

VILNIAUS UNIVERSITETAS MEDICINOS FAKULTETAS

IR

LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapijos (Dramos terapijos specializacijos)

antrosios pakopos (magistrantūros) studijų

Baigiamasis darbas

**MOTERŲ, SERGANČIŲ IŠSĖTINE SKLEROZE, SAVIRAIŠKOS IR
PSICHOEMOCINĖS SVEIKATOS KAITA,
TAIKANT DRAMOS TERAPIJOS METODUS**

Monika Bičiūnaitė

Darbo vadovė

VU doc. dr. Laimutė Samsonienė

Konsultantė

LMTA doc.dr. Violeta Rimkevičienė

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data:

Registracijos Nr.:

Studento elektroninio pašto adresas: monika.biciunaite@mf.stud.vu.lt

2022

SANTRAUKA

Motery, sergančių išsėtine skleroze, saviraiškos ir psichoemocinės sveikatos kaita, taikant dramos terapijos metodus.

Tikslas - taikant dramos terapijos metodus nustatyti moterų, sergančių išsėtine skleroze, saviraiškos, savigarbos ir psichoemocinių parametrų kaitą.

Tiriamoji imtis: 32 moterys sergančios išsėtine skleroze

Tyrimo metodika: mišraus tyrimo dizaine naudoti kiekybiniai ir kokybiniai tyrimo instrumentai:

1. Asmenybės saviraiškos ir savigarbos anketa (pagal modifikuotą E. Shostrom metodiką).
2. Nerimo ir depresijos skalė (angl. HAD).
3. Daugiamatis nuovargio inventorių (angl. The Multidimensional Fatigue Inventory, MFI -20).
4. Teminės indukcijos analizės metodas.

Kiekybiniai duomenys analizuoti programos SPSS 23.0 paketu, tiriamųjų refleksijos- kokybine turinio analize.

Tyrimo rezultatai: tyrimo pradžioje beveik kas dešimtos respondentės buvo žema savigarba, trečdalis moterų vidutinė, daugiau nei pusė respondenčių jautė nerimą, trečdalis – depresiją. Po dramos terapijos intervencijos penktadaliu padidėjo moterų su aukšta savigarba, sumažėjo dalis su nerimo ir depresijos pasireiškimu, sumažėjo bendras nuovargis.

Tyrimo išvados

1. Išanalizavus mokslinę literatūrą, galima teigti, kad reikalingas ne tik tradicinės medicinos, bet ir holistinis požiūris į reabilitacijos programas, kurios būtų nukreiptos į asmens fizinės, psichologinės bei socialinės būklės gerinimą.
2. Dramos terapijos taikymas gydymo procese stiprina asmens savigarbą ir saviraišką.
3. Įvertinus tyrimo rezultatus, nustatėme, kad po dramos terapijos taikymo tiriamųjų saviraiška ir savigarba kito: su žema savigarba ir saviraiška jau nebuvo nei vienos tiriamosios, o su aukšta saviraiška padidėjo beveik dvigubai ($p < 0,05$). Dramos terapija turėjo teigiamą poveikį tiriamųjų saviraiškai ir savigarbai.
4. Nustatyti patikimi teigiami ryšiai ($r = 0,429$, $p < 0,05$) tarp visų tiriamųjų nuovargio dimensijų po dramos terapijos parodė, kad mažėjant vienai dimensijai mažėja ir kitų būklių pasireiškimai. Dramos terapija turėjo teigiamą poveikį bendram tiriamųjų nuovargiui.
5. Tiriamųjų grupėje nustatyti patikimi ryšiai po dramos terapijos tarp nerimo ir depresijos ($r = 0,416$, $p < 0,05$), nerimo/ depresijos bei išsilavinimo ($r = 0,416$, $p < 0,05$), o taip pat ligos pasireiškimą trukmės ($r = - 0,357$, $p < 0,05$) parodė, kad dramos terapijos metodų intervencija

yra veiksminga nerimui ir depresijai įvairiu ligos periodu bei įvairaus socialinio statuso tiriamosioms išsėtine skleroze sergančioms moterims.

6. Remiantis tyrimo dalyvių refleksijomis, atskleidėme, kad dramos terapijos paskatinta kūryba, padeda sergančioms išsėtine skleroze moterims labiau koncentruotis, pozityviai mąstyti, lengviau adaptuotis prie pasikeitusios situacijos, atsiranda motyvacija saviraiškai ir didėja jų savigarba.

Raktažodžiai: išsėtinė sklerozė, dramos terapija, saviraiška, nerimas, depresija, nuovargis

SUMMARY

Shifts in Self-actualization and Psycho-emotional Health of Women with Multiple Sclerosis Using Drama Therapy Techniques

Aim of the study: to determine the shifts in self-actualization, self-esteem and psychoemotional parameters of women with multiple sclerosis using drama therapy techniques.

Sample: 32 women with multiple sclerosis.

Methodology of the study: quantitative and qualitative research instruments in a mixed design:

1. Personality Self-Actualization and Self-Esteem Questionnaire (based on E. Shostrom's modified methodology).
2. Anxiety and Depression Scale (HAD).
3. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI -20).
4. Thematic Induction Analysis Method.

The SPSS 23.0 package and a reflective-qualitative content analysis of the data were used.

Results of the study: at the beginning of the study, almost 1/10 of the respondents had low self-esteem, 1/3 had moderate self-esteem, more than 1/2 expressed anxiety, and 1/3 had depression. After the therapy, the proportion of women with high self-esteem increased by a fifth, the proportion of the women with anxiety and depression, and general fatigue, fell.

Conclusions of the study:

1. The analysis of the scientific literature suggests that both conventional medicine and holistic approaches to rehabilitation programmes are needed, addressed at improving the physical, psychological and social condition of the individual.
2. The use of drama therapy in the treatment enhances self-esteem and self-actualization of the individual.
3. The results of the study showed that the application of drama therapy had an effect on self-actualization and self-esteem: after the therapy no subjects with low self-esteem and an almost twofold increase of the number with high self-actualization ($p < 0,05$) were registered.
4. The reliable positive relationships ($r = 0.429$, $p < 0.05$) found in all dimensions of fatigue after drama therapy showed that a decrease in one dimension leads to a decrease in the occurrence of other conditions. Drama therapy had an effect on the overall fatigue of the participants.
5. In the sample group, the reliable relationships found between anxiety and depression after drama therapy ($r = 0.416$, $p < 0.05$), between anxiety/depression and educational attainment ($r = 0.416$, $p < 0.05$), and between duration of illness ($r = - 0.357$, $p < 0.05$), showed that the application of drama therapy techniques are effective for anxiety and depression in different periods of illness and in individuals of different social status.

6. The participants' reflections revealed that creation enhanced by drama therapy helps people with multiple sclerosis to concentrate, think positively, adapt more easily to changes in their situation, and become motivated for self-actualization and increased self-esteem.

Keywords: multiple sclerosis, drama therapy, self-actualization, anxiety, depression, fatigue

TURINYS

TEKSTE PANAUDOTOS SAŲVOKOS IR TRUMPINIAI	6
ĮVADAS	7
1. IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS SAMPRATA	10
1.1. Išsėtinės sklerozės paplitimas	10
1.2. Išsėtinės sklerozės rizikos veiksniai	12
1.3. Išsėtinės sklerozės klasifikacija, simptomatika ir jos sukeliama negalia.....	14
1.4. Sergančiųjų išsėtine skleroze psichosocialinė sveikata ir gyvenimo kokybė	20
2. IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS GYDYMAS IR REABILITACIJA	24
2.1. Išsėtinės sklerozės gydymas	25
2.2. Išsėtine skleroze sergančiųjų rehabilitacija	26
2.2.1. Fizinė išsėtine skleroze sergančiųjų rehabilitacija	27
2.2.2. Socialinė išsėtine skleroze sergančiųjų rehabilitacija	30
2.2.3. Psichologinė išsėtine skleroze sergančiųjų rehabilitacija	31
2.3. Menų terapijos taikymas ir rehabilitacija sergantiems išsėtine skleroze	34
2.3.1. Dramos terapija, jos kilmė ir sąsajos su kitomis terapijomis	36
2.3.2. Dramos terapijos pagrindiniai naudojimo principai	42
2.3.3. Dramos terapeuto savybės ir iššūkiai	46
2.3.4. Dramos terapijos metodikų pritaikomumas žmonėms su negalia	49
3. MOTERŲ, SERGANČIŲ IŠSĖTINE SKLEROZE, SAVIRAIŠKOS IR PSICHOEMOCINĖS SVEIKATOS KAITA TAIKANT DRAMOS TERAPIJOS METODUS	53
3.1. Mišraus tyrimo metodologija.....	53
3.1.1. Kiekybinio tyrimo metodologija	54
3.1.2. Kiekybinio tyrimo metodologija	60
3.2. Mišraus tyrimo rezultatai.....	62
3.2.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai.....	62
3.2.2. Kiekybinio tyrimo rezultatai.....	70
Rezultatų aptarimas	80
Išvados.....	85
Rekomendacijos.....	86
Refleksija.....	87
Literatūros sąrašas.....	88
PRIEDAI	102

TEKSTE PANAUDOTOS SAŲOKOS IR TRUMPINIAI

Saviraiška (self-actualization) – asmens įsitvirtinimo visuomenėje vyksmas, siekiant asmeninių tikslų. Bendrieji saviraiškos principai: kuo didesnis savarankiškumas nuo aplinkos, gebėjimas pritaikyti patirtį dabartiniams ir ateities tikslams, gerinti savivoką, savivertę ir savo kūno įvaizdį. (*Sherill, 1998*).

Savigarba (self-esteem) yra savivokos ir savivertės derinys. Tik save gerbiantis žmogus įgyja vidinių motyvų ieškoti galimybių save išreikšti artimoje ir bendroje aplinkoje, padėti kitiems ir būti atsakingas. (*Maslow, 1970*).

Psichoemocinė būklė – psichinės sveikatos komponentas, apibūdinamas ne tik nerimo, streso depresijos simptomų pasireiškimu, bet ir teigiamų emocijų buvimu (*Peluso, Guerra de Andrade, 2005*).

Tekste panaudotų trumpinių paaiškinimai:

PSO- pasaulio sveikatos organizacija

CNS-centrinė nervų sistema

IS- Išsėtinė sklerozė

GK- gyvenimo kokybė

RRIS-remituojanti recidyvuojanti išsėtinės sklerozės eiga

APIS- antrinė progresuojanti išsėtinės sklerozės eiga

PPIS- pirminė progresuojanti išsėtinės sklerozės eiga

PRIS- progresuojanti recidyvuojanti išsėtinės sklerozės eiga

EDSS- išplėstinė negalios vertinimo skalė (angl. The Expanded Disability Status Scale,EDSS)

KF- kognityvinės funkcijos

KFS- kognityvinių funkcijų sutrikimai

LMV-ligą modifikuojantys vaistai

KVT- kognityvinės valdymo terapijos

KET – kognityvinė elgesio terapija

LEM – ligos eigą modifikuojantis gydymas

SSRI – selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai

Katarsis – stiprus jausmų išreiškimas ir paleidimas

PTSS –potrauminio streso sutrikimas

ASS- autizmo spektro sutrikimas

IVADAS

Šiais laikais dėmesys vis dažniau krypsta į netradicinius gydymo būdus, tame tarpe ir į terapinių menų naudą, gerinant kai kuriuos fiziologinius, kognityvinius, psichologinius, dvasinius ar socialinius, poreikius susijusius su liga, nes terapinis menas gali būti naudingas asmenims, turintiems išsėtinės sklerozės diagnozę: skatinant jų saviraišką, savigarbą, judesių kontrolę bei emocinę gerovę (Gallagher, Bethouh, 2017). Dramos terapijos tyrimų skaičius nedidelis, todėl, reikia papildomų įrodymų apie terapinių menų poveikį sergant išsėtine skleroze bei gydant šios ligos sukeltas pasekmes (Fraser, Keating, 2014).

Išsėtinė sklerozė (IS) - tai lėtinė, autoimuninė, neurodegeneracinė, pažeidžianti smegenų mielina ir sukelianti aksonų nykimą liga. Sergamumas šia liga pasaulyje vis didėja ir suserga net jauno amžiaus asmenys (Levutaitė, Sakalauskaitė-Juodeikienė, ir kt., 2017). Didelis paplitimo rodiklis - 110/100 000 rodo, kad išsėtinė sklerozė yra labiausiai paplitusi neurologinė liga. Šiuolaikinėje ir vis labiau technologiškai pažengusioje visuomenėje, išsėtinę sklerozę darosi lengviau diagnozuoti dar ankstyvose stadijose, tačiau vaisto nuo šios ligos vis dar nėra. Ligos simptomai labai įvairūs ir varginantys, ypač judesių ir pusiausvyros sutrikimai. Funkcinius sutrikimus nuolatos lydi patologinis nuovargis, dažnai atsirandantis be priežasties. Dar vienas labai sekinantis simptomas – psichologinis išsekimas, dažniausiai pasireiškiantis nuolatinio stresu, nerimu ir depresija. Tokia išsėtinės sklerozės sergančio asmens psichologinė būseną apsunkina ligos klinikinę eigą bei gali pastūmėti link suicidinių minčių, ar net iki savižudybės (Lee, Chen, ir kt., 2017). Skirtingi menų terapijos metodai turi neišsemtas galimybes, kurios padėtų palaikyti ir sustiprinti sergančiojo pozityvų požiūrį į savo sveikimo galimybes, atskleisti kūrybiškumą, stiprinti saviraišką, savigarbą, pasitikėjimą savimi bei jį supančia aplinka. Fizinė negalia yra labai plati sąvoka, todėl, siūloma atkreipti dėmesį į fizinės negalios ribas. Pasitelkiant menų terapijos siūlomų metodų įvairovę, galima pakeisti apie kūno įvaizdį suformuotą neigiamą nuomonę. Naujai, kitaip pažvelgti į save, išmokti gerbti save ir savo kūną (Jenings, Cattanach, ir kt., 1994).

Dramos terapija – tai teatro metodų panaudojimas terapiniais tikslais. Vienas pagrindinių dramos terapijos tikslų – dalinantis esama būseną su kitais harmonizuoti ne tik vidinius ir fizinius asmens išgyvenimus, pojūčius, bet ir per kūno išraišką nuraminti emocijas, balsą, mintis. Ši terapija neatlieka ligos diagnostikos, tačiau per kūrybingus saviraiškos elementus palaiko ir sustiprina dalyvių būseną, padeda sprendžiant iškilusias su sveikatos problemomis susijusias situacijas. Asmenis, turinčius sunkią negalią (išsėtinė sklerozė būtent tokia negalia ir yra), dramos terapija, kaip ir kitos meno intervencijos, įvairių vaidmenų pagalba sudėtingose realiose situacijose skatina imtis sprendimų, padeda klientams kūrybiškai išreikšti

save, todėl, ji ir vadinama išraiškingu gydymo būdu arba išraiškinga intervencija (Alston, 2018).

Problema: Kaip teigia Gallagher ir Bethouh (2017), dažnai menų terapijų tyrimų imčių skaičiai per maži ir tik labai nedaugelyje tyrimų yra vertinimų po intervencijos pabaigos. Literatūroje mažai randama tyrimų apie dramos terapijos metodų svarbą ir jų efektyvumą sergantiems išsėtine skleroze. Nerasta atliktų mišraus dizaino tyrimų, orientuotų į išsėtine skleroze sergančių asmenų saviraiškos ir psichoemocinės sveikatos kaitą po dramos terapijos užsiėmimų.

Hipotezė – dramos terapija stiprina išsėtine skleroze sergančių moterų saviraišką ir psichoemocinę sveikatą.

Tyrimo objektas: išsėtine skleroze sergančių pacientų savigarbos, saviraiškos, nuovargio, nerimo ir depresijos pokytis.

Tyrimo tikslas – taikant dramos terapijos metodus nustatyti moterų, sergančių išsėtine skleroze, saviraiškos, savigarbos ir psichoemocinių parametru kaitą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti išsėtinės sklerozės sampratą ir rizikos veiksnius.
2. Išanalizuoti menų terapijos sampratą bei dramos terapijos galimybes rehabilitacijoje.
3. Palyginti tiriamųjų saviraiškos ir savigarbos bei psichoemocinių parametru kaitą prieš ir po dramos terapijos
4. Nustatyti tiriamųjų psichoemocinių parametru tarpusavio ryšius po dramos terapijos.

Tyrimo tipas: mišrus tyrimo dizainas

Kiekybinio tyrimo metodai: Pagrindinis kiekybinės tyrimo dalies instrumentas: moterų, sergančių išsėtine skleroze, anketinė apklausa prieš ir po dramos terapijos, vertinant jų nuovargio lygį pagal daugiamatį nuovargio inventorių MFI-20, nerimo ir depresijos pasireiškimą pagal HAD skalę, saviraišką ir savigarbą pagal modifikuotą *E. Shostrom* metodiką, asmenybės saviraiškos/savigarbos anketą. Duomenys analizuoti SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 23.00 statistine programa.

Kokybinis tyrimo metodai: Kaip papildoma medžiaga atlikta kiekybinio tyrimo analizė gautiems rezultatams analizuoti. Duomenų analizė atlikta pagal V.Braun ir V. Clarke taikomą indukcinės analizės metodą. Duomenų rinkimo instrumentu pasirinktos refleksijos.

Tyrimo praktinis naujumas ir reikšmingumas: tyrimo naujumą įrodo faktas, kad Lietuvoje nėra nei vieno tyrimo, parodančio dramos terapijos metodų panaudojimą išsėtine skleroze sergančiųjų rehabilitacijoje, stiprinant gyvenimo kokybės dimensijas. Praktinį naujumą

pagrindžia po dramos terapijos integracijos nustatyti saviraiškos/savigarbos pokyčiai. Taip pat nuovargio, nerimo ir depresijos pokyčiai.

Darbo struktūra. magistro darbą sudaro santrauka lietuvių ir anglų kalba, įvadas, 3 skyriai, apibendrinimas, išvados, rekomendacijos, 5 lentelės, 13 paveikslų, 167 literatūros šaltinių sąrašas (iš jų – 141 užsienio kalba), 7 priedai.

1. IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS SAMPRATA

Išsėtinė sklerozė (IS) - „Demielinizuojanti uždegiminė centrinės nervų sistemos liga, pasireiškianti recidyvuojančiais ar nuolat progresuojančiais neurologinės disfunkcijos simptomais, sukeliančiais negalią“ (Kaubrys, Kizlaitienė, 2009, p. 277).

Pirmą kartą išsėtinė sklerozė buvo aprašyta sero Augusto D'Este dienoraštyje 1822 m., o ligos kliniką ir patologiją aprašė J. M. Charcot (Kaubrys, Kizlaitienė, 2009, p. 277). Tuo metu išsėtinę sklerozę pripažinti kaip atskirą ligą buvo sudėtinga. XIX a. pradžioje daugelis ligų, kurios dabar priskiriamos neurologinėms arba psichiatrinėms, buvo sugrupuotos į bendrą „nervų sutrikimų“ klasę. Iki J. M. Charcot neužfiksuota jokių bandymų klasifikuoti neurologines ligas (Jay, 2000). J. M. Charcot 1868 m. išsamiai aprašė išsėtinę sklerozę (apibūdintą kaip "la sclérose en plaques") ir publikavo pirmuosius piešinius, iliustruojančius pažeidimus. Jis pirmasis suprato išsėtinės sklerozės patologiją, apimančią ir galvos, ir nugaros smegenis bei vėliau išsamiai aprašė įvairias išsėtinės sklerozės formas (galvos, nugaros smegenų ir mišrią cerebrospinalinę) (Pearse, 2005). Jo tyrimai rėmėsi simptomų vertinimu ligos pradžioje bei duomenimis, gautais po paciento mirties. J. M. Charcot buvo pirmasis, kuris šią ligą diagnozavo gyvam pacientui. Kaip teigia Pears (2005 m.), J. M. Charcot nuolat skaitė paskaitas, suformulavo simptomų triadą, kuria remiantis galima diagnozuoti išsėtinę sklerozę: nistagmas, intencinis tremoras ir skanduoji kalba. Nors ši triada nėra pakankamai specifiška, ji išlieka svarbi, nes jos pagrindu bandyta šią ligą atskirti nuo panašių nervų sistemos ligų. Nors jau nuo J. M. Charcot laikų praėjo daugybė metų, per kuriuos sukaupta nemažai klinikinių bei eksperimentinių duomenų apie išsėtinę sklerozę, tačiau šios ligos priežastys ir patogenezė vis dar išlieka nevisai aiškios, o išsėtinės sklerozės klasifikacija vis keičiasi. Pasaulyje ši liga išlieka kaip viena iš sudėtingiausių neurologijos problemų, nes negalima nei tiksliai prognozuoti jos eigos nei išgydyti. Vis dėlto, per dešimtmečius atlikti imunologiniai, klinikiniai ir genetiniai tyrimai, bei ligos progresavimą stabdančių naujų gydymo priemonių atsiradimas, skatina mokslininkus ir gydytojus aktyviai domėtis bei atlikti įvairius naujus tyrimus. Tai teikia vilčių, jog ši sudėtinga bei paslaptinga liga bus galutinai išaiškinta ir, tikėtina, bus rastas būdas ją išgydyti (Kaubrys, Kizlaitienė, 2009).

1.1. Išsėtinės sklerozės paplitimas

Moksliniai tyrimai, nagrinėjantys epidemiologiją, etiopatofiziologiją, diagnostiką, kliniką bei išsėtinės sklerozės gydymą yra vieni aktualiausių neurologijoje (Zintzaras, Doxani, ir kt., 2012). Ši liga dažniausiai pasireiškia jauname amžiuje ir ja dažniau serga moterys nei

vyrai. Atlikus tyrimus buvo nustatyta, kad moterų sergamumas vis didėja (Koch-Henriksen, Thyssen, ir kt., 2018). Moterims ligos pradžia pasireiškia keleriais metais ankščiau nei vyrams ir jos serga net du - tris kartus dažniau (Fromont, Binguet, ir kt., 2012). Priežastys, kodėl moterų sergamumas yra didesnis, dar nėra žinomos. 1980 metais Kretoje atliktame atvejo ir kontrolės tyrime aprašoma, kad moterų sergamumas didėjo priklausomai nuo gyventojų persikėlimo iš kaimo vietovių į miestus. Taigi, manoma, kad su urbanizacija susiję aplinkos veiksniai, gali turėti įtakos išsėtinės sklerozės vystymuisi (Kotzamani, Panou, ir kt., 2012). Ligos pradžios amžius vis jaunėja, vidutiniškai svyruoja nuo 28 iki 31 metų. Klinikinė liga dažniausiai pasireiškia nuo 15 iki 45 metų (Ramagopalan, Sadovnick, 2011). Tačiau gali pasireikšti ir bet kuriame amžiuje (Kaubrys, Kizlaitienė, 2009). Išsėtinė sklerozė yra ne tik viena iš sunkiausių, bet ir dažniausių neurologinių ligų. Tai yra visame pasaulyje paplitusi liga, kurios geografinis pasiskirstymas yra netolygus. Laikui bėgant smarkiai išaugo IS paplitimas. Tyrimai rodo, kad prie etiologijos prisideda genetiniai ir aplinkos veiksniai bei jų sąveika. Todėl, paplitimo padidėjimas iš dalies gali būti siejamas su didesniu, tam tikrų aplinkos rizikos veiksnių poveikiu genetiškai jautriems asmenims, taip pat dėl padidėjusių stresinių situacijų. Tačiau, epidemiologiniai duomenys apie sergamumą siauri, o turimi, kurių dauguma buvo gauti iš tyrimų Europoje ir Šiaurės Amerikoje, labai skiriasi geografiškai. Be to, labai skiriasi metodika, tikslai ir studijų laikotarpiai. Norint nustatyti, ar laikui bėgant pasikeitė IS išsivystymo rizika, reikia atlikti detalesnius epidemiologinius tyrimus (Ochi, 2020). Visgi manoma, kad sergamumas ir išsėtinės sklerozės paplitimas priklauso nuo geografinės padėties (M. S. Collaborators, 2016). Šis susirgimas paplitęs teritorijose, kurios labiausiai nutolusios nuo pusiaujo. Didžiausias paplitimas fiksuojamas Skandinavijoje ir kitose Šiaurės Europos šalyse, JAV, Kanadoje, Naujojoje Zelandijoje, Australijoje bei kitur (Kastys, 2014). Ankščiau manyta, kad geografiniai paplitimo skirtumai priklauso nuo rasės. Baltosios rasės gyventojai, kilę iš Šiaurės Europos, yra jautriausi šiai ligai, o Afrikos, Azijos kilmės žmonės ar Amerikos indėnai IS serga mažiausiai. Kitų grupių rizika susirgti išsėtine skleroze yra vidutinė. Tačiau, šis rasinis jautrumas gali keistis (Langer-Gould, Brara, ir kt., 2013).

Pasaulyje yra apie 2,3 mln. sergančiųjų išsėtine skleroze. Europoje serga daugiau kaip 700 000 žmonių ir daugiau nei 1 mln. žmonių šios ligos paveikti netiesiogiai – atstovauja kaip slaugytojai ar šeimos nariai (Gitto, Zagon, ir kt., 2017). Daugelis tyrimų rodo kai kuriose šalyse vis didėjantį sergamumą. Šiaurės Europoje, Kanadoje, Naujojoje Zelandijoje, Pietų Australijoje 30 iš 100 000 gyventojų yra fiksuotas ligos paplitimas (Kaubrys, Kizlaitienė, 2009). Šiaurinėse JAV valstijose paplitimas siekia 100 iš 100000. Jungtinėse Amerikos Valstijose apytikris paplitimas - 100-150 iš 100000, iš viso 300000-400000 sergančių (Dilokthornsakul, Valuck, ir kt., 2016). Didžiausias sergamumas užfiksuotas Orknio salose, 300 iš 100 000 gyventojų.

Reikia pažymėti, kad IS paplitimo patikimumą riboja nenuoseklus atvejų stebėjimas ir jų registravimas (Nacionalinė išsėtinės sklerozės draugija, 2016). Buvo nustatyta, kad sergamumas išsėtine skleroze didėjo priklausomai nuo geografinės platumos tik Australijoje ir Naujojoje Zelandijoje, bet ne Vakarų Europoje ir Šiaurės Amerikoje (Simpson, Wang, ir kt., 2019). Lietuva priskiriama didelio išsėtinės sklerozės paplitimo zonai: šalyje kasmet užregistruojama po 70–80 naujų išsėtinės sklerozės atvejų, o bendras sergančiųjų skaičius siekia apie 3 tūkst. (Kastys, 2016).

Šios ligos plitimo tendencijos, skatina ieškoti būdų, padedančių stabdyti išsėtinės sklerozės paplitimą Lietuvoje ir pasaulyje.

1.2. Išsėtinės sklerozės rizikos veiksniai

Išsėtinės sklerozės etiologija nėra nustatyta, bet manoma, kad tai heterogeniška multietiloginė liga, sukeliama daugelio skirtingų organizmo genetinių ir aplinkos veiksnių sąveikos (Kaubrys, Kizlaitienė, 2009). Tyrimuose pastebėta, kad išsėtine skleroze sergantys pacientai dažniau serga ir kitomis autoimuninėmis ligomis. Nervų dangalas mielinas izoliuoja nervus ir yra sudarytas iš baltymų ir riebalų turinčios medžiagos, kuri padeda nervams siųsti elektrinius signalus. Nors iš dalies mielinas gali regeneruoti, tačiau kai jis pažeidžiamas arba ilgai sunaikinamas, tuomet sutrinka nervinių impulsų perdavimas, pasireiškdamas skirtingais simptomais, priklausančiais nuo konkrečių nervų pažeidimo. Šį procesą galima paaiškinti tuo, kad kai suaktyvėja ir išsibalansavusi imuninė sistema, tuomet limfocitai puola savo paties kūno audinių mielina ir sukelia ilgalaikį, lėtinį uždegimą (Morris, Berk, ir kt., 2015). Taigi, autoreaktyvūs T limfocitai įtakoja uždegiminį CNS audinio pažeidimą ir išsėtinės sklerozės plokštelių susidarymą. Jau ankstyvose IS stadijose vyksta negrįžtama ir išplitusi aksonų degeneracija, pažeidžianti galvos, nugaros smegenis bei regos nervus (Kizlaitienė, 2012). Rezultatai rodo, kad išsėtinė sklerozė gali būti susijusi ir su žarnyno uždegiminėmis ligomis ar uveito ir pemfigoido rizika (Marrie, Reider, ir kt., 2015).

Išsėtinės sklerozės numanomi etiologiniai veiksniai yra *genetinis jautrumas*. 2019 m. atlikto tyrimo duomenys parodė, kad su IS susijusių genetinių variantų buvo aptikta daugiau nei 200 (TISGK, 2019). Po tyrimo, kurio metu buvo tiriama Sardinijos populiacija, paaiškėjo raudonosios vilkligės (SLE) ir išsėtinės sklerozės paplitimo ryšys (Steri, Orru, ir kt., 2017).

Kitas, išsėtinės sklerozės atsiradimą įtakojantis ir literatūroje aprašomas veiksnys yra *virusinės infekcijos* - tokios kaip Epstein – Baro (EBV) virusas, sukeliantis infekcinę mononukleozę, galimai yra ir IS sukėlėjas (Abrahamyan, Eberspacher, ir kt., 2020). Tačiau, duomenys apie EBV buvimą sergančiųjų IS smegenų audiniuose yra priešaringi

(Tzartos,Khan, ir kt., 2012). Taip pat yra mokslininkų teigiančių, kad IS sukėlėju gali būti ir vėjaraupių (*Varicella zoster*) virusas. Atvejo kontrolės tyrimo metu nustatyta, kad pacientų smegenų skysčio mėginiuose, paimtuose iš tų, kuriems pasireiškė ūminiai IS recidyvai, rasta viruso dalelių, identiškų VZV DNR (Sotelo,Martinez-Palomo, ir kt., 2008).

Dar viena teorija išsėtinės sklerozės atsiradimą sieja su *vitamino D trūkumu*. Ji remiasi tuo, kad IS paplitimas didesnis tose šalyse kur mažiau saulės šviesos (Kastys, 2014). Tyrimuose nustatyta atvirkštinė priklausomybė tarp ultravioletinės saulės spinduliuotės poveikio ir vitamino D kiekio kraujo serume bei paplitimo ar galimybės susirgti IS (Mokry, Ross, ir kt., 2016).

Rūkymas taip pat gali būti vienas iš išsėtinės sklerozės ligos progresavimo rizikos veiksnių (Rosso, Chitnis, 2020), tačiau šios teorijos patvirtinimui dar trūksta duomenų (Hedstrom, Baarnhielm, ir kt., 2009).

2013 m. atliktos metaanalizės duomenimis, didesnė rizika susirgti išsėtine skleroze yra asmenims gimusiems balandžio ir gegužės mėnesiais bei mažėja gimusiems spalio ir lapkričio mėnesiais. Tai aiškinama tuo, kad gestacinė arba naujagimio esama aplinka turi įtakos vėlesniame amžiuje pasireikšti išsėtinės sklerozės ligos simptomams (Dobson, Giovannoni, ir kt., 2013).

Paveldimumo įtaka nėra nustatyta ir manoma, kad tėvai negali perduoti ligos savo vaikams, tačiau dažnai suserga žmonės iš tų pačių šeimų. Nemažai mokslinių tyrimų teigia, jog rizika susirgti yra 1-5 procentai, jeigu tėvas ar brolis jau serga šia liga. O rizika nuo 20 iki 25 proc. išauga tarp monozygotinių dvynių (Kastys, 2015).

Skiepai – dar vienas galimas rizikos veiksnys. Išsėtinės sklerozės patogenezė yra susijusi su imunine sistema, todėl, iškelta hipotezė, kad vakcina, kaip imuninės sistemos stimulus, gali sukelti ligos proveržį. Tačiau ne visi tyrimai atskleidė šio ryšio patikimumą (Langer-Gould, Qian, ir kt.,2014). Įrodyta, kad skiepai nuo žmogaus papilomos viruso nepadidina rizikos susirgti IS (Vichnin, Bonanni, ir kt., 2015).

Atlikti tyrimai rodo, kad *nutukimas* jauname amžiuje taip pat priskiriamas prie Išsėtinės sklerozės susirgimo rizikos veiksnių (Munger, Zhang, ir kt., 2016).

Kelių tyrimų duomenys atskleidžia, kad tam tikrose gyvenimo situacijose patiriamas *stresas* gali išprovokuoti ligos recidyvą ar paūmėjimą. Ši hipotezė atsirado daugiau nei prieš 100 metų, kai J. M Charcot spėliojo, kokią įtaką ligai turi sielvartas, susierzinimas ar nepalankūs socialinių aplinkybių pokyčiai.

Per pastaruosius dešimtmečius atlikta ir paskelbta daugybė empirinių tyrimų (Mohr, Hart, ir kt., 2004). Lenkijoje buvo atliktas aprašomasis, koreliacinis tyrimas, kuriame dalyvavo 109 pacientai su diagnozuota recidyvuojančia - remituojančia išsetine skleroze (RRIS).

Paaikškėjo, kad reakcija į stresą priklauso nuo individualaus organizmo savybių ir polinkių. Daugelis tyrimų parodė, sergantiems IS stresas pasireiškia dažniau nei sveikiems. Pacientai, po diagnozės sužinojimo, dažniausiai patiria didesnę psichologinę distresą. Kai kurie tyrimai atskleidė, kad sergantieji išsėtine skleroze, kuriems nustatytas aukštesnis negalios lygis, patiria didesnę streso intensyvumą. Kai kurie simptomai (pavyzdžiui, skausmas, nuovargis) nepastebimi kitų žmonių, todėl, sergantieji išsėtine skleroze gali jaustis nesuprasti. Šios kasdienio gyvenimo problemos gali sukelti nerimo ir depresijos simptomų ir paveikti gyvenimo kokybę. Daugelis sergančiųjų išsėtine skleroze jaučia ryšį tarp stresinio gyvenimo ir ligos eigos.

Dauguma pacientų mano, kad stresas gali sukelti ligos paūmėjimą. Kai kurie tyrimai parodė ryšį tarp streso ir ligos pablogėjimo. Tyrimo metu gautų duomenų analizė atskleidė, kad 47,71 proc. pacientų patyrė didelį streso lygį, 34,86 proc. patyrė mažą streso lygį, o 17,43 proc. patyrė vidutinį stresą. Taip pat nustatyta, kad streso lygis buvo reikšmingai aukštesnis tarp išsiskyrusių ar našlių, nei tarp vienišų ar susituokusių ($p=0,001$), o nedirbančių asmenų patiriamas stipresnis stresas nei dirbančių, santykis buvo ties reikšmingumo riba ($p=0,05$) (Kołtuniuk, Kazimerska Zajac, ir kt., 2021). Taip pat nustatyta, kad vidutinio stiprumo bei stiprūs dirgikliai yra labiausiai susiję su ligos progresavimu (Briones-Buixasa, Mila, ir kt., 2015). Nemažai tyrimų nustato ryšį tarp IS ir psichosocialinių veiksnių bei stresinių situacijų, tačiau dėl skirtingų tyrimams taikomų metodikų ir duomenų heterogeniškumo, mokslininkai neprieina vieningos nuomonės, todėl, rekomenduoja ir toliau tirti streso bei kitų psichosocialinių veiksnių įtaką bei sąveikas (Artemiadis, Anagnostouli, ir kt., 2011).

