādas praktiskas lietas, piemēram, gatavot salātus, mazgāt traukus u.c. Mazākiem bērniem varēja arī mācīt apģērbties. Tā kā pētījuma fokusā ir mātes atbalstošā uzvedība, tās analīzei izmantots septiņu dimensiju modelis (skat. 5. tabulu).

Vērtējot mātes atbalstošo uzvedību, 1. – 5. dimensija attiecināma uz mātes ieguldījumu mijiedarbības laikā ar savu bērnu. Attiecībā par 6. un 7. dimensiju, vērtējot mātes atbalstošo uzvedību, arī fokuss bija tieši uz mātes uzvedību mijiedarbībā ar savu bērnu. Tas nozīmē, ka mātes atbalstošās uzvedības vērtējumā bija iekļauts arī vērtējums par to, kā māte dod bērnam iespēju veikt mērķtiecīgu darbību un izmanto bērna piedāvāto iespēju viņai veikt darbību atbilstoši esošajai situācijai.

5. tabula. Mātes atbalstošo uzvedību raksturojošās dimensijas mijiedarbības laikā ar bērnu un to skaidrojums

Nr.	Mijiedarbības dimensija	Dimensijas skaidrojums*
1.	Uzmanības fokusa ievērošana	Māte ir apzināti pievērsusi skatienu bērnam un redz viņa uzmanības fokusu, proti, kam šobrīd bērns pievērsis uzmanību.
2.	Gaidīšana	Māte aktīvi gaida un seko bērna iniciatīvām. Viņa ir pilnībā apstādinājusi savu iniciatīvu, kā arī viņas verbālā un neverbālā ķermeņa valoda liecina par fokusēšanos uz bērnu un viņa veikto darbību.
3.	Pozitīva emocionālā fona uzturēšana	Mātei ir jauki balss toņi un draudzīga sejas izteiksme mijiedarbības laikā ar bērnu. Arī tad, kad bērns pauž negatīvas emocijas, māte, tās pamanot, pati paliek mierīga.
4.	Nosaukšana	Māte nosauc bērnu, sevi un bērna uzmanības lokā esošo darbību, notikumu, pieredzi, sajūtas un emocijas konkrētā situācijā atbilstoši kontekstam.
5.	Apstiprināšana	Māte verbāli un/vai neverbāli atzinīgi apstiprina bērna vēlamu darbību dotajā situācijā.
6.	Iespējas veikt darbību došana un pieņemšana	Māte un bērns pamīšus dod viens otram iespēju veikt mērķtiecīgu darbību atbilstoši esošajai situācijai. Māte arī pieņem bērna doto iespēju viņai veikt darbību.
7.	Emociju apmaiņa	Ir emocionālās apmaiņas brīži starp māti un bērnu – verbāli vai neverbāli. Māte verbāli vai neverbāli atspoguļo bērna emocijas un dalās ar bērnu savās emocijās.

*Piezīme.* \*Detalizētāks apraksts un piemēri rodami tekstā.

Vērtēts tiek arī tas, kā māte verbāli vai neverbāli atspoguļo bērna emocijas mijiedarbības laikā un dalās ar savām emocijām. Video ieraksti tika kodēti šādi: piecu minūšu ilgā video ieraksta fragmentā tika identificētas visas epizodes par katru dimensiju, kad to būtu mātes – bērna mijiedarbībā būtiski realizēt. Kodēšanas anketas paraugs ievietots pielikumā (skatīt 3. pielikumu). Par katru dimensiju piešķirta „1 balle”, ja attiecīgā uzvedība novērojama vairāk nekā 50% epizodēs. Augstāks kopējais mātes atbalstošās uzvedības vērtējums norāda uz augstāku mijiedarbības kvalitāti starp māti un bērnu.

Pētījuma ietvaros tika veikta abu situāciju – mācīšanās un brīvās spēles – video ierakstu analīze katrai bērna un mātes diādei. Katra analizējamā epizode bija 5 minūtes ilga. Ieraksts tika analizēts, sākot ar pirmo sekundi, un analīze pabeigta pēc 5 minūtēm (ja ieraksts kādreiz bija garāks,

tad pēc 5. minūtes tas vairs netika analizēts). Mātes atbalstošā uzvedība tika novērtēta ik pēc 30 ieraksta sekundēm, piešķirot par katru mijiedarbības dimensiju „1 balli”, ja māte realizē vēlamu uzvedību mijiedarbībā ar savu bērnu, kā tas ietverts dimensijas satura aprakstā.

Vērtējums „0 balle” tiek saņemts, ja māte nerealizē vēlamu uzvedību mijiedarbībā ar savu bērnu, kā tas ietverts dimensijas satura aprakstā. Par katru dimensiju kopumā piešķirta „0” balle, ja tā novērojama 50% un mazāk epizožu 5 minūšu laikā mātes uzvedībā mijiedarbībā ar bērnu. Par katru dimensiju kopumā tika piešķirta „1” balle, ja tā novērojama vairāk nekā 50% epizožu 5 minūšu laikā mātes uzvedībā mijiedarbībā ar bērnu. Pēc tam, salīdzinot katras diādes abu situāciju (mācīšanās un brīvās spēles) ierakstus, tika novērtēts, vai bija atšķirības situāciju vērtējumos. Ja vienā no situācijām – mācīšanās vai brīvās spēles – par kādu no dimensijām vērtējums bija „1 balle”, bet otrā situācijā par šo pašu dimensiju vērtējums bija „0 balle”, tad kopsummā tika piešķirta „0 balle” un tika uzskatīts, ka šī mijiedarbības dimensija nav vēl apgūta un terapijas procesā (intervences grupā) bija jā māca mātei attiecīgās prasmes, kas ietvertas šīs dimensijas saturā. Vērtējumu „1 balle” par attiecīgo dimensiju māte saņēma tikai tad, ja abās situācijās – gan mācīšanās, gan brīvās spēles – māte realizēja vēlamu uzvedību. Kopumā augstākais vērtējums, ko māte varēja iegūt, bija „7 balles”, bet zemākais – „0 balles”.

Turpinājumā sniegts katras dimensijas plašāks satura apraksts un piemēri, kas raksturo mātes mijiedarbību ar bērnu.

1. Uzmanības fokusa ievērošana. Var novērot, ka māte ar skatienu seko bērnam un tam, kam attiecīgajā brīdī bērns ir pievērsis savu uzmanību. Māte arī tāpat seko līdzī tam, ko bērns dotajā brīdī dara. Piemēram, ja bērns paskatās uz kādu objektu telpā, var novērot, ka arī māte paskatās uz to pašu objektu. Ja bērns skatās mātes acīs, viņa šo skatienu uztver un ir novērojams acu kontakts starp abiem diādes dalībniekiem.

*Piemērs.* Māte uzmanīgi vēro zēnu un to, kā viņš zīmē māju. Viņa ir koncentrējusies gan uz to, ko pašlaik zēns dara, gan arī uz pašu bērnu. Par to liecina tas, ka tieši tajā brīdī, kad zēns pavērs savu skatienu pret māti, viņa šo skatienu uztver. Līdz ar to mātei ir iespējams apstiprināt ar acīm un pamāt ar galvu, ko zēns var uztvert kā apstiprinājumu. Brīdī, kad zīmējumā kaut kas nesanāk tā, kā iecerēts, un zēna sejas mīmika pauž sarūgtinājumu, māte ievēro, kādas emocijas bērns tajā brīdī jūt un līdz ar to viņai ir iespējams bērnu atbalstīt.

2. Gaidīšana. Lai realizētu gaidīšanu, māte ir pilnībā apstādinājusi savas iniciatīvas. Viņa dod laiku, cik tas bērnam nepieciešams, lai bērns patstāvīgi veiktu mērķtiecīgu darbību pats savā izvēlētajā tempā. Piemēram, brīvās spēles situācijā māte ar skatienu seko bērnam, taču pati nekādā veidā neiejaucas bērna darbībā. Viņa drīkst nosaukt bērnu un to, ko bērns dara, kā arī var apstiprināt bērna

veikumu, izrādot pozitīvas emocijas. Taču māte nedod nekādus norādījumus bērnam; nemāca, kā būtu labāk darīt; nesteidzas kaut ko izdarīt bērna vietā. Arī palīdzību, ja nepieciešams, sniedz tikai tad, ja bērns ar vārdiem vai neverbālo ķermeņa valodu skaidri pauž, ka šajā brīdī vēlas, lai māte uz brīdi iesaistās palīdzot. Māte šajā laikā neveic arī nekādas citas vienlaicīgas darbības ar bērnu, piemēram, ja bērns spēlējas ar rotaļlietām, māte tajā laikā nedara nekādu savu izvēlētu darbību, kā vien – ir pilnīgi koncentrējusies uz bērnu. Arī pēc tam mācīšanās situācijā, kad māte ir skaidri pateikusi, kas jādara un ir parādījusi, kā konkrēto darbību sākt darīt, un bērns ir sapratis, kāda darbība un kā jāveic, mātes iniciatīvas tiek apstādinātas. Viņa dod pietiekoši daudz laika, lai bērns darbību veiktu saviem paša spēkiem un savā izvēlētajā tempā.

*Piemērs (brīvā spēles situācija).* Zēns slauka leļļu mājas grīdu. Mamma apstiprinoši nosauc bērna darbību: „Tu slauki grīdu.” Pēc gružu saslaucīšanas zēns ar skatienu veras visapkārt. Mamma mierīgi paliek sēžot, taču nosauc: „Tu meklē, kur gružus izmest?” Zēns ierauga gružu kasti telpas stūrī, izber gružus, tad lūkojas uz māti. Māte apstiprinoši pamāj ar galvu. Brīdī zēns stāv, lūkodamies uz māti. Māte skatās pretī, taču gaida un ļauj bērnam pašam izdomāt, ko darīt tālāk. Tas nozīmē, ka viņa nenāk ar saviem ierosinājumiem, ko vislabāk brīvās spēles situācijas laikā darīt. Pēc nedaudz mirkliem, kad zēns paņem lego klučus un sāk kaut ko būvēt, māte uzmanīgi turpina bērnu un viņa darbību vērot.

3. Pozitīva emocionālā fona uzturēšana. Māte cenšas iejusties bērna situācijā. Viņa noteikti pamana bērna acu skatienu tajā brīdī, kad bērns ar savām emocijām pie viņas vērsas tieši. Māte pamana arī tos momentus, kad bērns noslēdzas sevī un izjūt nepatīkamas emocijas, bet pie viņas tieši nevēršas. Viņa nosauc bērna emocijas, kad tas ir piemēroti. Brīdī, kad bērns ir dusmīgs vai sarūgtināts, viņa verbāli vai neverbāli pauž savu sapratni, taču pati paliek mierīga. Viņa atspoguļo bērna emocijas vai nu ar sejas mīmiku, žestiem, vai arī verbāli. Māte apzināti un piemērotos brīžos pauž savas pozitīvās emocijas – prieku, pārsteigumu, apbrīnu, mīļumu, gādību, u.c. , lūkojoties uz bērnu.

*Piemērs.* Brīdī, kad zēnam zīmējumā neiznāk tas, ko iecerējis, viņš dusmīgi atgrūž no sevis lapu, nomet uz galda zīmuli, noliec galvu un nopūšas. Māte, to ievērojot, mierīgā balss tonī, skatoties uz bērnu, saka: „Tu sabēdājies, ka nesanāca tā līnija.” Brīdī abi klusē. Tad, kad zēns atkal skatās uz zīmējumu, māte iedrošinoši saka: „Re, te tev gan labi sanāca!” Bērns paņem zīmuli un turpina darbu. Māte uzmundrinošā balss tonī saka: „Izskatās labi. Re, kā tu izdomāji!” Bērns, uztvēris mātes pozitīvo noskaņojumu, brīdī paskatās uz mammu un saņem viņas apstiprinājumu, ko māte pauž, pamājot ar galvu un pasmaidot.

4. Nosaukšana. Mijiedarbības situācijā māte nosauc bērnu, sevi, bērna pieredzi un to, kas sekos.

Viņa arī piemērotos brīžos nosauc objektus, kuriem bērns pievērš uzmanību. Nosaukti parasti tiek arī telpā esošie citi cilvēki un viņu darbība, atkarībā no situācijas konteksta.

*Piemērs (mācīšanās situācija).* Zēns mācās rakstīt. Kādā brīdī, rakstot vārdu „upe”, viņš paceļ galvu un pievērš skatienu pētniekam, kurš veic video ierakstu. Māte to pamana un saka: „Jā, tu redzi, kā tante mūs pašlaik filmē. Viss labi, tagad turpini rakstīt „u-pe”, jā...jā, tā ir labi. Nu re, cik labi tev sanāca! Tagad es tev parādīšu, kā raksta...”

5. Apstiprināšana. Apstiprinot māte pauž tūlītēju atzinību konkrētajā brīdī, kad bērns izrāda pozitīvu iniciatīvu, veicot kādu vēlamu darbību. Mācīšanās situācijā, atkarībā no bērna vecuma un prasmēm, un situācijas, tiek izrādīta atzinība katrā darbības posmā. Mazākam bērnam apstiprinājums nepieciešams biežāk – katrā uzdevuma solī. Lielākam bērnam situācijās, kad bērns jau iepriekš daudzas no uzdevuma veikšanai nepieciešamajām prasmēm ir apguvis, apstiprinājums nepieciešams katrā reizē, kad veic kādu jaunu darbības elementu. Noteikti atzinība paužama, ja paveikts kāds grūtāks uzdevuma posms, kas prasījis lielāku piepūli.

*Piemērs (mācīšanās situācija).* Mazs zēns mācās apgērbties. Pats velk kājās zābaku. Māte gaida un ar skatienu seko. Pēc dažām sekundēm, mazliet piepūloties, bērns zābaku uzvelk un pats aiztaisa klipšus. Māte saka: „Nu re! Labi! Zābaks ir uzvilks! Es paskatīšos (pieliecas, pārbauda, pamāj ar galvu un pasmaida, skatoties bērna acīs). Jā, viss kārtībā!”

6. Iespējas došana un pieņemšana. Mijiedarbības situācijā gan māte, gan bērns pamīšus viens otram dod iespēju veikt mērķtiecīgu darbību. Māte ne tikai gaida un dod bērnam iespēju darbībai, bet arī ievēro brīžus, kad bērns viņai dod iespēju veikt noteiktu darbību. Šādos momentos viņa pieņem bērna doto iespēju un realizē konkrētu mērķtiecīgu darbību saskaņā ar situācijas kontekstu. Māte veic tikai tik lielā mērā kādu konkrētu darbību, cik nepieciešams radītajā situācijā. Viņas uzmanības fokuss atkal ātri atgriežas pie bērna. Kamēr bērns veic darbību, māte uzmanīgi seko.

*Piemērs (brīvā spēles situācija).* Zēns palūdz mātei paturēt mērķa apli, kamēr viņš met bumbiņu mērķī. Pēc sekmīga metiena zēns vēršas ar skatienu pie mātes un saka: „Tagad tu.” Māte iedod zēnam mērķa apli, paņem bērna doto bumbiņu un izdara metienu. Pēc tam māte atkal dod bumbiņu bērnam, bet pati tur mērķa apli. Pēc dažiem metieniem zēns atkal piedāvā mātei izdarīt metienu, ko viņa arī pieņem.

7. Emociju apmaiņa. Māte uztver bērna emocionālo noskaņojumu, kad viņš, skatoties uz māti, pauž savas emocijas vai jūtas. Tajā pašā brīdī māte emocionāli pievienojas, atspoguļojot ar savu sejas mīmiku, žestiem, balss skaņām bērna emocijas. Varētu arī būt, ka māte pirmā ir paudusi prieku par

bērnu un viņa veikumu; bērns mātes emocijas ir uztvēris, un brīdī, kad viņš paskatās uz māti, viņa turpina paust savu prieku, raugoties bērna acīs. Varētu arī sekot abu apskāvieni un samīļošanās brīži. *Piemērs.* Meitenīte, šķirstot bilžu grāmatu, ar žestiem un, izmantojot dažādus balss toņus, stāsta mātei kādu grāmatā aprakstītu notikumu. Māte, skatoties uz bērnu un smaidot, uzmanīgi seko. Ik pa brīdīm viņa pamāj ar galvu, iepleš izbrīnā acis, viņas sejas mīmika mainās līdz bērna sejas izteiksmei. Bērns pievirzās mātei cieši klāt, māte paliecas pretī, apķer meiteni un abas sirsnīgi smejas, raugoties viena otras acīs. Tad māte saka: „Ir gan tev humora izjūta!” Bērns pamāj ar galvu un, joprojām skatoties mātes acīs, priecīgi saka: „Jā... tālāk būs patiešām smieklīgi!” Māte ar sejas mīmiku, galvas mājieni un acu skatienu pauž sajūsmu un ieinteresētību.

Kodēšanas sistēma pētnieciskos nolūkos tika precizēta, ņemot vērā Marte Meo praktiķa un Marte Meo terapeita triju gadu apmācībā apgūtos mātes – bērna mijiedarbības video ierakstu analīzes principus, kurus definējusi Ārta (Aarts, 2008). Apmācību sesijās supervizora vadībā bija apgūtas prasmes analizēt video ierakstus, vērtējot mātes un bērna ieguldījumu katrā no mijiedarbības aspektiem gan uzvedības, gan arī emocionālā līmenī. Apmācības beigās tika nokārtots sertifikācijas eksāmens. Pētnieka profesionālo kompetenci veikt mātes atbalstošās uzvedības novērtējumu apliecina Marte Meo terapeita sertifikāts (skat. 11. pielikumu 114. lpp.).

No desmit pilotpētījumā (Birzina & Martinsone, 2012) iekļautajām mātes – bērna diādēm divām jeb 20% mātes atbalstošo uzvedību bija jau novērtējis arī supervizors un citi studenti apmācību un supervīziju laikā. Supervizors gan apstiprināja jau pētnieka identificētās mātes prasmes, gan arī diskutēja par video ierakstu analīzi viedokļu atšķirību gadījumos, tā palīdzot nonākt pie vienotiem pētnieka un supervizora secinājumiem par mātes prasmēm katrā no mijiedarbības dimensijām.

Lai noteiktu vērtētāja ticamību, otrs neatkarīgs eksperts novērtēja promocijas pētījuma terapeitiskās intervences un 1. kontrolgrupas 28% nejauši izvēlētus mātes – bērna mijiedarbības video ierakstus mācīšanās un brīvās spēles situācijās (12 bērna un mātes mijiedarbības diādēm gan pirms pētījuma, gan pēc terapijas (intervences grupas dalībniekiem), gan arī pēc četriem mēnešiem). Zinātniskajā literatūrā ir norādīts, ka ticamības pārbaudes nolūkos otrs eksperts visbiežāk kodē tikai daļu no visiem datiem: 55% (Skreitule-Pikše, 2010); 48% (Martins, Mateus, Osório, Martins, & Soares, 2014); 21% (Cruise, Sheeber, & Thompson, 2011); 20% (McGilloway, Mhaille, Bywater, Furlong, Leckey, Kelly, Comiskey, & Donnelly, 2012); 15% (Attili, Vermigli, & Roazzi, 2010).

Otrais eksperts bija apmācīts, kā veikt kodēšanu, ievērojot Marte Meo analīzes principus. Viņam nebija zināma informācija par citiem pētījuma datiem, izņemot konkrētos video ierakstus.

Pēc kodēšanas tika aprēķināti Pīrsona korelācijas koeficienti starp abu ekspertu vērtējumu rezultātiem.

Iegūti atbilstoši koeficienti: Kopējā Mātes atbalstošā uzvedība pirms terapijas  $r = 0,87, p < 0,01$ ; Mātes atbalstošā uzvedība pēc terapijas  $r = 0,88, p < 0,01$ ; Mātes atbalstošā uzvedība pēc 4 mēnešu gaidīšanas perioda  $r = 0,92, p < 0,01$ . Atsevišķi vērtējot, brīvā spēles situācijā koeficienti ir šādi: Mātes atbalstošā uzvedība pirms terapijas  $r = 0,82, p < 0,01$ ; Mātes atbalstošā uzvedība pēc terapijas  $r = 0,77, p < 0,05$ ; Mātes atbalstošā uzvedība pēc četru mēnešu gaidīšanas perioda  $r = 0,75, p < 0,05$ . Atsevišķi vērtējot, strukturētā jeb mācīšanās situācijā koeficienti ir: Mātes atbalstošā uzvedība pirms terapijas  $r = 0,90, p < 0,01$ ; Mātes atbalstošā uzvedība pēc terapijas  $r = 0,86, p < 0,05$ ; Mātes atbalstošā uzvedība pēc četru mēnešu gaidīšanas perioda  $r = 0,89, p < 0,01$ . (skat. 15., 16., 17. tabulas pielikumā). Pētījumā iegūtie korelācijas koeficienti apstiprina divu ekspertu vērtējumu saskaņotību un līdz ar to augstu vērtētāja ticamību. Tātad vērtētāja video novērojumu analīzes rezultāti ir izmantojami pētījumā.