Kadangi išsėtinės sklerozės rizikos veiksnių yra įvairių ir vis dar nėra prieita vieningos nuomonės ir toliau reikia daryti tyrimus, norint surasti pagrindinius ligos atsiradimo rizikos veiksnius, siekiant kuo ankstyvesniame etape diagnozuoti bei sustabdyti ligos progresavimą.

1.3. Išsėtinės sklerozės klasifikacija, simptomatika ir jos sukeliama negalia

2013 m. buvo atnaujinta išsėtinės sklerozės eigos klasifikacija ir išskirtos pagrindinės klinikinės eigos formos: kliniškai izoliuotas sindromas, recidyvuojanti remituojanti, pirminė progresuojanti, antrinė progresuojanti išsėtinė sklerozė.

Kliniškai izoliuoto sindromo metu yra matoma išsėtinei sklerozei būdinga simptomatika, tačiau galvos smegenų MRT tyrime nerandama šiai ligai būdingų židinių. Dažniausiai ši liga pereina į recidyvuojančią relapsuojančią eigą.

Recidyvuojanti remituojanti (RR) išsėtinė sklerozė pasireiškia banguojančia eiga su paūmėjimais ir remisijomis (Klineova, Fred, 2018). Recidyvuojanti remituojanti yra dažniausiai pasitaikanti eigos forma, nuo 75 iki 85 proc. atvejų (Kastys, 2016). Pacientams, turintiems šią

išsėtinės sklerozės ligos eigos formą, būdingi paūmėjimai, kai simptomai atsiranda staiga per 24 valandas. Šie simptomai atslūgsta per kelias savaites ar mėnesius, tačiau dažnai gali likti ir tam tikrų liekamųjų reiškinių (Mohr, Hart, ir kt., 2004).

Pirminės progresuojančios išsėtinės sklerozės (*PPIS*) metu ligos simptomai nuo pat pradžių progresuoja be aiškių paūmėjimų ir remisijos epizodų.

Antrinė progresuojanti (*APIS*) atsiranda palaipsniui iš RR eigos. Ilgainiui (RR IS) eigos metu paūmėjimai tampa ne tokie ryškūs, remisijos laikotarpiai išnyksta ir liga pradeda nuolatos progresuoti (Klineova, Fred, 2018). Progresuojančios formos sunkiau gydomos ir pasireiškia agresyvia eiga (Kastys, 2016).

Išsėtinės sklerozės paūmėjimas – tai atsiradę neurologiniai simptomai, kurie trunka daugiau nei 24 val. Trumpiausias laikas tarp paūmėjimo 2 epizodų- 30 dienų. IS remisija – paūmėjimo metu atsiradusios neurologinės simptomatikos išnykimas arba sumažėjimas iki stabilaus lygio. Šis laikotarpis gali trukti mėnesį ir ilgiau (Klineova, Fred, 2018).

Išsėtinės sklerozės klinika pasireiškia priklausomai nuo išsėtinės sklerozės plokštelių lokalizacijos galvos ar/ir nugaros smegenyse. Vieno asmens simptomai bei ligos eiga yra individuali ir gali labai skirtis nuo kito, ta pačia liga sergančio žmogaus simptomatikos. Daugybiniams IS pažeidimams gali sutrikti optinę, kamieninę, piramidinę, smegenėlinę ar sensorinę CNS funkcijas (Mickevičienė, Vaitkus, ir kt., 2012). Taip pat gali sutrikti dubens organų funkcijas, atsirasti seksualinė disfunkcija, galūnių raumenų silpnumas, raumenų tonuso sumažėjimas ar padidėjimas, įvairūs nevalingi judesiai, jutimo sutrikimai, galūnių ir raumenų virpėjimai, tuštinimosi, šlapinimosi ir virškinimo sistemos sutrikimai, kognityviniai ir emocijų sutrikimai; depresija ar euforija, nerimas, nuovargis, mąstymo sulėtėjimas, skausmas ar paroksizminiai simptomai, kurie daugiausia sukelia diagnostinių problemų (Kastys, 2015). Paroksizminiai išsėtinės sklerozės simptomai skirstomi į motorinius, sensorinius ir afektinius. Šie simptomai atsiranda staiga, tęsiasi nuo kelių valandų, dienų ar net iki kelių mėnesių kol visai išnyksta. Simptomai dažnai tarpusavyje persidengia, todėl, klasifikuojami į pirminius ir antrinius. Pirminiai gali pasireikšti dėl pačios ligos patofiziologinių procesų: demielinizacijos ar aksonų žuvimo, o antriniai išsivysto dėl pirminių simptomų, dėl taikomo gydymo, kompensacinių priemonių poveikio ar atsiradusių įvairių komplikacijų (Mickevičienė, Vaitkus, ir kt., 2012). Nuolat atliekamų tyrimų dėka, gydytojai jau nesunkiai atpažįsta išsėtinę sklerozę ir pritaiko gydymą pasireiškus regos nervų, smegenų kamieno, smegenėlių ir kaklinės nugaros smegenų dalies pažeidimo simptomams: 35 proc. vienos ar kelių galūnių silpnumui, 20 proc. parestezijoms, 20 proc. regos nervo neuritui, 10 proc. dvejinimusi akyse, 5 proc. šlapinimosi sutrikimui, 5 proc. galvos svaigimui, įvairūs kiti ligos pradžios simptomai sudaro mažiau nei 5

proc. Kognityviniai sutrikimai taip pat gali būti nustatomi jau pačioje IS ligos pradžioje, o ilgainiui jų nustatoma nuo 43 iki 72 proc. (Kizlaitienė, 2012).

Tačiau, gali atsirasti ir reti, specifiniai, išsėtinei sklerozei nebūdingi sindromai ir simptomai, sutrikdantys pacientų gyvenimo kokybę bei sveikatos būklę. Toks sindromų spektras labai įvairus ir pasireiškia skirtingai: nuo regos Uhthoff'o, Pulfrich'o fenomenų, iki jau paminėtų paroksizminių ar sensorinių jutimų sutrikimų, tokių kaip:openhaimo ranka ar Lhermitte simptomai. Taip pat išryškėja termoreguliaciniai sutrikimai ar epilepsija (Levutaitė, Sakalauskaitė-Juodeikienė, ir kt. 2017).

Pacientai, sergantys išsėtine skleroze, dažnai skundžiasi miego sutrikimais, įtakojančiais sveikatą bei gyvenimo kokybę. Svarbiausi miego sutrikimai: nemiga, neramių kojų sindromas, periodiniai galūnių judesiai bei su miegu susiję kvėpavimo sutrikimai (Veauthier, 2015).

Kitas, dažnai atsirandantis ir pacientus varginantis simptomas - skausmas. Jis pasireiškia jau ligos pradžioje vienam iš penkių pacientų, maždaug pusei bet kuriuo ligos laikotarpiu, ir net trims ketvirtadaliams pacientų pasireiškia nuolatos. Vyrauja keletas skirtingų su išsėtine skleroze susijusių skausmo rūšių: raumenų ir skeleto skausmai, nuolatinis centrinis neuropatinis skausmas, periodinis centrinis neuropatinis skausmas ir kiti (O'Connor, Schwid, ir kt., 2008). Remiantis Truini ir kitų mokslininkų 2012 metais atliktu tyrimu, skausmą galima veiksmingiau klasifikuoti ir gydyti pagal simptomus ir pagrindines priežastis. Naujoje, mechanizmais pagrįstoje klasifikacijoje, išskiriami devyni su šia liga susijusio skausmo tipai:

- trišakio nervo neuralgija ir Lhermitte'o fenomenas (paroksizminis neuropatinis skausmas dėl ektopinio impulsų generavimo);
- besitęsiantis galūnių skausmas (deafferentinis skausmas, antrinis dėl spino-talamokortikalinių kelių pažeidimo);
- skausmingi toniniai spazmai ir spastinis skausmas (mišrūs skausmai, antriniai dėl pažeidimų centrinėje motorikoje);
- skausmas, susijęs su regos nervo neuritu (nervų kamieno skausmas, kylantis iš regos nervo *nervi nervorum*);
- raumenų ir skeleto skausmai (nocicepcinis skausmas);
- skausmas, atsirandantis dėl laikysenos sutrikimų;
- migrena (nocicepcinis skausmas, kurį skatina predisponuojantys veiksniai arba antriniai vidurinių smegenų pažeidimai);
- gydymo sukelti skausmai (Truini, Barbanti, ir kt., 2013).

Sisteminės apžvalgos duomenimis, tarp išsėtine skleroze sergančių suaugusiųjų skausmas vargino net 63,0 proc. tiriamųjų, dažniausiai buvo galvos nurodomas skausmas, kurio paplitimas siekė 43 proc. Pirmieji tyrimai apie galvos skausmą IS pacientams buvo aprašomi daugiau nei prieš 60 metų (Togha, Abbasi Khoshsirat, ir kt., 2016). Teigiama, kad galvos skausmas atsiranda galvos smegenų kamieno srityse dėl demielinizuojančių židinių susidarymo. Šiose srityse vyksta skausmo impulsų perdavimas ir priėmimas. Galvos skausmas, nors išsėtinės sklerozės diagnozėje ir nėra laikomas svarbiausiu simptomu, tačiau yra dažnas ir neigiamai veikiantis gyvenimo kokybę. Pastebėta, kad migrena su aura yra galvos skausmo tipas, dažniausiai pasireiškiantis ligos paūmėjimo pradžioje (Rimšienė, Ryliškienė, ir kt., 2015). Neuropatinis skausmas pasireiškia daugiau nei pusei tiriamųjų, ypač jaunesnio amžiaus pacientams, sergantiems progresuojančia ligos forma. Teigiama, kad neuropatinis skausmas yra susijęs su spastiškumu, t.y., jei galūnėse pasireiškia spastiškumas, tuomet progresuoja ir neuropatinis skausmas. Nustatyta, kad tokio pobūdžio skausmas dažniau pasireiškia apatinėse nei viršutinėse galūnėse (Afanasjeva, Balnytė, 2019). Vienareikšmiškai skausmas įtakoja kasdieninį funkcionavimą ir apriboja socialines galimybes.

Skausmo išsivystymui taip pat didelę įtaką turi ir depresija bei kiti psichosocialiniai ypatumai. Emociniai sutrikimai yra susiję su lėtiniu kasdieniu skausmu ir ligos paūmėjimais (O'Connor, Schwid, ir kt., 2008). Sergant ilgai, negalios simptomai pamažu progresuoja, blogindami gyvenimo kokybę ir keldami socialinio bei tarpasmeninio ryšio problemas (Kizlaitienė, 2012). Pastaraisiais metais praktikoje ir klinikiniuose tyrimuose sergančiųjų išsėtine skleroze gyvenimo kokybė įgyja vis didesnę reikšmę. Sisteminės apžvalgos, kurioje buvo nagrinėti 2014- 2019 metų 4886 straipsniai, tikslas buvo išanalizuoti ir pateikti plačią apžvalgą, susijusią IS sergančių suaugusių klinikine, sociodemografinė ir psichosocialine rizika bei apsauginiais veiksniais, gyvenimo kokybę ir išanalizuoti psichologinės pagalbos galimybes, siekiant pagerinti ligonių gyvenimo kokybę. Tokie sutrikimai kaip: negalia, nuovargis, depresija, pažinimo sutrikimai, nuolat buvo įvardijami kaip gyvenimo kokybės rizikos veiksniai, o aukštesnė savigarba, ir socialinė parama pasirodė esantys apsaugantys veiksniai. Taip pat šioje sisteminėje apžvalgoje buvo analizuojamas platus gyvenimo kokybės psichologinės intervencijos metodų spektras, pavyzdžiui: kognityvinė elgesio terapija, sąmoningumas, savipagalbos grupės ir savęs valdymo technikos. Dauguma metodų buvo sėkmingi ir gerinantys įvairius gyvenimo kokybės aspektus (Gonzalez, Rodriguez, ir kt., 2020).

Dėl sudėtingos diferencinės diagnostikos išsėtinės sklerozės nustatymas nėra lengvas, juolab, kad daugybės ligų yra tik išsėtinės sklerozės imitatoriai. Ši liga heterogeniška tiek klinikine išraiška, tiek savo eiga, todėl, ją būtina atskirti nuo kitų ligų: ūminio išsėtinio

encefalomielito, navikų (Kymantaitė, Bleizgytė, ir kt., 2021); autoimuninių ligų tokių kaip, reumatoidinis artritas; infekcinių ligų - Laimo liga, ŽIV bei kt. (Kastys, 2015).

Išsėtinės sklerozės diagnostikoje svarbiausia yra teisingas anamnezės surinkimas, neurologinis ištyrimas, galvos ar nugaros smegenų MRT, smegenų skysčio ir sukeltųjų potencialų tyrimas (Kymantaitė, Bleizgytė, ir kt., 2021). Siekiant patikslinti diagnozę bei stebėti mielino suirimo ir uždegimo židinius, paskiriama magnetinio rezonanso tomografija su kontrastu (Kastys, 2016). MRT padeda nustatyti demielinizuojančių židinių skaičių, jų išsidėstymą bei specifiškumą, padeda įvertinti ligos paūmėjimą ir progresavimo dinamiką, atrofijos procesus. Kaip ir fizinę negalia, taip ir kognityvinės funkcijos sutrikimus (KFS) lemia pakitimai, kuriuos galima objektyviai diagnozuoti MRT tyrimu. Labai svarbu įvardinti, kurie radiologiniai žymenys labiausiai lemia kognityvinių funkcijų (KF) pokyčius, tuo palengvindami skirtumų tarp skirtingos IS ligos eigos atpažinimą (Kizlaitienė, 2012).

Neurofiziologinio sukeltųjų potencialų tyrimo metu yra vertinama, kaip elektrinis impulsas plinta nervinėmis skaidulomis. Smegenų skysčio laboratorinis tyrimas atliekamas darant juosmeninę punkciją (Kastys, 2016). 2017 m. buvo atnaujinti išsėtinės sklerozės diagnostiniai kriterijai, kurie pavadinti neurologo vardu W. Ianas McDonaldas. Šie kriterijai išlaikė ankstesnę diagnozavimo schemą, pagrįstą tik klinikinėmis priežastimis, tačiau kai trūksta klinikinių įrodymų. pirmą kartą pasiūlė remtis magnetinio rezonanso tomografijos (MRT) išvadomis (Thomson, Banwell ir kt., 2018).

Dėl visų išsėtinės sklerozės pasireiškiančių simptomų, ilgainiui prarandama aplinkos kontrolė. Sergantieji turi susitaikyti su nauju įvaizdžiu, priimti daugelį su lėtine liga atsirandančių simptomų, ligos atkryčius, lėtinius skausmus, lydinčius visą ligos laikotarpį. Visi šie išvardinti simptomai įtakoja kasdieninį funkcionavimą, bei riboja socialines pacientų veiklas, sumažėja savęs vertinimas, savigarba. Galime teigti, kad sergančiojo gyvenime atsiranda nuolatinis stresas, baimė, nežinomybė, kaltė, gėda ir kiti emociniai sutrikimai. Tačiau, ši būseną gali pasikeisti sėkmingai adaptuojantis, susigyvenant su išsėtinės sklerozės liga.

Sergančiojo išsėtine skleroze negalia ilgainiui progresuoja. Neįgalumas įvertinimas pagal išplėstinės negalios vertinimo skalę EDSS (*angl. Expanded Disability Status Scale*), (Kurtzke, 1983). Sergant nuo 8 iki 30 metų, pasiekiami atitinkamai 4-7 neįgalumo balai iš 10 - ties sistemos balų. Jau po 8 metų sirgimo išsėtine skleroze, labai sumažėja paciento gebėjimas būti nepriklausomu. Dažnai po 20 metų būna reikalingas nors vienas ramentas, po 30 metų prireikia neįgaliojo vežimėlio.

1 lentelė. Kurtzke išplėstinė neįgalumo būklės įvertinimo skalė (angl. *Expanded Disability Status Scale, EDSS*) (Kurtzke, 2008).

Balai	IS sergančiojo būklės apibūdinimas
1.0	Nėra neįgalumo, minimalūs požymiai vienoje funkcinėje sistemoje (FS)
1.5	Nėra neįgalumo, minimalūs požymiai daugiau nei vienoje FS
2.0	Minimalus neįgalumas vienoje FS
2.5	Lengvas neįgalumas vienoje FS arba minimalus neįgalumas dviejose FS
3.0	Vidutinis neįgalumas vienoje FS arba lengvas neįgalumas trijose ar keturiose FS. Pilnai vaikštantis
3.5	Pilnai vaikštantis, tačiau vidutinis neįgalumas vienoje FS ir daugiau nei minimalus neįgalumas keletose kitose FS
4.0	Pilnai vaikštantis be pagalbos priemonių, pilnai save apsitarnaujantis, galintis atsikėlęs būti aktyvus daugiau nei 12 val. per parą, nepaisant reliatyviai ženklaus neįgalumo, galintis be pagalbos ar poilsio nueiti apie 500 metrų
4.5	Pilnai vaikštantis be pagalbos priemonių, galintis- atsikėlęs išlikti aktyvus didesnę dienos dalį, dirbti pilną darbo laiką, nors gali būti visiško aktyvumo apribojimų arba papildomos pagalbos poreikis, charakteringa reliatyviai ženklaus neįgalumas, galintis be pagalbos ar poilsio nueiti apie 300 metrų
5.0	Galintis be pagalbos ar poilsio nueiti apie 200 metrų, ženklaus neįgalumas įtakojantis kasdienę veiklą (pavyzdžiui pilną darbo laiką be prižiūrėjimo)
5.5	Galintis be pagalbos ar poilsio nueiti apie 100 metrų, neįgalumas ženklaus, apribojantis kasdienę veiklą
6.0	Epizodinės ar pastovios vienos pusės pagalbos priemonių (lazdelės, ramento, kito asmens palaikymo) poreikis, kad nueiti be poilsio ar pailsėjus apie 100 metrų
6.5	Pastovus abipusės pagalbos priemonių (lazdelių, ramentų, kitų asmenų palaikymo) poreikis, kad be poilsio nueiti apie 20 metrų
7.0	Negalintis nueiti daugiau nei 5 metrus netgi su pagalba, judantis pats standartinio vežimėlio pagalba, atsikėlęs aktyvus daugiau nei 12 val. per parą
7.5	Negalintis žengti daugiau nei kelių žingsnių, judantis vežimėlio pagalba, galimas pagalbos poreikis juo judant, arba judantis pats standartinio vežimėlio pagalba, tačiau ne visą dieną, galimas motorizuoto vežimėlio poreikis

8.0	Didelę laiko dalį praleidžiantis lovos ribose arba sėdintis ant kėdės ar vežimėlyje, tačiau pats atsikeliantis iš lovos, daugumoje save apsitarnaujantis, išlikusi efektyvi rankų funkcija
8.5	Didesnę laiko dalį praleidžiantis lovoje, dalinai apsitarnauja, dalinai išlikusi rankų funkcija
9.0	Gulintis lovoje, tačiau išlikusi galimybė valgyti ir bendrauti
9.5	Visiškai bejėgis, gulintis lovoje ligonis, sutrikusi galimybė bendrauti, valgyti/ryti
10.0	Miręs nuo IS

1.4. Sergančiųjų išsėtine skleroze psichosocialinė sveikata ir gyvenimo kokybė

“Sveikata - tai visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė ir ne tik ligos ar negalios nebuvimas” (Constitution, 2006, p.1). Neįgalumą turintys asmenys dažnai turi asmeninių išvalgų apie savo negalią ir padėtį. Formuluoju ir įgyvendinant įstatymus, teikiant paslaugas, būtina konsultuotis su neįgaliais asmenimis ir juos aktyviai įtraukti į procesą, kadangi neįgaliųjų organizacijoms gali prireikti pagalbos stiprinant jų gebėjimus, kad jos galėtų padėti įgyvendinti jų teises ir tenkinti jų poreikius (PSO, 2011). Longitudiniai tyrimai parodė, kad kognityviniai sutrikimai, tokie kaip skausmas ir nuovargis, prognozuoja blogesnę gyvenimo kokybę iki 10 ligos metų, todėl, atsiranda klinikinių pasekmių. Nerimas ir depresija susiję su žemesniu gyvenimo kokybės lygiu ir taip pat ryškiau pasireiškia tiems, kurių ligos trukmė mažiau nei 10 metų (Pham, Jette, ir kt., 2018). Įvairios taikytos problemų sprendimo galimybių ir vengimas spręsti iškilusius sunkumus priklausė nuo kiekvieno sergančio konkrečių ligos aplinkybių. Šių priešingų strategijų teigiamas poveikis pasireiškė per pirmuosius 3 diagnozės metus (Calandri, Graziano, ir kt., 2017). Žemesnei gyvenimo kokybei įtaką daro diagnozės neigimas, su liga iškilusių problemų neigimas, socialinis atsiribojimas. Priešingai, susitaikymas su liga, prisiimta atsakomybė iškilusioms problemoms spręsti, humoras, pozityvi emocinė išraiška, saviaktualizacija, savigarba, darnos jausmas, kognityvinis teigiamas restruktūrizavimas, lemia geresnę išsėtine skleroze sergančiojo gyvenimo kokybę (Hernandez-Ledesma, Rodrigues-Mendez, ir kt., 2018). Kalbant apie sociodemografinę įtaką gyvenimo kokybei, pagrindiniai rizikos veiksniai yra nedarbas, žema socialinė, ekonominė ir finansinė būklė, bei terapijų trūkumas (Broła, Sobolewski, ir kt., 2016). Ankstyvoje IS sirgimo stadijoje gyvenimo kokybė mažėja, nes sužinojus apie sunkios išsėtinės ligos diagnozę reikia tam tikro laiko susitaikyti su emociniu sukrėtimu (Possa, Minacapelli, ir kt., 2017).

Tyrimai, kuriuose buvo analizuojamos nuovargio gydymo programos, atskleidė, kad grupinės intervencijos taikomi metodai buvo sėkmingi, tačiau individualios programos reikšmingo pagerėjimo neparodė (Thomas, P. Thomas, S ir kt., 2014). Šių tyrimų rezultatai rodo klinikinių, psichosocialinių bei demografinių kintamųjų, kaip gyvenimo kokybės rizikos ar apsauginių veiksnių svarbą. Klinikinėje praktikoje būtinas pacientų, sergančių išsėtine skleroze, biopsichosocialinis įvertinimas, siekiant užtikrinti galimybę anksti nustatyti gyvenimo kokybės rizikos veiksnius, o norint pagerinti ar stabilizuoti gyvenimo kokybę, rekomenduojama atlikti įrodymais pagrįstą psichologinę intervenciją (Gonzalez, Rodriguez, ir kt., 2020).

Išsėtine skleroze sergantiems depresija, nerimas ir nuovargis yra dažnai pasireiškiantys simptomai. Negydoma depresija yra susijusi su mintimis apie savižudybę, sutrikusia pažinimo funkcija ir prastu imunomoduliacinio gydymo laikymosi. Dėl šių priežasčių visiems pacientams rekomenduojama sistemingai tikrintis ir gydyti depresijos simptomus bei nuovargį. Įvairiose ligos stadijose skiriasi depresijos ir nerimo paplitimas. Depresijos paplitimas svyruoja nuo 10 proc. iki 41,8 proc. Depresija ir nerimas tarp sergančių išsėtine skleroze lyginant su sveikaisiais, turi dvigubai didesnę riziką, kad žmogus ims save žaloti ar net pakels prieš save ranką. (Feinstein, 2011). 2017 m. atliktoje mokslininkų metaanalizėje teigiama, kad vidutinis depresijos paplitimas tarp sergančiųjų IS sudaro 30,5 proc. (95%PI=26,3-35,1), o nerimo 22,1 proc. (95%PI=15,2-31). Tyrimais įrodyta, kad depresija ir nerimas turi įtakos nuovargiui. Nedarnūs santykiai artimoje aplinkoje, socialinio palaikymo trūkumas, didina kognityvinį nuovargį, po kurio atsiranda psichikos sveikatos sutrikimų ($r=-0,393$; $p<0,05$) ir prastesnis bendros sveikatos vertinimas ($r=-0,547$; $p<0,05$). 2016 m. atlikta studija atskleidė, kad pacientams, patiriantiems didesnę socialinę paramą, bei jaučiantiems draugų ir šeimos palaikymą, nerimas ne taip stipriai juntamas. Tuomet išsėtine skleroze sergantys yra labiau atsipalaidavę, jaučiasi labiau mylimi bei reikalingi (Boeschoten, Braamse, ir kt., 2017).

Nerimas pasireiškia 23,5 - 41 proc. sergančiųjų, 60- 92 proc. skundžiasi slegiančiu nuovargiu, o 30-55 proc. pacientų nuovargį vertina kaip labiausiai varginantį simptomą (Wood, Mei, ir kt., 2012). Daugiau nei 50 proc. sergančiųjų teigia, jog kasdien stiprėjantis nuovargis turi įtakos paciento gyvenimo kokybei. Literatūroje prieštaringai vertinama, ar nuovargiui didesnę įtaką turi ligos būklė, ar trukmė, tačiau šis simptomas pasireiškia visų amžių grupėms bei visose pacientų ligos klinikos formose (Calabrese, Rinaldi, ir kt., 2010). Taip pat svarbu apibrėžti ūminį ir lėtinį nuovargį, nes diferencijavimas labai priklauso nuo ligos trukmės. Ūminis nuovargis apibrėžiamas kaip trumpesnis nei 1 mėnesį trunkantis, lėtinis nuovargis - ilgesnis nei 6 mėnesiai, o ilgalaikis nuovargis yra apibrėžiamas kaip trunkantis nuo 1 iki 6

mėnesių (Dukes, Chakan, ir kt., 2021). Taigi, ryšys tarp socialinių ir klinikinių paciento savybių nėra dar pakankamai iširtas.

2013 - 2014 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokslininkai atliko tyrimą, kurio tikslas - nustatyti bendrą poveikį į socialinius ir klinikinius nuovargio aspektus recidyvuojančia – remituojančia išsėtinės sklerozės forma (RRIS) sergančius pacientus, analizuojant depresiją, nerimą ir SSGK (su sveikata susijusią gyvenimo kokybę). Tai yra pirmasis tyrimas Lietuvoje. Jame nagrinėjamas tarp RRIS sergančių pacientų nuovargio aspektas. Tyrime dalyvavo 137 atsitiktinai atrinkti savanoriai, kuriems buvo atliktas išsamus neurologinis ištyrimas. Neurologinis sutrikimas ir negalia buvo vertinami pagal EDSS balus. Išvadose paaiškėjo, kad pacientai, turėję didesnę fizinę negalią, depresiją ir žemesnę, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (SSGK), dažniau kentė nuovargį, nei tie, kurių fizinės negalios ir depresijos balas buvo žemesnis (Leonavičius R., 2016). Nuovargis buvo nustatytas 68,6 proc. tiriamųjų. Neaktyviai dirbantys pacientai šį simptomą jautė dažniau nei dirbantys aktyviai (atitinkamai 77,4 proc. ir 42,8 proc.; $p < 0,001$). Pacientai, turintys didesnę EDSS balą, taip pat dažniau jautė nuovargį palyginti su žemesnio EDSS balo grupe (atitinkamai 77,8 proc. ir 60,8 proc.; $p < 0,01$). Asmenys, kuriems nebuvo taikomas ligą modifikuojantis gydymas, dažniau kentėjo nuo nuovargio nei pacientai, gydomi interferonu beta arba glatiramero acetatu (atitinkamai 86,2 proc. ir 63,9 proc.; $p < 0,01$). Tyrimas parodė, kad nuovargis buvo paplitęs tarp depresija sergančių pacientų, lyginant su depresija nesergančiais (atitinkamai 90 proc. ir 62,6 proc.; $p < 0,001$). Analizuojant pacientus jaučiančius nuovargį ir jo nejaučiančius, nustatyta didesnė vidutinė ligos trukmė, t.y. iki 15,1 metų, pacientams jaučiantiems šį simptomą (Leonavičius R., 2016).

Neigiamas išsėtinės sklerozės ligos poveikis, depresija sergantiems pacientams, palyginus su depresija nesergančiais pacientais, dažniau trikdė socialinę, buitinę, darbinę veiklą bei turėjo įtakos jų šeimyniniam gyvenimui. Tiems pacientams, nurodžiusiems išsėtinės sklerozės blogą įtaką šeimyniniam gyvenimui, turėjo septynis kartus didesnę tikimybę, kad bus diagnozuota depresija, nei tiems, kurie nurodė, kad tokių trukdžių nebuvo. Akivaizdu, kad depresijos ir negalios derinys gali labai pakenkti gyvenimo kokybei bei normaliam funkcionavimui (Leonavičius, Adomaitienė, ir kt., 2012).

Depresijos paplitimas varijuoja nuo 27 iki 54 proc., o nerimo nuo 14 iki 41 proc. Depresijos etiologija yra neaiški ir prieštaringa, hipotetiškai prie jos prisideda trumpesnė ligos trukmė ir didesnis neįgalumo lygis (Beiske, Svensson, ir kt., 2008). Taip pat neurologinė patologija, kognityviniai sutrikimai ir psichosocialinės priežastys, turi įtakos depresijos bei nerimo progresavimui, ir tai susiję su ligos nenuspėjamumu, netikrumu dėl ateities. Ryšiai tarp emocinių sutrikimų ir ligos ypatumų yra sudėtingi ir prieštaringi. Yra tam tikrų įrodymų, kad

nestabili ligos eiga, pvz., recidyvuojanti-remituojanti išsėtine skleroze yra susijusi su prastesne gyvenimo kokybe ir prastesniu psichologiniu funkcionavimu nei labiau nuspėjama ligos eiga, tokia kaip pirminė progresuojanti išsėtine skleroze (Vleugels, Pfennings, ir kt., 1998).

Taigi, sergantieji išsėtine skleroze patiria didelių problemų dėl savo emocinės būsenos. Australijoje buvo atliktas tyrimas siekiant ištirti simptomų paūmėjimo įtaką sergančiųjų išsėtine skleroze depresijai, nerimui ir savigarbai 18 mėnesių laikotarpiu. Tyrime dalyvavo 243 išsėtine skleroze sergantys pacientai ir asmenys iš bendrosios populiacijos. Rezultatai parodė, kad sergančiųjų nuotaika, nerimas, sumišimas bei savigarba buvo prastesnė nei bendros populiacijos asmenų. Paaiškėjo, kad ligos paūmėjimo periode padidėja nerimo lygis, o tie tiriamieji, nepatyrę paūmėjimo periodų, jautėsi panašiai kaip ir respondentai iš bendros populiacijos. Jiems pasireiškė simptomų paūmėjimas, didesnis emocinių sutrikimų lygis nei sergantiems remisijoje. Tyrime teigiama, kad simptomų paūmėjimas susijęs su padidėjusiu susijaudinimu, paastrėjusiu nerimu bei sumišimu. Šie simptomai gali išlikti ilgą laiką po paūmėjimo epizodo, sukeldami naujų iššūkių sergančiajam (McCabe, 2005).

Depresijos ir nerimo simptomų paplitimas tarp IS sergančiųjų yra du-tris kartus didesnis nei bendroje populiacijoje ir turi įtakos paciento funkcionavimui. Todėl, depresijos ir nerimo simptomus reikia atpažinti ir gydyti, o ne priimti kaip natūralią ir neišvengiamą ligos eigos pasekmę. Siekiant nustatyti tinkamą išsėtine skleroze sergančiųjų gydymą, gydytojams daugiau dėmesio reikia skirti sergantiems depresija ir nerimu, bei diagnozuojant ligą skatinti pacientus kalbėti apie savo jausmus (Beiske, Svensson, ir kt., 2008).

IS apima daugelį kitų kančios aspektų, visų pirma minėtą nuovargį, depresiją ir skausmą. Neurologai linkę sutelkti dėmesį į terapines strategijas, siekiančiomis sumažinti ligos atsinaujinimo ir progresavimo riziką. Reikalingas visapusiškas požiūris į šios ligos gydymą, nes tai daro įtaką pacientų psichosocialinei sveikatai (Choobforoushzadeh, Neshat-Doost, ir kt., 2015).

HADS skalė (*depresijos ir nerimo sutrikimų vertinimo instrumentas*) yra patikima ir galiojanti pacientų, sergančių IS, savęs vertinimo skalė, kurią siūloma naudoti klinikiniam pacientų, sergančių IS, psichikos ir psichologinės būklės stebėjimui. Imtuvo veikimo charakteristikų (ROC) analizė rodo, kad HADS subskalės turi reikšmingą diagnostinį pagrįstumą grupių diferencijavimui (Jerkovič, Prorokovic, ir kt., 2021).

Literatūroje aprašyto tyrimo, kuriame dalyvavo 144 respondentas, tikslas buvo ištirti ar nerimo ir depresijos HADS skalė yra naudinga priemonė bendruomenėje gyvenančių žmonių ir sergančių išsėtine skleroze, nerimui bei depresijai vertinti. Išvadose matyti, kad asmenys, sergantys išsėtine skleroze, nurodė gerokai didesnę nerimo ir depresijos lygį nei sveiki populiacijos gyventojai. Tyrimo rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų duomenis,

atskleidžiančius didelį nerimo ir depresijos paplitimą IS sergančiųjų pacientų populiacijoje, todėl, reikia imtis intervencinių priemonių, skirtų su išsėtine skleroze susijusioms psichologinėms problemoms spręsti (Atkins, Newby, ir kt., 2012).

Apibendrinant pateiktą literatūros analizę nustatyta, kad nors ir išsėtinė sklerozė iš esmės yra progresuojanti neįgalumą sukianti neurologinė liga, tačiau ji apima ne tik neurologinę negalią, bet ir daugelį kitų kančios aspektų, visų pirma minėtą nuovargį, nerimą, depresiją ir skausmą. Sergantieji išsėtine skleroze patiria didelių problemų dėl savo emocinės būsenos. Depresijos ir nerimo simptomų paplitimas tarp IS sergančiųjų yra du-tris kartus didesnis nei bendroje populiacijoje ir turi įtakos paciento funkcionavimui. Reikalingas visapusiškas, holistinis požiūris į šios ligos gydymą, nes tai daro įtaką pacientų psichosocialinei sveikatai bei gyvenimo gerovei.

2. IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS GYDYMAS IR REABILITACIJA

„Negalia – gebos, susijusios su asmens ar grupės standartu, sutrikimas“ (Kriščiūnas, 2015, p. 1). Negalumas yra skirstomas į pirminį ir antrinį. Pirminis - būna įgimtas, sąlygotas ligos, jos pasekmių taip pat traumų rezultatas. Antrinis - atsiranda nuo netinkamos slaugos ar neadekvataus gydymo, priverstinės imobilizacijos, streso, psichikos ar somatinės ligos. Medicininis požiūriu ypatingai svarbi antrinio negalumo profilaktika, kad funkcinės būklės sutrikimas netaptų negalumo priežastimi (Kriščiūnas, 2014).

Norint pasiekti neįgaliųjų savigarbos lygį, pirmiausia turi būti patenkinti jų fiziologiniai, psichologiniai bei fizinio saugumo, bendravimo, artimų ryšių, meilės poreikiai. Neįgaliųjų, ar kitaip vadinamų, negalią turinčių pacientų įgalinimas yra ilgalaikis daugiaplanis socialinis procesas, apimantis bendrumo jausmo puoselėjimą, skatindamas bendrai tarpusavio veiklai, tarpusavio santykių kūrimui bei saviraiškai (Stankutė, Samsonienė, ir kt., 2015). Priklausomybė nuo įvairių institucijų sprendimų, ribotas bendruomeninis gyvenimas, nepakankamas poreikių patenkinimas, neįgaliuosius padaro priklausomus nuo kitų žmonių. Pastebėta, jog neįgaliuosius labiausiai palaiko šeimos nariai ir socialinės institucijos, tačiau per didelė priklausomybė nuo šeimos narių pagalbos ilgainiui gali turėti neigiamų pasekmių tiek sergantiems, tiek ir patiems pagalbininkams. Tai gali kelti jiems nuolatinį stresą, socialinių ekonominių galimybių sumažėjimą, atstumimo jausmą ar izoliaciją (PSO, 2011).

2.1. Išsėtinės sklerozės gydymas

Gydytojai praktikai, gydantys IS sergančius pacientus, dažnai susiduria su iššūkiiais ir uždaviniais - kaip laiku atpažinti, sėkmingai kontroliuoti pasireiškiančius sudėtingos lėtinės ligos simptomus. Rūpinasi kaip teisingai įvertinus konkrečią situaciją ir siekiant išvengti gydymo komplikacijų, sudaryti individualius gydymo planus, tarpusavyje derinti įvairius gydymo metodus (Mickevičienė, Vaitkus, ir kt., 2012).

Kadangi, liga recidyvuojanti, taikomas simptominis medikamentinis gydymas, imunologinis gydymas bei nemedikamentiniai gydymo būdai. Šiuo metu nemažai skiriama ligos eigą koreguojančių preparatų. Taip pat skiriami patogeninius faktorius įtakojantys medikamentai, kurie, tikėtina, sumažina ligos paūmėjimą, progresavimą bei palengvina simptomų sunkumus. Nepaisant pažangos, pasiektos taikant dabartinį išsėtinės sklerozės gydymą, kai kuriems pacientams netinka turimi vaistai ir ligos progresavimui kontroliuoti reikalingos kitos gydymo strategijos.

Viltį teikia per pastaruosius 25 metus sunkios autoimuninės ligos, įskaitant išsėtinę sklerozę, gydymas taikant imunosupresiją ir autologinę kraujodaros kamieninių ląstelių transplantaciją (AHSCT) (Giedraitienė, Kizlaitienė, ir kt., 2020). Tai leidžia pašalinti ligą sukeliančią imunines ląsteles ir atstatyti imuninę sistemą. Dėl to, tikėtina, pagerėja sergančiųjų gyvenimo kokybė bei darbingumas (Kastys, 2015). Šios ligos simptomai yra įvairaus pobūdžio, nuo lengvai diagnozuojamų ir sėkmingai gydomų, iki sunkiai koreguojamų. Todėl, ypatingai svarbus paciento bei gydytojo bendradarbiavimas, mediko profesionalumas, jo kantrybė bei atjauta. Išsėtinė skleroze sergantys pacientai dažnai vienu metu kenčia nuo daugelio simptomų. Todėl, rekomenduojama taikyti tiek individualų, tiek daugiaplanį simptominių gydymą, apjungiantį medikamentų vartojimą ir reabilitaciją. Neabejotinai svarbus pacientų ir jų artimųjų mokymas prisitaikyti prie pasikeitusių aplinkybių, psichologinė pagalba (Mickevičienė, Vaitkus, ir kt., 2012). Po ilgalaikio kontaktavimo su specialistais sergantiems atsiranda priklausomybė ne tik nuo gydytojų, bet ir nuo visos sveikatos sistemos. Dažnai tai sukelia didesnius rūpesčius, nes asmens negalavimas priklauso nuo įvairių veiksnių; socialinės aplinkos, gyvenimo vietos, užimtumo, dvasinių poreikių ir kitų (Leonavičius V, Baltrušaitytė, ir kt., 2014). Atsiradus itin ryškiam išsėtinės sklerozės paūmėjimui, kartais kaip pagalba naudojamos didelės kortokosteroidų dozės. Koreguojant ligos eigą, taikomi šiuolaikiniai imunomodulatoriai ar imunodepresantai, taip pat įvairių cheminių grupių vaistai. Šie preparatai skiriami siekiant sumažinti ar net panaikinti ligos sukeltus sunkumus (Kastys, 2015). Nustatyta, jog rizika susirgti IS sumažėja vartojant vitaminą D > 4000 TV per dieną (Munger, Zhang, ir kt., 2004). Pastebėtas efektyvus kanabinoidinių vaistų poveikis raumenų spastiškumui

gydyti, ypač jeigu jis susijęs su centrine nervų sistema. Beveik visiems paroksizminiams simptomams malšinti veiksmingi epilepsijos gydymui skirti vaistai, o tiems išsėtinės sklerozės pacientams, turintiems ryškią negalią sukeltą tremorą, gali padėti chirurginis gydymas (Mickevičienė, Vaitkus, ir kt., 2012). Su medikamentine terapija dažnai taikoma ir kineziterapija, ergoterapija, fizioterapija. Sutrikus judesių koordinacijai ar pusiausvyrai, taip pat nusilpus raumenų tonusui kineziterapijos pagalbos dėka, galima išmokyti išsėtine skleroze sergančius pacientus padėti sau suvaldyti pasireiškiančius simptomus (Kastys, 2015).

Kaip nefarmakologinė ligos gydymo priemonė, dažnai yra minima akupunktūra ir akupresūra, kurios naudojamos nuo 7,2 iki 21 proc. išsėtine skleroze sergančių pacientų. Akupunktūra išsėtinei sklerozei gydyti yra gana paplitusi, tačiau mažai literatūros, tiriančios jos veiksmingumą. Pastebėta, kad akupunktūra turi įtakos spastiškumui, pagerėja savijauta, pusiausvyra, mažėja nuovargis, rimsta skausmas (Karpatkin, Napolione, ir kt., 2014). Remiantis naujausių tyrimų duomenimis, pastebėta, kad akupunktūros intervencijos dėka sumažėja šios ligos simptomų pasireiškimas: nervinių funkcijų, nuovargio, skausmo pojūtis, kinta eisena, šlapimo pūslės disfunkcija, taip pat, sumažėja ligos atkryčių skaičius. Manoma, kad akupunktūra gali būti plačiau taikoma kaip integruota terapija išsėtine skleroze sergantiesiems pacientams (Khodaie, Abbasi, ir kt., 2022).

Vertinant šiuolaikinių technologijų tendencijas bei galimybes, atsiranda vis daugiau gydymo būdų ir vilties, kad išsėtinės sklerozės liga bus pagaliau pilnai išgydoma.

2.2. Sergančiųjų išsėtine skleroze reabilitacija

Išsėtine skleroze sergančiųjų reabilitacija turėtų apimti platų gydymo ir reabilitacijos spektrą, taikyti įvairias tinkamas, ištirtas intervencijas, kurios turi būti individualizuotos pagal sergančių asmenų klinikinę būklę, kintančius poreikius, negalios lygio skirtingumą (Khan, Pallant, ir kt., 2010).

PSO, vienijanti 193 šalis, pasiūlė įdiegti biopsichosocialinį sveikatos priežiūros modelį. Teikiant pagalbą ligoniams turi būti įvertinamos ne tik sveikatos sutrikimų priežastys, bet ir ligų pasekmės. Todėl, ligoniui svarbi pritaikyta aplinka, techninės reabilitacijos priemonės. Šiuo metu daugelyje valstybių siekiama asmens neįgalumą vertinti taikant biopsichosocialinį modelį. Biopsichosocialinis požiūris sujungia skirtingus sveikatos modelius, apimančius biologinį, individualųjį ir socialinį individo aspektą (PSO, 2011).

1996 metais PSO ekspertai patvirtino reabilitacijos sąvokos apibrėžimą: „Reabilitacija- tai koordinuotas kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių naudojimas siekiant maksimalaus reabilituojamojo funkcinio aktyvumo“

(Kriščiūnas, 2015, p. 9). Taigi, poreikis reabilitacijos paslaugoms Lietuvoje yra du tris kartus didesnis nei galimybės ar jų prieinamumas. Antrinė negalia neišvengiama, kuomet sunkūs ligoniai tampa neįgaliais ne dėl ligos ar traumos, bet dėl laiku nesuteiktos tinkamos reabilitacijos pagalbos. Tuomet ligoniui išsivysto komplikacijos, kurių būtų galima išvengti taikant savalaikes ir kokybiškas reabilitacijos priemones. Antrinė negalia sudaro iki 50 proc. visų negalios atvejų (Kriščiūnas, 2015).

Lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip išsėtinė sklerozė, sergantiems pacientams, būtina tiek fizinė, socialinė, bei ypatingai svarbi, psichologinė reabilitacija. Sergant IS, reabilitacija laikoma pagrindine pagalbine gydymo priemone, nepriklausomai nuo to, kad nepakanka duomenų apie metodologinį tokių terapijų veiksmingumą. Išsėtinei sklerozei gydyti taikoma reabilitacija, ambulatorinė priežiūra, kineziterapija, fizioterapija, mankštos terapija, psichoterapija, kognityvinė, elgesio terapija. Taip pat konsultavimas, socialinis darbas, dietologija, ergoterapija, ortopedija, akupunktūra, kitos priemonės (Amatya, Khan, ir kt., 2019).

2.2.1. Fizinė sergančiųjų išsėtine skleroze reabilitacija

Terminas „reabilitacija“ dažnai tapatinamas su terminu „fizinė medicina“. Tačiau, šie terminai, turintys daug bendro, yra tik sinonimai. Fizinė medicina tradiciškai siejama su gydymu, naudojant fizines priemones ir specialią įrangą, pvz., specialią techniką ir vandenį, elektrą, kvantines ar magnetines bangas, kontrasto procedūras, derinant šaltį ir šilumą bei kt. „Reabilitacija“ yra platesnė sąvoka, labiau akcentuota į ligonio funkcinės būklės atkūrimą. Reabilituojant asmenį yra trys galimybės atkurti pažeistas funkcijas:

- *pirma* – tai, kai pažeistoji funkcija beveik arba visiškai atkuriamą;
- *antra* - kai kompensuojama techninėmis reabilitacijos priemonėmis pažeista funkcija;
- *trečia*, - kai pasiekama readaptacija, t.y. pritaikant aplinką pagal paciento galimybes, nors funkcinis pažeidimas išlieka (Kriščiūnas, 2015).

Į fizinės terapijos sampratą įeina: kineziterapija, masažas, funkcinė raumenų stimuliacija ir kitos procedūros, kurios padeda stiprinti raumenis, normalizuoti raumenų funkciją (Kastys, 2015).

Žinoma, kad išsėtinė sklerozė - sudėtinga liga, kurią reikia ilgai ir visapusiškai gydyti. Taikomos įvairios reabilitacinės priemonės, įrodančios teigiamus rezultatus apžvelgtos 2019 metų *Cochrane* sisteminėje apžvalgoje. Fizinės reabilitacijos nauda apima jėgos ir raumenų veiklos pagerėjimą, funkcinį pajėgumą susijusį su širdies ir kvėpavimo sistemomis, veikia sensomotorinius procesus, kognityvinių funkcijų bei neurobiologinius procesus, skatinančius neuroplastiškumą bei galinčius mažinti ilgalaikę negalią. Būtent fizinė terapija ir mankšta,

pagerina raumenų galią ir jėgą, taip pat su judėjimu susijusią veiklą bei krūvio tolerancijos lygį, sumažina pacientų nuovargį (Amatya, Khan, ir kt., 2019). Pagal 2015 m. atliktą fizinių pratimų terapijos, kuria siekiama sumažinti nuovargį sergantiems IS, veiksmingumo ir saugumo įvertinimą, nustatyta, kad ištvermės, mišrios ar kitokios treniruotės mažina savaiminį nuovargį ir gerina nuotaiką (Heine, Port, ir kt., 2015). Tokiu atveju kūnas naudojamas savo mintims, išgyvenimams perteikti. Manoma, kad dramos ir judesio terapija, padeda neverbaliniu būdu atskleisti jausmus, apie kuriuos sunku išsireikšti žodžiais. Tokio pabūdžio terapijoje daug dėmesio skiriama kūno judesių pažinimui, taikomos masažo technikos, padedančios įsisamoninti pojūčius. Jau seniai daugelio ligų prevencijai ir gydymui žinoma teigiama masažo terapijos nauda, naudojama sergant įvairiomis neurologinėmis ligomis, tame tarpe ir išsėtinės sklerozės lėtiniam skausmui gydyti ar su stresu susijusiai raumenų įtampai mažinti (žr. <http://www.centerforhealthstudies.org>). Judesys su prisilietimu ir masažu leidžia patirti gilesnius pojūčius, atsiradusius dėl įtampos ar suvaržymo (Keleman, 1975, McNeely, 1987, Mindell, 1982). Dalyviai per metaforą tyrinėja fizinius simptomus (pasitelkiant Jungo savireguliacinės sistemos idėją), vaizduotę, garsą, judesį ar piešinį (Stor, 1983).

Judesių pažinimas – tai „langas“ į galvos smegenų elgsenos pažinimą. Albertas Skurvydas (Skurvydas, 2011) teigė, kad, pagal motorinę elgseną daug ką galima sužinoti apie centrinės nervų sistemos veikimo būdus ir principus. Per pastaruosius dešimtmečius mankštos terapija, kuri apibrėžiama kaip sistemingai struktūruota fizinė veikla, tapo plačiai rekomenduojama IS pacientams jau ligos pradžioje. Pratimų terapija, apimanti nuo ištvermės treniruočių iki pasipriešinimo, yra saugios ir turi teigiamą poveikį nuovargio mažinimui, pusiausvyrai, depresijos simptomams, pažinimui, vaikščiojimui, nuotaikai bei gyvenimo kokybei gerinti. Atliktų tyrimų duomenimis, pacientų dalyvavusių ankstyvose fizinių pratimų intervencijose, ligos atkryčių dažnis buvo mažesnis (27 proc.), palyginus su kontrolinėmis grupėmis. Kadangi, fiziniai pratimai turi didelį modifikuojantį poveikį, atitolina funkcinis ir neurologinis sutrikimus, tuomet tai svarbu ne tik pacientui, bet ir visai sveikatos priežiūros sistemai (Riemenschneider, Hvid, ir kt., 2018).

Sisteminėse apžvalgose, *Cochrane* analizėje apie fizinių pratimų poveikį išsėtinės sklerozės padariniams nurodoma, kad fizinių pratimų poveikis yra mažas, vidutinis arba didelis (Motl, Sandroff, ir kt., 2017), po aerobikos treniruočių vidutiniškai pagerėjo širdies ir kvėpavimo pajėgumas (Langeskov-Christensen, Heine, ir kt., 2015).

Pusiausvyros pratimų treniruotės, sergantiems išsėtine skleroze, turėjo nedidelį, bet reikšmingą teigiamą poveikį pusiausvyros rezultatams. Tyrimų duomenimis, pusiausvyros pratimų mokymas pagerino laikysenos kontrolę ir galbūt, smegenėlių baltosios ir pilkosios medžiagos vientisumą (Prosperini ir kt., 2014). Dvejuose metaanalizėse ir *Cochrane* apžvalgoje

nagrinėtas bendras fizinių pratimų poveikis išsėtine skleroze sergančių žmonių nuovargiui. Rezultatai atskleidė, kad po fizinio krūvio treniruočių nuovargis apskritai vidutiniškai sumažėja (Heine, Port, ir kt., 2015). Atsiranda vis daugiau įrodymų, kad fiziniai pratimai gali skatinti išsėtine skleroze sergančių žmonių smegenų neuroplastiškumą. Nustatyta, kad aerobinis fizinis pasirengimas arba fizinis aktyvumas, teigiamai susijęs su IS sergančių žmonių subkortikinių pilkosios medžiagos struktūrų, tokių kaip hipokampus ir pamato mazgai, padidėjimu. Atvejų tyrimai parodė, kad aerobinių pratimų treniruotės gali padidinti hipokampo tūrį ir vientisumą (Sandroff, Johnson, ir kt., 2017). Sunkia depresijos forma sergančių moterų tyrimo duomenys parodė, kad kineziterapija (40 min. trukmės 5 k./sav. fizinių pratimų programa) yra veiksminga priemonė depresijos ir nerimo simptomams mažinti. Šių moterų gyvenimo kokybė lyginant su tomis moterimis, kurios buvo gydomos tik vaistais ir psichoterapija ženkliai pagerėjo (Šakalienė, Juodžbalienė, ir kt., 2009).

Atsižvelgiant, kad liga trunka visą gyvenimą, ir turi gretutinius simptomus, daugelis pacientų (30-80 proc.) naudoja bent vieną iš papildomų bei alternatyvių metodų, skirtų pagrindiniam arba papildomam šios ligos gydymui. Pavyzdžiui, Joga yra seniausia dvasinė Indijos disciplina ir šių laikų pasaulis vis daugiau ją praktikuoja dėl geresnės savijautos. Sisteminėje apžvalgoje, atliktoje 2014 metais, akcentuojama, kad jogos praktikavimas tinkamas siekiant sumažinti nuovargį. Joga yra veiksminga sergant daugeliu neuropsichiatrinų sutrikimų, tačiau išsėtinės sklerozės ligos atveju, jogos veiksmingumo tyrimų dar nepakanka. (Cramer, Lauche, ir kt., 2014).

Šiuo metu intensyviai analizuojamas pilateso poveikis išsėtine skleroze sergantiems pacientams. Pilateso metodas - tai pratimų rinkinys, kuriuo lavinamas kūnas ir protas, reikalaujantis stabilumo centrinėje kūno dalyje, jėgos, lankstumo, dėmesį skiriant laikysenai, kvėpavimui ir raumenų kontrolei. Keturi iš šešių tyrimų, pateikė duomenis, parodančius reikšmingą pilateso naudą nuovargio sumažinimui ir pusiausvyros reguliacijai, tačiau depresijai šios terapijos poveikis nebuvo reikšmingas. Taigi, galima daryti išvadą, kad nors pilateso poveikis ir nėra reikšmingas lyginant su kitomis terapijomis, bet taip pat yra tinkama terapija, galinti pagerinti sergančiųjų išsėtine skleroze fizines funkcijas bei mažinti jų pačių jaučiamą nuovargį (Sanchez-Lastra, Martinez-Aldao, ir kt., 2019).

Atsižvelgiant į tai, kad išsėtinės sklerozės liga trunka visą gyvenimą, bei į ligos eigoje atsirandančius gretutinius simptomus, matome, kad daugelis pacientų ligos fizinei reabilitacijai šalia tradicinių reabilitacijos būdų vis dažniau naudoja bent vieną iš papildomų ir alternatyvių metodų.

2.2.2. Socialinė sergančiųjų išsėtine skleroze rehabilitacija

Neįgaliųjų socialinio dalyvavimo galimybės priklauso nuo įvairių veiksnių: sveikatos būklės (*angl. health conditions*), apimančios kūno struktūros trūkumus, funkcijų sutrikimų ir su jais susijusių veiksnių (*angl. contextual factors*), kurie turi įtakos asmenims dalyvauti vienoje ar kitoje visuomenės veikloje. Fizinė veikla- labai svarbi siekiant gyventi aktyvų, sveiką, pilnavertį gyvenimą bei turėti prasmingą laisvalaikį. Bendravimo poreikis, savarankiškumo siekimas bei savirealizacijos galimybė yra pagrindiniai motyvai, skatinantys negalia turinčius pacientus jungtis į bendras veiklas (Samsonienė, Adomaitienė, ir kt., 2008). Dėl ligos sumažėjus darbingumo lygiui pablogėja finansinė sergančiųjų padėtis, todėl atsiranda vengimas darbdaviui ir kolegoms sakyti tiesą apie sveikatos būklę. Prasta finansinė padėtis riboja pacientų galimybes bendrauti viešojoje erdvėje, dalyvaujant įvairiose veiklose (Leonavičius, Baltrušaitytė, ir kt., 2014), o toks dalyvavimas ir siekiamybė sergantiems kuo ilgiau išlikti judriems yra ypač svarbus. Dėl neįgalumo, ar kitų priežasčių, atsiradusių progresuojant ligai, gali tekti naudotis pagalbinėmis medicinos priemonėmis: lazda, ramentu, vaikštyne, ortopedine avaline ar įtvarais. Tuomet, kai atsiranda labai didelis raumenų spastiškumas, silpnėja abiejų kojų raumenys ir panašiai, tokiais kritiniais atvejais rekomenduojama naudoti neįgaliojo vežimėlius (Kastys, 2015). Kuo didesnis asmens dalyvavimas vienoje ar kitoje socialinėje veikloje, tuo jo negalia tampa mažesnė. Specialistai, dirbantys reabilitacijos, rekreacijos ir sporto srityse, privalo žinoti neįgaliųjų galimybes, jų poreikius, polinkius bei motyvaciją (Samsonienė, Adomaitienė, ir kt., 2008).

„Asmens saviraiškos teorija“, kurią pagrindė A. Maslow (1970) remiasi Motyvų teorijos idėjomis. Motyvai, tai vidinės nuostatos, motyvuojančios individą veikti, skatinančios asmens raidą (fizinę, psichologinę bei socialinę). Motyvai yra skirtingi ir gali keistis priklausomai nuo asmenybės amžiaus, aplinkos bei patirties. Asmens saviraiškos teorijos, kurios remiasi holistinėmis ar humanistinėmis idėjomis pritaikomos praktikoje, kuomet reikia spręsti neįgaliųjų psichomotorines, psichoemocines bei psichosocialines problemas, neišvengiamai susijusias su jų įgalinimu ekologinėse sistemose (Stankutė, Samsonienė, ir kt., 2015).

Taip pat labai svarbios profesinės reabilitacijos programos, sprendžiančios su negalia susijusius praktinius klausimus, darbo vietos pritaikymo problemas, šviečiančios darbdavius ir bendruomenę, kad jie suprastų bei įveiktų kliūtis, trukdančias išlaikyti darbo vietą negalia turintiems asmenims (Khanas, Louisa, ir kt., 2009, 2010).

Sergantieji neišvengiamai nuolatos turi palaikyti santykius su sveikatos priežiūros specialistais. Tačiau, įprastinė sveikatos patikra, vaistų išrašymas ar tyrimai dažnai sukelia papildomų trikdžių, ypač pacientams gyvenantiems toliau nuo didžiųjų miestų. Atsiranda

susisiekimo sunkumų, iškyla klausimas dėl papildomų išlaidų kelionės transportui ir kt. Sergantys, dažnai dėl negalios, visai atsisako vizitų pas medikus, tuo komplikuodami ar visai užleisdami ligą. Taigi, neišvengiamas nuolatinis kontaktavimas su gydančiais specialistais rodo sergančiųjų išsėtine skleroze priklausomybę ne tik nuo gydytojų, bet ir nuo visos sveikatos sistemos (Leonavičius, Baltrušaitytė, ir kt., 2014). Bendravimo, saviraiškos poreikis, savarankiškumo, sveikatos stiprinimas, esant papildomai finansinei paramai, bei galimybei naudotis neįgaliesiems pritaikytu transportu būtų lengviau įgyvendinamas (Samsonienė, Adomaitienė, ir kt., 2008). Negalavimai ypač glaudžiai susiję su socialine sergančiojo aplinka. Socialinių veiksnių kontekstas, darantis įvairialypį poveikį sergančiųjų asmenų gyvenimo kokybei, socialiniuose moksluose išskirstomas į mikro, makro ir mezo aplinkas. Mikro aplinkoje asmenys bendrauja atspindėdami vienas kitą (pagal *H. Cooley* veidrodinės savimonės teoriją). Pati liga nėra nei izoliuojanti nei integruojanti, tačiau tam tikros makro ir mezo socialinės sąlygos, tokios kaip, sveikatos sistema, įstatymai, socialinė apsauga ir kitos gali pastūmėti sergantįjį į socialinę atskirtį (Leonavičius, Baltrušaitytė, ir kt., 2014). Todėl, siekiant sėkmingai reabilituoti lėtine išsėtine skleroze sergančius pacientus, labai svarbu sistemingai teikti socialines, draugų bei šeimos paramos programas. (Aghaei, Karbandi, ir kt., 2016). Nemažai iškilusių problemų padeda spręsti visoje Lietuvoje veikiančios IS asociacijos. Pripažindami negalią turinčių asmenų galimybes fizinėje ir socialinėje veikloje, nepriklausomai nuo asmens gebėjimų, mes sudarome sąlygas jų tobulėjimui: skatiname saviraišką, savivoką, savivertę ir geriname kūno įvaizdį bei sveikatą (Stankutė, Samsonienė, ir kt., 2015).

Taigi, galima daryti išvadą, kad nors pati liga nėra nei izoliuojanti nei integruojanti, tačiau tam tikros makro ir mezo socialinės sąlygos, tokios kaip; sveikatos sistema, įstatymai, socialinė apsauga ir kitos gali pastūmėti sergantįjį į socialinę atskirtį. Būtina kuo labiau stiprinti, ieškoti palankių sprendimo būdų spragoms užpildyti socialinėje plotmėje, siekiant palengvinti negalią turinčių asmenų integraciją visuomenėje, mažinti atskirtinumo jausmą. To pasekoje stiprės psichoemocinė sveikata bei bus išlaikytas sergančiųjų savigarbos bei orumo jausmas.

2.2.3. Psichologinė išsėtine skleroze sergančiųjų reabilitacija

Froidas Z. pirmasis metė iššūkį biomedicininiam modeliui, teigdamas, kad prieš įvertinant paciento fizinę sveikatą reikia atsižvelgti į psichologinę būklę bei socialinę aplinką. Pvz., lėtinio skausmo tyrimai parodė, kad iš sužalojimo ar traumos neįmanoma suvokti skausmo laipsnio ir dėl jo atsirandančio neįgalumo (Turk, 1996). Manoma, kad gydant organinės kilmės skausmą kognityvinė ir elgesio terapija yra veiksmingiausia psichologinė intervencija. Tačiau, nėra pakankamų įrodymų, liūdijančių apie tokį patį veiksmingumą, gydant neorganinio

popūdzio skausmus. Todėl, vis labiau pasitelkiama kūrybinė raiška, tokia kaip dramos ir judesio terapija. Lėtinį skausmą jaučiantis asmuo per kūrybinę terapiją gali iširti fizinės dizharmonijos kilmės priežastis, adaptuotis prie skausmo sukeltų apribojimų ir juos transformuoti (Walco, Varni ir kt, 1992).

Labai svarbus ir paties paciento ligos suvokimas, priėmimas, darantis poveikį ne tik jo paties gyvenimo kokybei, bet ir santykiui su aplinka. Tie pacientai, kurie gali savimi pasirūpinti, mažiau domisi socialinės paramos grupėmis ar socialinių darbuotojų pagalba, o kitiems atrodo, kad bendravimas su panašaus likimo žmonėmis dar labiau akcentuoja sudėtingą sergančiojo situaciją, todėl, visai atsisako socialinių paslaugų (Leonavičius, Baltrušaitytė, ir kt., 2014). Tai rodo kokia svarbi yra paciento ir gydytojo sąveika bei supratimas (konceptuali sistema). Sveikatos priežiūros specialistui svarbu su pacientu kalbėtis, informuoti apie gydymo metodų naudą, kliūtis ar lengvinančias paslaugų galimybes, sąlygas, nes daugeliui IS negalią turinčių asmenų, trūksta šios informacijos arba ji yra, tiesiog, neprieinama (Motl, Sandroff, ir kt., 2017). Išsėtinei sklerozei progresuojant, kyla psichologinių sunkumų, nes pamažu nyksta fizinis pajėgumas ir formuojasi negalia. Biomedicininis ligos gydymas sveikatos priežiūros įstaigose vykdomas, tačiau negalavimams palengvinti būtinos ne tik universalios, tačiau ir individualios gydymo programos bei socialinė parama. Viena iš problemų, kuri egzistuoja šiuo metu, tai nuolatinių psichologo paslaugų gavimas. Neretai adaptuojantis prie gyvenimo su negalia sergantieji patys sprendžia, kokių papildomų specialistų, ar socialinių darbuotojų, psichologų ar kitų specialistų jiems reikia, ir kiek tam gali skirti papildomų finansinių bei laiko sąnaudų (Leonavičius, Baltrušaitytė ir kt., 2014).

Tyrimai rodo, kad sergantieji išsėtine skleroze lyginant su bendrąja populiacija patiria įvairių nuotaikų svyravimų, sutrikimų, bei blogiau prisitaiko įvairiose gyvenimo srityse. Tiek moterys, tiek vyrai, kurie naudojo į emocijas orientuotas įveikimo strategijas, tokias kaip ligos neigimas, arba tikėjimas, kad liga tiesiog savaime išnyks, dažniau jautė psichologinį distresą nei tie asmenys, kurie naudojo į problemos įveikimą orientuotas strategijas, pavyzdžiui, ieškojo būdų problemų sprendimams. Ligos paūmėjimo periode sergantys IS nurodė prastesnę nuotaiką, aukštesnį nerimo, depresijos bei sumažėjusios savigarbos lygį (McCabe, 2005).

Depresija (*lot. depressio – prislėgtumas*) yra stabilus ilgalaikis nuotaikos pablogėjimas. Šia liga dažniausiai susergama dėl tam tikros socialinių kataklizmų įtakos, streso, pablogėjusių gyvenimo sąlygų, netekčių, vienatvės ir kt. (Kessler, Jonge, ir kt., 2009). Depresijos rūšių yra daugybė, ji klasifikuojama pagal daugybę požymių, simptomų bei trukmę, tačiau labai svarbu išsiaiškinti ar asmuo depresija susirgo dėl endogeninių ar dėl egzogeninių priežasčių. Tai padeda psichiatriams ir psichoterapeutams tikslingai parinkti gydymo būdą. Depresijai būdinga prislėgta nuotaika, sulėtėjęs mąstymas, sulėtėję judesiai, o taip pat

pasireiškia ir savęs nuvertinimo ar kaltės jausmas. Depresija dažniausiai būna pagrindinė liga, tačiau neretai pasitaiko, jog tampa kitų psichopatologinių sindromų dalis (Rinck, Becker, 2005).

Taip pat depresijos simptomų pasireiškimo sumažėjimui arba atsiradimo atitolinimui, svarbią vietą užima kineziterapija su Tai Chi elementais, kurios poveikis depresijai, šiuolaikinės medicinos požiūriu, yra puiki pagalbinė gydymo bei prevencijos priemonė. Tai Chi (*sinonimai Taiji ar Tai Chi Chuan*), yra proto – kūno pratimų forma, kilusi iš Kinijos. Tai tradicinis Kinų kovos menas, kartu jungiantis ir meditaciją, įtraukiant lėtai atliekamas, į šoki panašias pozas, susijungiančias į viena bendrą visumą ir gerinanačias pusiausvyrą, kūno bei proto gijimą (Lee, M. S., Lee, E. N., ir kt., 2009).

Pastaraisiais metais vis daugiau domimasi išsėtine skleroze sergančių pacientų emocinių ir kognityvinių tyrimų rezultatais. Tam tikru laikotarpiu iki 95 proc. sergančiųjų šia liga pasireiškia psichikos sutrikimai. Kognityvinių funkcijų pablogėjimas pasireiškia iki 65 proc. pacientų ir gali apimti kurią nors pažinimo sritį, tokią kaip darbinę atmintį, dėmesį, informacijos apdorojimo kokybę, socialinį pažinimą ir domėjimąsi juo. Ligą sekinantis emocinio sutrikimo nuovargio simptomas, kuris pasireiškia 75- 90 proc. pacientų, turi sąsajas su nerimu bei depresija. Šie veiksniai sąveikauja su kitais fiziologiniais pokyčiais, atsirandančiais sergant išsėtine skleroze. Tai - padidėjęs jautrumas, sutrikęs miego ciklas, fizinis išsekimas ar įvairios uždegiminės reakcijos. Susidaro toks „užburtas ratas“, kuriame svarbų vaidmenį atlieka psichoterapija kaip vienas pagrindinių problemų sprendimo būdų. Įvertinus iki 2018 m. publikuotus tyrimų duomenis, pastebėta, jog taikant kognityvinę elgesio terapiją (KET), ilgalaikėje perspektyvoje šie simptomai, o ypač nuovargis, gali sumažėti (Chalah, Ayache, 2018).

Tyrimai, kuriuose buvo vertinamas neuropsichologinės ir kognityvinės reabilitacijos poveikis žmonių su negalia pažinimui ir emocinei gerovei, nustatyta, kad kognityviniai mokymai gerina atmintį, dėmesį, nuotaiką (Amatya, Khan, ir kt., 2019).