### 2.3. Procedūra

Veicot pētījuma dalībnieku atlasī, pirmsskolas izglītības iestāžu 3-7 gadus vecu bērnu mātēm un sociālā dienesta klientiem – mātēm, kurām ir bērni vecumā no 3-7 gadiem un kuri vēl nemācās skolā – tika lūgts aizpildīt Ahenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketas. Vairākās vecāku sapulcēs, klātienē tiekoties ar vecākiem, tika izskaidrota pētījuma norise, sakot, ka tiek veikts pētījums par to, kā vecāki novērtē savus bērnus, bet neminot, ka tiks izraudzīti pētījumam bērni ar uzvedības problēmām, lai iepriekš neietekmētu rezultātus. Vecāki saņēma anketu un klāt pievienotu vēstuli ar paskaidrojumu un lūgumu sniegt papildinformāciju un kontakttelefonu (skat. 2. pielikumu). Anketas bērnu mātes aizpildīja mājās un aizlīmētā aploksnē pēc tam atnesa pirmsskolas izglītības iestādes grupas audzinātājam. Gadījumos, kad nebija iespējams klātienē tikties ar vecākiem, viņiem paskaidrojamā informācija tika pateikta un izskaidrota bērnu audzinātājam, kuras informāciju un anketas nodeva vecākiem. Līdzīgā veidā tika ievākti sociālā dienesta klientu dati – ar dažām mātēm psihologs tikās personīgi un izskaidroja pētījuma norisi, bet citas mātes pētījumā tika iekļautas ar sociālā dienesta Ģimenes atbalsta nodaļas sociālo darbinieku starpniecību.

Pēc anketu rezultātiem, veidojot pētījuma izlasi, tika izvēlēti respondenti, kuriem ir 70 T balles un vairāk agresīvas uzvedības un/vai noteikumu pārkāpumu skalās. Pieci respondenti jeb 7% pētījumā iekļauti arī tad, ja bērniem agresīvas uzvedības skalā bija 65 – 69 T balles un arī uzmanības



nenoturības skalā vērtējums nerasniedza 70 T balles. Pētījumā šādi bērni bija iekļauti tādēļ, ka respondentu skaits kopumā bija neliels un vairākas mātes bija atteikušāsno turpmākas dalības pētījumā. Darba autore ar mātēm sazinājās, lai noskaidrotu, vai viņas vēlētos iesaistīties pētījumā kā dalībnieces arī turpmāk. Atteikuma iemesli bija dažādi. Visbiežāk – nav iespēja veltīt laiku, jo pārāk liela aizņemtība darbā; nav nekādu tik lielu grūtību šobrīd, ka vajadzētu psihologa pakalpojumus; kā arī bija atteikumi, iemeslu nepaskaidrojot, kā arī uzskats, ka šajā vecumā tas ir normāli, ka bērnam ir dažādas, tajā skaitā arī uzvedības, problēmas un ka, bērnam pieaugot, tās tāpat izzudīsot.

Nejauši sadalot pētījumā iekļaujamos (tos, kuri piekrita turpmākai sadarbībai), tika izveidota terapeitiskās intervences grupa un divas kontrolgrupas. Terapeitiskajā grupā iekļautie dalībnieki saņēma Marte Meo terapiju, pirmajā kontrolgrupā iekļautie piedalījās video ierakstu sesijās, nesaņemot terapiju. Otrajā kontrolgrupā iekļautie pētījuma dalībnieki nesaņēma nekādu intervenci.

Pētījuma terapeitiskās intervences grupā un pirmajā kontrolgrupā iekļautās bērnu mātes tika uzaicinātas uz individuālu sarunu. Pirmās individuālās sarunas laikā par to, kādas mātēm ir grūtības saistībā ar bērna audzināšanu, visbiežāk tika minēts, ka tās ir saistītas ar bērna uzvedību. Lai saprastu iespējamās uzvedības problēmu iemeslus, psihologs mātēm piedāvāja veikt novērojumus mātes un bērna mijiedarbībā, izdarot video ierakstus. Tātad mātes saņēma informāciju par to, ka pētījumā vēl bez tā, kā vecāki novērtē savus bērnus, plānots arī pētīt, kā ikdienā notiek mijiedarbība starp māti un bērnu divās dažādās situācijās – brīvā spēles un mācīšanās situācijā. Mātēm vēlreiz tika izskaidrots, ka piedalīšanās pētījumā ir brīvprātīga un ka viņas to var arī pārtraukt. Tika pārrunāti arī konfidencialitātes jautājumi.

Deviņas mātes sarunas laikā atklāja, ka tomēr pētījumā nevēlētos tikt iesaistītas. Kā galvenais atteikuma iemesls bija nevēlēšanās, ka viņas un viņu bērnus filmē. Mātes nosauca arī šādus atteikuma iemeslus: bērna tēvs varētu nepiekrīst; nevēlēšanās, iemeslu nepaskaidrojot; sadzīviski iemesli, kas saistīti ar situāciju ģimenē; grūtības atrast laiku, kad varētu veikt video ierakstus – jo tie, respektējot mātes lielo aizņemtību, būtu vienīgi vēlie vakari, kad bērns būtu noguris. Visi māšu izteiktie iebildumi tika ņemti vērā, un neviens dalībnieks netika pierunāts piedalīties pētījumā.

Ar mātēm, kuras piekrita sadarbībai, notika vienošanās par tikšanās vietu un laiku, kad veikt video ierakstus. Vairākas mātes piekrita pētnieka vizītēm viņu dzīves vietā, lai video ieraksti būtu veikti tieši bērna ikdienas vidē. Bija mātes, kuras izvēlējās tikties pirmsskolas izglītības iestādes telpās. Atsevišķas mātes vēlējās nākt uz psihologa darba vietu, lai veiktu video ierakstu. Mātēm tika pateikts, lai viņas uz pirmo video ieraksta sesiju pārdomā, ko viņas varētu mācīt bērnam (vislabāk, ja tas varētu būt kaut kas līdzīgs, ko mātes jau māca bērnam ikdienā līdz šim).

Pētījuma dalībnieki, tiekot pakāpeniski iesaistīti pētījumā, turpināja papildināt pētījuma izlasi vairāku gadu garumā. Turpinot pētījumu, pēc gaidīšanas laika terapeitiskās intervences grupā tika iekļauti četri iepriekšējie respondenti – pirmās kontrolgrupas bērni un viņu mātes. Nākamie, kuri tika iekļauti intervences grupā, bija Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas pacienti un viņu mātes. Pirms tam ārsti bija informēti par pētījuma norisi un arī to, kā rekomendēt vecākiem konsultēties ar psihologu, kurš veic pētījumu, lai aizpildītu anketu par to, kā mātes novērtē savus bērnus. Ārstiem tika iedota arī vecākiem paredzētā uzaicinājuma vēstule (skat. 2. pielikumu). Terapeitiskās intervences grupas un kontrolgrupas, kuru dalībnieki tika filmēti, vecāku aizpildītās anketas pētījuma sākumā ievāca psihologs, kurš veica pētījumu, kā arī citi BKUS un PII psihologi, PII audzinātājas un vadītājas.

Par terapeitiskās intervences grupas un pirmās kontrolgrupas dalībniekiem tika veidoti video ieraksti. Tie tika veikti katrai bērna mātes diādei individuāli. Ieraksti veikti bērnam pierastā vidē – viņa mājās vai pirmsskolas izglītības iestādes telpās, kas arī norāda uz labu šī pētījuma validitāti. Atsevišķos gadījumos, kad ieraksti veikti psihologa kabinetā vai spēļu terapijas telpā, dalībnieki saņēma iespēju pirms pirmās video ieraksta sesijas viesoties psihologa kabinetā un 30 minūtes tajā pavadīt laiku spēlējoties. Visām terapeitiskās intervences un pirmās kontrolgrupas mātēm pirmās individuālās tikšanās laikā bija izskaidrots, ka ierakstītas tiks divas nelielas situācijas – mācīšanās un brīvā spēles situācija. Tika arī pateikts, ka brīvās spēles situācijā bērns ieraksta sesijas laikā pēc savas iniciatīvas pats izvēlēsies, kā spēlēties.

Terapeitiskās intervences grupas dalībniekiem tika veikti video ieraksti pirms terapijas (viens ieraksts), tās laikā (divi ieraksti) un pēc terapijas (viens ieraksts), kā arī vēl pēc trim mēnešiem pēc terapijas beigām (viens ieraksts), sākot no laika, kad pabeigta terapija. Visbiežāk terapija tika pabeigta mēneša laikā. Tātad kopā katrai mātes – bērna diādei tika veikti pieci video ieraksti. Parasti Marte Meo terapijas laikā pēc video ieraksta sesijas nākamajā vai aiznākamajā dienā notika atgriezeniskās saites sesija. Tās laikā terapeits demonstrēja mātei iepriekš izvēlētos mijiedarbības fragmentus, kurā māte kaut nedaudz pauda atbalstošu uzvedību mijiedarbībā ar bērnu, ievērojot bērna tā brīža paustās vajadzības. Mātei tika izskaidrota viņas darbības nozīme un uzdots mājas darbs – praktizēt noteiktu atbalstošu uzvedību, piemēram, bērna uzmanības fokusa ievērošanu ikdienas mijiedarbības situācijās. Pēc tam 5 – 6 dienas terapeits ar mātes – bērna diādi netikās, bet māte veica mājas uzdevumu. Pēc 5 – 6 dienām bija kārtējā video ieraksta sesija. Gadījumos, kad slimības vai citu iepriekš neparedzētu iemeslu dēļ starplaiki bija garāki un terapijas kopējais laiks pārsniedza vienu mēnesi, piektais ieraksts tika veikts pēc trim mēnešiem, skaitot no dienas, kad

pabeigta terapija. Pirmās kontrolgrupas dalībniekiem video ierakstu sesijas bija divas reizes – pētījuma sākumā un pēc četriem mēnešiem (skat. 3. attēlu).

Laiks	Terapeitiskās intervences grupa	Pirmā kontrolgrupa	Otrā kontrolgrupa
Pētījuma sākums; 1. mēnesis	<b>1. pētījuma posms,</b> -māte aizpilda bērna uzvedības novērtējuma aptauju; - 1.mātes un bērna mijiedarbības video ieraksts <sup>a</sup> .	<b>1. pētījuma posms,</b> - māte aizpilda bērna uzvedības novērtējuma aptauju; - 1.mātes un bērna mijiedarbības video ieraksts <sup>a</sup> .	<b>1. pētījuma posms,</b> - māte aizpilda bērna uzvedības novērtējuma aptauju;
1. mēnesis	<b>2. pētījuma posms,</b> <b>Marte Meo terapija:</b> - 2. un 3. mātes un bērna mijiedarbības video ieraksts <sup>a</sup> ; - video ierakstu analīze un atgriezeniskās saites sesiju sagatavošana <sup>b</sup> ; - trīs individuālas atgriezeniskās saites sesijas <sup>c</sup> . -māte aizpilda bērna uzvedības novērtējuma aptauju (pēc terapijas); - 4. mātes un bērna mijiedarbības video ieraksts (pēc terapijas) <sup>a</sup> .	--	--
2., 3. un 4. mēnesis	--	--	--
Pēc četriem mēnešiem, sākot no pētījuma sākuma	<b>3. pētījuma posms,</b> -māte aizpilda bērna uzvedības novērtējuma aptauju; - 5. mātes un bērna mijiedarbības video ieraksts <sup>a</sup> ; - video ieraksta analīze un atgriezeniskās saites sesijas sagatavošana <sup>b</sup> ; - viena individuāla atgriezeniskās saites sesija <sup>c</sup> .	<b>3. pētījuma posms,</b> māte aizpilda bērna uzvedības novērtējuma aptauju; - 2. mātes un bērna mijiedarbības video ieraksts <sup>a</sup> ; -video ieraksta analīze un atgriezeniskās saites sesijas sagatavošana <sup>b</sup> ; - viena individuāla atgriezeniskās saites sesija <sup>c</sup> .	<b>3. pētījuma posms,</b> - māte aizpilda bērna uzvedības novērtējuma aptauju.

*Piezīme.* Apzīmējumi: <sup>a</sup> – katrai mātes bērna diādei atvēlētais laiks 30 min. katrā reizē; <sup>b</sup> – katrai mātes bērna diādei atvēlētais laiks 60 min. katrā reizē; <sup>c</sup> – katrai mātes bērna diādei atvēlētais laiks 60 min. katrā reizē.

3.attēls. Pētījuma posmu un satura shēma

Terapijas gaitā kopējais sesiju skaits (videoierakstu un atgriezeniskās saites sesiju) vienai terapeitiskās intervences grupas bērna mātei bija 9 sesijas. Kopējais stundu skaits, ko pētnieks veltīja

vienai terapeitiskās intervences grupas bērna – mātes diādei, izdarot video ierakstus, tos analizējot un sagatavojoties atgriezeniskās saites sesijām, un veicot individuālās atgriezeniskās saites sesijas, ir 10,5 stundas (no tām 6,5 ir kontaktstundas ar bērna – mātes diādi un 4 stundas ir pētnieka individuālais sagatavošanās darbs pirms atgriezeniskās saites sesijām). Kopējais sesiju skaits (videoierakstu un atgriezeniskās saites sesiju) vienai pirmās kontrolgrupas bērna mātei ir 3 sesijas. Kopējais stundu skaits, ko pētnieks veltīja vienai pirmās kontrolgrupas bērna – mātes diādei, izdarot video ierakstus, tos analizējot un sagatavojoties atgriezeniskās saites sesijai, un veicot individuālu atgriezeniskās saites sesiju, pētījuma beigās ir 3 stundas (no tām 2 ir kontaktstundas un 1 stunda ir pētnieka individuālais sagatavošanās darbs pirms atgriezeniskās saites sesijas).

Abu grupu (terapeitiskās intervences un pirmās kontrolgrupas) dalībnieku pirmajā video ierakstu sesijā veikts ieraksts divās situācijās katrai mātes – bērna diādei: 5 minūšu ilgā brīvās spēles situācijā un 5 minūšu ilgā strukturētā situācijā, kurā māte bērnam kaut ko māca. Terapeita un bērna – mātes diādes tikšanās ilgums ieraksta sesijā ir 30 minūtes. Nav būtiski, tieši kurā brīdī sākas katras situācijas ieraksts. Saskaņā ar Marte Meo terapijas teorētiskajām atziņām un pilotpētījumā veikto garāko videoierakstu analīzi – kopumā novērtējumu var veikt par pirmajām piecām minūtēm. Situācijas, kuras atklātas pēc 5 minūtēm, neievieš būtiskas izmaiņas novērtējumā, ja vien nav kādi specifiski traucējoši blakus faktori. Kamera tiek ieslēgta brīdī, kad bērna māte saprot, kas un kā šobrīd notiek, un apzināti sāk iesaistīties attiecīgajā situācijā (līdzīgi, kā viņa to dara ikdienā).

Turpinājumā neliels *video ieraksta sesijas apraksts*. Pēc sasveicināšanās ar pētījuma dalībniekiem un īsas sarunas par to, kā šobrīd sokas (aptuveni 5 minūtes), pētnieks pastāstīja, ka tiks veikts video ieraksts par divām – mācīšanās un brīvās spēles – situācijām. Māte un bērns kopīgi drīkstēja nolemt, kurā situācijā viņi vēlētos būt vispirms. Dalībniekiem tika arī pateikts, ka katru situāciju ierakstīs 5 minūšu laikā un ka viņi dzirdēs klusu skaņas signālu brīdī, kad tiks ieslēgta kamera. Tāpat arī tika pateikts, ka ieraksta laikā pētnieks ar dalībniekiem nesarunāsies. Kameras ieslēgšanas brīdī atskanēja kluss skaņas signāls. Pēc 5 ieraksta minūtēm pētnieks teica: „Paldies! Izslēdzu kameru.” Tālāk tika atvēlētas dažas minūtes (parasti 3 līdz 5), kuru laikā māte un bērns pabeidza iesākto situāciju un noskaņojās nākamajai situācijai. Tieši tāpat, kā ierakstot pirmo situāciju, pētnieks rīkojās un teica, ierakstot nākamo situāciju. Pēc tam atkal dalībniekiem tika atvēlētas dažas minūtes situācijas pabeigšanai. Tad pētnieks izteica pateicību un atzinību par šodien paveikto un vienojās ar māti par laiku (parasti nākamajā vai aiznākamajā dienā terapeitiskās intervences grupas mātēm), kad notiks atgriezeniskās saites sesija bērna mātei. Ar pirmās kontrolgrupas māti bija vienošanās, ka šāda veida sesija būs pēc četriem mēnešiem (ja bija

iespējams, notika vienošanās arī par konkrētu datumu un laiku), un pēc tās mātei tiks piedāvāta atgriezeniskās saites sesija, kurā tiks pārrunāti tie pētījuma rezultāti, kas attiecas uz viņas bērnu.

Otrās kontrolgrupas respondenti, kuru mātes tikai aizpildīja bērna uzvedības novērtējuma anketas, netika aicināti uz tikšanos ar pētnieku. Šīs grupas bērnu mātes pēc četriem mēnešiem atkārtoti aizpildīja bērna uzvedības novērtējuma anketas, tās nosūtot pētniekam pa pastu vai e-pastu, vai arī aizpildītas anketas aizlīmētā aploksnē iesniedza pirmsskolas izglītības iestādes audzinātājam vai sociālajam darbiniekam, kuri pēc tam tās nodeva pētniekam.

*Marte Meo terapijas procesa apraksts.* Lai arī katra māte lielā mērā ietekmē to, kā tieši notiek terapija viņas individuālajā gadījumā, Marte Meo terapijā ir noteikta struktūra un principi, kuri tiek ievēroti visos gadījumos. Ierodoties uz pirmo atgriezeniskās saites sesiju, daudzas mātes bija satraukušas. Tās pētījuma dalībnieces, kuras izteica savas domas, visbiežāk raizējās, ka daudz ko dara nepareizi un ka viņām noteikti ir daudz kļūdu, kas terapeitam arī bijušas redzamas. Tāpat bija raizes par to, ka, iespējams, viņas nav labi izskatījušās. Tāpēc terapijas sesijas sākumā parasti dažas minūtes tika atvēlētas mātes uzklaušīšanai, ja viņa ko vēlējas sacīt. Tad terapeits pajautāja kaut ko ikdienišķu ar mērķi, lai palīdzētu atbrīvoties no uztraukuma un noskaņotos sesijai. Klasiskā Marte Meo terapijā parasti piedāvā arī tēju un cepumus, taču, tā kā pētniekam to nebija iespējams nodrošināt visām mātēm katrā sesijā, tēja šī pētījuma ietvaros netika piedāvāta nevienai dalībniecei. Tālāk, pirms tika demonstrētas video epizodes, kuras pētnieks iepriekš bija izraudzījis tieši šai sesijai, mātei tika teikts, ka Marte Meo terapijā netiek meklētas kļūdas, bet uzsvars ir uz katra dalībnieka resursiem. Tika pateikts, ka tūlīt māte varēs ieraudzīt pati savām acīm, ka gan viņai, gan arī bērnam ir šādi resursi un, tos apzinoties, iespējamas labas pārmaiņas saistībā ar tām grūtībām, ko māte šobrīd ir nosaukusi. Tad terapeits demonstrēja kādu dažas sekundes ilgu epizodi no mijiedarbības ieraksta, kur māte mazliet jau parādīja prasmes realizēt kādu būtisku atbalstošās uzvedības aspektu.

Tā kā vairumam māšu bija grūtības gaidīt uz bērna darbību, nelielai ilustrācijai sekos apraksts saistībā ar gaidīšanu. Piemēram, māte skatās uz bērnu, kamēr viņš raksta. Viņas seja ir priecīga, rokas mierīgi noliktas klēpī. Terapeits parāda epizodi, ļauj mātei pārdomāt redzēto un iedrošina izteikties par epizodi, ja viņa to vēlas. Tad terapeits pajautā, kas mātei šajā situācijā patīk. Nereti māte kaut ko pozitīvu pasaka par bērnu, taču parasti neko nesaka par sevi. Tieši terapeits tad izceļ, cik nozīmīgi ir tas, ka māte šajā brīdī ir ievērojusi bērnu, viņa darbību un to, ka māte gaida tajā laikā, kamēr bērns veic savu mērķtiecīgo darbību. Tādā veidā terapeits uzslavē pētījuma dalībnieci un atzinīgi novērtē, ko viņa labu dara. Tas palīdz mātei sajusties pieņemtai un būt drošībā, jo viņa nekādā veidā sesijā netiek kritizēta, bet tieši pretēji – saņem atzinību par kādu konkrētu lietu, ko

dara labi. Atzinība piedāvā turpinājumu terapeita un mātes dialogam, kura laikā tiek pārrunāta gaidīšanas nozīme – ko tā palīdz bērnam un kā tādā veidā varētu mazināties esošās grūtības, par kurām māte iepriekš runājusi saistībā ar savu bērnu. Ja tādas ierakstā ir, tiek parādītas vēl dažas epizodes, kurās atklāta mātes pacietība gaidot. Pēc tam terapeits iedrošina māti izteikties par to, ko viņa šīs sesijas laikā pārdomā, kad redz konkrētās situācijas. Mātei sesijā tiek atvēlēts ilgs laiks, jo būtiski ir tas, ko viņa apzinās un saprot. Tas palīdz arī terapeitam mājas uzdevumu, ko pētījuma dalībniecei būs jārealizē ikdienas situācijās mijiedarbībā ar savu bērnu, iedot tādā veidā, lai mātei tas būtu saprotams, viņa to pieņemtu, un viņai būtu motivācija sesijas laikā apzināto un saprasto arī īstenot ikdienas situācijās. Būtiski, ka vienā reizē tiek uzdots tikai viens mājas darbs – šajā situācijā: „Gaidīt, kamēr bērns veic savu mērķtiecīgo darbību, vienlaikus skatoties uz bērnu.” Līdzīgi kā gaidīšana, tika mācīti arī citi mātes atbalstošās uzvedības aspekti. Kaut arī šajā terapijā bija strādāts uzvedības līmenī, netieši tika veicinātas arī pārmaiņas mātes uztverē, domāšanā un emociju izpausmēs, ko terapijas laikā arī varēja novērot. Tāpat ļoti svarīgi, lai terapeits sesijas laikā, esot mijiedarbībā ar māti, realizētu tos pašus Marte Meo atbalstošās uzvedības aspektus, ko cenšas iemācīt pētījuma dalībniecei. Piemēram, ja tiek mācīta aktīvā gaidīšana, arī terapeits gaida, kamēr māte brīvi pauž savas domas par ierakstā novēroto.