Išsėtinės sklerozės diagnozė tiek fiziškai tiek ir psichologiškai beveik visose gyvenimo srityse skatina prisitaikyti prie pakitusių aplinkybių. Žinome, kad dėl sveikatos sutrikimų pakinta IS sergančiųjų psichikos sveikata, socialinis funkcionavimas, psichoemocinė būseną (Amerikos psichologijos asociacija, 2020). Išsėtine skleroze sergantys asmenys jaučia pasimetimą, neviltį, bejėgiškumą, nerimą, nežinią dėl ateities, emocinį nestabilumą: vieną dieną ligą priima, o kitą – jaučiasi bejėgiai. Išsėtinės sklerozės susirgimas siejamas su prastesne emocine būseną, o pastaroji prisideda prie blogesnio ligos prisitaikymo ir priėmimo (Soundy, Roskell, ir kt., 2016). Mokslinėje literatūroje nėra plačiai analizuojamos besąlyginio priėmimo sąsajos su išsėtine skleroze sergančiu asmeniu ir jo emocine būseną. Dažniau kalbama apie santykių su artimaisiais kokybę bei to santykio sergančiojo emocinei būsenai (Stempleman,

Floyd, ir kt., 2017). Todėl, siekiant nustatyti sąsajas tarp emocinės būsenos ir besąlyginio sąvęs priėmimo, 2021 metais, remiantis į besąlyginio priėmimo sąvęs ir aplinkinių svarbą sergančiajam, buvo atliktas tyrimas. Atsižvelgiant į gautus tyrimo rezultatus patvirtinama C. Rodžerso į asmenybę orientuota teorija, kuri teigia, kad saugus ir laisvas santykis terapijos metu keičiant sąvęs suvokimą, leidžia laisvai reikšti emocijas, didina pasitikėjimą savimi, bei gerina emocinę būseną. Tokio santykio raiška, anot C. Rodžerso galima ne tik terapiniame procese, bet ir artimoje aplinkoje (Rogers, 2005). Manoma, kad šeimos palaikymas susirgus IS padeda atkurti indentitetą bei gerina emocinę būseną, tačiau besąlyginio priėmimo patirtys turi didesnį potencialą suformuojant stabilesnį, ilgalaikį identitetą ir geriau save priimančią asmenybę. To pasekoje esant pagerėjusiai emocinei būsenai yra lengviau įveikti trauminės patirtis, tokias kaip išsėtinės sklerozės liga (Stepleman, Floyd, ir kt., 2017). Svarbu akcentuoti, kad sveikatos priežiūros specialistams taip rekomenduojama stengtis santykį su pacientu grįsti besąlyginio priėmimu, kuris prisideda prie geresnės išsėtinės skleroze sergančių asmenų emocinės būsenos. IS sergantiems asmenims, jų artimiesiems ir medicinos darbuotojams rekomenduotini edukaciniai, meniniai ir praktiniai užsiėmimai besąlyginio priėmimo ir ilgalaikio identiteto formavimosi temomis (Melinytė, Perminas, ir kt., 2021)

Siekiant pagerinti išsėtinės skleroze sergančių pacientų fizinę, psichoemocinę sveikatą ir galimybes saviaktualizacijos kaitai, praktikoje vis dažniau taikoma grupinė arba individuali menų terapija.

Pastaraisiais metais vis daugiau domimasi išsėtinės sklerozės pacientų emocijų ir kognityvinių tyrimų rezultatais. Žinome, kad dėl sveikatos sutrikimų pakinta IS sergančiųjų psichinė sveikata, socialinis funkcionavimas, psichoemocinė būseną. Taigi, visos psichologinėje reabilitacijoje taikomos terapijos ir vis dažniau taikoma menų terapija sergančiųjų sveikatai turi teigiamą poveikį.

2.3. Menų terapijos taikymas ir reabilitacija sergantiems išsėtinės skleroze

Dramos terapijos tyrimų skaičius itin ribotas, todėl reikia tolesnių įrodymų, atskleidžiančių terapinių menų poveikį asmenims sergantiems išsėtinės skleroze bei gydant šios ligos sukeltas pasekmes.

Išsėtinės skleroze sergantis susiduria su įvairiais fiziniais, socialiniais bei emociniais sunkumais. Sergant šia liga taikomi daugiadisciplininiai, kompleksiniai priežiūros metodai. Vis daugiau atsiranda žmonių besidominančių alternatyviomis terapijomis, įskaitant joga, dėmesingą įsisamoninimą, streso valdymo pratimus, akupunktūrą, meditacijas, bei terapinius menus (Fraser, Keating, 2014). Terapinis menas taip pat gali būti naudingas asmenims,

turintiems išsėtinės sklerozės diagnozę: skatinant jų saviveiksmingumą, saviraišką, judesių kontrolę bei emocinę gerovę (Gallagher, Bethoux, 2017).

Psichinė sveikata priklauso nuo teigiamos dvasinės ir emocinės būsenos, atveriančios galimybę reikštis per kūrybą, taip realizuojant savo potencialą, bei patiriant gyvenimo pilnatvę. Negalią turintis asmuo kurdamas gali „atsitraukti“ nuo ligos, atsipalaiduoti, nurimti, atsiverti suformuluodamas savo norus ir tikslus. Saviaktualizacijai, saviraiškai, savigarbos didinimui, savo savijautos suvokimui vis dažniau taikomi menų terapijų metodai. Meno terapija derinama su farmakoterapija, psichoterapija, socialine, psichologine bei fizine reabilitacija, padeda pažinti sergančiojo vidinį pasaulį saugiu būdu, kuris pasireiškia per terapinį bendravimą, bei daugelį kūrybinių išraiškos priemonių (Dubodelova, Mačiulaitis, 2012).

Menų terapijos sampratą įvairių šalių mokslininkai, praktikai ar meno sričių specialistai interpretuoja skirtingai;

Menų terapija – tai lankščiausia ir tuo pačiu galinti būti labai gili metodika psichologijos ar psichiatrijos srityje.

Menu terapija - tai pats seniausias ir natūraliausias metodas koreguojantis emocines žmogaus būsenas. Šis metodas padeda atsipalaiduoti, pašalinti protinę įtampą, padeda susikaupti.

Menų terapija- tai gydymui tinkamas metodas, naudojant meninę kūrybą (Dubodelova ir kt., 2012).

Menų terapijos sudėtingumą ir daugialypiškumą sąlygoja įvairių skirtingų teorijų ir metodų įvairovė, o taip pat terapijų raidos praktika su skirtingomis pacientų grupėmis. MT sudaro trys savarankiškos kryptys nukreiptos į gydymo, ugdymo bei harmonizuojantį tikslą;

MT psichoterapijos srityje remiasi medicinos mokslu, psichoanalizės teorijomis, bei psichoterapiniais santykiais. Ši metodika taikoma spec. pedagogikos ar psichiatrijos srityse.

MT socialinėje srityje kreipia dėmesį į pacientų užimtumą, į meninę produkciją. Šiame lauke dažniausiai dirba specialistai neturintys specialaus psichologinio ar medicininio išsilavinimo.

MT kaip ugdymas taikomas akcentuojant sveikuosius asmens resursus, kurių tikslas nukreiptas į ugdymą ir socializaciją.

Mokslinėje pedagogikoje, „menų terapijos“ terminas aiškinamas kaip meninė raiška asmens ar asmenų grupės emocinei savijautai ir psichinei sveikatai gerinti per savęs pažinimo procesus, kurie kyla iš emocinių asmens gelmių (Kučinskienė, 2006). Fraser ir Keating nustatė, kad lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams kūrybinis menas yra labai naudingas. Tačiau, mažai žinoma, kaip kūryba gali būti naudinga būtent išsėtine skleroze sergantiems asmenims. Tuo tikslu, buvo atliktas bandomasis tyrimas, dalyvaujant 14 moterų, nustatant, kaip 4 savaites

taikant kūrybinio meno programas pasikeičia išsėtine skleroze sergančių asmenų, savigarba, suvokiama socialinė parama ir saviraiška, atsiranda viltis. Užsiėmimo metu skatinami palaikymo ir padrąsinimo žodžiais dalyviai galėjo laisvai dalytis patirtimi. Kintamieji rodikliai buvo matuojami prieš pradėdant kūrybinio meno programą ir po paskutinės sesijos. Išvadose nustatyta, kad kūrybinio meno programa buvo veiksminga IS sergančioms moterims ir turėjo teigiamą poveikį savigarbai, vilčiai, socialiniam palaikymui ir saviraiškai (Fraser, Keating, 2014).

Kūrybinis menas gali pagerinti sergančiųjų išsėtine skleroze gyvenimą ir turėtų būti tiriamas apimant daugiau dalyvių.

2.3.1. Dramos terapija, jos kilmė ir sąsajos su kitomis terapijomis

Dramos terapija - viena iš menų terapijos sričių kuri yra sistemingas ir sąmoningas teatro ir dramos procesas siekiantis psichologinio augimo ir pokyčių. Priemonės yra kilusios iš teatro, o tikslai kyla iš psichoterapijos (Emunah, 2020).

Drama vadinamas kūrinys parašytas dialogo ir monologo forma, pritaikytas vaidinti scenoje. Iš teatro istorijos žinome, kad drama, kaip „rimtas vaidinamasis kūrinys“, siekia antikos laikus. Atsirasti dramos terapijai postūmį davė XX a. pradžioje J. L. Moreno suformuluota psychodramos idėja. Tai yra grupinio darbo metodai, gimę panaudojant teatro galimybes, tačiau grupėje vykstantis kūrybos procesas nėra skirtas žiūrovams. Dramos terapija kryptingai renkasi teatro technikų naudojimą asmeninio tobulėjimo augimui (Burneikaitė, Šertvytienė, ir kt., 2015). Žodis „terapija“ kilęs iš graikų kalbos reiškiančio gydymas. Psichoterapija – proto išgydymas, o dramos terapija - tai gydymas per dramą.

Psichoanalitinėje terapijoje pagrindinis dėmesys skiriamas terapeuto ir kliento santykiams bei konfliktų išgyvenimui tuose santykiuose. Dramos terapijoje akcentuojamas paciento/kliento kūrybiškumas, skatinamas neverbaliniu būdu, per simbolius reikšti savo emocijas, o tai prieštarauja kalbančiosioms psichoterapijoms. Tai nereiškia, kad dramos terapeutai neskatina žodinio atsiskleidimo, tačiau tai galima daryti per dramatinį veiksmą, nebūtinai tiesiogiai.

Sue Jennings (2005) dramos terapiją apibrėžia kaip teatro struktūrų ir dramos procesų taikymą įvardinant intensiją, kuri ir yra terapija. Terminą „teatro struktūros“ S. Jennings vertina kaip dramos terapijos modelį, o dramos terapeutus ji vertina ne kaip psichoterapeutus, bet kaip kūrybingus menininkus. Dramos terapija jos vertinama, kaip profesija, kurios šaknys glūdi giliai mene ir kaip meno forma, kuri nuolat atkvepia kliento/ paciento kūrybiškumą (Jennings, Cattanach, ir kt., 2005). Dramos terapijoje naudojami įvairūs vaidmenų žaidimai, vaizduotė,

humoras, išraiškingumas, darbas su judesiu, balsu, istorijos pasakojimu, kaukėmis, nukreipiantys klientus tyrinėjimui, emocinio sąmoningumo kaitai, socialinių problemų sprendimui.

Didžiosios Britanijos dramų terapeutų asociacijos (*angl. The British Association of Dramatherapists*) svetainėje pateikiamas toks aprašymas: „Tai psichologinės terapijos forma, kurioje daugiausia dėmesio skiriama gydomiesiems dramų ir teatro aspektams, naudojant visus scenos meno elementus. Dramų terapijoje naudojama drama kaip pagrindinis bendravimo būdas, tam kad atsirastų distancija nuo galimų problemų, kurias asmeniui gali būti sunku spręsti“ (BADth, 2018).

Norėdami suprasti, kaip gimė dramų terapija, turime grįžti prie jos ištakų (Langley, 2006). Europos teatro istorija minima nuo 536 m. pr. Kr., kai Tespidas pastatė pirmąją tragediją. Komedijos pradėtos vaidinti V a. pr. Kr. ir šiame amžiuje nusistovėjo dramų forma. Drama tapo labai populiarus, mėgstamas žanras ir darė įtaką poetams, filosofams, prozininkams bei kitų žanrų kūrėjams. Tačiau, pati drama rutuliojosi toliau nuo Graikų teatro suformuotų dramų principų, kuriuos perėmė romėnai, vėliau, Europos drama. Dramų terapija siejama su Jakobo Levy Moreno (1889 - 1974) vardu, kadangi tapo žinoma kaip alternatyva psichodramai. Psichodramą ir dramų terapiją vienija daug bendrų aspektų, tačiau šios terapijos turi ir unikalių skirtumų (Jennings, Cattanach, ir kt., 2005). Žinoma apie 13 profesionalių terapinių kryptių, kurios naudoja psichodramos bei kitus J. L. Moreno sukurtus metodinius elementus. Teigiama, jog kai kurių naujų psichoterapinių kryptių atstovai, tikrindami savo pasirinktos psichoterapijos veiksmingumą praktikoje, kaip kontrolinę psichoterapiją taiko psichodramą (Lazdauskas, Pileckaitė-Markovienė, ir kt., 2006). J. L. Moreno: „Daktare Froide, aš pradėtu ten, kur Jūs sustojaite. Jūs susitinkate su žmonėmis dirbtinėje savo kabineto aplinkoje. Aš susitinku su jais gatvėse arba jų namuose natūralioje aplinkoje. Jūs analizuojate žmonių fantazijas, aš suteikiu jiems drąsos fantazuoti toliau. Jūs analizuojate ir skaidote asmenybę į dalis, aš leidžiu jiems suvaidinti konfliktuojančius vaidmenis ir padėtu juos susieti į visetą“ (Geisler, 2001, p. 5).

Psichodrama kaip dinamiškas ir eksperimentinis gydymas akcentuoja buvimo čia ir dabar svarbą, net jeigu dalyvaujantysis sprendžia savo praeities problemas.

Išsėtine skleroze sergantiems pacientams Irane buvo atliktas kvaziekperimentinis tyrimas psichodramos veiksmingumui nustatyti. Patogiosios atrankos būdu atsitiktine tvarka buvo atrinkta dvidešimt asmenų su kontroline grupe. Dalyviai buvo atrinkami pagal šiuos kriterijus: diagnozuota recidyvuojanti - remituojanti (RRIS); buvimas remisijos stadijoje; galimybė laisvai judėti; ne mažesnis nei vidurinės mokyklos diplomas; kvaišalų nevartojimas; psichoterapijos suspendavimas tyrimo metu; amžiaus intervalas nuo 20 iki 50 metų; buvimas

moterimi. Šios intervencijos planas buvo atliktas per dvyliką psychodramos užsiėmimų, šešių savaičių trukmės intervale.

Apibendrinant rezultatus galima daryti išvadą, kad dalyvavimas grupinėje psychodramos ar dramos terapijos veikloje:

- sumažina izoliacijos ir socialinio atsiskyrimo baimę,
- suteikia galimybę iš naujo patirti problemiškas gyvenimo situacijas,
- ugdo pasitikėjimą savimi, nes sergančių IS savigarbos ir pasitikėjimo savimi stoka didina atskirties jausmą,
- praktiška, nes per vaidinimą ar situacijos incenizavimą randamas atsakymas,
- pagerėja tarpasmeniniai ryšiai, nes tai puikus būdas elgesiui modifikuoti,
- skatina imtis asmeniškai praktinių veiklų, depresijai mažinti.

Taigi, galima daryti išvadą, kad psychodramos, kaip dramos terapijos pirmtakės, metodai padeda turintiems išsėtinės sklerozės negalią, prisitaikyti prie esamos situacijos, adaptuotis prie ligos priimant ją, ir gyventi prasmingą gyvenimą (Denhavi, Hashemi, ir kt., 2015).

Kitas kvaziekperimentinis tyrimas, siekiant ištirti į vienybę orientuotos psychodramos, išsėtinė skleroze sergančių moterų nerimo gydymo veiksmingumui nustatyti, taip pat buvo atliktas Irane, 2014 metais. Į vienovę orientuota psichologija, tai naujas požiūris kilęs iš Irano, pagrįstas žmogaus prigimtimi ir susijęs su Rytų filosofija. Šis terapijos metodas grindžiamas pažintinėmis ir dvasinėmis užduotimis, apimančiomis vieningą ir prasmingą ryšį tarp savo vidinio pasaulio ir pasaulio suvokimo per pažintines bei intuityvias patybas. Depresijos veiksmingumui nustatyti buvo naudojami tokie patys tyrimo įrankiai, kaip ir prieš tai atliktame tyrime. Rezultatai parodė, kad eksperimentinės ir kontrolinės grupių nerimo rodiklių pokyčiai prieš ir po tyrimo reikšmingai skyrėsi ($p < 0,001$). Taigi, galima teigti, kad psychodramos intervencija, siekiant mažinti išsėtinė skleroze sergančių moterų nerimą yra veiksminga, ir jos veiksmingumas yra reikšmingas (Dehnavi, Parde, ir kt., 2016).

Dramos terapija - būdama pačia jauniausia terapija, lyginant su kitomis terapijomis, savyje talpina toliau išvardintas ir dar daugelį kitų menų terapijų. Šį metodą gali taikyti specialiai apmokyti dramos terapeutai. Tai plataus meninio spektro terapija, todėl reikalingos terapeutui šokio, judesio, muzikos, piešimo ir kitos žinios. Įvairios dramos terapijos metodikos padeda ugdyti sergančiuosius, pasireiškiant jų saviraiškai. Plečiasi sąmoningumas, padidėja savigarba, gerėja psichoemocinė sveikata bei gyvenimo kokybė (Geisler, 2001).

Dailės terapija. Meno terapijos kryptis psichoterapijoje prasidėjo būtent nuo piešinio. Šios terapijos privalumai slypi paprastume, lankščiame panaudojime praktikoje, medžiagu

turtingume. Šiuo metu Dailės terapija yra labiausiai populiarī, lengviausiai panaudojama ir pritaikoma, taip pat tai yra plačiausiai išplėtota terapija.

Muzikos terapija. Ši, galingą poveikį turinti terapija, vienija gydomąsias, lavinamąsias bei dvasines savybes. Iššaukia kompleksą įvairių emocinių, fiziologinių reakcijų. Muzikos terapija turi poveikį emociniam asmens pažinimui, suvokimui, estetinių jausmų plėtrai, komunikacijai bei žmonių poelgiams (Sihvonen, Särkämö, ir kt., 2017). Teigiama, kad muzikos klausymasis veiksmingas pooperacinių pacientų atsigavimui. Manoma, kad muzika gali pagerinti neurologinę reabilitaciją. Veikia fizinį, emocinį, vidinį ir išorinį „aš“, padeda įveikti emocines išsėtinės sklerozės sąlygotas negalios pasekmes. Taip pat puikiai koreliuoja derinant su dramos terapijos metodais (Hole, Hirsch, ir kt., 2015).

Šokio-judesio terapija. Judėjimas su tam tikra energija erdvėje ir laike, siekiant estetinio pasitenkinimo bei kuriant prasmę vadinamas šokiu. Kaip ir muzika taip pat labai senas gydymo metodas. Judesys suteikia mums energijos, subalansuoja, skatina atsiverti, peržengti įprastas nuostatas. Taip pat turi gydomąjį potencialą – gydo psichinę energiją, kuri iki pat mirties taško mus lydi visose gyvenimo situacijose. Tai judėjimas muzikos ritmu. Šioje individualioje arba grupinėje terapijoje susijungia muzikos ir judesio kryptys, todėl keičiasi dalyvio nuotaika, imuninė sistema, stiprinami raumenys, keičiasi kūno įvaizdis (Dubodelova, Mačiulaitis, ir kt., 2012). Ši meno rūšis daro teigiamą poveikį smegenims, jų gebėjimui formuoti ryšius, bei stimuliuodamas neuroplastiškumą skatinančias medžiagas, kurios svarbios gydant asmenis, sergančius įvairiomis neurodegeneracinėmis ligomis, tame tarpe ir išsėtine skleroze, nes daro įtaką pažinimo bei judesių integracinei funkcijai. Šokis, tai gestų sistemos kalba, kurioje gausu ritminių judesių elementų, padedančių stabilizuoti pusiausvyrą, svyravimą, bei kontroliuoja laikyseną (Sihvonen, Särkämö, ir kt., 2017).

Pasakų terapija, gali būti naudojama kaip atskira terapija arba kaip dramos terapijos dalis, kuri yra naudojama psichodiagnostikos srityje, kurioje apibūdinama asmenybė ir jos aktualios problemos. Taip pat naudojama kaip psichologinė korekcija, padedanti asmenybės vystymuisi ar išgijimui per pasakos metodikos rūšis. Išskiriamos kelios pasakų terapijų rūšys:

- pasakos kūrimas,
- interpretacijos sugalvotų ar žinomų pasakų,
- pasakų dramaterapija,
- pasakų piešimas,
- iliustracijos,
- lėlių kūrimas.

Anot Kriukelienės (2009) pasineriant į pasakų terapiją galima pajusti kaip išnyksta didaktikos elementai, patiriamas psichologinis saugumas, išryškėja gili pasakos prasmė, kuomet gėris visada laimi. Šis metodas yra labiausia integruotas palyginus su kitais metodais, nes jame figūruoja piešimas, muzika, šokis, improvizacija, biblioterapija, grimas, dramaturgija, kūno plastika.

Literatūros ir eilėraščių terapija taip pat galima naudojamos ir dramos terapijoje, priskiriamos prie ekspresyviųjų, arba psichodinaminių meno formų terapijų, iškilusių iš Z. Froido psichoanalizės. Tai interakcinis procesas, kuriame sąveikauja keli komponentai: literatūros ar poezijos kūrinys, individas ar grupė žmonių, kartu su dramos ar kitu meno terapeutu. Poezija ir psichoanalizė kyla iš pašąmonės, o savianalizė įvyksta per rašymą, kuris yra tarsi terapinis mediumas (Kriukelienė, 2009).

Taigi, visos šios dramos terapiją papildančios sritys kūrybingai integruojant prisideda prie aukštesnės savigarbos, vilties atsiradimo bei socialinės integracijos. Didėja pasitikėjimas savo jėgomis, kontroliuojamos neigiamos emocijos, ugdomi kognityviniai įgūdžiai ir mažinamas stresas, kuris yra daugelio negalios pasireiškiančių simptomų priežastis (Kennett, 2000).

Fenomenologinio tyrimo tikslas, kurį atliko Reynolds ir Prior 2003 metais, buvo ištirti tekstilės meno reikšmę lėtinėmis ligomis sergančioms moterims. Gauti rezultatai atkleidė, kad jų gyvenimuose atsirado daugiau vietos humoro jausmui, džiaugsmui, bendrystei, užgimė nauji santykiai, prasiplėtė akiratis, atsirado noras kurti bei puoselėti ateities planus (Reynolds ir Prior, 2003).

Lėtinėmis ligomis sergančių dalyvavimo kūrybinėse veiklose patirtis, buvo analizuojama daugelyje kokybiniu metodu atliktų tyrimų. Bet dar mažai žinoma apie tai, kaip menų terapijos ir apskritai kūryba naudingos asmenims, sergantiems išsėtine skleroze. Reikalinga atlikti daugiau, didesnės apimties tyrimų, įrodančių kad socialiai orientuotas menas gerina sergančiųjų išsėtine skleroze sveikatą (Fraser, Keating, ir kt., 2014).

Kito tyrimo, kuriame dalyvavo 12 asmenų sergančių išsėtine skleroze rezultatai parodė, kad kūrybinis dailės procesas, vykęs aštuoniuose, dviejų valandų trukmės grupiniuose užsiėmimuose, davė teigiamų rezultatų depresijos simptomų palengvinimui bei dalyvių savigarbai. Svarbu pažymėti, kad terapinę grupę sudarė meno terapeutas, konsultantas ir ergoterapeutas (Stutsman, Thomas, ir kt., 2008.) Norint gerinti išsėtine skleroze sergančiųjų sveikatą menų terapija gali kuo labiau integruotis į sveikatos sistemą, o menų terapeutas į reabilitacijos komandą.

Daugeliu atveju muzikos terapeutas dirba kartu su kineziterapeutu ir ergoterapeutu kaip reabilitacijos komandos narys. Neuro muzikos terapijos metodai padeda sinchronizuoti

judesius, dainuojant gerinti plaučių funkciją, gerinti atmintį bei skatinti smegenų neuroplastiškumą. Nėra daug atliktų tyrimų, skirtų išsėtinės sklerozės ligai, tačiau po atlikto atsitiktinių imčių tyrimo gauti rezultatai parodė, kad nors ir statistiškai reikšmingo skirtumo tarp kontrolinės grupės ir išsėtinės sklerozės nebuvo, tačiau abiejų grupių efekto dydžio statistika rodo vidutinį efekto dydį savigarbos, depresijos ir nerimo HAD-A vertinimo skalėse. Nustatytas reikšmingas terapinės grupės savigarbos, depresijos ir nerimo skalės reikšmių pagerėjimas. Tačiau, tolesnio stebėjimo metu nuovargio, nerimo ir savigarbos skalės reikšmės muzikos terapijos gydymoje grupėje pablogėjo. Tai rodo, kad kai muzikos terapija nutraukiama, tada skalės rodikliai pablogėja, ir tai rodo, kad muzikos terapija turi teigiamą įtaką (Aldridge, Schmid, ir kt., 2005).

Nėra paskelbta daug mokslinių tyrimų, atskleidžiančių kokią įtaką turi šokio - judesio terapija išsėtinės sklerozės pacientams. Tačiau, manoma, kad šokis gali būti taikomas ir kaip fizinių pratimų forma suderinta su kūrybiškai integruotais struktūriniais judesiais, ritmu bei šokiu su partneriu. Remiantis šiuo požiūriu ir atsižvelgiant į tai, kad IS ligos diagnozuotiems asmenims būdingi motorinių funkcijų sutrikimo simptomai, galima daryti prielaidą, kad dalyvavimas šokio užsiėmimuose gali būti naudingas gerinant raumenų kontrolę bei kūno judesius. Tyrime, kuriame dalyvavo 45 metų moteris, serganti progresuojančia – recidyvuojančia išsėtinės sklerozės forma (PRIS), penkis mėnesius lankė šokio užsiėmimus daugiau nei du kartus per savaitę, po kurių neurologinio vertinimo skalės bei išplėstinės neįgalumo būklės skalės (EDDS) rezultatai parodė, kad po užsiėmimų dalyvei sumažėjo neurologiniai sutrikimai. Po lankytos šokio - judesio terapijos, pacientė galėjo lengviau nei ankčiau atlikti kasdienę veiklą, pagerėjo emocinės būsenos būklė bei pusiausvyra, nes sumažėjo pagalbos poreikis vaikščiojimui (Shanahan, Morris, ir kt., 2015).

Ispanijoje atliktame tyrime buvo nagrinėjama trumpalaikė dramos terapijos nauda, skirta nedidelei pagyvenusių žmonių grupei, sergančių Parkinsono (lėtinė progresuojanti neurologinė) liga. Du dramos terapeutai ir aštuoni tyrimo dalyviai kartu kūrė ir analizavo medžiagą penkiuose dramos terapijos seminaruose, kurie vyko kartą per dvi savaites dešimt savaitių. Be to, buvo naudojami psichometriniai instrumentai, skirti savigarbai, gyvenimo kokybei, depresijos ir gyvenimo tikslo įvertinimui. Tyrimai buvo atlikti prieš penkių savaitių intervenciją ir po jos. Išvados atskleidė, kad rezultatai nors ir nėra statistiškai reikšmingi, tačiau rodo, kad pagerėjo depresijos simptomai ir savigarba. Dramos terapijos taikymas penkiuose sukurtuose dramos terapijos seminaruose buvo įgyvendintas pagal Emunah (1996) penkių etapų modelį taikant mišrius dramos terapijos metodus su narradramos pratimais. Kiekvieną užsiėmimą sudarė apšilimas, centrinė dramos terapijos veikla ir aptarimas (Mondolfi, Savage, ir kt., 2021).

Taigi, visos šios dramos terapiją papildančios menų sritys kūrybingai integruojant prisideda prie aukštesnės savigarbos, vilties atsiradimo bei gyvybiškai svarbios socialinės integracijos. Didėja pasitikėjimas savo jėgomis, kontroliuojamos neigiamos emocijos, ugdomi kognityviniai įgūdžiai ir mažinamas stresas, kuris yra daugelio negalios pasireiškiančių simptomų priežastis.

2.3.2. Dramos terapijos pagrindiniai naudojimo principai

Žinome, kad šokis, ritualai, pasakojimai, ritmas ir teatras buvo naudojami nuo žmonijos atsiradimo istorijos, tačiau kaip dramos terapijos panaudojimo raida visoje Europoje siekia aštuonioliktą amžių. XVIII a. drama pradėta naudoti psichiatrijos ligoninėse gydomiems žmonėms. Kūrybinis menas gali pagerinti sergančiųjų išsėtine skleroze gyvenimą ir turėtų būti tiriamas naudojant didesnes dalyvių imtis. Drama tapo tinkama poilsio forma, o pacientams buvo leista patiems kurti pjeses ir tyrinėti, bei analizuoti savo dvasines būsenas iš kurių kyla psichozės (Langley, 2006). Visgi, iki dvidešimtojo amžiaus pradžios, sveikatos įstaigose drama naudojama tik kaip pramoga ar priedas prie kitų gydymo būdų. Teatrinėmis priemonėmis buvo siekiama buvimą ligoninėje padaryti kuo malonesniu, terapinį aspektą paliekant spręsti psichologui ar psichoterapeutui. Tik per pastaruosius dešimtmečius atėjo dramos terapijos pripažinimas, kad pati drama gali būti terapija, o ne tik kitų terapijų priedu (Jones, 2007).

Airijoje, kokybinio tyrimo metu iširta, kokią reikšmę menų terapija turi laisvalaikio praleidimui asmenims sergantiems išsėtine skleroze. Dalyviai, kurių sudėtį sudarė du vyrai ir trys moterys patvirtino, kad kūryba, kaip laisvalaikio praleidimo forma, sumažino nerimą, pasireiškiantį dėl išsėtinės sklerozės ligos, nuovargį, padėjo susidoroti su sumažėjusiais funkciniais gebėjimais, pagerino pasitenkinimo gyvenimu jausmą, savivertę ir emocinę sveikatą (Hunt, Nikopoulou-Smyrni, ir kt., 2014).

Lėtinis skausmas, kuris išsekina lėtinėmis ligomis sergančius asmenis, kenkia savarankiškumui, fizinei ir socialinei veiklai. Literatūroje aprašoma patirtis, kuomet aprašoma dramos ir judesio terapijos kaip papildomos gydymo programos sudedamoji dalis. Aprašoma patirtis kuomet įgyta nauja kūrybinė patirtis atveria būdus tyrinėjimui ir plėtrai adaptacijos prie lėtinio skausmo. Masažo technikų taikymas sesijų pradžioje ir pabaigoje pasirodė labai naudingas ne tik dėl atsipalaidavimo, bet ir kaip galimybė lėtinį skausmą išgyvenantiems integruoti naujas žinias apie kūną į sąmonę ir pasąmonę, ugdyti savimonę. Pajutus ir pripažinus fizinius skausmus, terapeutas ragina juos tyrinėti pasitelkiant vaizduotę, metaforą, garsus ir judesį. Gilinamas kvėpavimo ir ritmo suvokimas, o judesių panaudojimas judesių ir gestų aiškumui įgyti. Manoma, kad turintiems negalią šis metodas, ypač jauno amžiaus asmenims,

yra gana kūrybiškas būdas prisidėti prie jau nustatytų gydymo programų (Christie, Hood, ir kt., 2006).

Lung Chang su kitais mokslininkais (2019) atlikto tyrimą kaip dramos terapija veikia švietimo ugdymo srityse moksleivių ar studentų psichikos sveikatą kaip priežiūros priemonė. Dramos terapijos konsultavimo grupėje buvo taikomi penki metodai.

Sociometrija - tai vienas iš tarpasmeninių santykių matavimo metodų, taip pat tarpasmeninio patrauklumo ar atstūmimo grupėje matavimo priemonė, siekiant nustatyti individo pripažinimo grupėje laipsnį, atskleisti tarp individų esamus santykius ir pačios grupės struktūrą.

Teatro žaidimai - padėjo stiprinti pasitikėjimą, išraišką, tylų supratimą ir grupės identifikaciją. Atpalaiduodami kūną, atverdami ritminę kūno patirtį, išlaisvindami kūno energiją ritmu, žaidimai gerino kūno kalbą ir grupės motyvaciją, skatino įvairių kūnų jutimų aštrumą ir ugdė kūno išraiškos galimybes.

Mimas - reiškia, kad į kūną žiūrima kaip į molio skulptūrą, nes dramos skulptūra turi begalines dramatinio momento ir išraiškos galimybes.

"Kaukės"- projektavimo būdas, kaip vizualinės priemonės naudojimas gamybos ir atlikimo procese, siekiant dalyviams padėti atspindėti savo asmenybę, socialinę kompetenciją ir kitus aspektus, paskatinančius analizuoti konkrečius vaidmenis ar situacijas.

Atlikimo teatras gyvenimo istorijas panaudoja kaip teatro medžiagą. Šio tyrimo vertinimų rezultatai parodė, kad dramos terapija dalyviams turėjo reikšmingą poveikį. Nustatyti keli reikšmingi efektai vertinimo dimensijoms, suvestiniai poriniai testai atskleidė, kad dramos terapija reikšmingai padidino dalyvių savęs pažinimo balus, saviraiškos, tarpasmeninės sąveikos ir bendravimo įgūdžius, savęs pažinimo gebėjimus, socialinių vaidmenų gebėjimus ir gebėjimus priimti sprendimus. Taigi, rezultatai atskleidė, kad dramos terapija gali suteikti teigiamą poveikį ir pagerinti dalyvių savęs pažinimo, saviraiškos, tarpasmeninės sąveikos ir bendravimo įgūdžius, savęs pažinimo gebėjimą, socialinio vaidmens gebėjimą ir gebėjimą priimti sprendimus (Lung Chang, Shiuan Liu, ir kt., 2019).

Dramos terapija nėra psichoterapija ar elgesio terapija ir paciento drama neatlieka terapijos, tiesiog, pačiame dramos procese vyksta terapija (Jones, 2007). Taigi, bėgant metams, teatras vystėsi, todėl XX a. teatrui kaip terapijai pradėta daugiau skirti dėmesio.

Šiuolaikinėje dramos terapijoje naudojami 2006 m. Langley nurodyti pagrindiniai principai, kurie atspindi dramos terapijos procesą:

Žaidimas- svarbiausias ir maloniausias dramos terapijos elementas, leidžiantis atsitraukti nuo realybės.

Judėjimas- individo šokio ar judesio raiška, atverianti kelią į asmenines istorijas per neverbalinę jausmų komunikaciją bei padedanti mažinti įtampą.

Ritualas- judesių, garsų, žodžių kartojimas, padedantis sukurti saugią terapinio darbo proceso aplinką, bei saugius tarpusavio ryšius, palaikančius asmens ir grupės susitikime dalyvavimo ir terapinių pokyčių procesą.

Veiksmas - metaforiškai atliekami veiksmai, reprezentuojantys konfliktines situacijas ir problemas, todėl, išmokstamos naujos rolės, bei peržiūrimi ir įsisamoningami nauji vaidmenys.

Metafora - kūrybiškumas ir spontaniškumas yra svarbiausi elementai, vystantys išraiškos formas ir skatinantys pasitenkinimą. Ši savybė būdinga visoms menų terapijos šakoms, nes metaforų pagalba leidžia reikšti stiprius jausmus bei emocijas.

Terapinis atstumimas - susitapatinimas su personažu, kurio problemos, įvairios situacijos, jausmai ir pati asmenybė artima kuriančiajam, siekiant atsiskirti nuo realybės. Atsitraukimas ir pasidalinimas iš vaidmens mažina įtampą, kuri gali kilti atpažinus sąsajas su savimi.

Katarsis - stiprus jausmų išreiškimas bei paleidimas, po kurio jaučiamas palengvėjimas ir išsilaisvinimas, bei galima nauja įžvalga ar suvokimas.