#### **2.4. Datu apstrādes un analīzes metodes**

Pētījumā iegūtie kvantitatīvie rezultāti apstrādāti un analizēti, izmantojot SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 22.00 versiju. Izmantotas šādas statistiskās metodes: dispersiju analīzes (*ANOVA* un jaukta dizaina *ANOVA*), kā arī *Stijudenta t-tests* un korelāciju analīze, izmantojot Pīrsona korelācijas koeficientu.

Tā kā dati, kas raksturo 3 līdz 7 gadus vecu bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas bija iegūti, pielietojot divas Ahenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketas vecāku formas: 1,5 - 5 gadus veciem bērniem – *Child Behavior Checklist (CBCL 1,5 - 5) Parent Rating Form* (Achenbach, & Rescorla, 2000) un 6 - 18 gadus veciem bērniem – *Child Behavior Checklist (CBCL 6 - 18) Parent Rating Form* (Achenbach & Rescorla, 2001), tad, lai būtu iespējams salīdzināt divu aptauju rezultātus, abu aptauju sākotnējās balles tika pārvērstas standartizētajās *Z vērtībās*. Šādu praksi jau izmantojuši iepriekš Aksbergs, Hansons, Brobergs un Virtbergs (Axberg, Hansson, Broberg, & Wirtberg, 2006), veicot līdzīgu pētījumu.

Kvalitatīvo datu analīzē izmantoti video ieraksti kā mērinstrumenti, lai vērtētu mātes

atbalstošo uzvedību, novērtējot mijiedarbības dimensijas katrā mātes un bērna diādē brīvā spēles un mācīšanās situācijā.

### 3. Rezultāti

Pētījuma dati ir analizēti kvantitatīvi, kā arī tiks sniegtas atsevišķu gadījumu kvalitatīvas analīzes. Tā kā pētījumā iekļautie respondenti bija no trim dažādām iestādēm, svarīgi noteikt, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības mātes novērtētās bērnu eksternalizētās uzvedības pirmajā mērījumā starp šo iestāžu respondentiem.

6. tabula. 3-7 g.v. bērnu māšu novērtētās eksternalizētās uzvedības pirmā mērījuma atšķirības, ņemot vērā piederību iestādei, no kuras bērni tika iekļauti pētījumā – ANOVA rezultāti

Iestāde	<i>N</i>	<i>M</i> ( <i>Z</i> vērtība)	<i>SD</i>	<i>F</i>
PII*	36	- 0,28	0,66	3,09
Soc. dienests	24	0,23	1,22	
BKUS**	9	0,41	1,24	

*Piezīme:* \*PII – pirmsskolas izglītības iestāde;  
\*\*BKUS – Bērnu klīniskās universitātes slimnīca

Kā redzams 6. tabulā, mātes novērtētās bērnu eksternalizētās uzvedības atšķirības, ņemot vērā piederību iestādei, no kuras bērni tika iekļauti pētījumā, nav statistiski nozīmīgas pētījuma sākumā,  $F = 3,09$ ,  $p > 0,05$ . Līdz ar to nav būtisku atšķirību eksternalizētās uzvedības izteiktībā un visi respondenti ir iekļaujami pētījumā. Arī bērna vecuma un eksternalizētās uzvedības savstarpējā korelācija nav statistiski nozīmīga,  $r = 0,07$ ,  $p > 0,05$ .

Lai pārbaudītu hipotēzi, ka pēc Marte Meo terapijas būs novērojama pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpes samazināšanās šo bērnu māšu vērtējumā un šīs izmaiņas būs noturīgas vismaz trīs mēnešus pēc terapijas jeb pēc četriem mēnešiem, sākot no pētījuma sākuma, bet šādu izmaiņu nebūs kontrolgrupās, tika veikta jauktā dispersiju analīze (ANOVA). Salīdzinot pētījuma sākumā un pēc četriem mēnešiem bērnu māšu novērtētās eksternalizētās uzvedības problēmu izmaiņas, tika veikta 3 x 2 (grupa x laiks) jauktā dispersiju analīze, kā faktoru izmantojot pirms pētījuma un pēc četriem mēnešiem iegūtos bērnu eksternalizētās uzvedības rādītājus pēc šo bērnu māšu vērtējuma. Tika salīdzinātas eksternalizētās

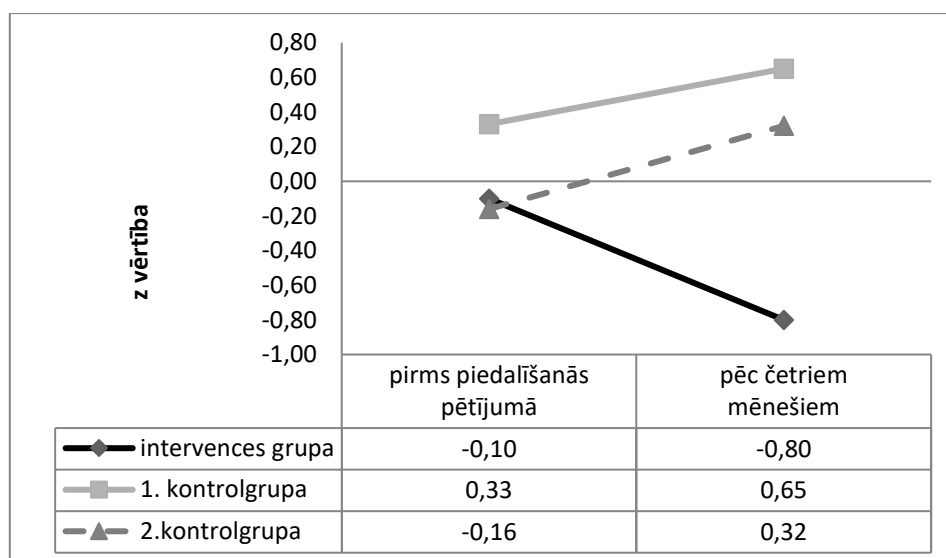
uzvedības izmaiņas katras grupas ietvaros, lai secinātu vai pastāv atšķirības starp pirmo un trešo mērījumu (pēc četriem mēnešiem), gan arī vienlaikus atšķirības starp terapeitiskās intervences un abu kontrolgrupu vidējiem rādītājiem (skat. 7. tabulu un 4.attēlu).

7. tabula. 3-7 g.v. bērnu māšu novērtētās eksternalizētās uzvedības problēmu pirms piedalīšanās pētījumā un pēc četriem mēnešiem aprakstošās statistikas rādītāji un jaukta dizaina (grupa x laiks) ANOVA rezultāti

Mainīgais lielums	Terap. grupa n = 25		1.kontr. grupa n = 18		2.kontr. grupa n =26		Grupa (A)	Laiks (B)	Dispersijas avots A x B
	pirms <sup>a</sup> M (SD)	pēc <sup>aa</sup> M (SD)	pirms M (SD)	pēc M (SD)	pirms M (SD)	pēc M (SD)			
Eksternalizēta uzvedība (Z vērtība)	-0,10 (1,07)	-0,80 (0,81)	0,33 (1,29)	0,65 (0,90)	-0,16 (0,61)	0,32 (0,68)	7,42**	0,12	15,79***

\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Piezīme:<sup>a</sup> – „pirms” – pirms piedalīšanās pētījumā; <sup>aa</sup> – „pēc” – pēc četriem mēnešiem



4. attēls. Izmaiņas 3 – 7 g.v. bērnu māšu novērtētās eksternalizētās uzvedības vidējos rādītājos terapeitiskās intervences grupai, 1. kontrolgrupai un 2. kontrolgrupai, salīdzinot mērījumus pēc četriem mēnešiem ar sākotnējiem mērījumu rezultātiem.

Salīdzinot vidējos rādītājus pirms piedalīšanās pētījumā un pēc četriem mēnešiem, jauktās dispersiju analīzes rezultāti parādīja statistiski nozīmīgu grupas un laika mijiedarbības efektu uz



mātes novērtētās bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības samazinājumu terapeitiskās intervences grupā,  $F = 15,79$ ;  $p < 0,001$ . Bērnu eksternalizētās uzvedības rādītāji ( $M = -0,10$ ;  $SD = 1,07$ ) samazinājās terapeitiskās intervences grupas bērniem un pēc četriem mēnešiem bija mazāk izteikti ( $M = -0,80$ ;  $SD = 0,81$ ). Salīdzinoši 1. kontrolgrupas bērniem, kuri tikai piedalījās video ierakstos, bet viņu mātes nesaņēma terapiju, eksternalizētās uzvedības problēmu rādītāji ( $M = 0,33$ ;  $SD = 1,29$ ) pat nedaudz paaugstinājās pēc četriem mēnešiem ( $M = 0,65$ ;  $SD = 0,90$ ).

Tāpat arī 2. kontrolgrupas bērniem, kuri ne paši, ne viņu mātes netikās ar pētnieku, kā arī nesaņēma nekādu terapiju, eksternalizētās uzvedības problēmu rādītāji ( $M = -0,16$ ;  $SD = 0,61$ ) pēc četriem mēnešiem nedaudz paaugstinājās ( $M = 0,32$ ;  $SD = 0,68$ ). 7. tabulā attēlotie rezultāti rāda, ka laiks nav statistiski nozīmīgs visām trim grupām. Tas skaidrojams ar to, ka grupās ir atšķirīgas izmaiņu tendences un visu grupu laika rezultāti mijiedarbojas, un kopējais rezultāts tāpēc mazinās. Tas notiek tādēļ, ka terapeitiskās intervences grupā eksternalizētās uzvedības izteiktība samazinās, atšķirībā no pirmās un otrās kontrolgrupas.

Lai salīdzinātu eksternalizētās uzvedības izmaiņas katras grupas ietvaros starp pirmo un trešo mērījumu (pēc četriem mēnešiem), tika arī papildus veikts *t-tests* savstarpēji atkarīgām izlasēm (skat. 8. tabulu). Terapeitiskās intervences grupā pēc mātes sniegtā novērtējuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpe ( $M = -0,10$ ;  $SD = 1,07$ ) statistiski nozīmīgi samazinājās pēc četriem mēnešiem, ( $M = -0,80$ ;  $SD = 0,81$ ),  $t(24) = 3,34$ ;  $p < 0,01$  (skat. 8. tabulu).

8. tabula. Mātes sniegtā bērna eksternalizētās uzvedības novērtējuma aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji savstarpēji atkarīgām pāru izlasēm pētījuma sākumā un pēc četriem mēnešiem

Grupa	Eksternalizētā uzvedība (Z vērtība) pētījuma sākumā <i>M (SD)</i>	Eksternalizētā uzvedība (Z vērtība) pēc četriem mēnešiem <i>M (SD)</i>	<i>t- pāru</i>
Terapeitiskās intervences, n = 25	-0,10 (1,07)	-0,80 (0,81)	3,34**
Pirmā kontrolgrupa, n = 18	0,33 (1,29)	0,65 (0,90)	-1,97
Otrā kontrolgrupa, n = 26	-0,16 (0,61)	0,32 (0,68)	-4,41**

\*\*  $p < 0,01$

Savukārt pirmajā kontrolgrupā ar video ierakstu veikšanu, bet bez terapijas mātēm, pēc mātes vērtējuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpe ( $M = 0,33$ ;  $SD = 1,29$ ) statistiski nozīmīgi nemainījās; ( $M = 0,65$ ;  $SD = 0,90$ ),  $t(17) = -1,97$ ;  $p > 0,05$ .

Otrajā kontrolgrupā (bez video ierakstu veikšanas) pēc mātes vērtējuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpe ( $M = -0,16$ ;  $SD = 0,61$ ) kļuva statistiski nozīmīgi augstāka, salīdzinot ar mērījumu pirms terapijas ( $M = 0,32$ ;  $SD = 0,68$ ),  $t(25) = -4,41$ ;  $p < 0,01$ . Tātad šo bērnu eksternalizētā uzvedība viņu māšu vērtējumā kļuvusi vēl izteiktāka.

Ņemot vērā to, ka uzmanības problēmas pēc būtības ir daudz lielākā mērā bioloģiski noteiktas, nekā agresīva uzvedība, ir analizētas agresīvas uzvedības un uzmanības nenoturības izmaiņas terapeitiskās intervences grupas 3-5 g.v. bērniem (skat. 13. tabulu 5. pielikumā). Lai salīdzinātu uzmanības nenoturības izmaiņas starp pirmo un trešo mērījumu (pēc četriem mēnešiem), tika veikts *t-tests* savstarpēji atkarīgām izlasēm. Terapeitiskās intervences grupā pēc mātes sniegtā novērtējuma bērnu sākotnējā uzmanības nenoturības izteiktības pakāpe ( $M = 5,58$ ;  $SD = 2,17$ ) statistiski nozīmīgi samazinājās pēc četriem mēnešiem ( $M = 3,73$ ;  $SD = 1,72$ ),  $t(18) = 4,70$ ;  $p < 0,001$  (skat. 13 tabulu 5. pielikumā). Lai salīdzinātu uzmanības nenoturības izmaiņas starp pirmo un otro mērījumu (pēc terapijas), tika veikts *t-tests* savstarpēji atkarīgām izlasēm. Terapeitiskās intervences grupā pēc mātes sniegtā novērtējuma bērnu uzmanības nenoturības izteiktības pakāpe ( $M = 5,75$ ;  $SD = 2,27$ ) statistiski nozīmīgi samazinājās pēc terapijas ( $M = 4,75$ ;  $SD = 1,52$ ),  $t(15) = 2,28$ ;  $p < 0,05$ . Lai salīdzinātu uzmanības nenoturības izmaiņas starp otro mērījumu (pēc terapijas) un trešo mērījumu (pēc 4 mēnešiem), arī tika veikts *t-tests* savstarpēji atkarīgām izlasēm. Terapeitiskās intervences grupā pēc mātes sniegtā novērtējuma bērnu uzmanības nenoturības izteiktības pakāpe ( $M = 4,75$ ;  $SD = 1,52$ ) statistiski nozīmīgi turpināja samazināties pēc 4 mēnešiem ( $M = 3,87$ ;  $SD = 1,59$ ),  $t(15) = 3,05$ ;  $p < 0,05$ .

Terapeitiskās intervences grupā pēc mātes sniegtā novērtējuma bērnu sākotnējā agresīvas uzvedības izteiktības pakāpe ( $M = 24,11$ ;  $SD = 2,83$ ) statistiski nozīmīgi samazinājās pēc četriem mēnešiem ( $M = 17,11$ ;  $SD = 4,53$ ),  $t(18) = 6,43$ ;  $p < 0,001$  (skat. 13 tabulu 5. pielikumā). Lai salīdzinātu agresīvas uzvedības izmaiņas starp pirmo un otro mērījumu (pēc terapijas), tika veikts *t-tests* savstarpēji atkarīgām izlasēm. Terapeitiskās intervences grupā pēc mātes sniegtā novērtējuma bērnu agresīvas uzvedības izteiktības pakāpe ( $M = 24,19$ ;  $SD = 3,04$ ) statistiski nozīmīgi samazinājās pēc terapijas ( $M = 19,38$ ;  $SD = 4,50$ ),  $t(15) = 2,28$ ;  $p < 0,01$ . Lai salīdzinātu agresīvas uzvedības izmaiņas starp otro mērījumu (pēc terapijas) un trešo mērījumu (pēc 4 mēnešiem), arī tika veikts *t-tests* savstarpēji atkarīgām izlasēm. Terapeitiskās intervences grupā pēc mātes sniegtā

novērtējuma bērnu agresīvas uzvedības izteiktības pakāpe ( $M = 19,38$ ;  $SD = 4,50$ ) statistiski nozīmīgi nemainījās pēc 4 mēnešiem ( $M = 17,44$ ;  $SD = 4,41$ ),  $t(15) = 1,92$ ;  $p > 0,05$  (skat. 13. tabulu 5. pielikumā). Tātad bērnu agresīvā uzvedība statistiski nozīmīgi samazinājās tieši pēc terapijas, taču pēc četriem mēnešiem agresīvās uzvedības izteiktība vairs nozīmīgi nemainījās. Turpretī uzmanības nenoturības problēmas nozīmīgi turpināja mazināties tieši pēc ilgāka laika (šajā pētījumā – pēc četriem mēnešiem).

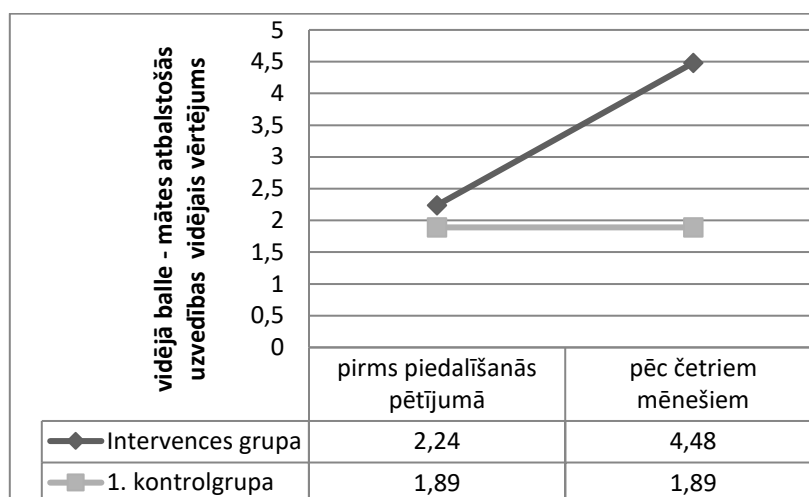
Lai atbildētu uz pētījuma jautājumu par to, *kādas ir atšķirības bērnu māšu atbalstošajā uzvedībā mijiedarbības laikā ar bērnu pirms Marte Meo terapijas un pēc terapijas*, tika veikta  $2 \times 2$  (grupa x laiks) jauktā dispersiju analīze (ANOVA), kā faktoru izmantojot pirms pētījuma un pēc četriem mēnešiem iegūtos mātes atbalstošās uzvedības rādītājus. Tātad tika novērtēti māšu atbalstošās uzvedības vidējie rādītāji pirms terapijas un pēc četrus mēnešu perioda, gan arī vienlaikus atšķirības starp terapeitiskās intervences un pirmās kontrolgrupas vidējiem rādītājiem (skat 9. tabulu un 5. attēlu). Rezultāti pierādīja statistiski nozīmīgu terapijas efektu uz mātes atbalstošās uzvedības pieaugumu terapeitiskās intervences grupā,  $F = 20,99$   $p < 0,05$ . Mātes atbalstošās uzvedības rādītāji ( $M = 2,24$ ;  $SD = 1,23$ ) paaugstinājās terapeitiskās intervences grupas mātēm un pēc četriem mēnešiem bija vairāk izteikti ( $M = 4,48$ ;  $SD = 1,78$ ).

9. tabula. Mātes atbalstošās uzvedības pirms piedalīšanās pētījumā un pēc četriem mēnešiem aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji un jaukta dizaina (grupa x laiks) ANOVA rezultāti.

Grupa	Mātes atbalstošā uzvedība				Dispersijas avots		
	Pirms <sup>a</sup>		Pēc <sup>aa</sup>		Grupa (A)	Laiks (B)	A x B
	M	SD	M	SD			
Terapeitiskās intervences grupa, n = 25	2,24	1,23	4,48	1,78	19,13**	20,99**	20,99**
Pirmā kontrolgrupa, n = 18	1,89	1,02	1,89	1,02			

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Piezīme:<sup>a</sup> – „pirms” – pirms piedalīšanās pētījumā; <sup>aa</sup>–„pēc” – pēc četriem mēnešiem



5. attēls. Izmaiņas mātes atbalstošās uzvedības vidējos rādītājos terapeitiskās intervences grupai un 1. kontrolgrupai, salīdzinot mērījumu rezultātus pēc četriem mēnešiem ar sākotnējiem mērījumu rezultātiem

Salīdzinoši pirmās kontrolgrupas dalībnieku grupai, kurā veica video novērošanu, bet dalībnieki nesaņēma terapiju, māšu atbalstošās uzvedības sākotnējie rādītāji ( $M = 1,89$ ;  $SD = 1,02$ ) pēc 4 mēnešiem, kad tika veikts atkārtots novērtējums, palika bez izmaiņām ( $M = 1,89$ ;  $SD = 1,02$ ), (sk. 9. tabulu un 5. attēlu).

Pārbaudot ar *t*-testu, pāru salīdzinājumi parāda statistiski nozīmīgas atšķirības, ņemot vērā grupas faktoru, starp vidējiem aritmētiskiem terapeitiskās intervences grupas māšu atbalstošās uzvedības izmaiņās, salīdzinot vidējos rezultātus starp pirmo mērījumu ( $M = 2,24$ ;  $SD = 1,23$ ) un mērījumu pēc četriem mēnešiem ( $M = 4,48$ ;  $SD = 1,78$ ),  $t(24) = -5,58$ ;  $p < 0,001$  (skat.10. tabulu). Savukārt pirmajā kontrolgrupā pirmā mērījuma ( $M = 1,89$ ;  $SD = 1,02$ ) un mērījuma pēc četriem mēnešiem ( $M = 1,89$ ;  $SD = 1,02$ ) pāru salīdzinājumi neparāda statistiski nozīmīgas atšķirības, ņemot vērā grupas faktoru starp vidējiem aritmētiskiem pirmās kontrolgrupas māšu atbalstošās uzvedības izmaiņās, salīdzinot vidējos rezultātus starp pirmo mērījumu un mērījumu pēc četriem mēnešiem;  $t(17) = 0,00$ ;  $p > 0,05$  (skat. 10. tabulu). Tātad pastāv būtiskas atšķirības starp mātes atbalstošās uzvedības izmaiņām terapeitiskās intervences grupā, salīdzinot ar grupu, kurā tika veikta arī filmēšana, bet bez terapijas (skat. 5. attēlu). Tātad var secināt, ka pēc Marte Meo terapijas māšu uzvedība ir vairāk atbalstoša.

10. tabula. Mātes atbalstošās uzvedības novērtējuma aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji savstarpēji atkarīgām pāru izlasēm pētījuma sākumā un pēc četriem mēnešiem

Grupa	Mātes atbalstošā uzvedība pētījuma sākumā; <i>M (SD)</i>	Mātes atbalstošā uzvedība pēc četriem mēnešiem; <i>M (SD)</i>	<i>t – pāru</i>
Terapeitiskās intervences, n = 25	2,24 (1,23)	4,48 (1,78)	-5,58 <sub>a</sub> ***
Pirmā kontrolgrupa, n = 18	1,89 (1,02)	1,89 (1,02)	0,00 <sub>b</sub>

Piezīme.  $df_a=24$ ;  $df_b=17$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Lai atbildētu uz pētījuma jautājumu, kāda saistība pastāv starp mātes atbalstošo uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un mātes novērtētām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām, tika aprēķinātas savstarpējās korelācijas starp mātes atbalstošo uzvedību un bērna eksternalizēto uzvedību terapeitiskās intervences grupai (skat.11. tabulu).

11. tabula. 3-7 gadus vecu bērnu māšu novērtētās eksternalizētās uzvedības un mātes atbalstošās uzvedības rādītāju Pīrsona korelācijas koeficienti terapeitiskās intervences grupā

Mainīgie lielumi	1.	2.	3.	4.	5.
1. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums)	--				
2. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc terapijas)	0,29	--			
3. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem)	0,15	0,72**	--		
4. Eksternalizēta uzvedība (sākotnējais vērtējums)	0,17	0,30	- 0,06	--	
5. Eksternalizēta uzvedība (pēc terapijas)	0,21	- 0,09	- 0,39	0,41*	--
6. Eksternalizēta uzvedība (pēc 4 mēnešiem)	- 0,08	- 0,35	- 0,60**	0,40*	0,67**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; N = 25

Tika konstatētas statistiski nozīmīgas sakarības starp mātes novērtētām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām pēc četriem mēnešiem un mātes atbalstošu uzvedību pēc četriem mēnešiem:  $r = -0,60$ ;  $p < 0,01$  (sakarība ir vidēji cieša un negatīva). Tātad pastāv saistība starp mātes atbalstošās uzvedības kvalitāti mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un bērna eksternalizētās uzvedības izteiktību (pēc mātes vērtējuma). Šāda saistība novērota tikai terapeitiskās intervences grupā pēc četrus mēnešu gaidīšanas perioda.

Kā redzams 11. tabulā, vidēji cieša un pozitīva sakarība ir starp mātes atbalstošo uzvedību pēc terapijas (2. mērījums) un mātes atbalstošo uzvedību pēc 4 mēnešiem (3. mērījums),  $r = 0,72$ ;  $p < 0,05$ . Tas norāda, ka mātes atbalstošās uzvedības vērtējums ir stabils.

Pastāv arī statistiski nozīmīga, vidēji cieša sakarība starp mātes novērtēto bērna eksternalizēto uzvedību pēc terapijas (2. mērījums) un pēc 4 mēnešiem (3. mērījums),  $r = 0,67$ ,  $p < 0,01$ . Tas norāda, ka bērna eksternalizētās uzvedības vērtējumi saglabājas ilgtermiņā. Savukārt pirmajā kontrolgrupā, veicot korelāciju analīzi, ir iegūta statistiski nozīmīga sakarība starp mātes atbalstošo uzvedību pirmajā mērījumā (pētījuma sākumā) un pēc četriem mēnešiem:  $r = 0,83$ ,  $p < 0,01$  (sakarība ir cieša). Tas nozīmē, ka pirmās kontrolgrupas mātēm, kurām bija zemāks atbalstošās uzvedības vērtējums pētījuma sākumā, zemāks šis vērtējums bija arī pēc četriem mēnešiem. Tātad vērtējums ir stabils (skat. 12. tabulu). Pastāv arī statistiski nozīmīga un cieša sakarība starp pirmās kontrolgrupas mātes novērtēto bērna eksternalizēto uzvedību 1. mērījumā pētījuma sākumā un 3. mērījumā pēc četriem mēnešiem:  $r = 0,86$ ,  $p < 0,01$ . Tas norāda, ka pēc mātes vērtējuma bērna eksternalizētās uzvedības mērījumi saglabājas ilgtermiņā.

Arī otrajā kontrolgrupā, veicot korelāciju analīzi, ir iegūta statistiski nozīmīga un vidēji cieša sakarība starp mātes novērtēto bērna eksternalizēto uzvedību sākotnēji un pēc četriem mēnešiem:  $r = 0,63$ ,  $p < 0,01$ , kas arī norāda, ka pēc mātes vērtējuma bērna eksternalizētās uzvedības mērījumi saglabājas ilgtermiņā. Apkopojot korelāciju analīzes rezultātus, var secināt, ka pastāv sakarība starp mātes atbalstošo uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un mātes novērtētām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām.

12. tabula. 3-7 gadus vecu bērnu māšu novērtētās eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības un mātes atbalstošās uzvedības rādītāju Pīrsona korelācijas koeficienti pirmajā kontrolgrupā

Mainīgie lielumi	1.	2.	3.	4.
1. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums)	--			
2. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem)	0,83**	--		
3. Eksternalizēta uzvedība (sākotnējais vērtējums)	- 0,35	- 0,27	--	
4. Eksternalizēta uzvedība (pēc 4 mēnešiem)	- 0,30	- 0,20	0,86**	--

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Lai labāk izprastu, kā Marte Meo terapija bērna mātei palīdz mazināt vai novērst bērna eksternalizētās uzvedības problēmas, promocijas darba ietvaros veiktas gadījumu analīzes, izmantojot kvalitatīvās pētniecības principus.

#### *Atsevišķu gadījumu analīzes*

Lai gan šis ir kvaziekperimentāls pētījums ar laika noturības pārbaudi, papildus tika veikta dažu atsevišķu gadījumu analīze. Kvalitatīvo datu analīzē izmantoti videoieraksti. Deduktīvās analīzes gaitā tika meklēti Marte Meo terapijas praksē pamatotie pieaugušā uzvedības pamatelementi jeb dimensijas. Gadījumu analīžu mērķis ir sniegt atbildi uz jautājumu, kādas izmaiņas pēc terapijas ir novērojamas mātes atbalstošās uzvedības dimensijās mijiedarbībā ar bērnu, kuram ir eksternalizētās uzvedības problēmas.

#### Pirmais atsevišķa gadījuma piemērs

4 gadus veca meitene un 43 gadus veca māte

Sākotnējā informācija. Pēc mātes vārdiem secināts, ka meitenei esot izteikti agresīva uzvedība, kura vērsta gan pret ģimenes locekļiem, gan arī pret citiem bērniem pirmsskolas izglītības iestādē (PII). Zināms, ka māte ir maznodrošinātās statusā, nesen šķīrusies, ka pret bērnu brīžiem bijusi emocionāli un fiziski vardarbīga, ko pati arī atzīst. Saprot, ka bērna fiziska sodīšana nedod vēlamo uzvedības uzlabojumu, bet arī atzīst, ka nezina, kā varētu mainīt meitenes uzvedību pozitīvā

veidā. Meitene veda uz konsultācijām pie bērnu neirologa un bērnu psihiatra, īslaicīgi lietojusi ārstu nozīmētos medikamentus, kuru efekts uz uzvedības problēmu mazināšanos bijis īslaicīgs – meitene kļuvusi mierīgāka, kamēr lietojusi medikamentus. Tā kā medikamentiem ir blakus efekti, māte vēlas atteikties no to lietošanas.

Šī gadījuma analīzei izvirzīti konkrēti mērķi:

1) izpētīt atšķirības bērna agresīvā uzvedībā pirms Marte Meo terapijas, pēc terapijas, pēc četrus un arī sešu mēnešu gaidīšanas perioda; 2) izpētīt atšķirības mātes – bērna mijiedarbības modelī konkrētās ikdienas situācijās pirms Marte Meo terapijas, pēc terapijas, pēc četrus un pēc sešu mēnešu gaidīšanas perioda.

Pēc Ahenbaha Bērnu uzvedības novērtējuma anketas 1,5 -5 gadus veciem bērniem vecāku aptaujas secināts, ka mātes vērtējumā meitenei ir ļoti augsts rezultāts agresīvas uzvedības skalā – 30 balles, kas atbilst 83 standartizētajām T ballēm. Tāds rezultāts pārsniedz kritisko robežu un ir klīnisko rādītāju līmenī.

Novērtējums mātes atbalstošajai uzvedībai tika iegūts, analizējot video ierakstus, fokusējoties uz to, kas notiek mātes – bērna mijiedarbībā brīvā spēles situācijā un mācīšanās situācijā. Bija redzams, ka mātei grūtības sagādā gaidīšana, kamēr bērns pabeidz iesākto darbību, ko spilgti varēja novērot mācīšanās situācijā. Bija arī daudz vienlaicīgu bērna un mātes darbību. Māte arī pārāk maz apstiprināja bērna veikumu.

Bērna māte tika uzaicināta piedalīties pētījumā un iekļauta terapeitiskās intervences grupā. Pirmais video ieraksts – gan brīvās spēles, gan mācīšanās situācijas epizodes – notika psihologa kabinetā. Nākamā tikšanās (atgriezeniskās saites 1. sesija) – pēc nedēļas – notika bez bērna klātbūtnes. Terapeits sesijas laikā, vienlaicīgi rūpējoties, lai pētījuma dalībniece justos ērti, pieņemta, nekritizēta un droši, mātei izskaidroja terapijas būtību par to, ka vērojot video ierakstu epizodes, fokuss liekams uz resursiem, kas mātei un bērnam jau ir, kā arī uz bērna aktuālajām vajadzībām noteiktā brīdī. Pirms tam terapeits bija identificējis tos momentus video ierakstos, kuru aspektus, kas attiecas uz mātes vēlamo uzvedību (biheiviorālā līmenī), viņa nav apguvusi (gaidīšana un apstiprināšana), kā arī – kuru no šiem aspektiem mātei vajadzētu apgūt vispirms (šajā gadījumā tā bija gaidīšana).

Demonstrējot epizodes, kur pētījuma dalībniece jau mazliet gaida (īpaši brīvās spēles situācijā), un vērojot, kāda ir bērna darbība šajā laikā un kā mātes gaidīšana palīdz bērnam, māte sāka saprast gaidīšanas nozīmi – ka tā palīdz bērnam pabeigt iesākto darbību, pasargā no pārstimulācijas, arī palīdz sajusties vērtīgam un, protams, māca šo modeli „gaidīt”, ko bērns nākotnē varētu pielietot attiecībās ar citiem. Tika arī izskaidrots, kā mātes uzmanība pret bērnu un gaidīšana



ir saistīta ar bērna atbildes reakciju un kāda varētu būt ietekme uz uzvedības problēmu mazināšanu, ja šis aspekts – aktīvi gaidīt – mijiedarbības attiecībās tiks realizēts. Tātad terapijas procesā svarīgs aspekts bija mātes izglītošana. Tomēr atšķirībā no citām terapijām, piem., kognitīvi – biheiviorālās terapijas, izglītošanas process tika vadīts tā, lai svarīgākās atziņas māte atklāj pati, priekšroku dodot mātes interpretācijai. Tas ir būtiski, lai māte pati sajustu jau pirmajā videoanalīzes sesijā, ka viņai pašai ir pietiekoši daudz resursu, lai saprastu situācijas, pieņemtu lēmumus un attiecīgi rīkotos. Terapeita uzdevums bija apstiprināt un uzslavēt māti.

Šajā gadījumā mātei tiešām bija daudz resursu. Viņa bija uzmanīga pret bērnu, redzēja bērna uzmanības fokusu, mātei bija draudzīga sejas izteiksme un jauki balss toņi mijiedarbībā ar bērnu. Sesijas laikā, parādot konkrētas video epizodes, māte par to arī varēja pārliecināties. Terapeits varēja novērot, ka māte kļuva atbrīvotāka, pauda prieku un interesi par notiekošo. Pieauga mātes uzticēšanās un motivācija piedalīties terapijā. Mājas darbs, kas mātei bija jārealizē ikdienas mijiedarbības brīžos ar bērnu, īpaši mācīšanās situācijās – aktīvi gaidīt .

Otrajā atgriezeniskās saites sesijā mātei vēlreiz tika demonstrētas epizodes, kur viņa mazliet gaida bērnu. Diemžēl bieži vien prasmi aktīvi gaidīt nav tik viegli apgūt. Tā kā mātei tieši mācīšanās situācijā bija grūtības ar šī aspekta apgūšanu, atgriezeniskās saites sesijā daudz vairāk tika veltīts laiks, lai atkārtoti aplūkotu vienu dažas sekundes ilgu epizodi, kur māte aktīvi gaida, kamēr bērns raksta. Terapeits ļāva mātei komentēt to, ko viņa redz gan pašas, gan bērna darbībā; noskaidrot to, kāpēc bērnam svarīgi, ka māte šajā brīdī aptur savas iniciatīvas un aktīvi gaida. Terapeits arī vērsa mātes uzmanību uz viņas jauko un draudzīgo sejas izteiksmi, kas noteikti bērnam palīdzētu būt pārliecinātam un mierīgam, un iedrošinātam, ja viņš varētu mātes seju redzēt (šajā gadījumā tas nav iespējams, jo māte stāv aiz bērna muguras). Tika pārrunāts, kādās pozīcijās turpmāk māte un bērns varētu būt mācīšanās situācijās. Atkārtoti tika uzsvērti un parādīti gan mātes, gan bērna resursi – bērns spēj koncentrēties nelielam uzdevumam un, saņemot apstiprinājumu savai darbībai, to turpina. Šādu informāciju redzēt un dzirdēt mātei bija iedrošinoši. Kaut arī video ierakstā redzami momenti, kur mijiedarbības attiecībās ir grūtības – daudz paralēlu darbību vienlaicīgi bērnam un mātei, maz emocionālās apmaiņas brīžu, maz apstiprinājumu, kritikas momenti, centieni bērnu ar varu noturēt pie uzdevuma, viņu satverot un neļaujot aiziet, tomēr, ievērojot Marte Meo principus, šādas video epizodes demonstrētas netika. Tā vietā terapeits attiecībās ar māti sesijas laikā demonstrēja vēlamo modeli – aktīvi gaidīja uz mātes iniciatīvu, apstiprināja mātes vērtīgās idejas, nosauca, deva priekšroku mātes interpretācijai, nekritizēja, uzdeva tikai tādus jautājumus, par kuriem bija droši, ka māte spēs atbildēt, kā arī uzturēja acu kontaktu, kas nebija arī pārāk ciešs, pauda priecīgas emocijas par mātes pateikto, darīto, u.c. Mātei, saņemot pozitīvu apstiprinājumu un pietiekoši daudz laika

viņas pašas iniciatīvu paušanai atgriezeniskās saites sesijas laikā, radās pārliecība par savām spējām bērnu vadīt pozitīvā veidā, radās arī motivācija mācīties. Otrās sesijas beigās terapeits mātei uzdeva mājas darbu – aktīvi gaidīt, īpaši mācīšanās situācijās.

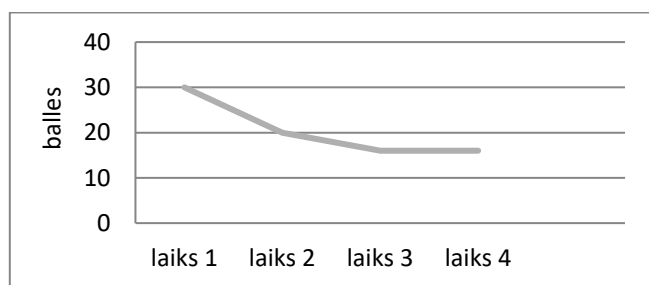
Trešajā atgriezeniskās saites sesijā terapeitam bija iespēja mātei demonstrēt daudz garākas epizodes par to, kā māte aktīvi gaida mācīšanās situācijā. Māte lasīja priekšā bērnam grāmatu. Šoreiz tika novērots, ka bērnam un mātei vislabāk atrasties pozīcijās, kad viņi labi var redzēt viens otra seju. Pārsteidzoši bija tas, ka bērns demonstrēja aktīvu gaidīšanu! Tātad šo aspektu apguvis arī bērns, jo mātes praktiskais piemērs ir palīdzējis. Bija vērojams, kā gan māte, gan bērns ik pa brīdim raugās viens otra sejā. Mātes seja bija draudzīga, un balss toņi patīkami – jauki mainījās balss modulācijas atkarībā no stāsta sižeta. Kad bērns pauda savu iniciatīvu „lasīt” grāmatu, māte apstādināja savu aktivitāti, gaidīja un pauda priecīgas emocijas un pozitīvu apstiprinājumu bērna darbībai. Tas rosināja bērnu turēties pie iesāktās darbības un pārliecinoši to turpināt. Bija vērojams, ka bērns spēj ilgstoši koncentrēties noteiktai darbībai; ka māte un bērns viens uz otru gaida un ļauj otram iespēju veikt mērķtiecīgu darbību – pateikt kādu komentāru. Bija vairāki emociju apmaiņas brīži – dažas sekundes ilgi – starp māti un bērnu. Vērojot mātei savus un bērna pozitīvos resursus, nostiprinājās pašas mātes pārliecība par savām spējām strukturēt bērna darbību pozitīvā veidā un būt bērna attīstību veicinošā mijiedarbībā ar savu meitu. Mājas darbs, kas mātei jārealizē ikdienas mijiedarbības brīžos ar bērnu mācīšanās situācijās: apstiprināt bērna darbību, vēlamu uzvedību, kā arī turpināt gaidīt bērna darbības rezultātu.