Grupės įsitraukimas - dramos terapija yra grupinė veikla, kurioje grupės nariai bendradarbiaudami palaiko vienas kitą. Kūrybinėje kolektyvinėje grupėje atsispindi terapijos komponentai - skirtingų individų ir jų gyvenimo patirčių sąveika, palaikomasis grįžtamasis ryšys, grupės narių priėmimas ir palaikymas, saugumo jausmo formavimas per patirtis grupėje, savęs išbandymas, atsiskleidimas saugioje erdvėje.

Aktorius ir publika – dramos terapijos proceso metu dalyviai tampa aktoriais, o terapeutas įkūnija „publikos“ vaidmenį. Jeigu terapinė grupė atlieka vaidmenis porose ar suskirstyti grupelėse, tuomet stebint ir analizuojant kitus grupės narius publikos vaidmuo tenka ir patiems dalyviams.

Tyrinėjimas - grupės nariams ir terapeutui susitelkus į palaikymą, dalyvaujantys procese gali tyrinėti, atskeisti, keisti, performuoti savo gyvenimo nuostatas, identitetą, sunkumus bei resursus pokyčiams.

Taigi, šie principai pasitelkdami žaidimo, vaidmenų sukūrimo, judesio, ritualų, metaforų, pačios grupės įsitraukimo metodikas leidžia išreikšti savo vidinį pasaulį neverbaliu, kūrybingu, saugiu ir autentišku būdu (Langley, 2006).

Vaidmenų žaidimai įvairiais tikslais naudojami teatre, dramos terapijoje ir psichologijoje. Kaip dramos terapijos metodas- žaidimas, atsirado su Moreno psychodrama ir sociodrama (Blatner, 2009). Yra patvirtinta dramos terapijos vaidmenų žaidimų intervencija, kuri buvo sukurta taikyti grupėms su negalia (Snow, Maeng-Cleveland, ir kt., 2009).

Dėl išsėtinės sklerozės fizinės negalios pasekmių išsivysto specifinis požiūris į savo kūną ir savo įvaizdį. Atsiranda noras tarsi slėptis, arba atsiranda kitas kraštutinis - kūno ignoracija. Dramos terapija, taikant įvairius vaidmenų pasikeitimo žaidimus, suteikia galimybę išreikšti ir priimti savo kūną. Kai dalyvaujantis tarsi persikūnija į kito vaidmenį, jis nors trumpam pamiršta apie savo kūno negalią ir geriau atsipalaiduoja. Būdamas kito vaidmenyje, geriau pažįsta save, mažiau tampa pažeidžiamu aplinkos įtakai, didina savo jautrumą neverbaliniams ženklams, dėl to padidėja pasitenkinimo jausmas. Ypač, tai tinka negalią turintiems paaugliams. Atsiranda bendrystės jausmas, noras kūrybiškai išreikšti per vaidmenų žaidimus, kurių pagrindinės užsiėmimų gairės pagal Suzana Joldikj (2008) yra:

- Viso kūno apšilimas,
- Menų terapijos technikos,
- Kvėpavimas,
- Balso pratimai,
- Improvizacija,
- Atsipalaidavimas (vizualizacijos pratimai, meditacija).

Negalią turintys ir įvairius dramos žaidimus išbandę, kuriuose yra ir šokio - judesio technika paremtų metodų, pajunta judėjimo galią ir norą judėti toliau (Joldikj, 2008). Žaidžiant vaidmenimis galima spręsti asmenines problemas, išlaikant reflekyvią distanciją. Psichologijoje vaidmenų žaidimai naudojami dar ir kaip vertinimo priemonė (Landy, Luck, ir kt., 2003).

Išsėtinės sklerozės pacientai su šiuo jausmu susiduria gan dažnai ypač tuomet, kai gydytojai praneša jog nėra specifinio gydymo ar dažnu atveju, kad jau nebėra vilties (Saundy, Roskell, ir kt., 2016).

Užuojauta - tai ne tik gebėjimas įsijausti į kito žmogaus vaidmenį ar stengimasis pakartoti paskutinius konsultuojamo asmens pasakytus žodžius, tai visų pirma, atidus išklausymas nekritikuojant, ir supratimas (Rogers, Harold, ir kt., 2013).

Refleksija - būtinas terapinės sesijos baigiamasis patirties apibendrinimas. Dramos terapijos specialistai, paprastai nesiekia aiškinti asmenų piešinių, judesių, eilėraščių ar žaidimų, bet stengiasi savo klientams palengvinti atrasti autentišką supratimą ir prasmę. Dėl šios priežasties, saviraiška dramos terapijos seanso metu, paprastai apima ir žodinę arba raštišką refleksiją, siekiant padėti asmenims suprasti išgyventą patirtį, jausmus ir suvokti pokyčius. Nors žodžiai paprastai naudojami asmeninėms istorijoms papasakoti, išraiškos terapijos naudojamos norint pasitekti pojūčius kaip istorijų ir prisiminimų šaltinį (Gladding, 1992).

Trauma - tai gyvenimo faktas. Fizinės negalios trauma, tokia kaip išsėtinė sklerozė, atima jausmą, kad esate atsakingas už save. Todėl dramos terapijos įvairių metodų taikymo tikslas yra pasiekti, kad kūnas ir protas vėl priklausytų sau pačiam. Leisti sau laisvai jausti, reikštis ir dėl to nepatirti gėdos jausmo, nerimo ar pykčio protrūkių. Taip pat, ieškoti būdų kaip nurinti ir susikaupti, išmokti naujai bendrauti su aplinkiniais, gyventi čia ir dabar. Išlaikyti ramybę, reaguojant į trauminės patirtis susijusias su negalia, nebijoti klausyti savo vidinio balso ir neturėti nuo savęs paslapčių. Taigi, vienas iš efektyviausių būdų prisiliesti prie savojo vidinio jausmų pasaulio išsėtinė skleroze sergantiems asmenims yra *rašymas*. Kuomet rašoma sau, nereikia jaudintis ką pagalvos kiti – tai tiesiog. savų minčių klausymasis, leidžiant joms laisvai lieti. Slapčiausių jausmų, troškimų, minčių išliejimas popieriuje gerina nuotaiką bei fizinę sveikatą. Negalią išgyvenantys labai bijo atsiverti giliems jausmams, bijo nenuspėjamų emocijų, nes jos gali „išmušti“ savikontrolę. Dramos terapija priešingai, tarsi suteikia emocijoms kūną, balsą, ritmiką, kvėpavimą per įkūnijimą įvairių vaidmenų. Svarbu žinoti, kad traumuoti žmonės vengia konflikto, bijodami atsirasti pralaimėjusiojo pusėje, yra ypatingai jautrūs ir pažeidžiami. Tačiau, konfliktas teatre yra tarsi alfa ir omega kuomet analizuojamos asmeninių, vidinių, šeimos, socialinių konfliktų pasekmės. Norint peržengti traumuojančios patirties ribą, būtina išsiaiškinti tyrinėjant savo vidinius išgyvenimus, kad atsirastų autentiška tiesa kuri užgimtų balse ir kūne (Kolk, 2020).

Ši patirtis įmanoma tik *saugioje erdvėje*, kuri yra svarbiausias dramos terapijos seanso elementas, nesvarbu, ar tai būtų matoma fizinė patalpa ar terapeutas, ar nematoma dramatinės metaforos talpykla, kurioje tyrinėtojas galės suprasti atradęs savo tikrąjį „Aš“ (Rogers, 2005).

Apibendrinant galima teigti, kad dramos terapija suteikia galimybę išreikšti ir priimti save ir savo kūną taikant įvairius vaidmenų pasikeitimo žaidimus. Kai dalyvaujantis tarsi persikūnija į kito vaidmenį, jis nors trumpam pamiršta apie savo kūno negalią ir geriau atsipalaiduoja. Būdamas kito vaidmenyje geriau pažįsta save, mažiau tampa pažeidžiamu aplinkos įtakai, didina savo jautrumą neverbaliniams ženklams, dėl to padidėja pasitenkinimo jausmas. Atsiranda bendrystės jausmas bei noras kūrybiškai išsireikšti.

2.3.3. Dramos terapeuto savybės ir iššūkiai

Dramos terapija priskiriama grupinių terapijų tipui, tačiau gali būti taikoma ir kaip individuali terapija. Išgyvenusiems traumas ar negalią turintiems pacientams, labiausiai pasireiškia sunkumai, susiję su santykiais ir su savireguliacija. Grupės aplinka padidina abiejų šių įgūdžių poreikį, tačiau gali tapti ir padidinto streso bei dirgiklių vieta (Herman, 1992). Herman akcentuoja grupės saugumo svarbą, nes negalią turintys ir traumas išgyvenę pacientai,

dažniausiai jaučiasi labai nesaugūs savame kūne ir, taip pat, nesaugūs santykiuose su kitais žmonėmis bei visa supančia aplinka. Etapinis traumos gydymo modelis susideda iš trijų etapų: saugumo užtikrinimo, gedulo ar trauminės patirties apdorojimo bei grįžimo į gyvenimą nauja jėga. Tačiau, Herman tuo pačiu atkreipia dėmesį į tai, kad šie etapai gali ir keistis, priklausomai nuo paciento ar esamos grupės poreikių. Su savo trauma asmenys susiduria kiekvieną dieną, o išsėtinės sklerozės diagnozę turintys pacientai šią patirtį išgyvena kiekvienoje savo kūno dalyje, ypač, kuomet liga prikausto prie neįgaliojo vežimėlio. Todėl labai svarbu saugiai pasidalinti tuo, ką jie iš tikrųjų patyrė ir kaip dėl to jaučiasi (Lubin, Jonson, 2008).

Dramos terapijos grupėse pasitelkiamos išraiškos priemonės saugumui sukurti; naudojami ritualai, vaidmenų žaidimai, išgalvotų istorijų pasakojimai, draminiai žaidimai.

Frydman, J. & McLellan, L. (2014) aprašo dramos terapijoje esamus tris bendrus traumos gydymo metodus:

Slopinamasis - šiame etape pacientai neskatinami kalbėti apie tai, kas jiems yra nutikę.

Ekspresyvusis - šiame etape asmuo yra skatinamas išreikšti savo emocijas, panaudojant įvairias poveikio terapijas per liudijimą ir veiksmą.

Ugdomasis - šis etapas tarsi, "tarpininkas" tarp kitų dviejų. Anlizuojamas traumos pobūdis, jos poveikis gyvenimui, pateikiami kognityviniai elgesio metodai, siekiant sukurti naują, sveikesnį požiūrį ir gražesnį gyvenimo modelį, pasitikint savo jėgomis ir priimant savo negalią.

Frydman ir McLellan (2014), aprašydami savo darbo metodus, siūlo grupinės terapijos metu, iškilusią traumuojančią medžiagą, apdoroti per terapinius žaidimus, kadangi terapinėje žaidimo erdvėje pacientas geba pažadinti savyje tūnančią potencialą ir tapti kūrybinga bei aktyvia jėga. Per metaforas, personažo kūrimą, projektuojant istoriją, panaudojant rekvizitą, pacientas gali, tarsi "atsitraukti" nuo slegiančios situacijos ir minčių, ir tuo pat metu, be savęs traumavimo iš naujo su kitais pasidalinti savo istorijai gauti palaikymą iš kitų grupės narių ir terapeuto. Jie sako: "svarbiausias tikslas - sukurti grupės kultūrą, kurioje dalyviai jausūsi galintys dalytis jausmais ir patirtimi, žodžiais ir veiksmais, o emocinis bendravimas, ir vėliau susiformavę empatiniai ryšiai, būtų grupės patirties pagrindas". Pažymima grupės susitelkimo svarba, nes grupės susitelkimo ryšys yra jų intervencijos sėkmės dalis (Frydman, McLellan, 2014, p. 163). Apibendrinant galima teigti, jog grupinės dramos terapijos privalumas lyginant su kitomis psichoedukacinėmis grupėmis tas, kad ši terapija padeda pacientams lengviau ir greičiau įsitraukti į gydymo procesą (Nacionalinė dramos asociacija, 2004).

Pagrindinėmis terapeuto savybėmis, dirbant su dramos terapiją pasirinkusiais dalyviais turėtų būti; empatiškumas, nedominavimas, nevertinimas, žaismingumas, būvimas sąmoningu, humoro jausmo turėjimas, būvimas atsakingu bet ir primenančiu dalyviams apie jų pačių

atsakomybes. Kaip fasilitatorius dramos terapeutas terapijos metu turi gebėti skatinti skirtingus grupės narių įsitraukimo lygius, prieš tai įvertinęs grupės dalyvių vidinio saugumo ir savireguliacijos lygį. Gali pasiūlyti skirtingas intervencijas, suteikti galimybę savo tempu didinti rizikos prisiėmimo lygį (Lowry, 2018).

Konsultavimo ar psichoterapijos atveju, dramos terapijos užsiėmimas gali prasidėti asmens, šeimos ar grupės problemų bei tikslų aptarimu. Pavyzdžiui, dramos terapeutas gali paprašyti klientų/pacientų nupiešti idėją kaip vaizdą, suvaidinti situaciją arba dalyvauti dramatiškame dialoge, manipuliuoti figūrėlėmis smėlio lėkštėje, parašyti trumpą istoriją ar eilėrašį, žaisti su žaislais ar rekvizitais, arba panaudoti muzikos instrumentą jausmams išreikšti. Priklausomai nuo kliento, ar klientų grupės, terapeutas taip pat gali pradėti seansą ir nuo apšilimo veiklos ar fizinių pratimų, mankštos, savimasažo technikos, greito piešimo ar mielos muzikos niūniavimo. Per seansą gali būti taikoma ne vien tik menų terapija, pavyzdžiui, kol vyksta dramos terapijos seansas, susijęs su vaidmenų žaidimu, taip pat tikėtina, kad jame bus naudojamas ir judesys, prisidės kūrybinis rašymas ar poezijos kūrimas (Nacionalinė dramos terapijos asociacija, 2004).

Covid - 19 pandemijos įtaka klinikinės dramos terapijos praktikai padarė ir jos koncepcijai priverstines korekcijas. Anot Susanos Pendzik (2022) šis priverstinis perkėlimas į internetinę aplinką sukėlė keturias reakcijas, kurias galima apibrėžti pozicijų sąvokomis: pasipriešinimas, nerimas, prisitaikymas ir sklandumas. Tokiomis sąlygomis dauguma apklaustųjų iš pradžių beveik netikėjo internetinės dramos terapijos gyvybingumu, veiksmingumu ir net pageidaujiamumu, o galiausiai nenorėjo ar net atsisakė užsiimti tokia praktika. Terapeutams nerimą kėlė negalėjimas pamatyti, sulaikyti ar apkabinti kliento, nes jis fiziškai nedalyvauja. Internete galima gauti daug mažiau neverbalinės, fizinės ar jutiminės informacijos nei akis į akį. Šį trūkumą ypatingai jaučia dramos terapeutai, nes jų dėmesys ir intervencijos apima kur kas daugiau kliento kūno išraiškos nei įprastinė verbalinė terapija. Sklandaus prisitaikymo pozicija pagrįsta nuolatinio mokymosi procesu, todėl lankstus prisitaikymas reiškia laipsnišką plėtimąsi, naujai atrastą saugumo jausmą, taigi ir laisvę. Ankstesnė patirtis, susijusi su neįveikiamais apribojimais, iš naujo įvertinama ir atrodo ne tokia bauginanti. Praktikuojantys gydytojai pradėjo įvairinti savo kūrybines priemones, kad galėtų įtraukti savo klientus į dramos realybę internete: vis dėlto dramos terapeutai rado daugybę būdų, kaip išlaikyti ryšį virtualioje erdvėje. Nemažai dramos terapeutų vis daugiau pateikia veiksmingų pasiūlymų nuotolinėms dramos terapijos praktikoms daro išvadą, kad jei dramos terapeutai ir toliau tobulins savo technologinį raštingumą bei pasitelks kūrybiškumą ir lankstumą, gali sužydėti sėkmingo dramos terapijos internetu perspektyva įtraukianti vis daugiau norinčių dalyvių į terapiją (Pendzik, 2022).

Apibendrinant galima teigti, kad saviraiška, aktyvus dalyvavimas, vaizduotė, proto ir kūno ryšiai – tai specifinės savybės, kuriomis vadovaujasi dramos terapeutas terapijų metu bei kurios visoms menų terapijoms suteikia unikalią dimensiją ir konsultavimo galimybes, išskiriančias jas iš kitų verbalinių terapijų (NADTA, 2004).

2.3.4. Dramos terapijos metodų taikymas žmonėms su negalia

Daugėjant pacientų, kuriems „gydymas kalbomis“ buvo nepraktiškas, meno terapijos pamažu ėmė rasti vietą gydant lauke. Pastaruoju metu, meno terapijos, vis dažniau įtraukiamos į įvairias psichikos sveikatos, reabilitacijos ir medicinos įstaigas, kaip papildomos gydymo formos (McNiff 1988, 1992).

Inscenizaciją - psichodramos įkūrėjas Josephas Moreno (1923 m.) taikė kaip būdą psichinei sveikatai gerinti. Jis taip pat aprašė pozityvių kūrybinių vaizdinių, vaidmenų keitimo ir "monodramą" metodą, kuomet dalyvis suvaidina visas savojo „AŠ“ dalis.

Žaidimų terapija - naudoja terapines žaidimų galias, siekiant padėti klientams išvengti psichosocialinių problemų arba jas išspręsti norint palengvinti sunkumus, pasiekti optimalų augimą bei vystymąsi (McNiff 1981, 1992).

Žaidimas ir piešimas - pasirodė esantys labai svarbūs traumos ištyrimui, sprendimui ir atsigavimui turintiems negalią (Malchiodi, 2005).

Rašymas - skiriamas ligų simptomams palengvinti, taip pat mažinant potrauminio streso krizę ar netektį patyrusiems asmenims (NADTA, 2004).

Vaidinimas su lėlėmis- naudingas pacientams, sergantiems sunkiomis psichikos ligomis, pvz., depresija su psichozės simptomais, potrauminis streso sutrikimas (PTSS), bipoliniu sutrikimu (Greaves, Camic, ir kt., 2012).

Su išsėtine skleroze atliktų tyrimų itin mažai, nors yra pastebėta emocinė nauda, susijusi su saviraiška ir emociniu palengvėjimu. Padidėjęs įgalumas, po dramos terapijos sesijų, pasireiškė sergantiems neurologine Parkinsono liga ir geriatrinėms pacientams, su kuriais buvo atliekamas tyrimas. Taip pat stebimi teigiami pokyčiai nerimą ir depresiją išgyvenantiems pacientams (Lev- Alagmen, 1998). Nemažai tyrimų atlikta, kaip dramos terapija padeda spręsti tokias problemas kaip autizmo spektro sutrikimas, nerimas, nervinė anoreksija, bipolinė liga, ar netekties atveju.

Vis daugiau dramos terapeutų atsiranda suaugusiųjų psichikos sveikatos stacionaruose, vaikų su negalia skyriuose, socialinių įgūdžių grupėse autizmo spektro sutrikimą turintiems vaikams. Taip pat nemažai rašoma apie dramaterapiją ir traumą, nes kūnas geba „užkonservuoti“ traumą ir pasąmoningai ją perkelti į kitą vietą. „Kažkas, ką klientas laikė

savyje, t. y. trauma, persikelia į bendrą ir dramos terapinę erdvę“ (Jennings, Cattanach, ir kt., 1994 p.64)

Gladding S. (1992) pažymi, kad menų naudojimas konsultavimo metu iš tikrųjų gali pagreitinti savęs pažinimo procesą ir per raišką asmenys patiria save naujai, įvyksta adaptacijos procesai. Saviraiška per piešinį, judesį, eilėrašį ar žaidimą gali sužadinti praeities patirties prisiminimą, po kurio galima patirti katarsį. Taigi, terapeutui ir klientui dirbant kartu, saviraiškos dėka atsiskleidžia jausmai, jų suvokimo, transformacijos galimybė, dėl to sustiprėja savigarba, pagerėja emocinė sveikata. Kadangi mintys ir jausmai kaip verbalinė kalba nėra ribojami, dramos terapijos būdai ypač naudingi padedant žmonėms perteikti prisiminimų ir istorijų aspektus, kurie per pokalbio terapiją gali būti ne lengvai pasiekiami. Ypač, prisiminimai išryškėja per prisilietimus, vaizdinius ar kruopščiai vadovaujant kūno judesiams (Gladding, 1992).

Kūrybinių terapijų pagalba, derinant masažo ir kvėpavimo technikas, galima sujungti mintis, jausmus bei kūno išraiškas.

Sezamo - metodas tai dramos terapijos, apimančios dramą ir judesį, kuri sukūrė B. Lindkvistas.

Neurodramatinis žaidimas: įkūnijimo - projekcijos - vaidmens modelis, kuri sukūrė aktorė bei socialinė pedagogė Sue Jennings (Langley, 2006).

Atkūrimo teatras - suteikia galimybę negaliai turintiems dalyviams apmąstyti ir peržiūrėti gyvenimą, taip pat pagerinti dalyvių savęs supratimą ir savigarbą. Rezultatai rodo, kad vaidinimo liudininkai gali pagerinti kitų žmonių situacijos supratimą ir padidinti toleranciją neigiamoms emocijoms (Keisari, Yaniv, ir kt., 2018).

Negaliai turintiems pacientams, įskaitant ir išsėtinę sklerozę terapinis teatras yra tinkamas. *Terapinis teatras* - sąmoningas teatrinio proceso ir atlikimo veiksmas, siekiant konkrečių terapinių tikslų tam tikros grupės ir amžiaus žmonėms, taikomas asmenims po sunkios ligos, turintiems negalią ar po intensyvaus gydymo ir į sprendimus orientuota trumpa terapija (Whitworth, House, ir kt., 2007). Šio terapinio proceso metu vyksta terapinis pjesės kūrimas, kai tema bei vaidmenys pasirenkami atsižvelgiant į terapijoje iškeltus tikslus. Pavyzdžiui, spektaklis gali būti struktūruojamas pagal klausimą: „*kokią sveikimo temą ar idėją norite įkūnyti ir pasidalyti ja bendruomenėje?*“ Įdomu tai, kad šio metodo, priešingai nei kitų dramos terapijos metodų galutinis tikslas yra - sukurtos pjesės parodymas viešai auditorijai (gydymo komandai, kitiems grupės nariams artimiesiems, ar kviestiniams svečiams), *siekiant* - atkurti ryšį su pasauliu už gydymo ribų. Dažniausia, tai Mono žanro spektaklių pasirodymai, nors galimi ir grupiniai bendro tikslo inspiruoti vaidinimai. Terapinis teatras orientuojasi į tikslą, kaip klinikinėms reabilitacijos grupėms pereiti į žemesnio lygio priežiūrą, nes yra

specialiai sukurtas klinikinėms sveikstančių žmonių grupėms, iš formalaus gydymo įstaigų išeinančioms į savarankišką sveikimą, kuris yra taip pat sudėtingas procesas. Sveikimas yra į veiksma orientuotas procesas, kurį pacientas po gydymo pasirenka pats sau. Šio terapinio metodo paradigmoje siekiama didinti negalios įveikos resursus - prašoma paciento pakomentuoti savo sveikimo idėjos planą, o ne pasakoti ligos istoriją. Pasirodymas auditorijai suteikia galimybę padidinti savo galią, rizikuoti savo pažeidžiamumu, bei pasiūlyti savo poziciją ir vertę bendruomenei (Wood, Mowers ir kt., 2019).

Dramos terapijos procesais yra vadinami terapeuto ištekliai ar resursai, o ne konkretūs receptai. Atidžiai išnagrinėjęs grupės, individo ar šeimos poreikius, terapeutas pasirenka procesus ir metodus, kuriuos įtraukia į dramos terapijos seansą. Bet kokia pasirinkta technika turi būti tinkama konkreitiems klientams ar grupėms.

Svarbu pažymėti, kad visi metodai ir procesai yra tiesiog struktūros, katalizuojančios ar palengvinančios dramos terapinį darbą. Dramos terapeutas neturi būti per daug prisirišęs prie konkrečios technikos, nes dažnai konkrečiu seanso metu vyksta natūralus „čia ir dabar“ judėjimas, reikalaujantis spontaniško reagavimo į galimus iššūkius ar netikėtus perėjimus, ieškant sklandžių sekų į kažką labiau asmenišką ir labiau tinkamesnio grupei ar individui esamame laike. Tokių mišrių metodikų kategorijos nėra griežtos, atvirkščiai yra lankščios ir dauguma sutampa daugiau nei su viena kategorija ir subkategorija.

Integracinis penkių fazių dramos terapijos modelis yra orientuotas į sumanų dramos terapijos procesų ir intervencijų panaudojimą, o ne į struktūrizuotus metodus, bei savo lankščiomis dramos terapijos intervencijomis tinkamas pritaikyti negalią turintiems pacientams (Emunah, 2020).

L. Hunt, P. Nikopoulou-Smyrni ir F. Reynolds (2014) kokybinis tyrimas, kuriame buvo nagrinėjama išsėtine skleroze sergančių žmonių laisvalaikio meno kūrimo reikšmė, parodė, kad, meno terapijos užsiėmimai, kuriuose buvo sukuriami apčiuopiami kūriniai, sukėlė teigiamą savivertės jausmą. Kūriniai tapo patvirtinimu, kad fizinius apribojimus turintys negalią asmenys, vis dar sugeba prasmingai kažką veikti, todėl gerėja lėtinėmis ligomis sergančių asmenų psichoemocinė būklė. Išsėtinės sklerozės atveju, netekus darbo, patiriama tuščio laiko praraja, kurią, akivaizdu, prasmingai galima užpildyti menine veikla. Specialistai, dirbantys su išsėtinės sklerozės reabilitacija, turi išplėsti savo intervencijų spektrą.

Galime daryti išvadą, kad menų intervencijos gali būti veiksmingos išsėtine skleroze sergantiems įvairiose ligos progresavimo perioduose bei įvairiomis sąlygomis, tiek stacionare, tiek ambulatoriškai, tiek namų reabilitacijos sąlygomis, grupiniuose ar individualiuose užsiėmimuose.

Šios intervencijos turėtų būti pritaikomos visiems, atsižvelgiant į individualius paciento kognityvinius ir fizinius sutrikimus. Terapinio meno specialistai sutelkia dėmesį ne į asmens negalią, o į sveikąją asmenybės pusę ir kreipia sveikimo kryptimi. Gali būti taikoma su tradicinėmis intervencijos priemonėmis, pvz., fizioterapija, argoterapija, kineziterapija, masažais ir kt.

Dažnai, menų terapijų tyrimų imčių skaičiai per maži ir tik labai nedaugelyje tyrimų yra vertinimų po intervencijos pabaigos. Daugelis kitų menų terapijų tyrimai atlikti klinikinėje aplinkoje, nors dauguma turinčių šią negalią gyvena bendruomenėse, dėl ko sunkiaugauti pageidaujamas terapijų paslaugas. Šiuo laikotarpiu kreiptis pagalbos į menų terapijos specialistą gali riboti finansinė padėtis, informacijos stoka, atstumai. Nežiūrint į tai, kad pradėti ir užbaigti menų terapiją su kvalifikuotu specialistu yra naudinga, visgi, akivaizdu, dar yra tvarkytinų spragų dėl paslaugų prieinamumo tiek sveikatos sistemoje, tiek tyrimų stokoje bei jų sklaidoje. Trūksta menų intervencijos poveikio mechanizmo, ypač neuroplastiškumo tyrimų IS atveju (Gallagher, Bethoux, 2017).

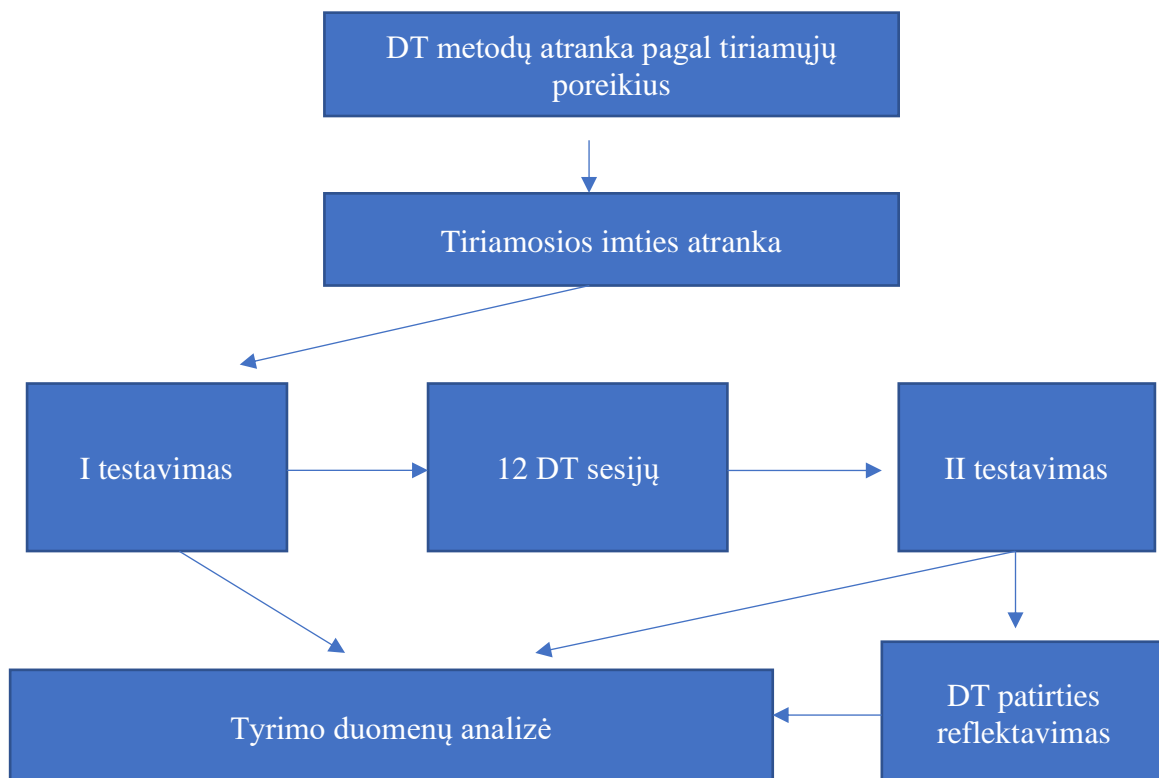
Matome, kad trūksta mokslinių įrodymų apie terapinio dramos terapijos intervencinį poveikį sergančių išsėtine skleroze sveikatai. Tačiau šios spragos sudaro galimybę atlikti kuo daugiau tyrimų, paremtų dramos terapijos intervencija, kuri vis dažniau būtų taikoma išsėtine skleroze sergantiems pacientams. Tai nauja niša reabilitacijos plotmėje, kurią akivaizdu, reikia užpildyti. Dramos terapeuto įsiliejimas į reabilitologų komandą, dirbančių su išsėtinės sklerozės pacientais, paspartintų motyvaciją stiprinti sveikąsias puses bei palengvintų adaptacinį ligos priėmimo procesą.

3. MOTERŲ, SERGANČIŲ IŠSĖTINE SKLEROZE, SAVIRAIŠKOS IR PSICHOEMOCINĖS SVEIKATOS KAITA, TAIKANT DRAMOS TERAPIJOS METODUS

Empirinio tyrimo tikslas - ištirti dramos terapijos poveikį tiriamųjų saviraiškai, savigarbai, nuovargiui, nerimui ir depresijai.

3.1 Mišraus tyrimo metodologija

Tyrimo organizavimas: mišrus tyrimas atliktas 2021 m. spalio mėnesio - 2022 m. vasario mėn. laikotarpiu. Tyrimo organizavimo schema pavaizduota 1 paveiksle.



1 pav. Tyrimo organizavimo schema

Dramos terapijos sesijos respondentėms buvo atliktos nuotoliniu būdu (Zoom platformoje). Apklausos pradžioje buvo fiksuoti tiriamųjų sociodemografiniai rodikliai. Respondentėms tyrimo pradžioje ir pabaigoje buvo pateikti validūs klausimynai saviraiškos bei psichoemocinės sveikatos rodiklių pokyčiui įvertinti.

Kvietime dalyvauti tyime norą pareiškė 55 asmenys. Dalyvavo 35 respondentės, kurios atitiko tyrimo nustatytus kriterijus. Dvi respondentės dėl sveikatos pablogėjimo ir

techninių nesklandumų negalėjo tęsti pradėtos programos, todėl, liko 32 respondentės.

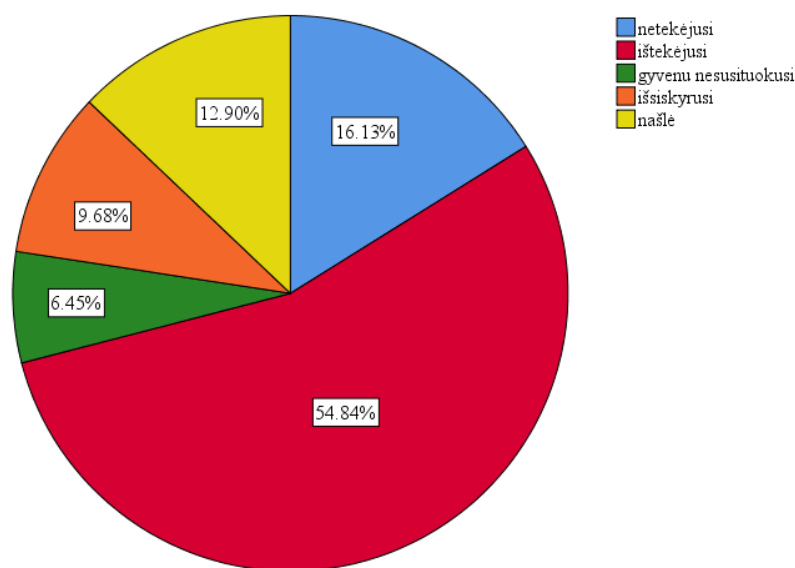
Patogiosios atrankos būdu tiriamosios buvo atrinktos į grupę pagal šiuos kriterijus:

- moterys sergančios išsėtine skleroze;
- savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime;
- ligos laikotarpis ne mažesnis nei trys metai;
- ligos remisijos laikotarpis.

3.1.2. Kiekybinio tyrimo metodologija

Tyrimo populiacija ir imtis: tyrimo populiaciją sudarė moterys, kurioms diagnozuota išsėtinė sklerozė ir kurios gydėsi VU ligoninės Santaros klinikų Neurologiniame skyriuje, taip pat dalyvės, į tyrimą buvo kviečiamos elektoriniais laiškais per Lietuvos IS asociacijas ir per asmeninę soc. tinklo paskyrą.