Ceturtajā atgriezeniskās saites sesijā praktiski mātei varētu demonstrēt visu 5 minūšu garo video ierakstu, jo mijiedarbībā starp māti un bērnu mācīšanās situācijā (virtuvē griežot salātus) visu laiku bija novērojami visi septiņi mātes atbalstošās uzvedības un emocionālās mijiedarbības ar bērnu aspekti tiem piemērotajās epizodēs. Sesijas laikā mātei tika parādītas atsevišķas ieraksta epizodes, kur visspilgtāk redzams, kā mātes darbība palīdz meitenei veikt uzdevumu, kā arī jaukie mijiedarbības momenti un arī bērna resursi. Viens no pirmo reizi novērotajiem resursiem ir tas, kā bērns adekvāti spēj piesaistīt mātes uzmanību, vienlaicīgi prognozējot savu darbību (liekot saprast, ko darīs) un pēc tam veicot attiecīgo darbību (ieberot bļodā tikko sagrieztos salātus). Mātei tiek atspoguļots, ka šī epizode apliecina, ka bērnam ir spējas labi prognozēt savu darbību, un ka tas attiecas arī uz spēju saprast un regulēt savu uzvedību. Šajā sesijā no mātes tika arī saņemta atgriezeniskā saite par to, ko viņa tagad iemācījusies un sapratusi – īpaši par gaidīšanu, kā arī to, ka bērnam īstenībā ir daudz labu iniciatīvu un ka viņai kā mātei tās ir svarīgi ieraudzīt, nosaukt un apstiprināt. Tika arī veikta bērna uzvedības novērtēšana, kura atklāja bērna agresīvās uzvedības mazināšanos – 20 balles (sākotnēji bija 30 balles) jeb 67 standartizētās T balles pēc Ahenbaha

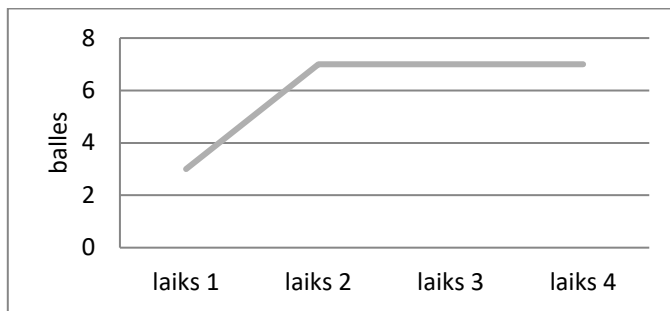
empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketas 1,5-5 gadus veciem bērniem. Pirms terapijas māte anketā bija atklājusi, ka meitene bieži nevar koncentrēties, nevar ilgstoši pievērst uzmanību; nevar mierīgi nosēdēt, ir nemierīga vai hiperaktīva; ātri kustās no vienas darbības uz citu; nespēj pagaidīt, vēlas visu tūlīt; ir izaicinoša; nepaklausīga; liekas, ka nejūtas vainīga pēc sliktas uzvešanās; ātri aizkaitināma; kaujas; sit citiem; dusmojas; sods neizmaina viņas uzvedību; daudz kliedz; grib daudz uzmanības. Māte vēstīja vēl arī citas eksternalizētās uzvedības izpausmes, kuras notiek retāk. Pēc terapijas vairākas no iepriekš nosauktajām uzvedības izpausmēm ir konstatētas, ka notiek vairs tikai dažreiz – nevar koncentrēties, nevar ilgstoši pievērst uzmanību; nespēj pagaidīt, vēlas visu tūlīt; nepaklausīga; liekas, ka nejūtas vainīga pēc sliktas uzvešanās; kaujas; sit citiem; sods neizmaina viņas uzvedību. Pēc četrus mēnešu perioda uzvedība turpināja uzlaboties. Vēl joprojām māte norādīja uz koncentrēšanās grūtībām, nemierīgumu vai hiperaktivitāti, taču ievērojami bija mazinājušās agresīvas uzvedības izpausmes. Joprojām bieži bija dusmu lēkmes un kliegšana; bieži sods neizmainīja uzvedību, taču pārējie agrāk izteiktie simptomi bija novērojami tikai daļēji.

Būtiska loma terapijas procesā bija terapeita darbības ietekmei, sadarbojoties ar bērna māti, uztverot viņu kā partneri, nevis klientu vai pacientu. Tas terapiju ļoti atvieglāja, jo šī bija pieredze, kad māte nejūtās nosodīta un kritizēta, līdz ar to – viņa jutās drošībā un spēja apgūt jaunu uzvedības modeli. Māte apzinājās pati savus spēkus un resursus, nebaidījās uzdot jautājumus un izteikt savu viedokli. Sadarbība ar šo bērnu – mātes diādi izveidojās tik abpusēji ieinteresēta, ka māte piekrita ne tikai piedalīties atkārtotā novērtēšanā pēc 4 mēnešu perioda, bet arī pēc 6 mēnešiem.

Rezultāti par izmaiņām bērna agresīvas uzvedības vērtējumos un mātes atbalstošās uzvedības rādītājos atspoguļoti grafiskajos attēlos (skat.6. un 7. attēlu).



6. attēls. Izmaiņas bērna agresīvās uzvedības vērtējumos (ASEBA balles): 1) novērtējums pirms Marte Meo terapijas (laiks 1); 2) novērtējums pēc terapijas (laiks 2); 3) novērtējums pēc 4 mēnešiem (laiks 3); 4) novērtējums pēc 6 mēnešiem (laiks 4).



7. attēls. Mātes atbalstošās uzvedības kopējais vērtējums: 1) pirms terapijas (laiks 1);  
2) pēc terapijas (laiks 2); 3) pēc 4 mēnešiem (laiks 3); 4) pēc 6 mēnešiem (laiks 4).

Rezultāti apstiprina, ka bērna agresīvā uzvedība pēc terapijas ir mazinājusies un turpina mazināties, un izmaiņas paliek noturīgas arī pēc 4 un pēc 6 mēnešiem. Savukārt mātes atbalstošā uzvedība pēc terapijas ir pieaugusi un pozitīvās izmaiņas ir noturīgas, vērtējot arī pēc 6 mēnešiem.

Otrais atsevišķa gadījuma piemērs

5 gadus vecs zēns un 36 gadus veca māte

Otrā gadījuma aprakstā netiks ietverts pētījuma secīgums, jo terapijas gaita ir identiska kā iepriekšējā gadījumā.

Sākotnējā informācija. Bērns ir BKUS ambulatorās psihiatrijas nodaļas pacients, kuram psihologa konsultāciju bija rekomendējis bērnu psihiatrs, jo viņam esot agresīvas uzvedības problēmas bērnodārzā (PII), nepakļaujoties audzinātāju prasībām; bijis patvaļīgi aizgājis no bērnodārza, iekāpis autobusā un aizbraucis uz pilsētas centru, kur viņu, vienu pašu pastaigājoties, pamanījuši policisti. Ārsta noteiktā diagnoze pēc ICD-10 klasifikācijas: F90.0, Aktivitātes un uzmanības traucējumi. Pēc mātes teiktā bērns neklausot arī viņai. Bērna māte pati ir bērniībā zaudējusi gan vecākus, gan arī audžu vecākus, augusi ārpusģimenes aprūpes iestādē. Šobrīd viena audzina piecus bērnus, ir maznodrošinātās statuss. Jāpiebilst, ka bērnu psihiatrs pašlaik medikamentus nav rekomendējis, jo iespējams, ka bērna uzvedība ir saistīta ar ģimenes situāciju; tādēļ ieteikta psiholoģiskā konsultēšana.

Šī gadījuma analīzei izvirzīti konkrēti mērķi:

1) izpētīt atšķirības bērna agresīvā uzvedībā pirms Marte Meo terapijas, pēc terapijas un pēc četriem mēnešiem; 2) izpētīt atšķirības mātes – bērna mijiedarbības modelī konkrētās ikdienas situācijās pirms Marte Meo terapijas, pēc terapijas un pēc gaidīšanas perioda.

Pēc Ahenbaha Bērnu uzvedības novērtējuma anketas 1,5 - 5 gadus veciem bērniem vecāku aptaujas – mātes vērtējumā zēnam ir augsts rezultāts agresīvas uzvedības skalā – 24 balles jeb 70

standartizētās T balles, kas sasniedz klīnisku līmeni. Māte atklāja, ka zēns bieži ātri kustas no vienas darbības uz otru; ātri aiziet prom, kļūst savā nodabā; vēlas, lai uzreiz izpilda viņa prasības; liekas, ka nejutās vainīgs pēc sliktas uzvešanās; ātri aizkaitināms; bieži kaujas; daudz kliec; egoistisks vai negrib dalīties; spītīgs, saīdzis vai čīkstīgs; dusmu lēkmes vai ātri aizsvilstas; grib daudz uzmanības. Bija konstatēti vēl citi simptomi, kuri daļēji novērojami.

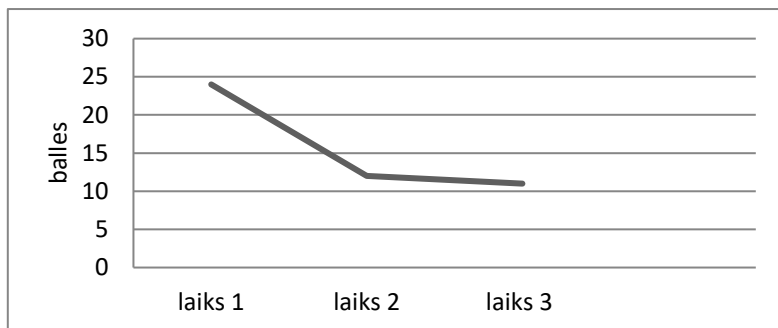
Novērtējums mātes atbalstošajai uzvedībai tika iegūts, analizējot video ierakstus, fokusējoties uz to, kas notiek mātes – bērna mijiedarbībā brīvā spēles situācijā un mācīšanās situācijā. Novērtējot sākotnēji mātes atbalstošo uzvedību, bija redzams, ka mātei ir arī labi resursi, par ko liecināja tas, ka vairākus atbalstošās uzvedības aspektus viņa jau realizēja: strukturētā mācīšanās situācijā māte labi ievēroja bērna uzmanības fokusu, aktīvi gaidīja uz bērna darbību, mātei bija draudzīga sejas izteiksme un jauks balss tonis, kas palīdzēja radīt bērnam drošu vidi. Māte arī apstiprināja bērna veikumu. Bija arī vērojami emocionālās apmaiņas brīži starp māti un bērnu. Tomēr bija vērojamas grūtības mijiedarbībā starp māti un bērnu brīvajā spēles situācijā. Bija daudz vienlaicīgu aktivitāšu, kad māte daudz vairāk bija fokusēta uz pašas aktivitātēm un nepamanīja bērna uzmanības fokusu, negaidīja un nesekoja bērna darbībai. Līdz ar to kopējais vērtējums mātes atbalstošai uzvedībai bija tikai 3 balles no maksimāli iespējamām 7. Bērna māte tika uzaicināta piedalīties pētījumā un iekļauta terapeitiskās intervences grupā.

Intervence bija trīs Marte Meo video ierakstu un trīs atgriezeniskās saites sesijas bērna mātei. Līdzīgi kā iepriekš, pirms katras sesijas terapeits bija izvēlējis mātei demonstrējamās video epizodes – kur māte jau parāda esošos atbalstošās uzvedības aspektus, bet vēl nepietiekoši daudz, kā arī tos, kur redzams, kā mijiedarbībā ar māti bērns pauž vajadzību pēc noteikta veida mātes atbalsta. Fokuss arī šajā terapijā bija uz mātes izglītošanu un praktisku darbību, mācot emocionālās komunikācijas prasmes vecāka – bērna mijiedarbībā, izmantojot videoierakstus, kur redzams, kā mātes jaunajai uzvedībai ir pozitīvs efekts uz bērna – mātes mijiedarbību un bērna uzvedību. Mātei arī katrā sesijā tika uzdots konkrēts mājas darbs – praktizēt vienu atbalstošās uzvedības aspektu ikdienas situācijās mijiedarbībā ar bērnu katru dienu.

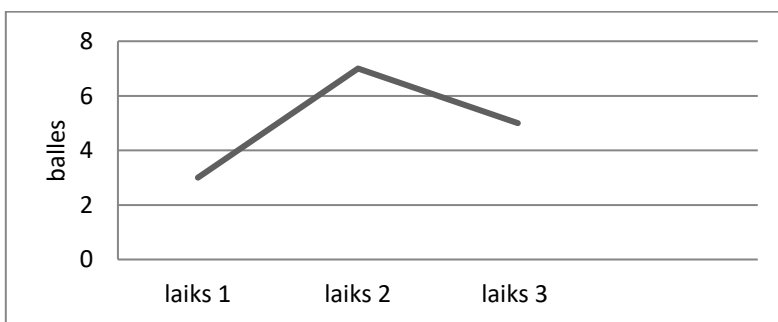
Pēc terapijas mātes atbalstošās uzvedības rezultāts ir visaugstākais – 7 balles (skat. 11. attēlu). Māte terapijā iemācījās aktīvi gaidīt brīvās spēles situācijās, līdz ar to viņa vairāk varēja nosaukt bērna darbību un to apstiprināt. Savukārt, kā to varēja paredzēt, zēns daudz vairāk skatījās uz savu māti, kas iepriekš notika samērā maz un īslaicīgi. Bērns arī iesaistīja māti spēlē un bija iespēja vērot, kā māte un bērns pamīšus ļauj viens otram veikt mērķtiecīgu darbību. Diemžēl pēc trīs mēnešiem šādi momenti brīvās spēles situācijā nebija novērojami; iespējams arī tāpēc, ka māte maz apstiprināja zēna veikumu, tāpēc kopējais vērtējums ir zemāks nekā pēc terapijas – 5 balles. Tomēr

tas ir par divām ballēm augstāks nekā sākotnējais vērtējums, un svarīgāko uzdevumu – ievērot bērna uzmanības fokusu un aktīvi gaidīt – māte spēja realizēt.

Rezultāti par izmaiņām mātes novērtētajā bērna agresīvajā uzvedībā un mātes atbalstošajā uzvedībā atspoguļoti grafiskajos attēlos (skat. 8. un 9. attēlu). Redzams, ka bērna agresīvā uzvedība pēc terapijas ir mazinājusies, kā arī izmaiņas paliek noturīgas. Pēc četriem mēnešiem agresīvās uzvedības izpausmes tikai daļēji vai dažreiz izpaudās. Savukārt mātes atbalstošajā uzvedībā kopumā ir pozitīva dinamika, bet uzvedības noturība vēl būtu jāpārbauda.



8. attēls. Izmaiņas bērna agresīvā uzvedībā (ASEBA balles): 1) novērtējums pirms Marte Meo terapijas (laiks 1); 2) novērtējums pēc terapijas (laiks 2); 3) novērtējums pēc 4 mēnešiem (laiks 3)



9. attēls. Mātes atbalstošās uzvedības kopējais vērtējums: 1) pirms terapijas (laiks 1); 2) pēc terapijas (laiks 2); 3) pēc 4 mēnešiem (laiks 3)

Tātad, izdarot kopsavilkuma secinājumus par abiem gadījumu aprakstiem, var teikt, ka terapijas procesā, mātes izglītojot un paaugstinot viņu kompetences apzināšanos, pozitīvi mainās māšu uzvedība un emocijas mijiedarbības ar bērnu laikā. Ir mazinājusies arī māšu novērtētā bērnu

agresīvās uzvedības izteiktība. Marte Meo terapijā sniegtā informācija ir precīza un viegli uztverama, jo tā tiek analizēta ar video ierakstu epizožu demonstrēšanu no pētījuma dalībnieku reālās ikdienas dzīves pieredzes. Mātes var vērot, kā, praktizējot kādu konkrētu jaunu uzvedības aspektu, mainās mijiedarbības ar bērnu kvalitāte.

#### 4. Iztirzājums

Pētījuma rezultāti rāda, ka, analizējot bērnu eksternalizēto uzvedību pēc tā, kā to novērtējušas viņu mātes, kā arī video ierakstus pirms terapeitiskās intervences un pēc četriem mēnešiem eksperimentālajai grupai un kontrolgrupām, eksperimentālās grupas bērnu uzvedības rādītājos un arī mātes – bērna mijiedarbībā ir notikušas būtiskas izmaiņas. Tika konstatēts, ka eksperimentālajā grupā māšu novērtētās bērnu eksternalizētās uzvedības problēmas bija statistiski nozīmīgi samazinājušās. Bērni labāk spēja pagaidīt, mazinājusies izaicinošā uzvedība, aizkaitināmība un nepaklausība. Mazāk izteiktas dusmas, spītība, neatsaucība; retāki kautiņi un sišana citiem bērniem u.c. Bērni arī labāk spēja koncentrēties, ilgāk spēja nosēdēt mierīgi, biežāk spēja pabeigt iesākto darbību, mazāk novērojama impulsīva rīcība u.c. Tas sasaucas ar citu pētnieku atzinumiem (Patterson & Forgatch, 1985; Stormont, 2002; Erickson & Egeland, 2004), ka agrīnas intervences ir efektīvas bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu mazināšanā. Šī pētījuma eksperimentālajā grupā pēc Marte Meo terapijas eksternalizētās uzvedības rādītāji samazinājās. Pēc četriem mēnešiem, sākot no terapijas sākuma, joprojām bija zemi rādītāji eksternalizētās uzvedības skalā. Minētie rezultāti apstiprināja teorētisko nostādni (Cohen et al., 1999; Van Zeiji et al., 2006; Hautmann et al., 2009), ka terapeitisku intervencu rezultāti ir noturīgi laikā.

Papildus analizējot mātes sniegto 3-5 g. v. bērna uzmanības nenoturības un agresīvas uzvedības novērtējumu terapeitiskās intervences grupā, bērnu agresīvā uzvedība statistiski nozīmīgi mazinājās tieši pēc terapijas. Tuvāko triju mēnešu laikā pēc terapijas beigām vairs nenovēroja nozīmīgu agresīvās uzvedības samazinājuma turpināšanos, bet iepriekšējais rezultāts – pēc terapijas novērtētais – palika stabils ilgtermiņā. Turpretī uzmanības nenoturības problēmas, kuras vairāk ir bioloģisku faktoru ietekmētas, nozīmīgi turpināja mazināties arī pēc terapijas beigām.

Iepriekš ir veikts pētījums, ka bērniem bija izteiktāks eksternalizēto uzvedības problēmu samazinājums, ja viņu vecākiem novēroja būtiskus bērnu disciplinēšanas prasmju uzlabojumus terapijas laikā. Turklāt izteiktākas eksternalizētās uzvedības izmaiņas bija vērojamas nevis tieši pēc terapijas, bet gan pēc viena gada (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Pijlman, Mesman, & Juffer, 2008).

Kontrolgrupu bērniem šādu samazinājumu eksternalizētās uzvedības izteiktībā pēc māšu vērtējuma nenovēroja. Arī citi pētnieki (Kazdin, 1993; Scaramella, Neppl, Ontai, & Conger, 2008; Reinecke, 2011) ir uzsvēruši, ka eksternalizētai uzvedībai ir tendence saglabāties, ja netiek sniegta savlaicīga korekcija. Pirmajā kontrolgrupā, kurā netika piedāvāta Marte Meo terapija, bet tika veikti mātes – bērna mijiedarbības video ieraksti pētījuma sākumā un pēc četriem mēnešiem, bērnu eksternalizētās uzvedības rādītāji būtiski nemainījās. Otrajā kontrolgrupā, kurā netika veikti video ieraksti, un nebija terapija, pēc četriem mēnešiem, sākot no pētījuma sākuma, bija nozīmīgi pieaugusi bērnu eksternalizētās uzvedības izteiktība. Rodas jautājums par to, kas varēja būtiski veicināt bērnu uzvedības problēmu pieaugumu. Kā iespējamie iemesli, kuri ietekmēja otrās kontrolgrupas māšu novērtēto bērnu uzvedību ir: salīdzinoši neliela pētījuma izlase, kura nav reprezentatīva, kā arī tas, ka nav zināms, vai daļai bērnu nebija tādas medicīniskās diagnozes kā autiskā spektra traucējumi, epilepsija, garīgā atpalicība, izteikti valodas attīstības traucējumi. Tāpat rezultātus varēja ietekmēt tas, ka lielai daļai māšu atkārtoti sava bērna uzvedība bija jānovērtē aprīļa un maija mēnešos – īsi pirms mācību gada beigām un vasaras atvaļinājuma sākuma. Šajā laika posmā bērni varētu būt vairāk noguruši nekā rudens sākumā, un tas varētu veicināt bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izpausmes. Nav zināms par šo māšu psihisko veselību, piemēram, vai mātēm bija depresīva simptomātika, vai nē. Pētnieki norāda, ka mātes depresīviem simptomiem ir nozīmīga saistība ar to, kā mātes uztver savu bērnu uzvedības problēmas (Johnston & Krech, 1991). Tātad izvirzītā hipotēze, ka pēc Marte Meo terapijas būs novērojama pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktības pakāpes samazināšanās šo bērnu māšu vērtējumā un šīs izmaiņas būs noturīgas vismaz trīs mēnešus pēc terapijas jeb pēc četriem mēnešiem, sākot no pētījuma sākuma, savukārt kontrolgrupās šādas izmaiņas nebūs, pētījuma izlasē tika apstiprināta.

Terapeitiskās intervences grupas mātes, saņemot terapiju, vienlaikus tika gan motivētas un iedrošinātas izmantot jau katra savus esošos resursus, gan arī izglītotas par to, kas konkrēti viņām ar bērnu jāveic ikdienas mijiedarbības situācijās, un kā tas ietekmētu esošo uzvedības problēmu mazināšanos. Šāda pieeja ir saskaņā ar citu pētnieku atziņām (Reid, 1993; Mc Mahon, 2006). Pētījumā par kognitīvi – biheiviorālās terapijas efektivitāti, piemēram, depresīvām mātēm, kuru bērniem ir uzvedības problēmas, atklāts, ka mātes pēc terapijas (astoņām divu stundu ilgām sesijām terapeitiskajā grupā vienu reizi nedēļā) ievērojami zemāk novērtēja savu bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu izteiktību (Ha & Oh, 2006). Mātes arī uzrādīja mazāku izteiktību negatīvo automātisko domu novērtējumā un retāk izmantoja negatīvas bērnu sodīšanas stratēģijas. Lai gan Marte Meo terapijā netiek mērķtiecīgi strādāts ar vecāku automātiskajām domām, bija vērojams, ka



labie mijiedarbības brīži, ko mātes ieraudzīja, palīdzēja viņām pozitīvāk domāt gan par saviem bērniem, gan pašām par sevi. Iedrošinot māti izteikt savas domas un jūtas par redzēto video ierakstā, terapeits netiešā veidā centās palīdzēt mātei apzināties gan savas pašas attieksmi pret bērnu, gan arī bērna vajadzības un emocijas konkrētajā brīdī. Zinot to, ka mātes sejā bērns var nolasīt savas emocijas, kā tās māte atspoguļo (Ammaniti & Trentini, 2009), terapeits sesijas laikā demonstrēja epizodes, kurās mātei bija jauka, draudzīga sejas izteiksme, kā arī momentus, kad māte empātiski atspoguļoja bērna emocijas. Uzslavējot māti par viņas neverbālo ķermeņa valodu, terapeits izskaidroja, ka šādā veidā viņa būtiski palīdz bērnam apzināties sevi un savas emocijas, un savu darbību. Tādā veidā tika veicināta bērna sociālā kompetence un situācijai atbilstoša uzvedība. Būtiski, ka nākošajos video ierakstos biežāk un ilgāk varēja vērot mātes draudzīgo seju. Bija arī biežāki acu kontakta mirkļi bērna un mātes mijiedarbības laikā.