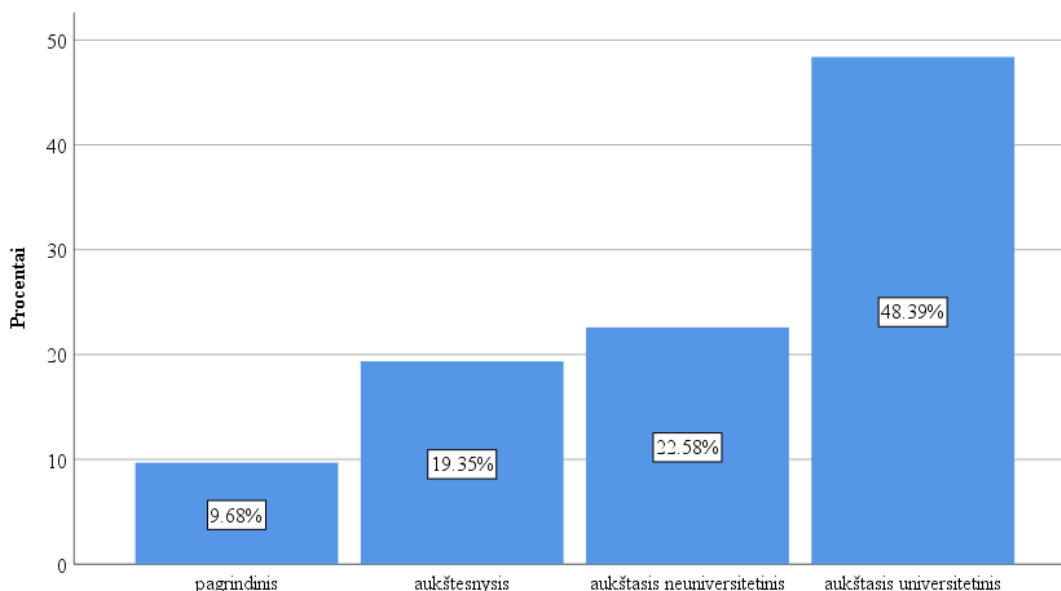
Tyrimo dalyvavusių amžiaus vidurkis 45,88 m. \pm 10,326. Jauniausiai tyrimo dalyvei buvo 29 metai, vyriausiai – 73 m. (Moda =47, Mediana = 45).



2 pav. Respondenčių pasiskirstymas pagal šeiminių padėčių tipą

Duomenys apie respondenčių šeiminių padėčių leidžia teigti, kad daugiausia (54,84 proc.) moterų buvo ištekėjusios, kas trylikta moteris (12,9 proc.) – našlė ir kas dešimta (9,68 proc.) teigė esančios išsiskyrusios (2 paveikslas).

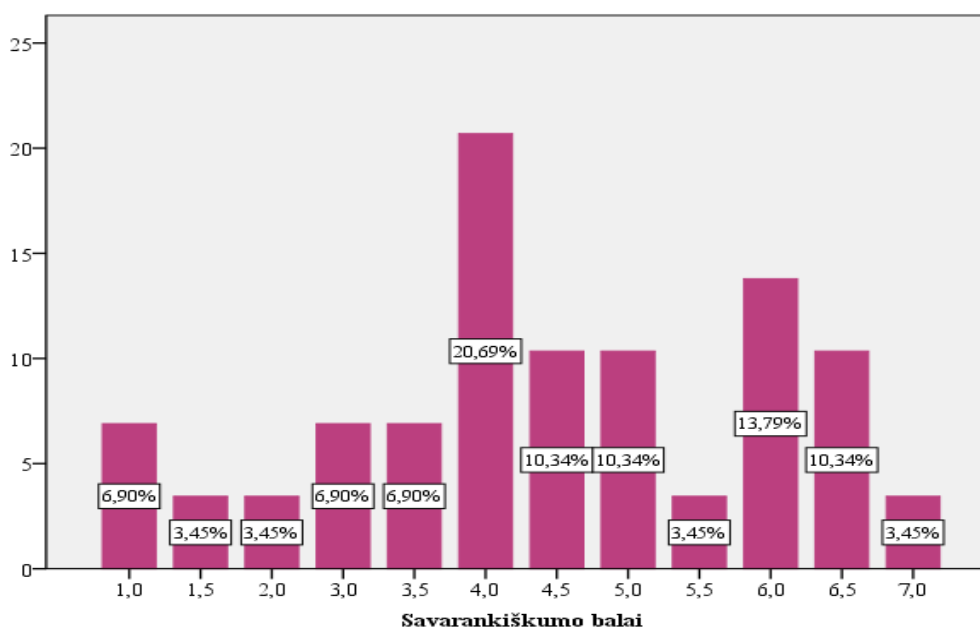
Remiantis 3 paveikslu matyti, kad beveik pusė apklaustųjų (48,39 proc.) turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą, kas dešimta (9,68 proc.) įgijusi pagrindinį išsilavinimą.



3 pav. Respondenčių pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Trys ketvirtadaliai moterų (77,4 proc.) nurodė sergančios recidyvuojančia išsėtinės sklerozės forma. Sirgimo išsėtine skleroze vidurkis yra $15,16 \pm 9,508$ metai (Min = 4 metai, Max = 37 metai). Ketvirtadalis moterų (25 proc.) pažymėjo gyvenančios kaime, po daugiau nei trečdalį didmiestyje arba kitame mieste (atitinkamai 37,5 proc. ir 34,4 proc.). Daugiau nei keturi penktadaliai (83,1 proc.) moterų turi vaikų.

Respondenčių savarankiškumo balų vidurkis pagal Kurtzke neįgalumo būklės įvertinimo skalę EDSS yra $4,379 \pm 1,651$ balai, penktadalio (20,69 proc.) moterų savarankiškumo balai yra lygūs 4 (4paveikslas).



4 pav. Respondenčių pasiskirstymas pagal savarankiškumo balus (pagal Kurtzke)

Tyrimo etika: dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas, anketos duomenys - anonimiški. Respondentės buvo informuotos apie tyrimo tikslą ir organizavimo ypatumus ir konfidencialumo svarbą.

Instrumentiniai tyrimo metodai:

Asmenybės saviraiškos ir savigarbos anketa

Ši klausimyną (pagal modifikuotą *E. Shostrom* metodiką) panaudojome, norėdami išsiaiškinti, kokią įtaką dramos terapija turi išsėtine skleroze sergančių asmenų savigarbai ir saviraiškai. Klausimyną sudarė 30 klausimų, kur pateikti teiginiai ir respondentės jį galėjo paneigti arba patvirtinti.

Anketoje pateikti klausimai, atspindintys tiriamųjų saviraiškos (1-15 kl.) ir savigarbos (16-30 kl.) lygius.

Saviraiškos ir savigarbos vertinimo kriterijai:

- daugiau kaip 60 proc. teigiamų atsakymų – saviraiška, savigarba yra aukšta,
- 60 proc.–35 proc. teigiamų atsakymų – saviraiška, savigarba yra vidutinė,
- mažiau kaip 35 proc. teigiamų atsakymų rodo, kad respondentų saviraiška, savigarba yra žema.

Nerimo ir depresijos skalė (*angl.* HAD)

Ją sudaro 14 klausimų, iš kurių 7 skirti nerimo simptomams vertinti (subskalė HAD-N, klausimai Nr.1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) ir 7 – depresijos simptomams vertinti (sub-skalė HAD-D, klausimai Nr. 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Kiekvienam klausimui priskirti keturi atsakymo variantai, atitinkamai vertinami nuo 0 iki 3 balų. Paciento prašoma pažymėti atsakymą, kuris artimiausias jo savijautai per praėjusią savaitę. Baigus testavimą, HAD-N ir HAD-D balai sumuojami, didžiausia sub-skalės balų suma – 21 balas. Nerimo arba depresijos sunkumo laipsnis vertinamas pagal atitinkamos sub-skalės rezultata: 0-7 balai – nerimas arba depresija neišreikšta; virš 8 balų – išreikštas nerimas arba depresija.

Daugiamatis nuovargio inventorių (angl. *The Multidimensional Fatigue Inventory*, MFI - 20)

Kiekvienas žmogus susiduria su savijautos pakitimu, apibūdinačiu jį kaip nuovargį. Sergantiesiems įvairiomis ligomis nuovargis yra dažnas ir nevienareikšmis. Galima skųstis fiziniu, protiniu ar bendru nuovargiu, kurio intensyvumą objektyviai įvertinti sunku. Skirtingo nuovargio pasireiškimui vertinti naudojome daugiamatį nuovargio klausimyną (angl. *The Multidimensional Fatigue Inventory*, Smets, Garssen, Bonke, & De Haes, 1995). Jame išskiriamos atskiros skalės: bendras nuovargis, fizinis nuovargis, sumažintas aktyvumas, sumažinta motyvacija ir protinis nuovargis. Tai 20 teiginių apimanti skalė, skirta įvertinti penkias nuovargį apibūdinančias dimensijas: bendrą nuovargį, fizinį nuovargį, sumažėjusią motyvaciją, sumažėjusį aktyvumą bei protinį nuovargį. Atsakymus į pateiktus teiginius tiriamieji turi pažymėti penkių balų skalėje, kurios poliuose pateikti variantai 1 – „Taip, tai tiesa“ ir 5 – „Ne, tai netiesa“.

Kiekvieną subskalę sudaro po 4 teiginius, o bendras subskalės balas apskaičiuojamas suvienodinant teiginių kryptis ir sudedant reikiamus teiginius, atimant 4 ir gautą rezultatą dalijant iš 16 bei padauginant iš 100. Tokiu būdu nuovargio skalių dydžiai yra įvertinami procentais nuo 0 iki 100. Kuo aukštesnis dydis procentais, tuo didesnis negalavimas.

Dramos terapijos užsiėmimų organizavimas ir eiga:

Integracinis penkių fazių dramos terapijos modelis yra orientuotas į grupinės dramos terapijos procesų ir intervencijų panaudojimą, o ne į struktūrizuotus metodus, bei savo lankščiomis dramos terapijos intervencijomis tinkamas pritaikyti negalią turintiems pacientams (Emunah, 2020). Dramos terapijos integravimo planas buvo realizuotas per dvyliką dramos terapijos sesijų, dvylikos savaitės trukmės intervale su trimis skirtingomis moterų grupėmis, kuriose buvo dešimt, dvylika ir dešimt dalyvių. Sesijos vyko kartą savaitėje po 90 min, pagal poreikį darant trumpas pertraukas. Dramos terapijos užduotys ir metodai buvo parinkti ir adaptuojami atsižvelgiant į išsėtinės sklerozės negalią turinčių moterų poreikius, fizines bei psichologines galimybes bei jų būseną ir įvertinus nuotolinio mokymo (zoom) platformos galimybių specifiką.

Dvylikos pravesių sesijų dalių eiga ir bendri uždaviniai adaptuoti pagal Renne Emunah ir Phil Jones integracinį penkių fazių dramos terapijos modelį.

1 Fazė. Sesijos pradžia - apšilimas. Šis etapas skirtas pasirengti kūrybinei veiklai, dienos klausimui, pagrindinei temai, apšildyti kūną. Užduotys, skirtos jautrumui ir sąmoningumui padidinti, judesių koordinacijai lavinti, kvėpavimo ir savimasažo technikoms

praktikuoti. Šios fazės tikslas nukreiptas į susitelkimą, emocinę išraišką, grupės sąveiką, fizinį aktyvumą, pasitikėjimą, stebėjimą bei koncentraciją.

2 Fazė. Pagrindinė dalis. *Tai pagrindinė dalis, skirta dramos terapijos metodų praktikavimui. Tai gali būti saviraiškos, kūrybiškumo lavinimo, atspindėjimo, savivokos, pasitikėjimo savimi, koncentracijos, bendravimo įgūdžius turtinančios bei stiprinančios užduotys. Vaidmenų žaidimų metu užgimsta gyvenimiškų problemų sprendimo procesas, padedantis kurti svarbų, gydantį ryšį tarp grupės asmenų gyvenimiškų patirčių už dramos terapijos ribų ir tarp sukurtų vaidmenų, gimusių dramos terapijoje. Šioje fazėje tikslai nukreipti į išraišką ir komunikaciją; savęs atskleidimą, kūrybiškumą, grupės narių bendradarbiavimą, vaidmens ir santykio su vaidmeniu vystymą, savęs naujai pažinimą ieškant sąsajų su vaidmenimis.*

3 Fazė. Sesijos uždarymo dalis. Šioje fazėje žaidžiant vaidmenimis išlaikant reflektivią distanciją galima spręsti asmenines problemas. Pagrindiniu tikslu tampa sesijos peržiūra/apžvalga, integracija bei grupės kūrybiškumas.

4 Fazė. Refleksija – šioje sesijoje per verbalizaciją bei grupės pasidalijimu patirtimi, suvokimu bei jausmais vyksta patirties apjungimas.

5 Fazė. Užbaigimo fazėje vyksta pasirengimas palikti dramos terapijos erdvę tolesniam pagrindinės veiklos metu nagrinėtos medžiagos integravimui. Ši fazė gali būti vidinių apmąstymų metas. Todėl, šis laikotarpis gali būti iš dalies arba visiškai praleistas tyloje. Vyksta pasirengimas palikti dramos terapijos erdvę tolesniam pagrindinės veiklos metu nagrinėtos medžiagos integravimui.

Pagal iškeltus *integracinio penkių fazių dramos terapijos modelio* tikslus buvo sukurtas ir realizuotas dvylikos sesijų planas skirtas trimis išsėtinės sklerozės negalia turinčioms moterų grupėms.

Pirmoje sesijoje - vyko vadovo ir grupės tyrimo dalyvių prisistatymas, supažindinimas su taikomų metodų specifika jų nauda ir darbo struktūra. Susipažinimui ir prisistatymui taikomi dramos terapijos žaidimai, pvz.: „Vardo reikšmė“, „Dovana sau“ ir kt.

Antroje sesijoje apšilimui buvo taikomi diafragminio kvėpavimo pratimai siekiant tonizuoti, pagerinti smegenų kraujo apytaką pasiruošiant pagrindinei sesijos daliai: apibrėžtos grupės problemos, lavinami kalbėjimo ir pasitikėjimo savimi, kūrybiškumo įgūdžiai bei integruojami dramos terapijos vaidmenų, improvizacijos, balso lavinimo, savęs pasitikėjimo žaidimai, pvz., „Trys žodžiai“, „Dury“ ir kt.

Trečioje-šeštoje sesijose buvo akcentuojama meditacijos svarba, taškinis savimasažas kaip pagalbos priemonė nervinei-emocinei įtampai mažinti, atsipalaidavimo pratimai. Susipažinimas su kūno kalba, emocijomis. Akcentuojami liūdesio - džiaugsmo jausmai, naujo

elgesio mokymasis, emocijų suvokimas taikant įvairias dramos terapijos metodikas: sociometriją, projekciją bei žaidimų – piešimo, žaidimų - rašymo ir judesio pratimus, pvz., „Mano asmeninė erdvė“, „Vidinis ir išorinis veidas“ ir kt.

Septintoje - vienuoliktoje sesijose apšilimui taikomi nuovargio mažinimo, koncentracijos ir miego gerinimo pratimai pasitelkiant kvėpavimo, šokio – judesio terapijų pratimus adaptuotus pagal dalyvių fizines galimybes ir poreikius. Pagrindinėse sesijose narės buvo skatinamos savo problemų atsivėrimams per žaidimų, vaidmenų metodikas. Šiame etape panaudotos įvairios dramos terapijos technikos, tokios kaip, pasikeitimas vaidmenimis, dubliavimas, veidrodis, monologas, ateities projekcija. Taip pat stiprinami įgūdžiai verbaliniais ir neverbaliniais būdais reiškiant emocijas jausmų paleidimui ir kontrolei, pvz., taikoma nauja, niekur iki šiol dar netaikyta, išvestinė inspiruota spektaklio, „Žiūrėjimas viena į kitą“ pagal Veronikos Šleivytytės gyvenimą ir kūrybą, dramos terapijos metodika, pavadinimu „Asociatyvus klausymasis“, taip pat kiti pratimai pavadinimu „Keisti daiktai“, „Eilėraščio terapija“ ir kt.

Dvyliktas užsiėmimas – Pabaigos atsisveikinimo sesija, siekiant išmokti atsisveikinti, padedant tašką patyrimo etapui. Dalyvės apibendrino savo sesijų patirtis ir išvalgas, bei tolimesnius gyvenimo planus. Atsisveikinimo ritualas – dalyvės “apdovanojo” viena kitą palinkėjimu ir menama dovana.

Statistinė duomenų analizė

Surinktos anketos buvo suvestos ir jų duomenys analizuoti SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 23.00 statistine programa. Analizėje buvo taikyti aprašomosios statistikos metodai: apskaičiuoti veiksnių dažniai, atlikti dažniausiai pasikartojančių (*moda*), didžiausių (*max*) ir mažiausių (*min*) reikšmių, vidurkių, standartinio nuokrypio (*SD*) skaičiavimai. Atsakymų dažnių pasiskirstymui atskirose grupėse nustatyti naudotos kryžminės lentelės. Dažnių skirtumų statistinis patikimumas įvertintas skaičiuojant *chi* kvadrato (χ^2) ir *p* reikšmes. Tikrinant statistines hipotezes, pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Statistinio ryšio stiprumui nustatyti buvo skaičiuojamas *Spearman'o* koreliacijos koeficientas: neigiama koreliacija - labai stipri (-1), stipri (nuo -1 iki -0,7), vidutinė (nuo -0,7 iki -0,5), silpna (nuo -0,5 iki -0,2), labai silpna (nuo -0,2 iki 0); teigiama koreliacija – labai silpna (nuo 0 iki 0,2), silpna (nuo 0,2 iki 0,5), vidutinė (nuo 0,5 iki 0,7), stipri (nuo 0,7 iki 1), labai stipri (+1).

3.1.3. Kokybinio tyrimo metodologija

Teorinis tyrimo metodo pagrindimas

Kokybinio tyrimo strategija buvo pasirinkta kaip papildanti medžiaga kiekybinio tyrimo gautiems rezultatams analizuoti. Kokybinio tyrimo metodo panaudojimas, leido atsiskleisti asmeninei eksperimentiniame tyrime dalyvavusių išsėtine skleroze sergančių moterų grupinės nuotolinės dramos terapijos patirčiai. Kiekybinio tyrimo metu atsirado asmeninis interesas giliau pažinti ir išsamiau paanalizuoti tyrime dalyvavusių moterų patirtis bei jų išgyvenimus. Taip pat, geriau pažinti jų psichologinę, fizinę, socialinę sveikatą, bei geriau suprasti moterų, sergančių išsėtine skleroze, patyrimo prasmę prieš ir po dailės terapijos intervencijos. Kaip teigia V. Braun ir V. Clarke (2014), sveikatos tyrinėjimo srityje būtent kokybiniai tyrimai suteikia įtikinamų įžvalgų apie pacientų vidinį pasaulį, pasaulėžiūrą, nuostatas bei perspektyvas. Jų pagalba surinkti duomenys savo įžvalgomis papildė kiekybinio tyrimo rezultatus ir padeda geriau juos suprasti bei interpretuoti.

Apsisprendusi papildyti atlikto kiekybinio tyrimo rezultatus kokybinio tyrimo duomenimis, jų analizei pasirinkau – teminės indukcinės analizės metodą, pagal V. Braun ir V. Clarke tyrimų gaires. Tai lankstus kokybinių tyrimų metodas, leidžiantis struktūruoti bei atskleisti surinktus kokybinius duomenis ir juos interpretuoti. Analizuojant duomenis teminės indukcinės analizės metodu, nereikalaujama išankstinio konkretaus teorijos žinojimo, nesiremiamas teoriniais apibrėžimais, informacija apdorojama susitelkiant į surinktus tyrimo duomenis (Braun, Clarke, 2006). Teminės analizės metodas atliekamas vadovaujantis apibrėžtais žingsniais - temos išgryninamos iš pačių duomenų. Šiuo atveju duomenų rinkimo instrumentu pasirinktos refleksijos, kurias tyrimo dalyvės savanoriškai buvo paprašytos pasidalinti sudalyvavus terapiniame procese.

Tyrimo dalyvės

Siekiant atskleisti moterų, sergančių išsėtine skleroze patyrimą, buvo atrinktos aštuonių moterų refleksijos, surinktos per ir po dramos terapijos užsiėmimų ciklo. Viso tyrimo metu refleksijų iš viso surinkta šešiasdešimt septynios, tačiau tyrime dalyvavusių dalyvių refleksijų skaičius buvo pasirinktas aštuonios, atsižvelgiant į tyrimo tikslą – atskleisti moterų, kurioms diagnozuota išsėtinė skleroze, unikalius patyrimus. Antrasis refleksijų pasirinkimo kriterijus buvo medžiaga, išsamiausiai atskleidžianti iškeltus tyrimo tikslus bei uždavinius ir tuo papildė kiekybinio tyrimo gautus rezultatus. Dramos terapijos grupės narės dalijosi laiškais, savo sukurtais eilėraščiais, piešiniais, kurie taip pat praturtino tyrimo duomenis (žr. priede).

Tyrimo dalyvėms netaikyti papildomi atrankos kriterijai. Informacija apie dalyves pateikta 2 lentelėje. Siekiant išlaikyti anonimiškumą, visi tyrimo dalyvių vardai užkoduoti didžiosiomis raidėmis.

2 lentelė. Tyrimo dalyvių demografiniai rodikliai

Vardas	Amžius	Išsilavinimas	Lankytojų dramos terapijos užsiėmimų skaičius	Neįgalumos būklės įvertinimas pagal EDSS skalę (balai)
A	37	Aukštasis	12	1,5
B	50	Aukštesnysis	12	6,5
H	56	Aukštasis	12	6,0
D	47	Vidurinis	12	3,0
E	43	Aukštesnysis	12	7,0
C	42	Aukštesnysis	12	4,0
F	53	Vidurinis	12	5,0
G	52	Aukštasis	12	5,5

Kokybinio tyrimo etiniai aspektai

Atliekant šį tyrimą itin svarbūs etiniai aspektai. Buvo stengiamasi apsaugoti tyrimo dalyves užtikrinant jų anonimiškumą, psichologinę gerovę bei jų orumą. Prieš atsirenkant refleksijas, moterys buvo informuotos apie tyrimo kontekstą, tikslą, konfidencialumą. Iš dalyvių gautas žodinis sutikimas savanoriškai dalyvauti tyrime.

Kokybinio tyrimo duomenų analizė

Visi gauti tyrimo duomenys buvo analizuojami taikant teminės indukcinės analizės metodą, vadovaujantis V. Braun ir V. Clarke nuorodomis:

- Susipažinimas su analizuojamaisiais tekstais ,
- Pirminis kodų generavimas,
- Temų paieška,
- Temų peržiūrinėjimas,
- Temų apibrėžimas ir pavadinimų kūrimas,
- Gautų rezultatų analizės rašymas.

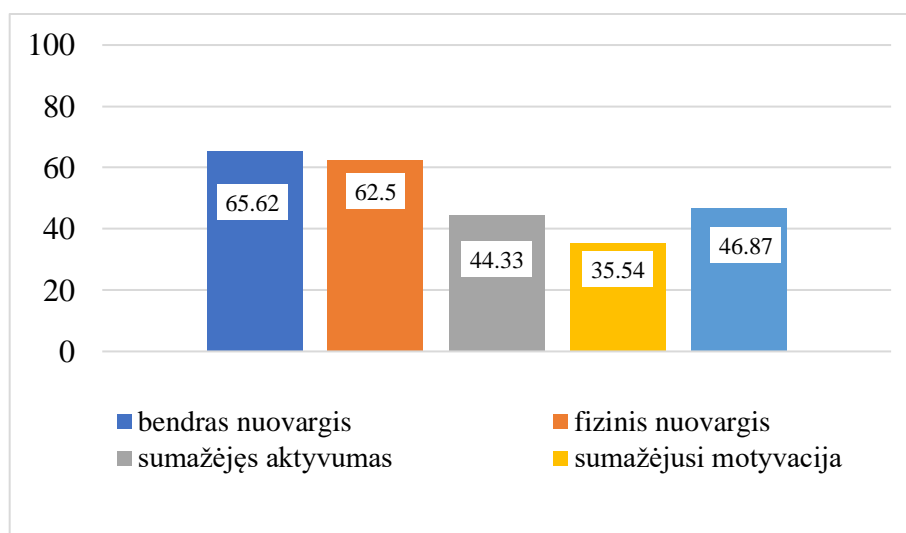
Gauti duomenys buvo koduojami ir jungiami į potemes, o potemės į pagrindinę temą.

3.2. Mišraus tyrimo rezultatai

3.2.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai

Tyrimo pradžioje daugiau nei pusės (59,4 proc.) respondenčių savigarba buvo aukšta, beveik trečdalis (31,3 proc.) – vidutinė ir beveik kas dešimtos (9,4 proc.) žema. Taip pat tyrimo pradžioje įvertinome moterų saviraišką: 65,6 proc. buvo aukšta, 28,1 proc. – vidutinė ir 6,3 proc. žema. Daugiau nei pusės (53,1 proc.) respondenčių išreikštas nerimas, tačiau tik trečdaliui (34,4 proc.) – išreikšta depresija.

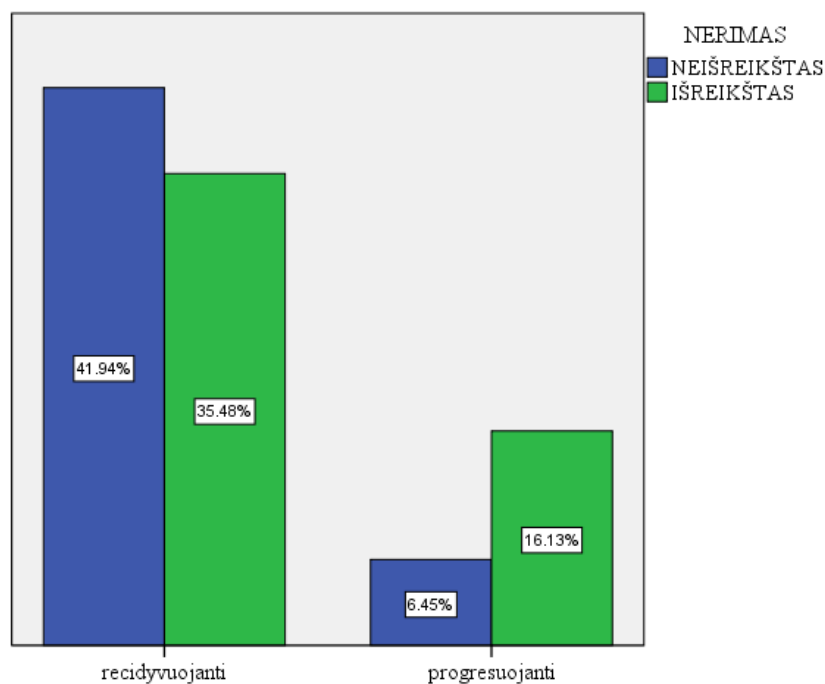
Vertinant respondenčių nuovargio atskiras dimensijas, nustatėme, kad prieš tyrimą labiausiai buvo išreikštas bendras nuovargis (vidutiniškai 65,62 proc. \pm 26,37), mažiausiai – sumažėjusi motyvacija (vidutiniškai 35,54 proc. \pm 19,27) (5 paveikslas).



5 pav. Respondenčių, sergančių išsėtine skleroze, atskirų nuovargio dimensijų vidurkių prieš dramos terapijos užsiėmimus pasiskirstymas (proc.)

Daugiau nei trečdalis (34,4 proc.) respondenčių bendras nuovargis yra mažesnis nei 50 proc., likusių moterų bendro nuovargio dimensija vertinama kaip didelis negalavimas.

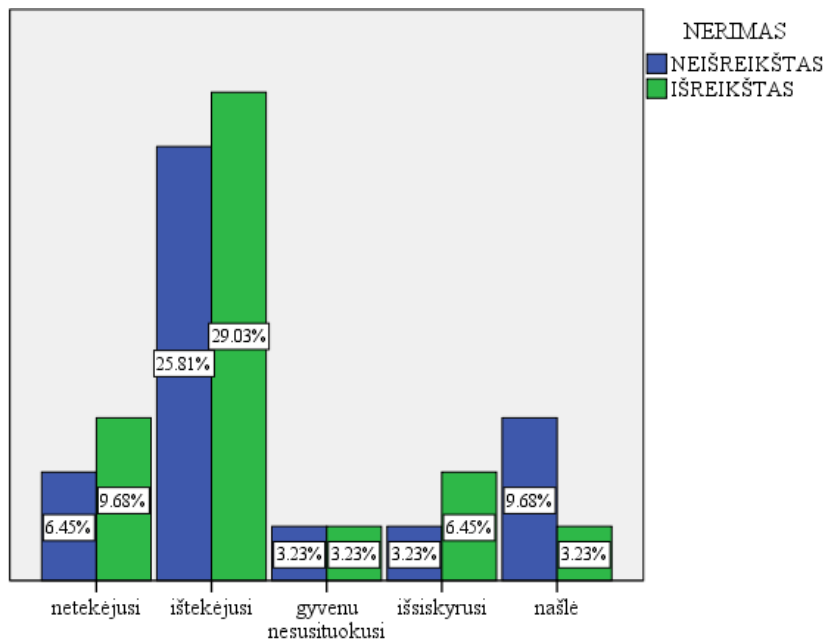
Vertinant moterų sumažėjusią motyvaciją prieš dramos terapijos taikymą pastebėjome, kad 87,5 proc. respondenčių sumažėjusios motyvacijos reikšmė yra mažesnė nei 50 proc. Dviejų trečdalių (59,4 proc.) moterų protinio nuovargio reikšmė buvo mažesnė nei 50 proc. Fizinio nuovargio negalavimas yra išreikštas labiau, nes tik trečdalis (28,1 proc.) respondenčių dimensijos reikšmė buvo mažesnė nei 50 proc., kas dešimta (12,5 proc.) respondentė turėjo stipriai išreikštą fizinį nuovargį, šios dimensijos reikšmė siekė 93,75 proc. Beveik trečdalis (29,1 proc.) respondenčių turėjo stipriai išreikštą sumažinto aktyvumo dimensiją.



6 pav. Nerimo pasireiškimas priklausomai nuo išsėtinės sklerozės formos prieš dramos terapijos užsiėmimus

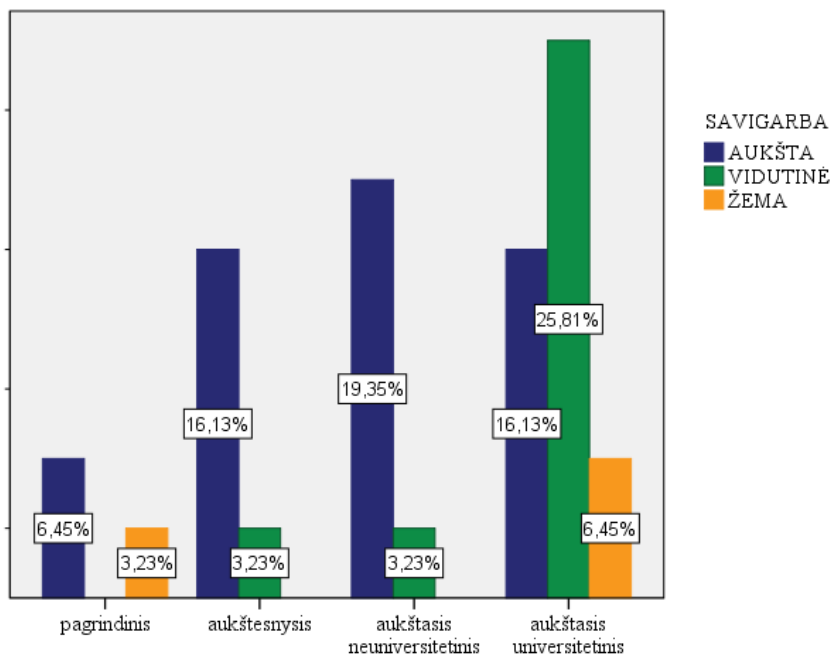
Respondenčių, sergančių progresuojančia išsėtinės sklerozės forma, nerimas prieš dramos terapijos užsiėmimus pasireiškė labiau (16,13 proc.), o sergančių recidyvuojančia forma - mažiau (35,48 proc.), tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 1,422$, $p > 0,05$) (6 paveikslas).

Vertinant respondenčių nerimo pasireiškimą pastebėjome, kad kas dešimta našlė neturi išreikšto nerimo, tačiau kitose šeimyninės padėties grupėse daugiau moterų su atsiradusiu nerimu, tačiau tai nėra statistiškai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 1,562$, $p > 0,05$) (7 paveikslas).



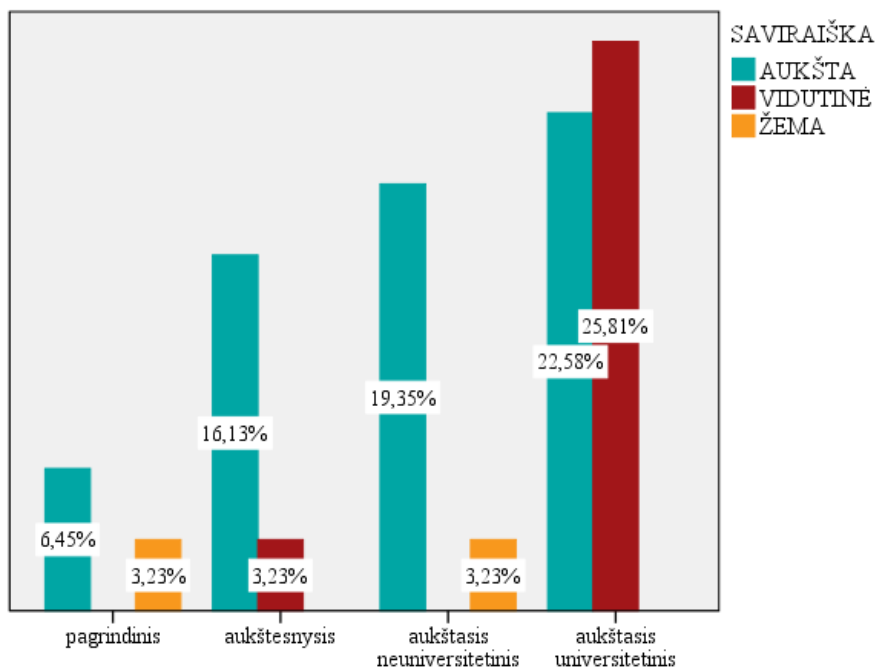
7 pav. Respondenčių nerimo pasireiškimas prieš dramos terapijos užsiėmimus priklausomai nuo jų šeiminių padėties

8 paveiksle pavaizduotoje diagramoje matome, kad ketvirtadalio respondenčių (25,81 proc.) su aukštuoju išsilavinimu savigarbos vertė yra vidutinė. Žemą savigarbos lygį turi respondentės su pagrindiniu išsilavinimu (3,23 proc.) ir su aukštuoju (6,45 proc.). Penktadalis (19,35 proc.) respondenčių su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu turi aukštą savigarbos lygį, tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 16,704$, $p > 0,05$).