Tomēr jāuzsver, ka mātes depresijai ir nozīmīga saistība ar bērnu uzvedības problēmām un vecāku pieeju bērnu audzināšanai (Reyno & McGrath, 2006). Tāpēc būtu vēlams novērtēt mātēm depresijas simptomu izteiktību. Vidējas vai smagas depresijas gadījumos bez Marte Meo terapijas ieteicama paralēla depresijas ārstēšana, kuru veic atbilstoši speciālisti.

Lai gan ir pētnieki, kas apgalvo, ka vecāku apmācību un treniņu programmu efektivitāte ir mazāka ģimenēm ar trūcīgiem ienākumiem un tad, ja bērnu audzina tikai viens no vecākiem (Reyno & McGrath, 2006), taču ir arī pētījumu rezultāti, kas norāda, ka šādos gadījumos vecāku apmācība un treniņš, strādājot individuāli, var būt daudz efektīvāks nekā vecāku treniņš grupā (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Mc Mahon, 2006). Arī promocijas pētījuma rezultāti, lai gan ir attiecināmi tikai uz konkrēto pētījuma izlasi, norāda, ka terapeitiski individuāli strādājot ar māti, kura viena audzina bērnu, kā arī ar mātēm, kuras ir maznodrošinātās statusā, pēc terapijas bija novērojamas pozitīvas izmaiņas mātes atbalstošā uzvedībā. Pat tik nopietna riska faktora gadījumā, kā mātes alkoholisms, arī bērnam bija novērojamas pozitīvas izmaiņas eksternalizētās uzvedības problēmu samazinājumā. Jānorāda arī, ka bērna māte (paralēli dalībai pētījuma intervences grupā) ārstējās no alkohola atkarības pie citiem speciālistiem. Vairāki bērni gan terapeitiskās intervences grupā, gan kontrolgrupā bija piedzīvojuši pret sevi vērstu emocionālu vai fizisku vardarbību no savām mātēm vai viņu dzīves partneriem. Tomēr arī šādām bērnu mātēm terapijā bija pozitīvas izmaiņas atbalstošā uzvedībā.

Marte Meo terapijā īpaši tiek vērā ņemta katras individuālās mātes uztvere, domas, emocijas un pieredze, veicinot mātes un terapeita sadarbību. Kazdins ar kolēģiem (Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005) ir norādījuši, ka veiksmīga terapeita un vecāku alianse ir saistīta ar mazāk izteiktām uzvedības problēmām bērniem un vairāk uz sadarbību orientētiem vecākiem. Arī citi pētnieki ir atklājuši, ka

mātes, kuras bija mazāk apmierinātas ar terapijas laikā saņemto atbalstu, pēc terapijas norādīja uz izteiktām bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām. Turpretī, ja mātes uztvēra saņemto atbalstu terapijas laikā kā nozīmīgu, tam bija saistība ar mazāk izteiktām bērnu eksternalizētām un internalizētām uzvedības problēmām (Velderman et al., 2006). Būtiski, ka terapijas laikā māte jūtas pieņemta un nekritizēta. Tāpat svarīgi, ka tiek novērtēts un uzslavēts katrs panākums pozitīvo izmaiņu virzienā.

Marte Meo terapijā svarīgā informācija tiek parādīta ar video ieraksta palīdzību. Terapeita iedrošinājums palīdz mātei pašai atklāt nozīmīgo mijiedarbībā ar bērnu, un mātei rodas izjūta, ka viņa ir pietiekoši kompetenta, lai apzinātos un saprastu savas darbības nozīmi mijiedarbības ar bērnu laikā. Tas veicina pašefektivitāti un ietekmē pozitīvi mātes rīcību, un mazina bērna eksternalizētās uzvedības problēmas. Salīdzinot šī pētījuma rezultātus ar citu pētījumu, kurā bez video atgriezeniskās saites vēl arī notika diskusijas par vecāku piesaistes pieredzi, terapijas efektivitāte bija zema (Velderman et al., 2006). Autori pieļauj, ka diskusijas par piesaistes pieredzi un tās kvalitāti vecākiem varēja radīt papildus spriedzi. Tāpēc viņi nespēja pilnvērtīgi apgūt prasmes, kas nepieciešamas pozitīvai vecāku pieejai bērnu audzināšanā. Domājot par to, kā svarīgās zināšanas par intersubjektivitāti un mentalizēšanu integrēt Marte Meo terapijā, jāņem vērā šo svarīgo atziņu mācīšanas veids, lai vecākiem neradītu papildus stresu. Tāpēc īpaši pilveidojama ir terapeita prasme sekot mātei un pacietīgi gaidīt, un apstiprināt viņas jauno pieredzi, kurā māte dalās savās domās un emocijās. Visvērtīgākā ir tieši terapeita atspoguļotā mātes pašas pieredze.

Pētījuma fokusā bija mātes – bērna mijiedarbība. Lai gan zināms, ka emocionālu un uzvedības problēmu simptomi jau agrīnā vecumā novērojami tieši bērna – vecāku mijiedarbības laikā (Thomas & Clark, 1998), šī pētījuma fokuss bija galvenokārt uz māšu resursu identificēšanu. Tātad būtiskākais bija novērot un novērtēt mijiedarbību starp bērnu un māti ar mērķi saskatīt māšu resursus un iedrošināt, un pilnvarot viņas ikdienas situācijās realizēt atbalstošu uzvedību. Izdarot mātes – bērna mijiedarbības epizožu video ierakstus un vēlāk tos izvērtējot, terapeits identificēja dažas epizodes, kas parādīja mātei viņas pašas darbības pozitīvo efektu uz bērna darbību mijiedarbības laikā. Mātes tādā veidā varēja redzēt apstiprinājumu no savas pieredzes, ka pozitīva attieksme un darbība mijiedarbībā ar bērnu deva labāku rezultātu nekā sodīšana. Tas, ka mātes redzēja savas rīcības ietekmi, vienlaikus bija arī motivējoši, lai viņas paliktu terapijā un apgūtu jaunus uzvedības modeļus, uzsverot vecāku stiprināšanas nozīmi (Carpenter, 1997). Tieši šis aspekts Marte Meo terapijā ir ļoti būtisks. Tādā veidā video atgriezeniskās saites sesijas laikā mātes, vērojot ekrānā redzamo mijiedarbību ar savu bērnu, labāk apzinājās gan sava bērna individualitāti un emocionālās vajadzības, gan arī labāk sāka izprast un novērtēt savu attieksmi un uzvedību

mijiedarbības laikā. Sarunā tika noskaidrots, kā māte uztvērusi savu bērnu, ko un kā par viņu stāstīja, jo arī mātes uztvere par savu bērnu varēja ietekmēt viņa uzvedību. Māte arī ieraudzīja, cik svarīgi bērnam redzēt sevi atspoguļotu viņas sejā; kā arī – ka ir iespējami abpusēji apmainīties ar pozitīvām emocijām un izjust mijiedarbībā prieku. Saskaņā ar jau pierādīto, ka mātes augstāks iejūtības līmenis, labākas strukturēšanas spējas, kā arī spējas ieinteresēt un iesaistīt bērnus konkrētā darbībā ir saistītas ar zemāku bērna eksternalizētās uzvedības novērtējumu (Mäntymaa, Puura, Luoma, Vihtonen, Salmelin, & Tamminen, 2009), terapijas laikā tika veikti novērojumi tam, kādas bija māšu prasmes šajos aspektos. Tāpat video ierakstu analīzes laikā, būtisks bija terapeita darbs, plānojot atgriezeniskās saites sesiju. Lai gan terapeitam bija plāns, kā māte varētu mācīties un praktizēt vēlamu uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu gan terapijas laikā, gan arī pēc tās, tika ņemts vērā, ka terapeitiskās intervences mērķi un vēlamās izmaiņas ir saskaņojamas ar vecākiem, priekšroku dodot viņu idejām, mērķiem un skaidrojumiem, un vēlamajām izmaiņām (Neander & Engström, 2009). Pēdējo gadu pētījumi attīstības un klīniskajā psiholoģijā, un agrīno intervencu pētījumos tieši uzsver šāda veida terapiju nozīmi, runājot arī par intersubjektivitāti un mentalizāciju (Fonagy & Target, 1997; Sharp & Fonagy, 2008; Vik & Hafting, 2009).

Terapeitiskajā procesā vērā tika ņemti metaanalīzes pētījumos konstatētie aspekti:

1) emocionālo izpausmju un saskarsmes, un pozitīvas bērnu – vecāku mijiedarbības prasmju mācīšana; 2) iemācītā praktizēšana ikdienas mijiedarbības situācijās (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008). Marte Meo terapijas sesijās tieši tas tika īstenots, bet ne direktīvā veidā. Tāpat jāuzsver, ka Marte Meo terapijas laikā ir notikušas ne tikai pozitīvas izmaiņas bērnu uzvedībā, bet arī mātes – bērna mijiedarbībā.

Pētījumā tika atbildēts uz pētījuma jautājumu par to, *kādas ir atšķirības bērnu māšu atbalstošajā uzvedībā mijiedarbības laikā ar bērnu pirms Marte Meo terapijas un pēc terapijas*. Konstatēts, ka pētījuma grupā pēc Marte Meo terapijas mātes vairāk ievēroja bērnu uzmanības fokusu, aktīvāk gaidīja un sekoja bērnu iniciatīvām. Mātēm mijiedarbībā ar bērniem bija vairāk draudzīga sejas izteiksme un patīkami balss toņi. Mātes arī nosauca bērnus un viņu aktuālo pieredzi, un darbību; vairāk bija emocionālās apmaiņas brīži starp bērniem un mātēm, kā arī – mātes ne tikai deva iespēju bērniem veikt mērķtiecīgu darbību, bet arī pieņēma bērnu radīto iespēju viņām veikt darbību. Šajā pētījumā mātes atbalstošā uzvedība tika mērīta, izmantojot septiņas mātes atbalstošās uzvedības novērtēšanas dimensijas. Pētījuma rezultāti parādīja mātes atbalstošās uzvedības pieaugumu terapeitiskās intervences grupā. Terapijas grupā mātes uzrādīja augstākus atbalstošas uzvedības rādītājus gan tūlīt pēc terapijas, gan arī pēc četriem mēnešiem. Vidēji cieša un pozitīva sakarība starp abiem mērījumiem pēc četriem mēnešiem norāda uz rezultātu noturību, kā tas

sasaucas ar citiem pētījumiem, kuros terapijas laikā veicinātas izmaiņas māšu uzvedībā (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Mc Mahon, 2006). Savukārt atsevišķā gadījuma pētījums un gadījumu analīze norādīja, ka mātes ikdienas mijiedarbības situācijās vairāk realizēja atbalstošu uzvedību. Viņas vairāk gaidīja, nosauca, apstiprināja, biežāk bija vērojami emocionālās apmaiņas brīži starp māti un bērnu, kad abu starpā notika dalīšanās priekā, gandarījumā, lepnumā par paveikto un vienam par otru.

Atbildot uz pētījuma jautājumu par to, *kāda saistība pastāv starp mātes atbalstošo uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un mātes novērtētajām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām*, konstatētas statistiski nozīmīgas sakarības starp mātes novērtētām bērna eksternalizētās uzvedības problēmām pēc četriem mēnešiem un mātes atbalstošu uzvedību pēc četriem mēnešiem. Vidēji cieša un negatīva sakarība norāda, ka tās mātes, kurām bija augstāka atbalstošā uzvedība mijiedarbības laikā ar bērnu, mazāk norādīja bērna eksternalizētās uzvedības problēmas.

#### **4.1. Secinājumi**

Rezultāti apstiprina, ka promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma izlases pirmsskolas vecuma bērniem ar eksternalizētām uzvedības problēmām pēc Marte Meo terapijas mazināsies mātes novērtēto eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktība, bet kontroles grupu bērniem eksternalizētās uzvedības problēmu izteiktība nemainīsies vai pieaugs. Tas norāda, ka Marte Meo terapija, līdzīgi kā citas terapeitiskās intervences, ir izmantojama, lai sniegtu savlaicīgu intervenci uzvedības problēmu gadījumā, kā arī lai preventīvi atbalstītu tos vecākus, kuri ziņo par bērnu neuzvedību mājās vai pirmsskolas izglītības iestādē, vai skolā.

Pētījuma rezultāti norāda, ka bērnu uzvedības problēmu gadījumā nepieciešams terapeitisks darbs ar vecākiem. Marte Meo terapijā bērnam tiek palīdzēts ar viņa paša vecāku starpniecību. Šajā pētījumā tas tika veikts ar māšu uzvedības izmaiņu mijiedarbības laikā ar bērnu. Tātad no pētījuma rezultātiem secināms, ka terapeitiskajām intervencēm mērķtiecīgi būtu jābūt virzītām tā, lai palīdzētu vecākiem apgūt atbalstošu uzvedību mijiedarbībā ar bērnu.

Pētījuma rezultāti parāda, ka pēc Marte Meo terapijas ir pieaugusi māšu atbalstošā uzvedība. Pozitīvās izmaiņas varēja notikt, jo terapijas laikā bija ievēroti būtiski pamatprincipi – mātes pieņemoša attieksme no terapeita puses, viņu nekritizējot, kā arī iedrošināšana un apstiprināšana jeb atzinības izteikšana. Kā zināms, apstiprinātai uzvedībai ir tendence turpināties.

Tā kā pētījumā piedalījās arī cilvēki no sociāli mazāk aizsargātām ģimenēm ar dažādām, reizēm pat komplicētām problēmām, būtiski bija tas, ka terapija notika katrai mātes – bērna diādei individuāli. Līdz ar to katrai mātei bija iespēja labāk ieraudzīt savus resursus un panākumus terapijas laikā, nesalīdzinot sevi ar citiem. Tā bija iespējams izvairīties no neveiksmēm terapijā, kad mātes uzvedību varētu bloķēt viņas zemais pašvērtējums un negatīvās automātiskās domas par savu darbību, salīdzinot sevi ar citām mātēm grupā.

Terapeita praktiskajā darbā ļoti nozīmīgas ir teorētiskās atziņas par piesaisti, intersubjektivitāti un mentalizāciju, jo ir būtiski pamanīt mātes kļūdaino mentalizēšanu, lai izplānotu, kā vadīt atgriezeniskās saites sesiju, palīdzot mātei atklāt savas domas par bērnu un viņa uzvedību. Būtiski ar video ierakstu palīdzību demonstrēt tās epizodes, kas mātei radītu iespēju paskatīties uz bērnu pozitīvāk nekā līdz šim. Tieši video ierakstu epizodes ir tās, kas palīdz terapeitam atturēties no izglītojošas lekcijas, kas varētu mātei netieši radīt apziņu par to, cik maz viņa līdz šim saprot. Tas varētu radīt papildus stresu un neveicinātu jaunu prasmju apguvi. Tāpēc māte tika rosināta brīvi runāt par to, ko viņa vēro, atbalstot viņas izteiktās jaunatklātās atziņas.

Dažos gadījumos, kad ir izteiktāki mātes personības traucējumi un/vai atkarīgu vielu lietošana, kas kavē terapijas sekmīgu norisi, terapeits varētu rekomendēt mātei paralēli Marte Meo terapijai apmeklēt arī individuālo psihoterapiju. Mātei ar alkoholisma problēmu uzlabojās mijiedarbības kvalitāte ar savu bērnu, jo viņa paralēli saņēma ārstēšanu pie atkarību speciālista .

Māšu atbalstošajai uzvedībai mijiedarbības laikā ar bērnu pēc Marte Meo terapijas ir saistība ar zemākiem bērnu agresīvās uzvedības rādītājiem, pēc māšu vērtējuma. Jāuzsver, ka pētījumā tikai bērnu mātes bija tās, kas vērtēja viņu uzvedību gan pirms terapijas, gan pēc tās, gan arī pēc četriem mēnešiem. Iespējams, ka terapijas laikā bija mainījusies māšu uztvere un viņu spēja ieraudzīt savus bērnus daudz pozitīvākā skatījumā nekā agrāk. Tas varētu būt arī saistīts ar māšu mentalizēšanas spēju paaugstināšanos. Labāka māšu mentalizēšana paaugstina arī bērna mentalizēšanas kapacitāti, kurai, kā zināms, ir saistība ar labākām bērna emociju un uzvedības regulēšanas spējām (Sharp & Fonagy, 2008).

Ir veikti gan kvalitatīvi, gan kvantitatīvi mērījumi, kas paaugstina pētījuma stiprumu. Pētījumam ir pietiekoši laba iekšējā validitāte. Ir augsta divu neatkarīgu vērtētāju rezultātu saskaņotība, kā arī tas, ka darbība tika veikta bērna pierastajā ikdienas vidē – mājās (visbiežāk) vai pirmsskolas izglītības iestādes grupas telpās. Tikai dažos gadījumos pētījums veikts slimnīcas bērnu spēļu terapijas telpā vai sociālā dienesta psihologa kabinetā. Tomēr arī šajos gadījumos bērnam ar māti tika dota vismaz pusstunda, lai pirms video ieraksta iejustos situācijā un iepazītos ar vidi. Pētījumam ir arī pietiekoši laba ārējā validitāte, jo tas ir veikts, iekļaujot respondentus gan no Rīgas

(36%), gan arī no Latvijas reģioniem (64% no Saldus, Brocēniem un Jelgavas). Pētījuma dalībnieki pārstāv dažādas sociālās grupas ar dažādu ienākumu līmeni; vientuļās mātes un partnerattiecībās esošās; strādājošas un algotu darbu nestrādājošas mātes. Mātēm ir dažāds izglītības līmenis, sākot no nepabeigtas vidējās līdz augstākajai izglītībai.

## 4.2. Praktiskā izmantojamība

Pētījums norāda uz iespējam mazināt māšu novērtēto bērnu eksternalizēto uzvedību pirmsskolas vecumā, ja terapeitiski strādā ar bērnu mātēm. Deviņu terapeitisko sesiju laikā pozitīvi mainījās gan māšu atbalstošā uzvedība, gan māšu – bērnu mijiedarbība, kā arī uzlabojās bērnu uzvedība, kā to novērtēja pašas mātes. Turklāt rezultāti pozitīvām izmaiņām ir stabili ilgtermiņā. Tas pētniekus un praktiķus varētu rosināt sadarboties, lai šāda veida intervences veiktu arī turpmāk. Pētījuma rezultāti varētu būt noderīgi dažādu dienestu un organizāciju vadītājiem, lai plānotu psiholoģiskās palīdzības un rehabilitācijas pasākumus, īpaši domājot par sociāli mazāk aizsargātām ģimenēm.

Marte Meo terapija varētu būt viena no iespējam mātes veiksmīgas bērna audzināšanas pieejas attīstīšanā un bērnu eksternalizētās uzvedības problēmu mazināšanā. Šobrīd Latvijā ir pietiekoši daudz apmācītu Marte Meo praktiķu un terapeitu, lai šāda veida palīdzību ģimenēm varētu nodrošināt.

Galvenās teorētiskās pieejas – piesaistes teorija, intersubjektivitāte, mentalizācijas teorija – mātes un bērna mijiedarbības skaidrošanā varētu palīdzēt Marte Meo terapeitiem labāk izprast bērna uzvedību un tās iespējamus iemeslus. Tāpat teorētiskās atziņas palīdzētu speciālistiem labāk izprast mātes uzvedību mijiedarbībā ar bērnu un mātes uzvedības iespējamus iemeslus.

Labāk izprotot konceptuālo modeli par mentalizēšanu Marte Meo terapijā, terapeits atgriezeniskās saites sesijas laikā varētu veiksmīgāk palīdzēt mātei attīstīt sapratni gan par bērnu, gan pašai par sevi, gan arī par mijiedarbības laikā notiekošo.

### *Pētījuma ierobežojumi un turpmākie pētījuma virzieni.*

Šim pētījumam ir vairāki ierobežojumi. Pirmkārt, bērnu uzvedību novērtēja tikai mātes. Lai turpmāk iegūtu objektīvāku priekšstatu par bērnu eksternalizētās uzvedības izmaiņām terapijas laikā, ieteicams būtu arī bērna tēva un audzinātājas vai auklītes vērtējums.

Ierobežojums ir arī praktisku iemeslu noteiktais (visas terapijas veica pati promocijas darba autore), samērā nelielais izlases apjoms un tas, ka pētījuma dalībnieki tika sadalīti grupās pēc daļējas

nejaušības principa. Rezultāti ir vispārināmi attiecībā tikai uz konkrēto pētījuma grupu. Nākotnē vēlams veidot reprezentatīvāku izlasi, nejauši atlasot dalībniekus no dažādiem Latvijas reģioniem. Tāpat ieteicams terapijas laikā sasniegto rezultātu noturību izvērtēt pēc ilgāka laika perioda – pusgada vai gada.