8 pav. Respondenčių savigarbos reikšmės pasiskirstymas pagal jų išsilavinimą prieš dramos terapijos užsiėmimus

9 paveiksle pavaizduotoje diagramoje matome, kad ketvirtadalio respondenčių (25,81 proc.) su aukštuoju išsilavinimu saviraiškos vertė yra vidutinė ir 22,58 proc. respondenčių su aukštuoju išsilavinimu ji yra aukšta. Žemą saviraiškos lygį turi respondentės su pagrindiniu išsilavinimu (3,23 proc.) ir su aukštuoju neuniversitetiniu (6,45 proc.) išsilavinimu. Penktadalis (19,35 proc.) respondenčių su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu turi aukštą saviraiškos lygį, šie skirtumai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 13,211$, $p < 0,05$).



9 pav. Respondenčių saviraiškos reikšmės pasiskirstymas pagal jų išsilavinimą prieš dramos terapijos užsiėmimus

Lyginant nerimo pasireiškimą ir respondenčių išsilavinimą, pastebėjome stiprią, tačiau statistiškai nereikšmingą koreliaciją, t.y. kuo žemesnis išsilavinimo lygis, tuo labiau išreikštas nerimas ($r = -0,715$, $p > 0,05$). Lyginant depresijos pasireiškimą ir respondenčių išsilavinimą, taip pat išryškėjo neigiama, tačiau labai silpna ir statistiškai nereikšminga, koreliacija, t.y. kuo žemesnis išsilavinimas, tuo labiau respondentėms pasireiškė depresija.

Analizuojant depresijos ir nerimo apraiškas, pastebėjome statistiškai reikšmingą vidutinio stiprumo teigiamą koreliaciją, t.y. kuo stipriau pasireiškia nerimas tuo labiau išreiškiama ir depresija ($r = 0,416$, $p < 0,05$).

Vertinome nuovargio atskirų dimensijų įverčius po dramos terapijos užsiėmimų. Nustatėme, kad po dramos terapijos užsiėmimų labiausiai išryškėjo bendras nuovargis (vidutiniškai 59,9 proc. \pm 29,17), mažiausiai pastebėta buvo sumažėjusi motyvacija (vidutiniškai 33,5 proc. \pm 20,3), tačiau ši dimensija sumažėjo tik 2,6 procentais (3 lentelė). Prieš intervenciją labiausiai buvo išreikšta bendro nuovargio dimensija, kuri po dramos terapijos

užsiėmimų sumažėjo 12,42 procentais. Visos kitos nuovargio dimensijos taip pat sumažėjo tik mažesniais procentais, mažiausias pokytis stebimas sumažėjusio aktyvumo dimensijos pokytis.

3 lentelė. Nuovargio atskirų dimensijų vertės po intervencijos

	Vidurkis (proc.)	Standartinis nuokrypis	Max	Min	Moda
Bendras nuovargis	53,22	± 25,81	100	0	31,25
Fizinis nuovargis	59,88	± 29,17	100	0	43,75
Sumažėjęs aktyvumas	40,92	± 27,19	100	0	25
Sumažėjusi motyvacija	33,47	± 20,32	68,75	0	31,25
Protinis nuovargis	41	± 23,27	100	0	25

Po dramos terapijos intervencijos didesnės dalis (78,1 proc.) respondentų savigarba padidėjo - 18,7 proc. moterų (prieš dramos terapiją aukšta savigarba buvo 59,4 proc. respondentų). Vertinant saviraišką po dramos terapijos intervencijos, 81,3 proc. respondentų ji buvo aukštesnė, lyginant su saviraiškos pasireiškimu prieš intervenciją. Pastebimas jos padidėjimas (15,7 proc. daugiau). Po dramos terapijos intervencijos nebuvo nei vienos respondentės, kurios saviraiška ar savigarba būtų sumažėjusi.

Analizuojant nerimą po intervencijos taip pat pastebėjome, kad sumažėjo respondentų, kurioms pasireiškė nerimas, beveik 10 proc. mažiau, t.y. 43,8 proc. (buvo 53,1 proc.). Beveik penktadaliui (18,8 proc.) po dramos terapijos užsiėmimų respondentų sumažėjo depresijos požymiai ir tai 15 proc. mažiau nei buvo iki intervencijos (buvo 34,4 proc.).

Lyginant nerimo atsiradimą ir ligos trukmę po dramos terapijos užsiėmimų išryškėjo neigiama koreliacija, t.y. statistiškai kuo ilgiau respondentė serga, tuo mažiau pasireiškia nerimas ($r = -0,357$, $p < 0,05$).

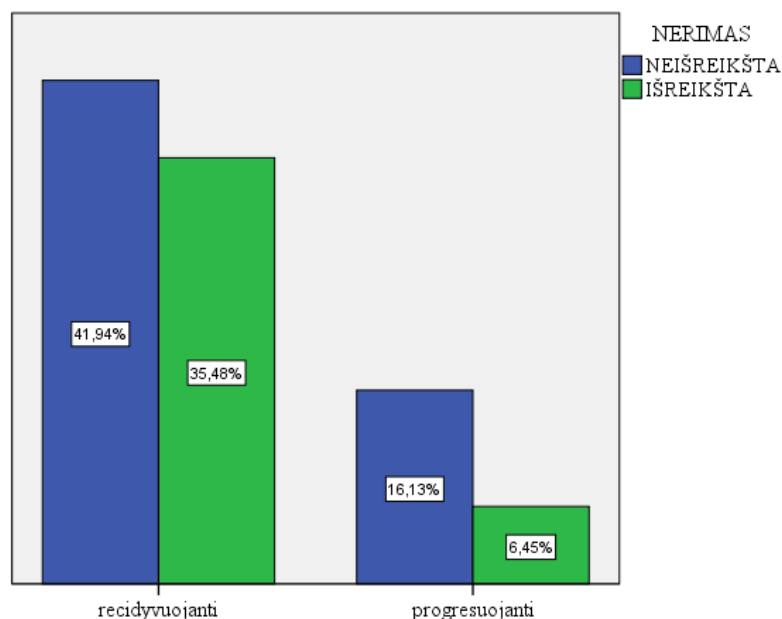
Vertinant nerimo, depresijos bei 5 nuovargio dimensijų tarpusavio koreliaciją po dramos terapijos intervencijų, pastebėjome tam tikras statistiškai reikšmingas sąsajas: teigiama silpna koreliacija ($r=0,429$, $p < 0,05$) tarp sumažėjusio nerimo ir aktyvumo, t.y. po dramos terapijos intervencijų mažėjant nerimui, padidėja aktyvumas. Statistiškai reikšmingos teigiamos koreliacijos stebimos beveik tarp visų nuovargio dimensijų, t.y. mažėjant nuovargiui, silpsta ir kitų būklių pasireiškimas (4 lentelė.).

4 lentelė. Koreliaciniai ryšiai tarp nerimo, depresijos ir nuovargio dimensijų po dramos terapijos intervencijų

		Nerimas	Depresija	Bendras nuovargis	Fizinis nuovargis	Sumažėjęs aktyvumas	Sumažėjusi motyvacija	Protinis nuovargis
Nerimas	r	1						
	p							
Depresija	r	0,383*	1					
	p	0,030						
Bendras nuovargis	r	-0,7	0,174	1				
	p	0,709	0,349					
Fizinis nuovargis	r	0,015	0,756**	0,756**	1			
	p	0,938	0,0001	0,000				
Sumažėjęs aktyvumas	r	0,429*	0,417*	0,578**	0,572**	1		
	p	0,016	0,020	0,001	0,001			
Sumažėjusi motyvacija	r	0,346	0,589	0,589**	0,624**	0,766**	1	
	p	0,057	0,00001	0,000	0,000	0,000		
Protinis nuovargis	r	0,202	0,087	0,424*	0,105	0,362*	0,366*	1
	p	0,276	0,641	0,018	0,573	0,045	0,043	

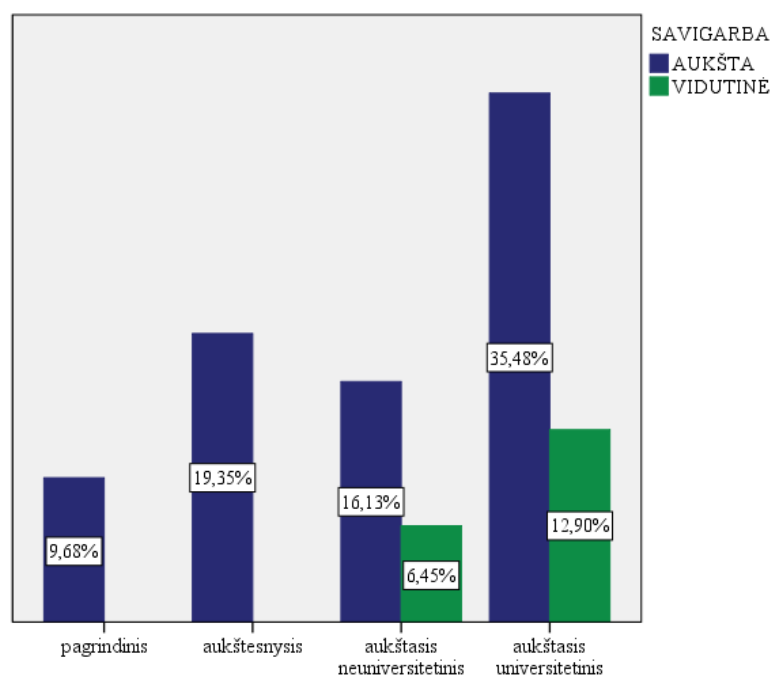
Pastaba: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$; Statistiškai reikšmingi koreliaciniai ryšiai pažymėti paryškintu šriftu

Respondenčių, sergančių progresuojančia išsėtinės sklerozės forma, nerimas po dramos terapijos užsiėmimų pasireiškė mažiau (16,13 proc.). Lyginant nerimo atsiradimą prieš ir po pastebėjome, kad po dramos terapijos šis jausmas sumažėjo beveik dešimtadaliu (9,68 proc.). Sergančių recidyvuojančia forma su išreikštu nerimu prieš intervenciją skaičius nepakito, tačiau skirtumai nėra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 1.34$, $p > 0,05$) (10 paveikslas).



10 pav. Nerimo pasireiškimas po dramos terapijos užsiėmimų priklausomai nuo išsėtinės sklerozės formos

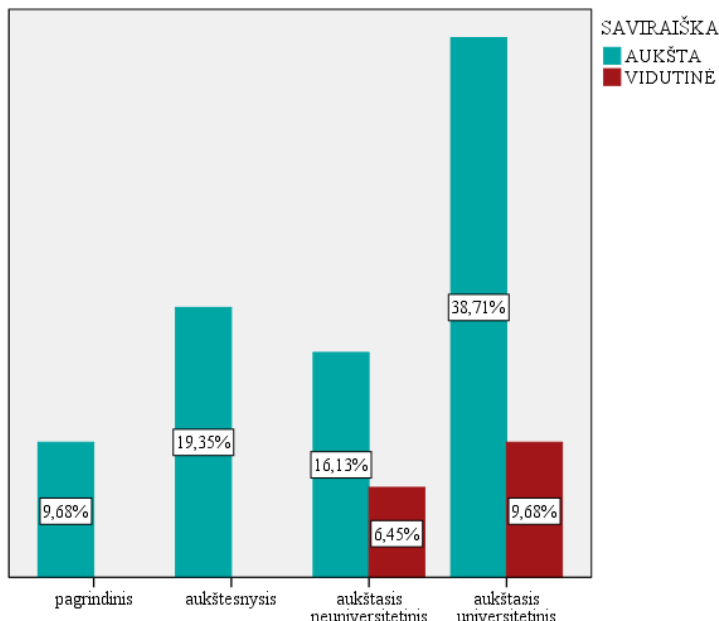
11 paveiksle pavaizduotoje diagramoje matome, kad po dramos terapijos užsiėmimų daugiausiai (35,48 proc.) aukštesnę savigarbą turėjo respondentės su aukštuoju išsilavinimu, o vidutinę savigarbą turi kas beveik kas trylikta (12,9 proc.) respondentė. Su žema savigarba nėra nei vienos respondentės, nors prieš intervenciją tokių buvo, turinčių pagrindinį išsilavinimą.



11 pav. Respondenčių savigarbos reikšmės pasiskirstymas pagal jų išsilavinimą po dramos terapijos užsiėmimų

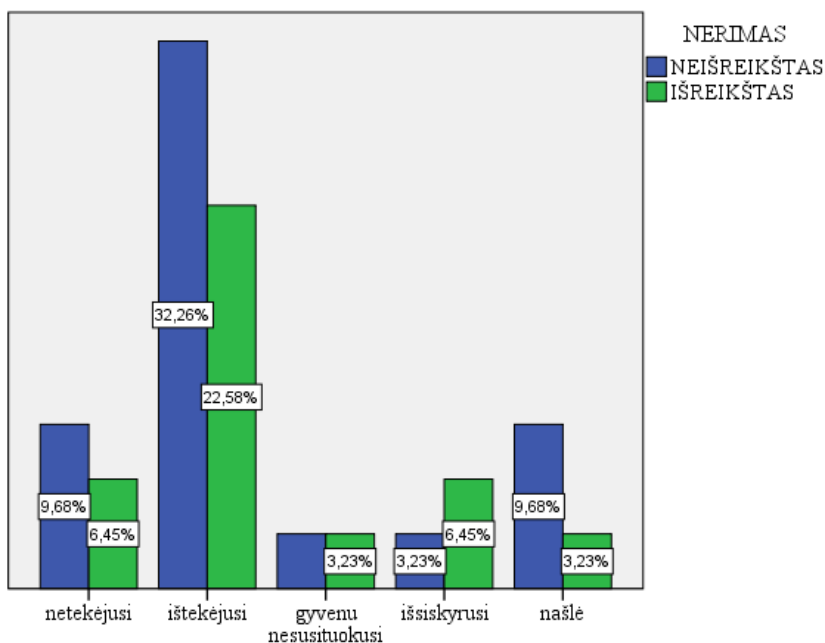
Visos moterys su pagrindiniu bei aukštesniu išsilavinimu po dramos terapijos užsiėmimų buvo su aukštesne savigarba. Respondenčių grupėje su aukštuoju išsilavinimu

dvigubai sumažėjo moterų turinčių vidutinę savigarbą ir daugiau nei du kartus padidėjo moterų su aukšta savigarba. Tačiau, grupėje su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu sumažėjo moterų s aukšta savigarba ir padaugėjo su vidutine ($\chi^2 = 0,534, p > 0,05$).



12 pav. Respondenčių saviraiškos reikšmės pasiskirstymas pagal jų išsilavinimą po dramos terapijos užsiėmimų

Taip pat vertinome ir saviraišką po dramos terapijos. Nustatyta, kad nei viena respondentė po intervencijos neturėjo žemesnės saviraiškos, respondenčių grupėje su aukštuoju išsilavinimu net 2,6 karto sumažėjo moterų su vidutine saviraiška, 1,7 karto padaugėjo moterų šioje grupėje su aukšta saviraiška (12 paveikslas).



13 pav. Respondenčių nerimo pasireiškimas po dramos terapijos užsiėmimų priklausomai nuo jų šeiminių padėties

Analizuojant respondenčių nerimo atsiradimą po dramos terapijos užsiėmimų, pastebėjome, kad našlių ir išsiskyrusių moterų grupėse nestebima nerimo pasireiškimo pokyčių, tačiau ištekejusių ir netekėjusių respondenčių grupėse padaugėjo moterų su neišreikštu nerimu. Tarp ištekejusių moterų 6,5 procentais padaugėjo moterų su neišreikštu nerimu ir 3,23 procentais netekėjusių grupėje, tačiau tai nėra statistiškai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 1,29$, $p > 0,05$) (13 paveikslas).

3.2.2. Kokybinio tyrimo rezultatai

Temos su potėmis ir joms priskirtais kodais

Nors dalyvių patirtys buvo skirtingos, rezultate išsigrynino keturios pagrindinės temos, atspindinčios išsėtine skleroze sergančių moterų patyrimus.

Toliau remiantis citatomis iš dalyvių surinktų refleksijų (išskirta kursyvu) pateikiamos temos ir jas atskleidžiančios potės (5 lentelė).

5 lentelė. Teminės analizės rezultatų fragmentas: kodas, potė, pagrindinė tema

KODAS	POTĖ	PAGRINDINĖ TEMA
H136.Atjautos poreikis fiziniam išgyvenimui D101.Ligos kaltė B38.Pastanga ivardinti savo fizininio kūno silpnumo pojūčius	Odė nuolatiniam ypatingam nuovargiui	Nuovargio įveika derinant DT ir savipagalbos metodus
B39.Dvasinis stingulys H132.Atsisakymas bendravimo per nuovargį	Nuovargio išprovokuotas pesimizmas	
B39.Dvasinis stingulys H132.Atsisakymas bendravimo per nuovargį	Nuovargio išprovokuotas pesimizmas	
A6. Įrankis savipagalbai nuovargiui mažinti B37.Realus savo fizinio kūno galios įvertinimas	Nuovargio įveika naudojant savimasą ir pasiruošimas Dramos terapijos sesijai	

1 tema. Nuovargio įveika derinant dramos terapiją ir savipagalbos metodus

Analizuojant kokybinio tyrimo duomenis, paaiškėjo, kad nuovargis yra nuolatinis šios ligos palydovas, atimantis jėgas bei entuziazmą kurti, neretai provokuojantis depresines nuotaikas, dažnai vedančias į savidestrukcines išvadas. Įvairūs savipagalbos metodai derinami su dramos terapija padeda įveikti nuovargį. Šią temą išskirščiau į tris potemes, kurios bus aprašomos remiantis dalyvių mintimis iš jų refleksijų.

- ***Odė nuolatiniam ypatingam nuovargiui***

Skaitant moterų refleksijas, supratau kokia opi ir nuo esamos realybės neatsiejama yra nuovargio tema. Uždavusi įprastą terapinėse sesijose nuolatos pasikartojantį klausimą: „, kaip jaučiatės šiandien“? išgirdavau įvairių atsakymų. Aptariant patiriamą nuovargio jausmą, mane suglumino tai, kad pasisakymuose skambėjo nuostaba. Moterims labai norėtųsi ir jos pasigenda šio klausimo iš aplinkos. : „, <...> to niekada neišgirstu iš aplinkinių, o kartais to norėtųsi“ (H). Tai liudija apie atjautos poreikį iš artimos aplinkos. Šis nuovargis apibūdinamas kaip ypatingas ir nenuspėjamas: „, <...> jis užklumpa visai nepasiruošus, staigiai. Kartais kamuoja visą dieną, savaitę ar ilgiau“ (H). Šio nuovargio negalima lyginti su įprastu fiziniu nuovargiu: „, <...> kaip, pavyzdžiui pavargsti nubėgus distanciją.“ (H)

Nuovargis yra daug labiau nenuspėjamas, daug gilesnis, labiau slopinantis ir vedantis į neviltį. Bėgant laikui, pacientai išmoksta jį prisijaukinti, tačiau, akivaizdu, tai atima daug jėgų.

Moterims, kurios gali judėti tik neįgaliojo vežimėlyje, nuovargis ypač pasireiškia rankose, nes joms tenka didelis krūvis. Taip pat jaučiamas tirpimas kojose, atsiranda varginantys nugaros skausmai. Kai judėjimas tampa ribotu, sumažėja darbingumas, veikla. Sunku: „, <...> reikia ilsėtis paruošus tik dalį vakarienės, kai vaikštinėji lauke ir nerandi suoločio prisėsti“ (B). Tokiais momentais, akivaizdu, prisideda ir psichinis nuovargis; paastrėja destruktivos mintys, kaltinančios progresuojančią ligą ar save, bei vedančios į emocinį išsekimą.

- ***Nuovargio išprovokuotas pesimizmas***

IS sergančių moterų psichinės – fizinės – emocinės būsenos pasizymi kaita ir nestabilumu. Fizinis kūno stingulys išprovokuoja ir dvasinį sąstingį, todėl, sumažėja darbingumas bei jėgos mylimai veiklai atlikti. Tokiais momentais vien motyvacijos nepakanka, nes kai trūksta jėgų apima nevilties jausmas ir pesimistinės nuotaikos: „, <...> dėl nuovargio negaliu dažiūrėti mėgiamo filmo“ (B). Laikui bėgant atsiranda bendravimo vengimas, nes nebelieka noro paruošti vaišes, tvarkyti namus, tiesiog būti atsipalaidavus, nes suplanuotą svečiams dieną, gali visai nepakilti iš lovos, arba po išvarginusios ruošos keletą dienų ar ilgiau

tenka atgauti jėgas. Jei nuovargis nepakeliamas moterys verkia: „<...> tiesiog verkiu, daug verkiu...tarsi nubėga viskas upeliais<...>”(H). Tokiais momentais išryškėja atjautos, fizinės pagalbos poreikis. „Padeda dar ir todėl, kad artimiausi jau mato ir supranta, kad aš jau nebesusitvarkau su nuovargiu”(H). Nesunku suprasti, jog atsiranda kaltės, nevilties, pykčio, lūdesio, kaltinimo, savigraužos, beviltiškumo ir kitų pesimistinių nuotaikų, dar labiau išvarginančių sergančias ir jų artimuosius.

- ***Nuovargio įveika naudojant savimasažą ir pasiruošimas Dramos terapijos sesijai***

Išsetine skleroze sergančios moterys visos kaip viena sako žinančios kad reikia sustoti prieš pavargstant. Bet kaip tai padaryti laiku? „<...> sustoti taip, kad kuo mažiau paliktum jam šansų tave užklupti.“ (H) Daugeliui nuovargį įveikti padeda pasivaikščiavimai. Trumpi ar šiek tiek ilgesni, bet svarbiausia, kad būtų saugūs. Vaikstant turi būti šviesu, galima sutikti žmonių reikiamai pagalbai. Tačiau negalios apribojimai, o ir pastarųjų Covid-19 pandemijos metų atsiradę apribojimai, kelia svarbų uždavinį, kaip padėti žmonėms, negalintiems iš namų išjudėti be profesionalų pagalbos.

Dvylikos dramos terapijos užsiėmimų ciklo metu, moterys buvo mokinamos saugios, moksliniais tyrimais patvirtintos savimasažo technikos, padedančios mažinti nuovargį, sukonzentruoti dėmesį: „Absoliučiai visi išmokinti savimasažai prieš Dramos terapijos užsiėmimus veikia, nes darydama juos, fiziškai jaučiu kūno atsipalaidavimą, sumažėja raumenų įtampa<...> emocijam nervingumui ypatingai veikia galvos masažas“(B). Savimasažo technikos išjudina sąstingį, subalansuoja kraujotakos sistemą, turi nuskausminantį poveikį ir yra puiki paruošiamoji dalis, kaip įvadas į pagrindinę dramos terapijos sesiją: „<...>apie dvi savaites varginęs kairiojo peties skausmo dingimas tiesiogiai susijęs su išmokyto savimasažų poveikiu (B)<...> skausmo priežastis neaiški...jo išnykimą tiesiogiai sieju su dramos terapijos įtaka“(A).

Remiantis tyrimo dalyvių refleksijomis, galiu teigti, jog saugios savimasažų technikos ir dramos terapija puikiai dera tarpusavyje ir turi poveikį tiek fiziniam kūnui, tiek emocinei būklei.

2 tema. Terapeuto vaidmuo dramos terapijos procese

Remiantis tyrimo duomenimis, šioje temoje atsiskleidžia terapeuto svarba DT proceso metu. Grupės terapeutas daro įtaką grupės dalyvių dinamikai, kuria sąlygas, siekiant kuo efektyvesnės tarpasmeninės dalyvių sąveikos. Svarbu, kad terapeutas turėtų empatijos jausmą, tiek pats nuoširdžiai gebėtų reikšti savo jausmus, tiek skatintų grupės dalyvius atvirumui sau ir kitam. Jo profesionalumas pasireiškia dar ir tame, kaip supranta kylančius jausmus ir geba juos

atspindėti grupėje. Bet, manau, svarbiausias, terapeuto vaidmuo- išvelgti kiekvieno grupės dalyvio išskirtinumą, ir apgaubti jį pasitikėjimu ir rūpesčiu. Toliau aprašomose potemėse atsiskleidžia asmeninio santykio su terapeutu patirtys ir išvalgos, su tyrimo dalyvių refleksijų iškarpomis.

- ***Asmeninio dėmesio gydantis poveikis***

Sesijų metu išryškėjo moterų poreikis būti išklaustyoms, priimtoms be sąlygų, tiesiog būti suprastoms be žodžių. Poreikis draugo, kuris, būtų šalia. Ne kiekviena turi artimą santykį, o dažnu atveju draugą atstoja tik namuose esantis gyvūnas, savo meile, nors trumpam, įstengiantis išblaškyti susikaupusį vienatvės gumulą. Baimė būti atstumtai artimųjų ar draugų, skatina elgtis nenatūraliai ir „užsidėjus“ kaukę bendrauti slepiant ašaras ir nuo jų atsiradusius tinimus: „<...> užsidedu tą aplinkinių taip mėgstamą stiprios moters kaukę <...> užsidegu žvakutę ir rauduju, nežinau kodėl, bet rauduju <...>“ (A). Kita moteris D dalinasi turinti kelis draugus su kuriais kalba kiekvieną vakarą, tačiau tai jai labai neįprastas jausmas. Manau, kad ligos išiktasis praranda drąsą būti savimi, nes, dažnu atveju, galvoja esantis jau nebevertas nuoširdaus atsidavusio santykio. Atsiranda nejaukumas net kreiptis pagalbos: „<...> norėjau paskambinti G praeitą savaitę, bet vis pabijojau <...>“ (D). Pastanga būti reikalingai ir priimtai verčia nuolatos jausti gėdą, kai dėl negalios sukeltų įvairių keblumų, neatliekamas suplanuotas darbas, ar tiesiog, lieka neužbaigta namų ruošė, „<...> ir pastebėjau, tos gėdos mintys vargina, kažkuo susijusios su tuo, kad aš nebenoriu jausti nepageidaujamų jausmų, tokių kaip sielvarto, bejėgiškumo, kentėjimo“ (D). Per 12 terapijos seansų individualiai bendrauta su daugeliu dalyvių, kurias teko raminti, skatinti, motyvuoti ar, tiesiog, išklaudyti. Kiekvieną kartą lieki dėkinga už patirtą atvirumą ir jaučiamą tylų pagalbos šauksmą išgyventi nepakeliamas emocijas: „Kažkodėl kelis kartus per dieną, iš niekur nieko, šmėsteli mintis, kad noriu mirti <...>“ (C). Tokios depresiškos mintys ir nestabilumas atsiranda po didelių išgyvenimų ir nusivylimų ar net bandymu pagalbos ieškoti pas psichologus: „Kažkodėl mano psichologė nelabai reaguoja į tokias mano mintis, ar tai normalu (D)?“. Analizuojant kokybinio tyrimo duomenis išryškėja kokia milžiniška pagalba sergančiajai yra tiesiog buvimas šalia: „<...> po individualaus pokalbio su jumis, sėdėdama vakare ir spręsdama gyvenimišką situaciją <...> pasitelkiant dramos terapijos žinias, atėjo man į galvą sprendimas, aiškumas, supratimas, žinojimas, pajutau lengvumą <...>“ (B). Pastebėta, kad saugus atsivėrimas individualaus pokalbio metu turi kognityvinį ir fizinį atoveiksmį: „<...> na, o naktį prabudusi, keistai pajutau veido atsipalaidavimą <...> versdamasi ant kito šono, pajaučiau kairiojo peties judesio laisvumą“ (B).

Taigi, apibendrinant galima teigti, kad palaikymas, supratingumas, pagarba ir dėmesingumas per galimybę išsikalbėti turi terapinį poveikį.

- **Terapeuto empatijos svarba emocinei ir fizinei sveikatai**

Analizuojant kokybinio tyrimo duomenis, išryškėja pagrindinė mintis - kam išsikalbėti, jeigu esi vieniša, ar patyrusi sunkių emocijų sutrikimų, susijusių su negalia ir ją lydinčiais šalutiniais poveikiais? „<...> bandau atsitiesti po visko, esu nestabilioje emocinėje būklėje<...> mintys padrikesnės ir žiauresnės nei įprastai“(D). Tokiais momentais terapeuto buvimas išties tampa labai svarbiu. Dažnai girdimi nepasitikėjimo savimi žodžiai, jaučiamas pasimetimas ir įvairių situacijų nesuvokimas: „<...> žinau, kad turiu kažkokių problemų, kurių pati nesuvokiu ir nežinau kaip jas išspręsti“(D).

Vesdama dramos terapijos užsiėmimus supratau, kokio gylio vienišumas tyro sergančių moterų širdyse. Kasdien rašomi dienoraščiai tampa saugiu pabėgimu nuo liūdesio, o darbo dienynai, kažkada pildyti pilnai, dabar atrodo „stepių plyne“, nes bent kažkokia veikla užimtų dienų, lieka vis mažiau. DT kai kurioms iš jų, vienintelės dvi valandos per savaitę, kuomet praskaidrėja nuotaika: „<...> ačiū, kad ištrauki iš širdies gelmių gilius apmąstymus. Kad tu žinotum, kokia esi reikalinga mums<...>“(A). Tomis valandomis, kaip terapeutė keliu tikslą, užkurti kūrybos žiežirbą, asmeniškai „palaikyti“ kiekvienos pasirodymą, nes, tikiu, tai tvirtina pasitikėjimo pamata: „<...> valio, baigiau ir buvau įvertinta – tai suteikė man jėgų“(D). Atsiranda daugiau motyvacijos asmeniniam tobulėjimui, atitolsta pesimistinės nuotaikos ir noras pasiduoti: „<...> ypatingai atlikdama savęs vertinimą(„vidinis ir išorinis veidas“), išsiaiškinau, kad vis tik kartais kūnas tarsi manipuliuoja neįgalumu <...> ir pateisinama priežastis, kad kažko neatlieku“(B). Siekis, kad emocinė ir fizinė sveikata turėtų kuo mažiau skiriamųjų briaunų terapeutui tampa iššūkiu. Tačiau džiugu, kuomet pavyksta išjudinti „užpelkėjusį liūną“, tempianti žemyn ir gilyn į baimę pamatyti realybę, nes ten „<...> sužinosiu tiesą – viskas tapo nieku“(C). Jau po keleto dramos terapijos užsiėmimų galėjau stebėti akivaizdžius emocinius ir fizinius pokyčius teigiama linkme: „<...> kurį laiką jaučiu, pasidariau pozityvesnė ir tvirtesnė nuo šios terapijos <...> keista matyti save tokią, ypač kai pradėjau sau leisti.“

Remiantis patyrimu terapiniame procese su išsetine skleroze sergančiomis moterimis, galima teigti, kad terapeuto dėmesys turi gydantį poveikį psichoemocinei sveikatai bei saviaktualizacijai. Galimybė išsikalbėti, išgyvenant sudėtingus fiziologinius ir psichologinius procesus, yra svarbi tyrimo dalyvių gyvenimo kokybei.

3 tema. Vidiniai virsmai ir transformacijos per ir po dramos terapijos ciklo

Analizuojant respondenčių refleksijas paaiškėjo kiek daug vidinių prieštaravimų slypi jų viduje. Ne vienai IS negalia turinčiai dalyvei išsūkiu tapo susitikimas su savo baimėmis ir su vidinėmis bei išorinėmis kaukėmis, kurias jos „užsideda“ norint pasislėpti nuo gyvenimo realybės. Kartais realybė tokia, kaip barono Miunhauzeno, traukusio save sugriebus už plaukų, arba chaotiškai ieškant tvarkos chaose. Tai kelionė į save per kūrybą, dramos terapijos užsiėmimus, refleksijas, nusivylimus, atradimus bei augimą.

- ***Nuo fobijų ir baimių iki savęs priėmimo***

Susitikti su savo „Išoriniu – vidiniu veidu“ nebuvo paprastas uždavinys, nes ši užduotis skatina analizuoti savo vidinio ir išorinio pasaulių priešpriešas ir panašumus: „<...> likau susimąsčiusi, netgi išsigandusi <...> maniau, kad neturiu šių kaukių, esu kokia esu <...> nenoriu patikėti, kad kai kuriuos sakinius apie vidinę kaukę parašiau aš“(A). Sesijų metu išryškėjo savivertės, baimės, pasitikėjimo savimi stokos temos. Pastanga atrodyti gerai, nors ir jaučiamas didelis nerimas, neišduodant savo tikrosios baimės: „Aš bijau likti vieniša, aš atrodau sena ir stora <...>“(C). Jaučiamos depresiškos nuotaikos ir kaip teigia moteris C, stengiasi net nežiūrėti į veidrodį, nes to ką mato, nenori priimti. Tampa nepakanti, pikta, net nebėra noro stengtis būti malonia su savo vyru. Gyvena praeitimi, idealizuojanti ją ir save jaunystėje, tuomet: „kai buvau laiminga“. Po devinto dramos terapijos užsiėmimo ta pati moteris teigia, jog: „<...> vis dar šypsausi, prisiminiu tą sumaištį dėl nieko, dėl Liūno išvalymo. Pagaliau tai įvyko <...> tiek metų, taip laukto ir norėto“(C). Kita moteris E prisipažįsta, kad bijodavo užsiėmimų, nes vengė prisiliesti prie savo vidinio pasaulio: „<...> manau turiu daug problemų ir vidinių konfliktų pati su savimi, gal dėl to ir bijojau <...>“(E). Palaipsniui atėjo suvokimas: „<...> mylėti ir palaikyti labiau, rūpintis savimi ne iš pareigos, o iš meilės sau“(E).

Analizuojant moterų refleksijas, galima teigti, jog išsėtinės sklerozės liga išprovokuoja psichoemocinės būklės kaitą. Atsiranda nerimas, depresinės nuotaikos, mintys. Realybėje sudėtinga priimti pasikeitusią situaciją ir save pačią. Tam reikia pastangų ir pagalbos. Apibendrinant galima teigti, jog dramos terapija yra „minkštų“ metodų terapija, tarsi su pagalba nuleidžianti ant tvirtesnio realybės pagrindo.

- ***Atgyvenusių nuostatų paleidimas per kūrybiškumą***

Palaipsniui, dvylikos susitikimų eigoje, ryškėjo pastanga pažinti save tarsi iš naujo. Mažėjo noras viską kontroliuoti, atsirado savistaba, padidėjo pasitikėjimas savimi, sumažėjo nerimas ir baimė likti išduotai, depresiškas mintis pakeitė ramybė ir humoro jausmas. Pratimai, susiję su kūno pojūčių vertinimu, padėjo mažinti skausmą, atsirasdavo palengvėjimas kūne.