Tā kā pētījuma autore pati veica terapiju, tādēļ tas zināmā mērā varēja ietekmēt terapijas rezultātu novērtējumu (īpaši video ierakstu analīzes situācijā). Lai arī 28 % mātes – bērna mijiedarbības video ierakstus vēl arī kodēja neatkarīgs eksperts, aprēķinātie Pīrsona korelācijas koeficienti starp divu pētnieku mātes atbalstošās uzvedības novērtējumiem apstiprināja augstu vērtētāja (pētījuma autores) ticamību, tomēr būtu ieteicams, lai šādu pētījumu veiktu pētnieku grupa. Būtu ieteicams, lai visus datus kodētu divi eksperti. Tas arī ir galvenais iemesls, kādēļ ir iespējama subjektīvā faktora klātbūtne pētījuma rezultātu interpretācijā. Lai gan kopumā, ņemot vērā jaunākos zinātniskos datus literatūrā, šajā promocijas darbā divu ekspertu vērtētais datu apjoms var tikt uzskatīts par pietiekamu.

Daļa respondentu – 9 diādes jeb 12% terapeitiskās intervences un pirmās kontrolgrupas dalībnieku - pārtrauca dalību pētījumā. Lai gan nebija statistiski nozīmīgas atšķirības bērna eksternalizētās uzvedības un mātes atbalstošās uzvedības vērtējumos starp palikušajiem un tiem, kuri izstājās, jādoma, ka lielāka motivācija bija tiem dalībniekiem, kuri palika pētījumā, un tas varēja ietekmēt pētījuma rezultātus.

Šajā pētījumā netika pētītas māšu personības iezīmes un psihoemocionālais stāvoklis. Līdz ar to pētījumu grupās varētu būt atšķirības māšu personības iezīmēs un personības traucējumu klātbūtnē, kas varēja ietekmēt pētījuma rezultātus. Arī mātes intelektuālās spējas netika novērtētas nevienā pētījuma grupā. Līdz ar to nav zināms, vai kādai no kontrolgrupās iekļautajām mātēm nebija garīgās attīstības traucējumi, kas varēja ietekmēt to, kā māte novērtē savu bērnu.

Tāpat jāuzsver, ka pētījuma ierobežojums ir arī tas, ka, kopumā vērtējot, izlasē iekļautie bērni vairākumā (57%) bija ar vidējas izteiktības uzvedības problēmām. Vēl būtiski rezultātus varēja ietekmēt tas, ka sensitīvie dati par bērnu veselības problēmām un citi būtiski dati par mātes izglītību, ģimenes stāvokli un sociāli ekonomisko situāciju šajā pētījumā nebija noskaidroti par otrās kontrolgrupas dalībniekiem, ar kuriem nenotika individuāla tikšanās.

Nebija arī zināms, cik abu kontrolgrupu bērnu bija piedzīvojuši pret sevi vērstu vardarbību no mātes vai viņas partnera. Tāpat netika pētīts, cik apmierinātas mātes ir savās partnerattiecībās, bet tas, kā zināms, var ietekmēt bērna uzvedības problēmas (Reyno & McGrath, 2006). Svarīgi arī būtu pētīt māšu apmierinātības līmeni ar saņemto atbalstu terapijas laikā.

## Nobeigums

Pamatojoties uz teorētiskajā daļā veikto analīzi par jaunākajiem pētījumiem attīstības un klīniskajā psiholoģijā, ir izdarīts secinājums, ka nepieciešami tādi pētījumi, kas saistīti ar vecāku lomu bērnu – vecāku mijiedarbības intervencēs. Ir nepieciešams novērtēt bērnu – vecāku mijiedarbības kvalitāti un izprast tās iespējamo saistību ar bērnu psihiskās veselības traucējumiem. Kā konkrētā pētījuma gadījumā - ar bērnu eksternalizētās uzvedības problēmām. Šī pētījuma mērķis bija konstatēt izmaiņas bērnu eksternalizētā uzvedībā (māšu vērtējumā) pēc Marte Meo terapijas šo bērnu mātēm, kā arī novērtēt izmaiņas māšu atbalstošās uzvedības kvalitātē, esot mijiedarbībā ar saviem bērniem. Kā zināms, uzvedības problēmas bērniem ir būtiski pamanīt un novērst laikus, jo tām ir tendence pieaugt.

Lai gan vairāki pētnieki (Beauchaine, Hinshaw, & Pang, 2010) norāda, ka liela nozīme bērna eksternalizētās uzvedības attīstībā ir ģenētiskajiem faktoriem, tomēr viņi arī uzsver ģimenes sociālās vides ietekmes nozīmi saistībā ar to, vai impulsīviem un hiperaktīviem bērniem attīstīsies uzvedības traucējumi ar antisociālas personības veidošanās risku vai nē. Pētnieki norāda, ka labvēlīgā ģimenes vidē, kurā vecāki spēj mierīgi atrisināt konfliktu situācijas, bērns, kuram ir bioloģiski noteikts risks būt impulsīvam, hipreaktīvam, ar vājāku uzmanības noturību, labāk spēj apgūt emociju regulācijas prasmes un attīstīt sociāli pieņemamu uzvedību.

Zinot, ka bērns aug un attīstās mijiedarbībā ar saviem vecākiem, pēdējos gados psihologi un psihoterapeiti ir sapratuši, ka terapeitiskajās intervencēs ir jāiekļauj ne tikai bērni ar problemātisku uzvedību, bet arī viņu vecāki. Šī pētījuma iezīme ir terapijas veikšana tikai mātei, jo bērnu uzvedību ietekmē ne tikai bioloģiskie faktori, bet arī mijiedarbības kvalitāte. Pētījuma ietvaros terapeits realizēja deviņas sesijas terapeitiskās intervences grupas mātēm. Kontrolgrupu mātes terapiju nesaņēma. Salīdzinot sākotnējos rezultātus pirms pētījuma norises ar rezultātiem pēc četriem mēnešiem, terapeitiskās intervences grupā ir būtiski pozitīvi attīstījusies mātes atbalstošā uzvedība. Kontrolgrupās šādas pozitīvas izmaiņas nekonstatēja.

Nozīmīgi bija izpētīt, kā promocijas pētījumā izvēlētā intervences metode – Marte Meo terapija – palīdzēja veicināt mātes atbalstošo uzvedību viņas mijiedarbības laikā ar bērnu. Raksturojot terapijas norisi, būtiski, pie kādiem nosacījumiem un apstākļiem terapija palīdzēja. Īpaša nozīme, līdzīgi kā citās terapeitiskajās pieejās, bija terapeita prasmei izveidot drošas un cieņpilnas attiecības ar māti. Nenoliedzami nozīme bija arī māšu motivācijai. Tas, ka Marte Meo terapijā īpaši tika uzsvērti gan mātes, gan bērna resursi un apstiprinātas pozitīvās izmaiņas mātes uzvedībā, motivāciju un sadarbību veicināja. Tāpat ļoti būtiska nozīme tam, ka terapijas process tika



organizēts tikai individuālu sesiju ietvaros, kurā māte brīvi varēja mācīties pati no savas pieredzes un praktizēt labāku atbalstošu uzvedību mijiedarbības laikā ar bērnu nekā pētījuma sākumā.

Nozīmīgi arī tas, ka pētījuma realizācijas procesā ir pamatota Marte Meo teorētiskā bāze, saistībā ar teorijām attīstības un klīniskajā psiholoģijā. Sākotnēji Marte Meo teorija attīstījās uz praktisku novērojumu pamata ikdienas reālā vidē. Šis pētījums ir zināms ieguldījums, lai labāk pamatotu Marte Meo teorētisko bāzi. Lai kādu vecāku intervences programmu uzskatītu par rekomendējamu praktiskai pielietošanai, tai būtu jāatbilst šādiem kritērijiem: 1) labai teorētiskai bāzei; 2) uz pierādījumiem balstītiem pētījumiem; 3) kvalificētiem, labi apmācītiem speciālistiem; 4) pierādījumos balstītai terapijas efektivitātei; 5) norādītai mērķa grupai, kam terapija ir piemērojama (Deković, 2011). Tāpēc turpmāk pētniekiem ir iespēja turpināt darbu un veikt pētījumu randomizētā izlasē, lai pārbaudītu Marte Meo terapijas efektivitāti Latvijas kultūrvidē. Pētījumus uz pierādījumiem balstītu terapiju jomā, kas veicina pozitīvu vecāku pieeju bērnu audzināšanai, šobrīd veic dažādās pasaules valstīs, un mūsdienās tas ir ļoti aktuāli. Ir svarīgi, lai šāda veida pētījumi, kā arī pētnieku un praktiķu sadarbība turpinātos.

## Izmantotā literatūra

- Aarts, M. (2000). *Marte Meo: Basic manual*, Hardewijk, the Netherlands: Aarts Productions.
- Aarts, M. (2008). *Marte Meo: Basic manual*, (Revised 2nd ed.), Eindhoven, the Netherlands: Aarts Productions.
- Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2012). Parent – child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1 – 9
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF and YSR*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one – year – olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49 – 67.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant – Mother Attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932 – 937.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J.G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67. 91 – 112.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J.G. (2012). *Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with*

- plain old therapy*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Allen, B., Timmer, S. G., & Urquiza, A. J. (2014). Parent–Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children *Children and Youth Services Review* 47, 334–341. Iegūts 2016. gada 18. augustā no *PsychARTICLE* datu bāzes.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5-th ed., DSM – 5™). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ammaniti, M., & Trentini, C. (2009). How new knowledge about parenting reveals the neurobiological implications of intersubjectivity: a conceptual synthesis of recent research. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 537 – 555.
- Anderson K.E., Lytton, H., & Romney, D.M. (1986). Mothers interaction with normal and conduct disordered boys: Who effects whom? *Developmental psychology*, 22, 604 – 609.
- Attili, G., Vermigli, P., & Roazzi, A. (2010). Children’s social competence, peer status, and the quality of mother-child and father-child relationships. A multidimensional scaling approach. *European Psychologist*, 15 (1), 23 – 33.
- Axberg, U., Hansson, K., Broberg, A.G., & Wirtberg, I. (2006). The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. *Family Process*, 45 (3), 375 – 389.
- Bakermans – Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2006) Gene – environment interaction of the dopamine D4 receptor (DRD4) and observed maternal insensitivity predicting externalizing behavior in preschoolers. *Developmental Psychobiology*, 48, 406 – 409.
- Bakermans – Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Pijlman, F.T.A., Mesman, J., & Juffer, F. (2008). Experimental Evidence for Differential Susceptibility: Dopamine D4 Receptor Polymorphism (DRD4 VNTR) Moderates Intervention Effects on Toddlers’ Externalizing Behavior in a Randomized Controlled Trial. *Developmental Psychology*, 44 (1), 293 – 300.
- Bandura, A. (1997). Self – efficacy. *Harvard mental Health Letter*, 13 (9), 4 – 7.
- Baron-Cohen, S. (1991). Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others. In Whiten, A., editor, *Natural Theories of Mind: Evolution, Development and Simulation of Everyday Mindreading* ( pp. 233-251). Blackwell, Oxford, England.
- Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Early-Onset Conduct Disorder:

- Biological, Environmental, and Developmental Mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17 (4), 327 - 336
- Birzina E., & Martinsone B. (2012). Changing mother – child interaction patterns and preventing preschool children externalizing behavior problems through the Marte Meo Therapy: a preliminary study. *Proceedings of the XV European Conference on Developmental Psychology*, (pp. 275 – 279). Bergen, Norway.
- Birziņa E. (2014). Izmaiņas mātes un bērna mijiedarbībā Marte Meo terapijas laikā. *Rīgas Pedagoģijas un izglītības vadības akadēmija, IX starptautiskās jauno zinātnieku konferences (2013) rakstu krājums*, (12. – 21.lpp.). Rīga, Latvija.
- Bishop, S. R., Lau, M. A., Shapiro, S. L., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 230–241.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent – child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2008). Infant temperament, parenting, and externalizing behavior in first grade: A test of the differential susceptibility hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 124-131.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., Burchinal, M., McAdoo H. P., & Coll, C. G. (2001). The Home Environments of Children in the United States Part II: Relations with Behavioral Development through Age Thirteen. *Child Development*, 72 (6), 1868 – 1886.
- Bråten, S., & Trevarthen, C. (2007). From infant intersubjectivity and participant movements to simulation and conversation in cultural common sense. In S. Bråten (Ed.), *On being moved: From mirror neurons to empathy* (pp. 21 – 34). Amsterdam: John Benjamins Publishing Co.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21th century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9 (1), 115 – 125.
- Burriel, M. P., & Brugué, M., S. (2014). Developmental trajectory of intersubjectivity in the second and third year of life: Study of fixed-population and random-individual effects. *European Journal of Developmental Psychology*, 11 (5), 574 – 591.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddler and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and*

- Psychopathology*, 12, 467 – 488.
- Carpenter, B. (1997). Empowering Parents: The Use of the Parent as Researcher Paradigm in Early Intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 6, (4), 391 – 398.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2006). Fostering Secure Attachment in Infants in Maltreating Families Through Preventive Interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623 – 649.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409 – 438.
- Cohen, N. J., Muir, E., Parker, C. J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., & Barwick, M. (1999). Watch, wait and wander: Testing the effectiveness of a new approach to mother – infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429 – 451.
- Cortina, M., & Liotti, G. (2010) Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing and social understanding. The relationships between attachment and intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology* 27 (4), 410 – 441.
- Cruise, R. C., Sheeber, L. B., & Tompson, M. C. (2011). Behavioral Correlates of Maternal Expressed Emotion in Interaction Tasks. *Journal of Family Psychology*, 25 (5), 781 – 784.
- Cullerton – Sen, C., Cassidy A. R., Murray – Close, D., Cicchetti, D., Crik, N. R., & Rogosch, F. A. (2008). Childhood Maltreatment and the Development of Relational and Physical Aggression: The Importance of a Gender-Informed Approach. *Child Development*, 79 (6), 1736 –1751.
- Deater-Deckard, K., Ivy, L., & Petrill, S.A. (2006). Maternal warmth moderates the link between physical punishment and child externalizing problems: a parent-offspring behavior genetic analysis. *Parenting: Science and Practice*, 6 (1), 59 – 78.
- Deković, M. (2011). *Testing theories through evaluation research: conceptual and methodological issues embedded in evaluations of parenting programs*. Presentation in Winter school on evidence-based parent education programs and best practices to promote positive parenting, Tenerife (Spain) January 11, 2011 (unpublished).
- Derks, E., Hudziak, J., van Beijsterveldt, C., Dolan, C., & Boomsma, D. (2004). A study of genetic and environmental influences on maternal and paternal CBCL syndrome scores in a large sample of 3-year-old Dutch twins. *Behavior Genetics*, 34, 571 – 583.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research.

- Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255–270.
- Dubois-Comtois, K., & Moss E. (2008). Beyond the dyad: do family interactions influence children's attachment representations in middle childhood? *Attachment & Human Development*, 10 (4), 415 – 431.
- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families; role of parenting and children's self – regulation. *Developmental Psychology*, 43 (5), 1187 – 1201.
- Egeland, B., & Erickson, M.F. (1990). Rising above the past: Strategies for helping new mothers break the cycle of abuse and neglect. *Zero to Three*, 11 (2), 29 – 35.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2004). Linking theory and research to practice: The Minnesota longitudinal study of parents and children and the STEEP™ program. *Clinical Psychologist*, 8 (1), 5 – 9.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence – based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (1), 215 – 237.
- Fenning, R. M., & Baker, J. K. (2012). Mother – child interaction and resilience in children with early developmental risk. *Journal of Family Psychology*, 26 (3), 411 – 420.
- Fonagy P. (1989). On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12, 91–115.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 188, 1 – 3.
- Fonagy, P., Leight, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R. Mattonn, G. *et al.* (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 22–31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective state in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental Health Journal*, 12 (3), 201 – 218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self – organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679 – 700.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant – mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387 – 422.

- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 519 – 536.
- Gartstein, M. A., & Fagot, B.I. (2003). Parental depression, parenting and family adjustment, and child effortful control: Explaining externalizing behaviors for preschool children. *Applied Developmental Psychology*, 24, 143 – 177.
- Giannoni M., & Corradi, M. (2006). How the mind understands other minds: cognitive psychology, attachment and reflective function. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 271 – 284.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental Meta-Emotion Philosophy and the Emotional Life of Families: Theoretical Models and Preliminary Data. *Journal of Family Psychology*, 10 (3), 243 – 268.
- Ha, E. H., & Oh, K. J. (2006). Effects of Cognitive – Behavioral Group Therapy for Depressive Mothers of Children with Behavior Problems. *Child & Family Behavior Therapy*, 28 (2), 1 -13.
- Haftfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current directions in psychological science*, 2 (3), 96 – 100.
- Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Pluck, J., Walter, D., & Dopfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behaviour problems in the real world. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 37 (4), 379 – 396.
- Helmsen, J., Koglin, U., & Petermann, F. (2012). Emotion regulation and aggressive behavior in preschoolers: the mediating role of social information processing. *Child Psychiatry and Human development*, 43 (1); 87 – 101.
- Hill, A. L., Degnan, K. A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2006). Profiles of Externalizing Behavior Problems for Boys and Girls Across Preschool: The Roles of Emotion Regulation and Inattention. *Developmental Psychology*, 42 (5), 913 – 928.
- Johnston, C., & Krech, K. (1991). *Maternal Depressive Symptomatology and Perceptions of Child Behaviour*. [Washington, D.C.]: Distributed by ERIC Clearinghouse, <http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED332814>, iegūts 2016. g. 15. jūnijā.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and*

- Psychiatry* 46, 263 – 274.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta – analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567 – 589.
- Karreman, A. van Tuijl, C., van Aken, M. A. G., & Deković M. (2009). Predicting young children's externalizing problems. Interactions among effortful control, parenting, and child gender. *Merill – Palmer Quarterly*, 55 (2), 111 – 134.
- Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and Future directions. *Psychological Bulletin*, 102 (2), 187 – 203.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277 – 310.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (4), 726 – 730.
- Krone, I. (2013). Pirmsskolas vecuma bērnu vadības funkcijas un vecāku – bērnu mijiedarbības sakarības. Promocijas darbs. Rīga: Latvijas Universitāte.
- Latvijas Valsts policijas pārskats par nepilngadīgo noziedzības stāvokli, noziedzīgos nodarījumos cietušajiem bērniem un noziedzības novēršanas problēmām (2016). Iegūts 2016. gada 29. martā no [www.vp.gov.lv/faili/sadala/parskats\\_2015.docx](http://www.vp.gov.lv/faili/sadala/parskats_2015.docx)
- Larsson, P. (2012). How important is an understanding of the client's early attachment experience to the psychodynamic practice of counseling psychology? *Counselling Psychology Review*, 27 (1), 10 – 21.
- Lengua, L. J. (2006). Growth in temperament and parenting as predictors of adjustment during children's transition to adolescence. *Developmental Psychology*, 42, 819 – 832.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalization: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855– 875.
- Liljenfors, R., & Lundh, L. G. (2015). Mentalization and intersubjectivity towards a theoretical integration. *Psychoanalytic Psychology*, 32 (1), 36 – 60.
- Lorber, M. F., & Egeland B. (2009). Infancy Parenting and Externalizing Psychopathology from Childhood through Adulthood: Developmental Trends. *Developmental Psychology*, 45 (4), 909 – 912.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 86 – 104.



- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M., & Cibelli, C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681–692.
- Lyons-Ruth, K. (2007). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 595–616.
- Ļubenko, J. (2011). Pusaudžu pašefektivitāte, internalizētas un eksternalizētas problēmas ģimenes psiholoģiskās vides kontekstā. Longitudināls pētījums. Promocijas darbs. Rīga: Latvijas Universitāte.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 237 – 243.
- Manongdo, J. A., & García J. I. R. (2007). Mothers' parenting dimensions and adolescent externalizing and internalizing behaviors in a low-income, urban mexican american sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (4), 593 – 604.
- Martins, C., Mateus, V., Osório, A., Martins, E. C., & Soares, I. (2014). Joint attention with the mother and the father at 10 months age. *European Journal of Developmental Psychology*, 11 (3), 319 – 330.
- Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (1), 15 – 31.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Vihtonen, V., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2009). Child's behavior in mother-child interaction predicts later emotional and behavioural problems. *Infant and Child Development*, 18, 455 – 467.
- MacDonald, V.M., & Achenbach, T.M. (1999). Attention problems versus conduct problems as 6-year predictors of signs of disturbance in a national sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1254 – 1261.
- McGilloway, S., Mhaille, G. N., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Comiskey, C., & Donnelly, M. (2012). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (1), 116 – 127.
- McMahon, R. J. (2006). Parent Training Interventions for Preschool- Age Children. In: Tremblay R.E., Barr R.G., & Peters R.DeV. (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*. (pp. 1 - 9). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for

Early Childhood Development.

- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind – mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development, 73* (6), 1715 – 1726.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark – Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., et al. (2003). Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind – mindedness. *Child Development, 74* (4), 1194 – 1211.
- Meltzoff, A. N. (2007). “Like me”: A foundation for social cognition. *Developmental Science, 19*, 126 – 134.
- Middleton, M., Scott, S. L., & Renk K. (2009). Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant and Child development, 18*, 323 – 336.
- Miner, J. L., & Clarke-Stewart, K. A. (2008). Trajectories of Externalizing Behavior from Age 2 to Age 9: Relations With Gender, Temperament, Ethnicity, Parenting, and Rater. *Developmental Psychology, 44* (3), 771 – 786.
- Minze, L. C., McDonald, R., Rosentraub, E. L., & Jouriles E. N. (2010). Making sense of family conflict: Intimate partner violence and preschoolers’ externalizing problems, *Journal of Family Psychology, 24* (1), 5 – 11.
- Moffitt T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*, 674–701.
- Moreira, H., & Canavarro (2015). Individual and gender differences in mindful parenting: The role of attachment and caregiving representations. *Personality and Individual Differences 87*, 13 – 19.
- Morton, J. (1989). The origins of autism. *New Scientist, 1694*, 44-47.
- Neander, K., & Engström, I. (2009). Parents’ assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Iegūts 2012. gada 18. maijā no <http://www.capmh.com/content/3/1/8>
- Niccols, A (2008). “ Right from the Start”: Randomized trial comparing an attachment group intervention to supportive home visiting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 754 – 764.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 119 – 133.
- Ostrov, J. M., & Crick, N. R. (2005). Current directions in the study of relation aggression

- during early childhood. *Early Education & Development*, 16 (2), 109 – 114.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for child noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846 – 851.
- Pirsko, L. (2010). Piesaistes stila saistība ar uzvedības traucējumiem un bērnu un vecāku vardarbības pieredzi. Promocijas darbs. Rīga: Latvijas Universitāte.
- Ramberg, L. (2006). In dialogue with Daniel Stern: A review and discussion of "The present moment in psychotherapy and everyday life". (2006). *International Forum of Psychoanalysis*, 15, 19 – 33.
- Reid, J.B. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology*, 5 (1), 243 – 262.
- Reinecke, M. A. (2011). *CBT for Externalizing Behavior Problems in Children and Adolescents*. Presentation in seminar, Riga (Latvia) May 22, 2011 (unpublished).
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1), 99 – 111.
- Rothbart, M. K. (2004). Temperament and the pursuit of an integrated developmental psychology. *Merrill – Palmer Quarterly*, 50, (4), 492 – 505.
- Scaramella, L. V., Neppl, T. K., Ontai, L. L., & Conger, R. D. (2008). Consequences of socioeconomic disadvantage across three generations: Parenting behavior and child externalizing problems, *Journal of Family Psychology*, 22 (5), 725 – 733.
- Sebre, S. B., Jusiene, R., Dapkevice, E., Skreitule-Pikse, I., & Bieliauskaite, R. (2014). Parenting dimensions in relation to pre-schoolers' behavior problems in Latvia and Lithuania. *International Journal of Behavioral Development*, 1 -9.  
Downloaded from [ijbd.sagepub.com](http://ijbd.sagepub.com) by guest on October 15, 2014
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17 (3), 737 – 754.
- Skreitule-Pikše, I. (2010). Mātes kompetences izjūtas, mātes-bērna emocionālās pieejamības un bērna uzvedības izmaiņas pēc mātes piedalīšanās vecāku mācību programmā „Bērna emocionālā audzināšana”. Promocijas darbs. Rīga: Latvijas Universitāte.
- Skreitule-Pikše, I., Račevska, M., Sebre, S., Koļesovs, A., & Bite, I. (2013). Ahenbaha

empīriski balstītās izpētes sistēma skolas vecuma bērnu un jauniešu novērtēšanai.

Rīga: Latvijas Klīnisko psihologu asociācija.

- Slatcher, R. B., & Trentacosta, C. J. (2011). A naturalistic observation study of the links between parental depressive symptoms and preschoolers' behaviors in everyday life. *Journal of Family Psychology, 25* (3), 444 – 448.
- Sonuga – Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion. The effect of delay on choice. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 33* (2), 387 – 398.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary Behavior Therapy* (5<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant Mental Health Journal, 27*, 1 – 4.
- Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools, 39* (2), 127 – 138.
- Taylor, C. (2012). *Empathic Care for Children with Disorganised Attachments: A Model for Mentalizing, Attachment and Trauma-Informed Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Thomas, D. E., Bierman, K. L., Thompson, C., & Powers, C. J. (2008). Double Jeopardy: Child and School Characteristics That Predict Aggressive – Disruptive Behavior in First Grade. (2008). *School Psychology Review, 37* (4), 516 – 532.
- Thomas, J. M., & Clark, R. (1998). Disruptive behavior in the very young child: Diagnostic classification: 0-3 guides identification of risk factors and relational interventions. *Infant Mental health Journal, 19*, 81 – 99.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321 – 347). London: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 3 – 48.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta – analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225 – 249.
- Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2006). *DRD4 7-repeat*

- polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment and Human Development*, 8 (4), 291 – 307.
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Mesman, J. (2008). Dopamine system genes associated with parenting in the context of daily hassles. *Genes, Brain and Behavior* 7, 403 – 410
- Van Zeiji, J., Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H., & Alink L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1 – to 3- year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 74 (6), 994 – 1005.
- Velderman, M. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., Mangelsdorf, S. C., & Zevalkink, J. (2006). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 27 (5), 466 – 493.
- Vik, K., & Hafting, M. (2009.). The outside view as facilitator of self-reflection and vitality: A phenomenological approach. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 27 (3), 287 – 298.
- Whittaker, J. E., & Harden, B. J. (2010). Teacher – child relationships and children's externalizing behaviors in head start. *NHSA Dialog*, 13 (3), 141 - 167
- Wilson, S., & Durbin C. E. (2013). Mother – child and father – child dyadic interaction: parental and child bids and responsiveness to each other during early childhood. *Merill-Palmer Quarterly*, 59 (3), 249 -279.

## Summary

### **Changes in Mother – Child Interaction and Preschool Children’s Externalizing Behavior Problems through the Marte Meo Therapy**

There is done analysis of the newest research results about preschool children externalizing behaviour problems, and about the role of mother – child interaction. The theoretical aim of this study is to describe the reasons of children’s externalizing behaviour problems for selecting the appropriate therapy method which helps to reduce or prevent the problems. Therapeutic work with parents is recommended. There is also analysed the main theoretical findings, that are crucial for changing interaction patterns between mother and her child. Also – it is crucial to educate the parents and to give them possibilities to practice positive parent – child interaction skills during the therapy. Here are described some more popular parent – child interaction therapies and Marte Meo therapy is accentuated, because it is possible to reduce children’s externalizing behaviour through the therapeutic work with parents during this kind of therapy. The aim of this intervention study is to test the correlative relation between parenting behaviour and childhood externalizing behaviour problems by increasing positive parenting and then examining these results in a reduction of externalizing problems. Marte Meo therapy is effective in changing mother – child interaction patterns. In most cases there was growth of mothers’ supportive behaviour and better interaction moments between mothers and their children were found during the therapy. In the present study the externalized behaviour symptoms decreased after the Marte Meo therapy and remained stable after the four months waiting period.

**PĒTNIECISKĀ DARBA PIETEIKUMS**

Vārds, uzvārds, kontakti (tālrunis, numurs, e-pasts)	<p style="text-align: center;"><b>Estere Birziņa</b>          mob. t. 29489302; e-pasts: <a href="mailto:b_estere@inbox.lv">b_estere@inbox.lv</a></p> <p style="text-align: right;"><i>Estere Birziņa</i>          darba iesniegēja paraksts</p>
Izglītības iestāde	Latvijas Universitāte
Pētnieciskā darba tēma	<b>Mātes un bērna mijiedarbības un pirmsskolas vecuma bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu izmaiņas Marte Meo terapijas laikā</b>
Pētījuma mērķis	<p>Izpētīt un analizēt teorētisku pamatojumu izvēlētajai intervencei – Marte – Meo terapijai. Veikt intervenci un pierādīt hipotēzi, ka pirmsskolas vecuma bērniem ar eksternalizētām uzvedības problēmām pēc Marte – Meo terapijas mazināsies agresijas un noteikumu pārkāpumu izteiktība, salīdzinot ar kontrolgrupu, kur agresijas un noteikumu pārkāpumu izteiktība nemainīsies.</p> <p><i>Pētījuma jautājumi (atliecas uz eksperimentālo jeb terapijas grupu):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kādas ir atšķirības bērnu un māšu mijiedarbības emocionālajos un uzvedības neverbālajos, un verbālajos aspektos pirms un pēc Marte Meo terapijas.</li> <li>2. Vai pastāv saistība starp mātes emociju un uzvedības neverbāliem, un verbāliem aspektiem mijiedarbības laikā ar bērnu Marte Meo terapijā un bērna eksternalizēto uzvedību.</li> </ol> <p>Pamatoties uz pētījuma rezultātiem, nākotnē varētu praksē ieviest Marte Meo terapiju, kā vienu no palīdzības veidiem, bērnu eksternalizēto uzvedības problēmu mazināšanai.</p>
Pētījuma darba metode	Kvantitatīvās pētījuma metodes – ar Ahenbaha empīriski pamatotās novērtēšanas sistēmas Bērnu uzvedības novērtējuma anketu (ASEBA, Child Behavior Checklist – Parent Rating Form, Achenbach, & Rescorla, 2001) iegūto datu apstrāde un analīze. Anketas aizpilda bērnu mātes.
Pētnieciskā darba mērķa grupa	Kvalitatīvās pētījuma metodes – videoreakstu izmantošana kvalitatīvu uzvedības izmaiņu novērtēšanā, tos kodējot un analizējot. 3 – 7 gadus veci pirmsskolas vecuma bērni un viņu mātes.

Pētījuma laiks	2012.g. novembris – 2013.g. decembris
Darba vadītājs (vārds, uzvārds, iestāde, amats, kontakti)	<p><b>Baiba Martinsons, Dr.Psych., docente, Latvijas Universitāte, Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultātes, Psiholoģijas nodaļa</b>  <b>telef. 67034018; e-pasts: baiba.martinsons@lu.lv</b></p>

*Baiba Martinsons, Dr. psych.*  
darba vadītāja paraksts

Rehabilitācijas dienesta  
vadītāja  
**Ilma TRUŠINA**

*Egils Lavendelis*



Uzaicinājuma vēstule pētījuma dalībniekiem

**Labdien, cienījamie vecāki!**

LU Psiholoģijas doktorantūras studiju programmas ietvaros veicu pētījumu par to, kā mātes novērtē savus bērnus.

Būšu Jums ļoti pateicīga, ja tuvākajā laikā aizpildīsiet anketu.

Vēl vēlos arī, ka Jūs uzrakstītu šādas ziņas:

**Mājas un / vai mobilā telef. nr:** ....., jo atsevišķas mātes plānoju uzaicināt piedalīties pētījuma 2. daļā.

Vēl būtu labi, ja Jūs sniegtu šādas papildu ziņas:

Bērna mātes vecums:.....gadi.

Cik daudz bērnu ir Jūsu ģimenē vecumā līdz 18 gadiem:.....

Kurš bērns pēc kārtas ir šis bērns, par kuru sniedzat ziņas anketā:.....

Vai ir vēl kaut kas, ko Jūs papildus gribat pateikt par bērnu:.....

Garantēju, ka ievērošu konfidencialitāti!

Paldies par Jūsu atsaucību!

Estere Birziņa, psiholoģe, LU doktorante;

Mob. t.: 29489302

**Mātes atbalstošā uzvedība (kodēšana)**

Ģimene (šifrs):

Video ieraksts veikts (dat.):

Video ieraksta sesijas kārtas numurs:

Atgriezeniskās saites sesijas kārtas numurs un datums:

Situācija: mācīšanās / brīvās spēles (vajadzīgo pasvītrot)

Kodēja:

Datums:

Laiks	Mijiedarbības dimensijas						
	Uzmanības fokusa ievērošana	Gaidīšana	Pozitīva emocionālā fona uzturēšana	Nosaukšana	Apstiprināšana	Iespējas veikt darbību došana un pieņemšana	Emociju apmaiņa
00:00 – 00:30							
00:30 – 01:00							
01:00 – 01:30							
01:30 – 02:00							
02:00 – 02:30							
02:30 – 03:00							
03:00 – 03:30							
03:30 – 04:00							
04:00 – 04:30							
04:30 – 05:00							
Kopā balle katrai dimensijai							

**Apzīmējumi:** „0”- māte nerealizē vēlamu uzvedību; „1” – māte realizē vēlamu uzvedību;

„/” – dotajā laika momentā šī uzvedība nav aktuāla (to nevērtē)

**Kopā: \_\_\_\_\_ balles**

### Pētījuma dalībnieka piekrišana par video ierakstu demonstrēšanu

Es.....(vārds, uzvārds) piekrītu, ka psiholoģe Estere Birziņa demonstrē tās video ieraksta epizodes, kuras man tika parādītas, ka tieši šīs epizodes tiks izmantotas prezentācijās. Piekrītu ierakstu epizožu demonstrēšanai šādās situācijās:

Situācija	Piekrītu (ierakstīt <b>jā</b> ); Nepiekrītu (ierakstīt <b>nē</b> )
Latvijas Universitātes pētnieku grupā	
Citu iestāžu pētnieku grupā	
Konferencēs Latvijā	
Konferencēs ārvalstīs	
Citiem vecākiem psiholoģisko konsultāciju vai semināru ietvaros	
Augstskolu studentiem	

Saskaņā ar šo dokumentu video ierakstu epizodes tiks demonstrētas tikai tajās situācijās, kurās Jūs devāt savu piekrišanu.

Šis dokuments ir sagatavots divos identiskos eksemplāros, no kuriem viens ir pētījuma dalībniekam, otrs – psihologam.

Vecāku paraksts:

Psihologa paraksts:

Datums:

13. tabula. Mātes sniegtā 3-5 g. v. bērna uzmanības nenoturības un agresīvas uzvedības novērtējuma aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji savstarpēji atkarīgām pāru izlasēm terapeitiskās intervences grupā

Mainīgie lielumi	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t- pāru</i>
		<i>(neapstrādātās balles)</i>		
Uzmanības nenoturība pētījuma sākumā (pirms terapijas)	19	5,58	2,17	
Uzmanības nenoturība pēc četriem mēnešiem	19	3,73	1,72	4,70***
Uzmanības nenoturība pētījuma sākumā (pirms terapijas)	16	5,75	2,27	
Uzmanības nenoturība pēc terapijas	16	4,75	1,52	2,28*
Uzmanības nenoturība pēc terapijas	16	4,75	1,52	
Uzmanības nenoturība pēc četriem mēnešiem	16	3,87	1,59	3,05**
Agresīva uzvedība pētījuma sākumā (pirms terapijas)	19	24,11	2,83	
Agresīva uzvedība pēc četriem mēnešiem	19	17,11	4,53	6,43***
Agresīva uzvedība pētījuma sākumā (pirms terapijas)	16	24,19	3,04	
Agresīva uzvedība pēc terapijas	16	19,38	4,50	4,26**
Agresīva uzvedība pēc terapijas	16	19,38	4,50	
Agresīva uzvedība pēc četriem mēnešiem	16	17,44	4,41	1,92

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

14. tabula. Demogrāfisko rādītāju, mātes atbalstošās uzvedības un mātes sniegtā bērna eksternalizētās uzvedības novērtējuma aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji terapeitiskās intervences grupā un kontrolgrupās pētījuma izlasē

Mainīgie lielumi	Terapeitiskās intervences grupa ( <i>n</i> =25)	Pirmā kontrolgrupa ( <i>n</i> =18)	Otrā kontrolgrupa ( <i>n</i> =26)	Statistiskais kritērijs
Mātes vecums (gados), <i>M</i> ( <i>SD</i> )	29,84(5,84)	31,66 (6,03)	31,19 (5,32)	<i>F</i> = 0,62
Ģimenes stāv.				$\chi^2 = 0,14$
Vientuļā māte	7 (28%)	6 (33%)	--	
Partnerattiecībās	18 (72%)	12 (67%)	--	
Ienākumu līmenis				$\chi^2 = 0,84$
Vidēji ienākumi	16 (64%)	9 (50%)	--	
Maznodrošināta	9 (36%)	9 (50%)	--	
Mātes nodarbin.				$\chi^2 = 1,41$
Nestrādā	8 (32%)	9 (50%)	--	
Strādā	17 (68%)	9 (50%)	--	
Bērna vecums (mēnešos), <i>M</i> ( <i>SD</i> )	60,04(15,41)	57,72 (14,14)	62,50(13,44)	<i>F</i> = 0,59
Bērna dzimums				$\chi^2 = 0,11$
Meitene	11 (44%)	7 (39%)	11 (42%)	
Zēns	14 (56%)	11 (61%)	15 (58%)	
Rīgu pārstāvošās bērna – mātes diādes	8 (32%)	7 (39%)	10 (39%)	$\chi^2 = 0,30$
Reģionus pārstāvošās bērna – mātes diādes	17 (68%)	11 (61%)	16 (61%)	

Piezīme. \**N* = 69 (ietverot visu izlasi); *n* = 43 (ietverot tikai terapeitiskās intervences un pirmo kontrolgrupu, salīdzinot atsevišķus demogrāfiskos rādītājus).

\*\*Visā pētījuma izlasē kopā Rīgu pārstāv 25 (36%) bērna – mātes diādes, bet Latvijas reģionus pārstāv 44 (64%) bērna mātes diādes.

15. tabula. Kopējās Mātes atbalstošās uzvedības divu neatkarīgu vērtētāju vērtējumu

Pīrsona korelācijas koeficienti

Mainīgie lielumi	1.	2.	3.	4.	5.
1. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums, E.B.)	--				
2. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums, K.V.)	0,87**	--			
3 Mātes atbalstoša uzvedība (pēc terapijas, E.B.)	0,23	0,49	--		
4.Mātes atbalstoša uzvedība (pēc terapijas, K.V.)	0,18	0,42	0,88**	--	
5. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem, E.B.)	- 0,44	- 0,31	0,54	0,49	--
6. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem, K.V.)	- 0,35	- 0,15	0,44	0,32	0,92**

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ , N = 12

16. tabula. Mātes atbalstošās uzvedības brīvās spēles situācijā divu neatkarīgu vērtētāju vērtējumu Pīrsona korelācijas koeficienti

Mainīgie lielumi	1.	2.	3.	4.	5.
1. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums, E.B.)	--				
2. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums, K.V.)	0,82**	--			
3 Mātes atbalstoša uzvedība (pēc terapijas, E.B.)	-0,28	-0,53	--		
4.Mātes atbalstoša uzvedība (pēc terapijas, K.V.)	0,18	-0,23	0,77*	--	
5. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem, E.B.)	-0,33	-0,25	0,55	0,28	--
6. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem, K.V.)	-0,36	-0,51	0,81	0,55	0,75*

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ , N = 12

17. tabula. Mātes atbalstošās uzvedības mācīšanās situācijā divu neatkarīgu vērtētāju  
vērtējumu Pīrsona korelācijas koeficienti

Mainīgie lielumi	1.	2.	3.	4.	5.
1. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums, E.B.)	--				
2. Mātes atbalstoša uzvedība (sākotnējais vērtējums, K.V.)	0,90**	--			
3 Mātes atbalstoša uzvedība (pēc terapijas, E.B.)	0,25	0,19	--		
4.Mātes atbalstoša uzvedība (pēc terapijas, K.V.)	0,81	0,18	0,86*	--	
5. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem, E.B.)	0,03	0,03	0,47	0,25	--
6. Mātes atbalstoša uzvedība (pēc 4 mēnešiem, K.V.)	0,25	0,30	0,40	0,40	0,89**

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ ,  $N = 12$



# CERTIFICATE

This is to certify that

***Estere Birzina***

Date of birth: **02-10-1960**

Country: **Latvia**

has successfully completed an authorised MARTEMEO training programme to accreditation requirements and is qualified to practise as

MARTEMEO ***Practitioner***

in her/his professional work as ***Occupation Psychologist***

Certificate number: **457**

Date of issue: **15-08-2008**

This certificate is registered at MARTEMEO INTERNATIONAL Central Office.

Director of MARTEMEO International:

MARTEMEO Supervisor:



Maria H. Aarts



**Ilona Buša**

**MARTEMEO**

*On One's Own Strength*

# CERTIFICATE

*This is to certify that*

**Estere Birzina**

Date of birth: **02-10-1960**

Country: **Latvia**

*has successfully completed an authorised MARTEMEO training programme to accreditation requirements and is qualified to practise as*

**MARTEMEO Therapist**

*in her/his professional work as* **Occupation-Psychologist**

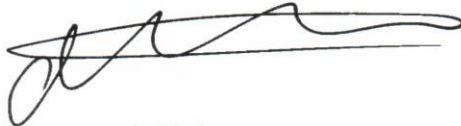
Certificate number: **3001**

Date of issue: **Jan. 2010**

*This certificate is registered at MARTEMEO INTERNATIONAL Central Office.*

Director of MARTEMEO International:

MARTEMEO Supervisor:



Maria H. Aarts



**Gatis Bušs**

**MARTEMEO**

*On One's Own Strength*