Moteris D dalinasi: „<...>atlikdama pratimą „išsinėrimas iš odos’, jaučiau šturpulį ir šaltį, o gale palengvėjimą, tarsi tona nuo manęs nukrito”(D). Moteris D labai konkrečiai įvardina ką pajautė pratimo metu: „<...> su ta sena oda nūneriu visas savo baimes <...> su palengvėjimu ritosi ašaros<...>”(D). Darant vizualizacijos pratimą atsirado atvirumas ir jėgų pamišti pasenusias nuostatas: „<...> susidarė didelis rutulys<...> sudeginau sukurtame ugnies vaizdinyje, ir tas mikroskopines žiežirbas išmečiau į kitas galaktikas, kad nerastų kelio atgal<...> buvo stipru”(E). Peržiūrėdama savo gyvenimo kelionę, moteris F dalinasi pajutusi, jog į daugelį dalykų, taip pat ir į išsėtinę sklerozę, pradėjo žiūrėti ramiau, be nuoskaudų, pasakoja tik kaip faktą: „Įgavau drąsos smalsiesiems atsakyti kuo aš sergu<...> anksčiau mane tai slėgė <...> dabar nebejaučiu gėdos, kad vaikštau su lazdele.” Kūrybinės užduotys atitolina nerimastingas mintis ir dar labiau skatina kūrybiškumą. Moteris F pati nustebino save, kai po užduoties „eilėraščio terapija” pradėjo kurti eiles, prisiminusi kažkada apie tokią veiklą svajojusi, nes skundėsi koncentracijos stoka: „Tai yra geriausias rezultatas man.”.

Analizuojant ir apibendrinant, remiantis moterų refleksijomis, galima teigti, jog kūryba, padeda sutelkti mintis, labiau koncentruotis, atsiranda motyvacija asmeniniam tobulėjimui, kaitai ir saviaktualizacijai. Svarbu, kad - kurdamos moterys atrado įrankį, kuriuo gali naudotis.

- **Identiteto paieška pasimetimo ir neužtikrintumo situacijose**

Išsėtinės sklerozės diagnozė tarsi paženkliną, izoliuoja, įbaugina ar pakeičia: „<...>galbūt iš naujo turiu įrodyti, kad aš normali, faina<...>“(G). Ar galime įsivaizduoti vidinius išgyvenimus, kai gyvenimas apsiverčia aukštyn kojomis? Kai po ilgus metus dirbus mėgstamą darbą staiga virsti namų šeimininke, ar net dėl ligos turi pakeisti gyvenamą vietą ar net šalį? Labiausia išvargina iki diagnozės nežinia, nes šis laikas tampa išbandymu pasimetimu ir neužtikrintumu laike. O dar socialinės medijos, kuriose pilna į paniką vedančios informacijos. Tačiau įdomu tai, jog kiekviena iš mano dalyvių skirtingai net paradoksaliai reagavo į diagnozę, tuo atskleidžiamas savo autentiškumą: „<...> tą dieną tapau pačiu laimingiausiu žmogumi pasaulyje<...> tapo pagaliau aišku kas man yra “(A). Įdomu, jog į klausimą -ar liga yra visų bėdų priežastis, moteris F pasisakė maksimaliai neigiamai, nes jai netinka toks susiklostęs gyvenimas, ir nepavyksta rasti jėgų juo džiaugtis: „<...>eidama miegoti, pasvajoju, kaip būtų gerai nebe atsibusti<...>atsikeliu, na ir nieko nepadarysi, keliuosi ir einu gyventi gyvenimo.“ Paradoksalu, bet ta pati moteris F visuomet dalyvavo užsiėmimuose ir jau po ketvirto užsiėmimo atsirado idėja atsigręžti į savo vidų ir ten ieškoti resursų : „<...>jau kurį laiką stengiuosi išmokti būti tokia kokia esu <...> bet aš nežinau kokia aš esu<...> jaučiuosi tokia pasimetusi ir neužtikrinta gyvenime.“ Tema „mano vardo istorija“ tapo tarsi nauju tramplynu į save. Moteris atskleidė niekada negalvojusi, kiek daug įtakos charakteriui ir gyvenimui turi

žmogaus vardas. Vardas nukėlė į nerūpestingą vaikystę, kuomet formavosi nuostatos, įsitikinimai, kai kurie vedantys į begalinę įtampą ar streso būseną. Moteris dalinosi, kad jai nemielas jos vardas ir reikšmė, jaučiasi, „lyg užkeikta“. Dramos terapijos metu įgytos žinios daug ką paaiškina ir sudomina tyrinėti savo identitetą: „<...> *realiai tai įgyvendinti labai sunku, bet privertė susimąstyti, kad tai yra tas dalykas prie kurio verta dirbti*“ (F).

Išanalizavus kokybinio tyrimo duomenis galima matyti, kaip moterys analizuoja save per unikalias patirtis, pilnas pasimetimo, blaškymosi, tačiau kryptingai stumiančios save išgyvenimo link ir šviesesnių perspektyvų.

4 tema. Grupinė nuotolinė Dramos terapija kaip saugi bendrystės erdvė

Covid -19 pandemijos metu daugelis susitikimų buvo virtualūs. Iš pradžių tai gąsdino ir kėlė daug neigiamų reakcijų, tačiau ilgainiui šis iššūkis, tapo savotišku privalumu. Teko susipažinti su technologijomis, atsirado galimybė į saugią terapiją suburti dalyves iš visų Lietuvos miestų ir kitų šalių. Patenkintas poreikis būti priimtai į bendraminčių grupę ir kompensuotas bendravimo stygius. Galimybė „atvykti“ laiku į užsiėmimą ir likti jame net esant prastai sveikatos būklei. Puiki galimybė vienišiams žmonėms socializuotis, palaikančiųjų terpėje rasti nusiramimą. Grupėje gali atskleisti savo unikalumą, išdrįsti kūrybiškai reikštis ir būti išgirstiems.

Toliau bus atskleistos trys šios temos potemės, remiantis dalyvių refleksijų citatomis.

- ***Smalsumo tenkinimo džiaugsmas bendraujant grupėje***

Smagu jausti, matyti, girdėti kaip kiekvieną kartą Zoom platformoje moterys užsiėmimą stengėsi pradėti laiku, mokėsi įjungti garso ir vaizdo kameras, jaudinosi viena prieš kitą. Akivaizdu, jog daugeliui tai buvo dideli iššūkiai, keliantys stresą, bet ir kartu, pasididžiavimą, kai joms pavykdavo. Vyravo smalsumas - „o kaip čia bus, ir kas bus šį kartą?“ Nuostabą kėlė jausmų dinamika dvylikos skirtingų užsiėmimų ciklo metu. Nuo tylaus šnabždesio, užtamsintame ekrane iki raudų su dainomis. Pakilėjimo jausmas, laukimas ir buvimas grupėje veikė užkrečiančiai tiek dalyves tiek mane: „<...> *smagu visas matyti, nemažiau smalsu ir gauti naujas užduotis*“ (E). Pasirodo, jog susitikimo grupėje vien laukimas veikia raminančiai ir net turi įtakos ramiam miegui: „<...> *kaip retomis naktimis, miegojau itin gerai, laukiau terapijos pakilia nuotaika*<...>“ (G).

Dramos terapijos nauda abipusė: „<...> *pasakodama apie save kitiems, suvokiau, kad ne aš viena kitokia vidumi ir išorėje*“ (F). Klausant kitų istorijų, galiu teigti, moterys pirmiausia padeda sau, nes bendraja prasme jų visų bėdos panašios. Analizuodamos ir girdėdamos kitas dalyves, randa daug bendro ir tuo metu atsiranda sprendimai, palaikantys viena kitą: „<...>

gyvenant kasdieniniame gyvenime, kitų žmonių problemos atrodo svetimos ir labai tolimos, o mūsų grupėje mes visos su panašiais išgyvenimais<...>“(F). Tai dar vienas indėlis į dramos terapijos kolektyvinės naudos skrynią. Tai vieta, kuomet gali drąsiai kalbėti apie savo nutylėtus jausmus, stebėti save iš šono ir žinoti, jog turi palaikymą.

- ***Vengimas pažvelgti į panašaus likimo žmones***

Pirmo susitikimo metu, vyravo atmetimo reakcija ir vengimas matyti tokia pačia liga sergančias. Šiek tiek jautėsi įtampa ir noras pasislėpti. Moteris, kurios neįgalumo balas aukštas, prisipažino, jog tokia akistata jai nepakeliama ir po pirmo susitikimo atsisakė dalyvauti užsiėmimuose. Jai buvo sunku įjungti kamerą ir pasirodyti ekrane. Jautėsi bejėgė ir nepasitikinti savo jėgomis tęsti terapiją. Moteris B prisipažino visada vengusi susitikimų, kuriuose žmonės, sergantys įvairiomis ligomis, tame tarpe ir išsėtine skleroze, dalijasi savo ligos simptomatika: „<...> visa ta „sunkia” buvimo su liga emocije, tiek fizine būsena.” Pirmieji dramos terapijos susitikimai jai kėlė susierzinimą, nervingumą ir tik po keleto užsiėmimų atsirado pokytis, tarsi susitaikymas, priėmimas, stabilumas: „<...>pastebėjau, kad iškeltos situacijos, jų psichologinė būsena manęs nebeerzina <...> net vienu metu pajaučiau, kad klausydama kitų man pasidarė nuobodu” (B). Atsirado savistaba ir įsiklausymas į savo pojūčius. Po truputį atsikleidė noras reikštis ir būti išgirstai. Tačiau, nėra lengva viešai reikštis grupėje, o užduoties metu, kuomet reikia pasijausti aktore, daugeliui tapo iššūkiu: „Ir kai atėjo eilė kalbėti, aš viską pamiršau, netgi neįskaičiau ir neatsimenu ar pasakiau žodį „pakilo“, aš jo neperskaičiau<...>“ (E). Užstringa balsas, dingsta pasitikėjimas net draugei pasakyti pasveikinimą, atrodo, kad be „suflerio“ neįmanoma išsižioti. Kaltinamas ligos progresavimas, sunku save matyti grupėje tarsi veidrodyje, tačiau tai ir susitaikymo kelionės pradžia.

- ***Grupės bendrystė skatina atsivėrimą***

Baigiamajame užsiėmime, visos kaip susitarusios viena kitai dėkojo už palaikymą, atvirumą, jautrumą, drąsą veikti, nepasiduoti, įkvėpimą, supratimą. Dalinosi telefonų numeriais ir prašė tęsti užsiėmimų ciklą grupėje: „<...> užsiėmimai padėjo užsimiršti apie visas sveikatos ir kitas susikaupusias problemas <...> įtampa sumažėjo, pradėjau daugiau kvatoti <...>“ (F). Sklido viltis ir įsivyravusi ramybė „po truputėlį tikiu, kad viskas susidėlios į reikiamas vietas, atėjus tam tikram laikui <...> po dalyvių pasirodymo buvo labai geeera emocija, ačiū“ (G). Moteris C įvardino savo dramos terapijos patyrimą kaip stebuklą, išprovokavusi įvairialypes emocijas, o į užsiėmimų ciklo pabaigą ją nuramino. Sužinojus diagnozę, ilgus metus moteris buvo pamiršusi save, sirgo depresija ir galvojo tik apie liūdną pabaigą, o dabar teigia: „<...> atradau save, supratau ko noriu iš gyvenimo, pažiūrėjau į viską iš šalies, sustiprėjo

pasitikėjimas savimi <...> džiaugiuosi susipažinusi su nuostabiomis moterimis, visomis skirtingomis, įdomiomis <...> tai neįkainojama patirtis mano gyvenime“ (C). Moteris H dalinosi savo patyrimu: „<...> kai būnu irzli ir panašiai, sūnus sako: eik pasiskambink savo dramos moterims, po terapijos tu būni tokia rami“ (H).

Išanalizavus kokybinio tyrimo duomenis, gautus iš moterų refleksijų, paaiškėjo, kad grupiniai dramos terapijos užsiėmimai išsėtine skleroze sergančioms moterims padėjo užsimiršti, atgaivino teigiamus jausmus bei viltį. Atsirado poreikis dalintis patirtimi ir išgyvenimais su tą pačią negalią turinčiomis moterimis bei užmegsti bendrystę, peraugančią į draugystę. Juntamas palaikymas, kurio metu gimsta sunkių situacijų sprendimai, savistaba, atsiranda poreikis saviraiškai, padidėja savigarba ir drąsa kalbėti apie savo nutylėtus jausmus.

REZULTATŲ APTARIMAS

Įvertinus mūsų tyrimo gautus rezultatus galime teigti, kad dramos terapija, taikoma namų reabilitacijos sąlygomis, veikia moterų, sergančių išsėtine skleroze, saviraišką ir psichoemocinius parametrus.

Asmens gerovės pojūtis yra vienas iš gyvenimo kokybės elementų. Tačiau sergant išsėtine skleroze pasireiškia tokie simptomai, kaip lėtinis nuovargis, nerimas, depresija, nuolatiniai skausmai ir kt. Šie simptomai, ribojantys žmogaus funkcinę veiklą bei lemiantys negalios atsiradimą, pablogina išsėtine skleroze sergančiųjų savijautą, o tuo pačiu ir gyvenimo kokybę. Anot Maslow, tik save gerbiantis žmogus įgyja vidinių motyvų ieškoti galimybių save išreikšti (Maslow, 1970). Reabilitacijos metu, menų terapijų dalyviai išgyvena pozityvias emocijas, atranda naujus draugus, praplečia akiratį, atsiskleidžia kūrybiškumo poreikis. Ši patirtis drąsina juos atrasti save, reikštis kasdieninio gyvenimo aplinkoje (Denhavi ir kt, 2016, Reynolds ir Prior 2003). Gauti mūsų tyrimo rezultatai yra panašūs su kitų autorių rezultatais. Nustatėme, kad po dramos terapijos taikymo tiriamųjų saviraiška ir savigarba kito priklausomai nuo jų turimo išsilavinimo. Dramos terapijos taikomi metodai turėjo poveikį tiriamųjų saviraiškai ir savigarbai. Tai parodė ir teminės analizės gauti rezultatai: viena tyrimo dalyvė rado jėgų išeiti iš alinančio darbo, atsikratė negatyvo, graužusio ilgus metus. Kita tyrimo dalyvė įgijo drąsos sakyti, kad serga išsėtine skleroze, nors daugelį metų tai slėpė nuo aplinkinių, pamilo save, atsiskleidė jos kūrybiškumas. Galima teigti, jog kūryba, padeda sutelkti mintis, labiau koncentruotis, atsiranda motyvacija asmeniniam tobulėjimui. Svarbu, kad - kurdamos moterys atrado įrankį, kuriuo gali naudotis.

Jauniausioji grupės dalyvė, iki dramos terapijos sesijų nekūrusi eilėraščių, jau po ketvirtos dramos terapijos sesijos pradėjo kurti eiles ir tai daro iki šiol, nebenori sustoti. Kita dalyvė per dramos terapijos sesijas pradėjo tapyti. Tai tapo jos nauju pašaukimu ir būdu realizuoti save (žr. Priedas Nr. 6, Priedas Nr. 7). Pateikiamos kelios eilėraščių ištraukos:

*<„Kai krentu žemyn
šviesos greičiu
sukaupusi jėgas
kurias turiu,
bandau išsilaikyti aš už jų
tų atsikišusių
uolienos atbrailų..>“*

arba

*<„Minties stipri versmė
įkaitina vaizduotę
pasirinkimo laisvė teka
upe, kuri man šneka
braidyti ir ieškoti
pasemti ir paleist
gal rinktis pabučiuoti
o gal toliau klejoti..>“*

Anot Fraser ir Mahoney, kurie atliko tyrimą su 450 moterimis, sergančiomis išsėtine skleroze ir nagrinėjo jų psichosocialines problemas, gavo reikšmingą atvirkštinį ryšį tarp negalios lygio ir savigarbos ($r = -0,38$), vilties ($r = -0,29$), saviraiškos ($r = -0,71$). Jie teigia, kad meno terapijos intervencijos skirtos vilties atsiradimui, savigarbai bei saviraiškai gerinti ir yra naudingos išsėtine skleroze sergančioms moterims. Savigarbos stiprinimo strategijos per meno terapiją skatina sergančiąsias tyrimo dalyves jungtis prie savipagalbos grupių, aktyviau dalyvauti įvairiose programose. Savigarbos ir saviraiškos strategija paremta teigiamu elgesio stiprinimu, pagalba ir palaikymu asmenims siekiant tikslų. Meno, muzikos, poezijos, dramos intervencijos nukreiptos į viltį, dvasinio ryšio puoselėjimą bei atsinaujinimą (Fraser, Mahoney, 2010).

Kito fenomenologinio tyrimo tikslas, kurį atliko Reynolds ir Prior 2003 metais, buvo ištirti tekstilės meno reikšmę lėtinėmis ligomis sergančioms moterims. Tyrimo dalyvių imtį sudarė 30 moterų sergančių lėtinėmis ligomis, tame tarpe ir išsėtine skleroze. Gauti interviu buvo nestructūruoti ir įrašyti į garso juostą. Iš gautų duomenų paaiškėjo taikytos terapijos veiksmingumas: užpildė profesinės tuštumos jausmą, padidėjo jų sąmoningumas, spontaniškumas. Atsirado daugiau vietos humoro jausmui, džiaugsmui, bendrystei, dėl to užgimė nauji santykiai, prasiplėtė akiratis, atsirado noras kurti bei puoselėti ateities planus. Jų tyrime apklausti dalyviai, paveikti išsėtinės sklerozės lėtinio nuovargio sindromo teigė, kad menų terapijos taip pat pagerino jų bendrą savijautą ir sveikatą, nes tai padėjo užpildyti profesinės veiklos praradimo sukeltą tuštumą, atitraukė dėmesį nuo minčių, susijusių su liga, leido reikšti sielvartą, nes kūryba nukreipia į procesus, kurie veikia ir pašąmonę. Tai tarsi tiltas tarp sąmonės ir pašąmonės. Tai labai svarbu gedintiems, žmonėms kurie dėl fizinės negalios prarado darbą ar tapatybę. Taip pat skatino spontaniškumą, padėjo išlaikyti teigiamą tapatumo jausmą bei praplėtė socialinius tinklus. Meno patirtis stiprina savimonę ir savigarbą, suteikia galimybę drąsiai išreikšti savo nuomonę bei poreikius (Reynolds, Prior, 2003).

Anot Calabrese, daugiau nei 50 proc. sergančiųjų teigia, jog kasdien stiprėjantis nuovargis turi įtakos jų gyvenimo kokybei. Mokslininkų prieštaringai vertinama, kas nuovargiui didesnę įtaką turi: ligos būklė ar trukmė? Tačiau šis simptomas pasireiškia tarp visų amžiaus grupių bei visose ligos klinikos formose (Calabrese, Rinaldi, ir kt., 2010). Kitą tyrimą, 2013-2014 m., atliko Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokslininkai. Jo tikslas buvo nustatyti bendrą poveikį socialinių ir klinikinių nuovargio aspektų į recidyvuojančią – remituojančią išsetinės sklerozės formą (RRIS), analizuojant depresiją, nerimą ir SSGK (su sveikata susijusią gyvenimo kokybę). Tai yra pirmasis tyrimas Lietuvoje, kuriame buvo nagrinėjamas nuovargio aspektas tarp RRIS sergančių pacientų. Tyrime dalyvavo 137 atsitiktinai atrinkti savanoriai, kuriems buvo atliktas išsamus neurologinis ištyrimas. Neurologinis sutrikimas ir negalia buvo vertinami pagal EDSS (*Kurtzke išplėstinė neįgalumo būklės įvertinimo skalė*) balus. Mokslininkai padarė išvadą, kad pacientai, turėjusieji didesnę fizinę neįgalumą, depresiją ir žemesnę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (SSGK), dažniau jautė nuovargį, nei tie pacientai, kurių fizinės negalios ir depresijos balas buvo žemesnis (Leonavičius R., 2016). Nuovargis buvo nustatytas 68,6 proc. tiriamųjų. Neaktyviai dirbantys šį simptomą jautė dažniau nei aktyviai dirbantys pacientai (atitinkamai 77,4 proc. ir 42,8 proc.; $p < 0,001$). Pacientai, turintys didesnę EDSS balą, taip pat dažniau jautė nuovargį palyginti su žemesnio EDSS balo grupe (atitinkamai 77,8 proc. ir 60,8 proc.; $p < 0,01$). Lyginant nuovargį jaučiančius pacientus su nepavargusiais, nustatyta didesnė vidutinė ligos trukmė, t.y. iki 15,1 metų (Leonavičius R., 2016). Mūsų tyrimo gauti duomenys buvo panašūs. Bendrą nuovargį jautė net 65,62 proc. respondenčių. Vertinant nerimo, depresijos bei 5 nuovargio dimensijų tarpusavio koreliaciją po dramos terapijos intervencijų, pastebėjome tam tikras statistiškai reikšmingas sąsajas: teigiama silpna koreliacija ($r=0,429$, $p < 0,05$) tarp sumažėjusio nerimo ir sumažėjusio aktyvumo, t.y. po dramos terapijos intervencijų mažėjant nerimui mažėja ir sumažėjusio aktyvumo pasireiškimas. Statistiškai reikšmingos teigiamos koreliacijos stebimos beveik tarp visų nuovargio dimensijų, t.y. mažėjant vienam nuovargio pasireiškimui, mažėja ir kitų būklių pasireiškimas.

Mūsų atliktame tyrimo vertinome nuovargio atskirų dimensijų įverčius po dramos terapijos užsiėmimų. Nustatėme, kad po dramos terapijos užsiėmimų labiausiai išreikštas buvo bendras nuovargis (vidutiniškai 59,9 proc. \pm 29,17), mažiausiai išreikšta sumažėjusi motyvacija (vidutiniškai 33,5 proc. \pm 20,3), tačiau ši dimensija sumažėjo tik 2,6 procentais. Po atliktų 12 dramos terapijos sesijų ciklo, mūsų gautais tyrimo rezultatais nustatyti patikimi teigiami ryšiai ($p < 0,005$) tarp visų nuovargio dimensijų. Teminės analizės tyrimas patvirtino koks aktualus sergančiosioms nuovargis, atimantis daug jėgų, vedantis į neviltį bei paveikiantis psichinę sveikatą. Dramos terapijos metu išmoktos saugios savimasažų, meditacijos, kvėpavimo metodų

technikos, o taip pat kūrybinės užduotys, veikia atpalaiduojančiai, mažina raumenų įtampą, gerina koncentraciją bei psichinę sveikatą.

Empiriniai tyrimai rodo, kad lyginant su bendrąja populiacija, tarp išsėtine skleroze sergančiųjų yra daug nuotaikos sutrikimų, įskaitant depresiją. Daugelio mokslininkų teigimu depresija ir nuovargis mažina atminties veikimą, silpnina informacijos apdorojimą, nuotaiką, emocijas, motyvaciją, bei destruktiviai veikia paciento funkcionavimą bei gyvenimo kokybę. (Lebrun, Cohen, ir kt., 2009). Irane, išsėtine skleroze sergantiems pacientams buvo atlikti du kvaziekperimentiniai tyrimai psichodramos veiksmingumui nustatyti mažinant pacientų depresiją bei nerimą. Šios intervencijos planas buvo atliktas per dvyliką psichodramos užsiėmimų, šešių savaitių trukmės intervale dalyvaujant 20 moterų. Išvadose matyti, kad psichodramos, kaip dramos terapijos pirmtakės metodai, padeda turintiems išsėtinės sklerozės negalią, prisitaikyti prie pakitusios situacijos, adaptuotis priimant ligą ir gyventi prasmingą gyvenimą (Denhavi, Parde, ir kt., 2016). Rezultatai parodė, kad eksperimentinės ir kontrolinės grupių nerimo rodiklių pokyčiai prieš ir po tyrimo reikšmingai skyrėsi ($p < 0,001$). Galima teigti, kad psichodramos intervencija, siekiant mažinti išsėtine skleroze sergančių moterų nerimą - veiksminga ir jos veiksmingumas yra reikšmingas (Dehnavi, Hashemi, ir kt., 2015).

Mūsų tyrimo gauti duomenys patvirtino kitų mokslininkų gautus duomenis. Tiriamųjų grupėje nustatyti patikimi ryšiai po dramos terapijos sesijų tarp nerimo ir depresijos ($r = 0,416$, $p < 0,05$), nerimo/depresijos bei turimo išsilavinimo ($r = 0,416$, $p < 0,05$), o taip pat ligos pasireiškimo trukmės ($r = -0,357$, $p < 0,05$), parodė kad dramos terapijos metodų taikymas gali būti veiksmingas nerimui ir depresijai įvairiu ligos periodu bei įvairaus socialinio statuso tiriamiesiems.

Analizuojant moterų refleksijas, galima teigti, jog išsėtinės sklerozės liga išprovokuoja psichoemocinės sveikatos kaitą: atsirandantis nerimas, depresiškos nuotaikos, varginančios mintys. Sudėtinga realybėje priimti pasikeitusią situaciją ir save pačią. Tam reikia pastangų ir pagalbos. Grupinė terapija pasirodė puikia terpe būti išklaustyti, suprastai, priimtai. Bendra negalia suartina, atsiranda palaikymas. Lietuvoje menų terapijos poreikis pastebimai auga, nes visuomenės psichinės sveikatos rodikliai nuolatos blogėja. Ši problema aktuali Lietuvoje dar ir todėl, kad ištekliai, garantuojantys prieinamumą meno terapijų paslaugoms, negalią turintiems pacientams - gana riboti. Nemažai menų terapijų metodų galima atlikti ir namų aplinkoje ar nuotoliniu būdu. Tyrimai rodo, kad nemažai žmonių noriai lanko menų terapijos užsiėmimus, tačiau susiduria su prieigos, informacijos bei finansiniais sunkumais. Atliktų tyrimų, kaip konkrečiai dramos terapija veikia išsėtine skleroze sergančius asmenis, yra nedaug, o Lietuvoje tai pirmas toks tyrimas. Įvertinus gautus mūsų tyrimo rezultatus, galima daryti prielaidą, kad į

dramos terapijos tyrimą galima būtų įtraukti asmenis, sergančius ir kitomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis bei judančius neįgaliųjų vežimėliu.

IŠVADOS

Hipotezė, kad dramos terapijos metodai stiprina moterų, sergančių išsėtine skleroze saviraišką ir psichoemocinę sveikatą – iš dalies pasitvirtino.

1. Išanalizavus mokslinę literatūrą, galima teigti, kad išsėtinė sklerozė iš esmės apima ne tik neurologinę negalią, bet ir daugelį kitų aspektų, visų pirma nuovargį, nerimą, depresiją ir skausmą. Todėl, reikalingas ne tik tradicinės medicinos, bet ir holistinis požiūris į reabilitacijos programas, kurios būtų nukreiptos į asmens fizinės, psichologinės bei socialinės būklės gerinimą.

2. Dramos terapijos taikymas gydymo ir reabilitacijos procese stiprina asmens savigarbą ir saviraišką bei sudaro galimybę drąsiai išreikšti savo nuomonę, poreikius, atsiranda daugiau pozityvių emocijų, kurios skatina kurti bei puoselėti ateities planus.

3. Įvertinus tyrimo rezultatus, nustatėme, kad po dramos terapijos taikymo tiriamųjų saviraiška ir savigarba kito: su žema savigarba ir saviraiška jau nebuvo nei vienos tiriamosios, o su aukšta saviraiška padidėjo beveik dvigubai ($p < 0,05$). Dramos terapija turėjo teigiamą poveikį tiriamųjų saviraiškai ir savigarbai.

4. Nustatyti patikimi teigiami ryšiai ($r = 0,429$, $p < 0,05$) tarp visų nuovargio dimensijų po dramos terapijos parodė, kad mažėjant vienai dimensijai mažėja ir kitų būklių pasireiškimas. Dramos terapija turėjo poveikį bendram tiriamųjų nuovargiui.

5. Tiriamųjų grupėje nustatyti patikimi ryšiai po dramos terapijos tarp nerimo ir depresijos ($r = 0,416$, $p < 0,05$), nerimo/ depresijos bei turimo išsilavinimo ($r = 0,416$, $p < 0,05$), o taip pat ligos pasireiškimo trukmės ($r = -0,357$, $p < 0,05$), parodė kad dramos terapijos metodų intervencija yra veiksminga nerimui ir depresijai įvairiu, išsėtinės ligos periodu bei įvairaus socialinio statuso tiriamiesiems.

6. Remiantis tyrimo dalyvių refleksijomis, galima teigti, jog saugūs savipagalbos metodai ir dramos terapija kartu, teigiamai veikia sergančių išsėtine skleroze psichoemocinę sveikatą. Taip pat dramos terapijos paskatinta kūryba, padeda sergančioms išsėtine skleroze moterims labiau koncentruotis, pozityviai mąstyti, lengviau adaptuotis prie pasikeitusios situacijos, atsiranda motyvacija saviraiškai ir didėja jų savigarba.

REKOMENDACIJOS

1. Dramos terapija yra nauja reabilitacijos sritis, o jos taikomi metodai yra veiksmingi išsėtine skleroze sergantiems įvairiose ligos progresavimo fazėse bei lengvai pritaikomi įvairiuose gydymo bei reabilitacijos etapuose, organizuojant grupinius ar individualius užsiėmimus.

2. Dramos terapijos metodų universalumas ir platus galimybių spektras, leidžia šią intervenciją taikyti ne tik kontaktiniu, bet ir nuotoliniu būdu.

3. Dramos terapijos metodus reikia integruoti į asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų spektrą greta kitų gydymo bei reabilitacijos metodų.

REFLEKSIJA

Mano kelionė link dramos terapijos prasidėjo prieš dvidešimt metų. O gal ir daug seniau, kai supratau, jog teatras turi savybę paliesti žmogaus širdį.

Jaučiu dėkingumą moterims, pasiryžusioms kartu nueiti dramos terapijos kelią naujų terapinių atradimų bei asmeninių pasiekimų link. Įgyta, šio atlikto darbo, patirtis padėjo išvelgti jų skaudulius, paprastai slepiamus po „kaukėmis“, švelniai iškelti juos į paviršių bei saugiu būdu su jais susipažinti. Moterų gyvenimo istorijos ir ligos patirtys skausmingos, sudėtingos ir tuo pačiu labai autentiškos. Situacijų buvo įvairių, pvz: šešto užsiėmimo metu, kai darėme užduotį „Mano vidinis ir išorinis veidas“, pavėlavusi „prisijungė“ moteris po ką tik ištikusio ligos paūmėjimo (priepuolio). Verkdamą bei sunkiai rinkdamą žodžius ėmė pasakoti, kas atsitiko. Grupė sutriko ir nežinojo, kaip reaguoti: negali daryti nieko – nei apkabinti, nei paguosti, nes žmogus kitoje ekrano pusėje. Teko mobilizuoti padėti, priimti iššūkį ir rasti būdą kaip nuraminti neprognozuotą situaciją. Moteris nurimo, nustojo verkti ir pati priėmė sprendimą, kurio prieš tai labai bijojo - važiuoti į ligoninės priimamąjį. Nerimo ištiktų grupės moterų paklausiau, ar galime tęsti pradėtą veiklą, ar turime kalbėtis apie tai, kas nutiko, ir moterys nusprendė tęsti pasidžiaugusios galėjusios padėti likimo draugei. Atsirado bendrystės jausmas. Kaip būsima dramos terapeutė gavau vertingą pamoką: krizės ištiktas žmogus kreipėsi į grupę tikėdamasis palaikymo ir jį gavo. Dabar galvoju, jog iš šitos situacijos „išlipti“ padėjo Vilniaus universitete įgytos psichologijos bei psichiatrijos žinios, aktorės patirtis, anksčiau mokantis kinų medicinos, įgytas filosofinis požiūris į stresines – ribines situacijas. Pasirinkau tyrinėti dramos terapijos metodų poveikį išsėtinės sklerozės ligos diagnozuotoms moterims, nes ši tema patraukė savo sudėtingumu, paslaptimi. Dirbdama su moterų grupe nuolatos prisimindavau klausimą – užduotį: „kaip padėti joms būti su liga negrįžtamai pasikeitus gyvenimo aplinkybėms?“ „Kaip pasitelkiant dramos terapijos metodus atskleisti jų kūrybiškumą, padėti adaptuotis, kaip iš naujo atrasti draugystės ryšį su savimi?“

Šiandien pasaulis išgyvena virsmo laiką. Nesibaigianti, vis naujai banguojanti Covid - 19 pandemija, padariusi begalinę prarają žmonių bendravimui, dabar ir nuolatinė karo grėsmės įtampa, paveikia net ir jaunus žmones. Tuo tarpu negalią turintys žmonės privalo savyje rasti ypatingų jėgų išgyventi nuolatos kintančias gyvenimo aplinkybes pilnas papildomo streso. Esu įsitikinusi - pagalba jiems gyvybiškai svarbi. Ateityje save matau kaip terapeutę, dirbančią gydymo įstaigose su pacientais, kaip reabilitacijos komandos narę, buriančią terapines grupes, nes tikiu dramos terapijos poveikiu, jos tausojančiais metodais, kurie padeda sergančiajam tvirtai atsistoti ant realybės pamato. Esu dėkinga visiems, kurie manimi tikėjo ir tiki, ir kurių dėka galėjau siekti tikslo - tapti dramos terapeute.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Afanasjeva, B. ir Balnytė, R. (2019). Spastiškumo sąsajos su neuropatiniu skausmu pacientams, sergantiems išsėtine skleroze. *Neurologijos seminarai*, 23(80): 67–70. [https://doi:10.29014/ns.2019.10](https://doi.org/10.29014/ns.2019.10)
2. Bendrieji klausimai apie dramą terapiją. (2004). *Nacionalinė dramos terapijos asociacija. NADTA*. Prieiga per internetą: <https://www.nadta.org/>
3. Burneikaitė, S., Šertvytienė, V. ir Stasiulis, A. (2015). Dramos terapijos metodų taikymas ergoterapijos studijų metu. *Sveikatos mokslai*, t. 25, Nr. 3, p. 22-25. [https://doi:10.5200/sm-hs.2015.044](https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.044)
4. Dubodelova, Ž. ir Mačiulaitis, R. (2012). Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų). *Sveikatos mokslai*. Prieiga per internetą: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/323-1170-1-PB.pdf>
5. Geisler, F. (2001). *Psichodrama: ištakos ir galimybės*. Vilnius: Friskas.
6. Kastys, J. (2015). Išsėtinė sklerozė sunki lėtinė liga. *Lietuvos Respublikos sveikatos ministerija*. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/naujienos/issetine-skleroze-sunki-letine-liga>
7. Kastys, J. (2016). Išsėtinės sklerozės kongresas: atskleidžiama vis daugiau ligos paslapčių. *Lietuvos gydytojo žurnalas*, Nr. 4, p. 38–44.
8. Kaubrys, G. F. ir Kizlaitienė, R. (2009). Demielinizuojančios centrinės nervų sistemos ligos. In Budrys V. (red.), *Klinikinė neurologija, 2-asis leidimas* (p. 277-294). Vilnius, Vaistų žinios.
9. Kizlaitienė, R. (2012). Kognityvinių funkcijų sutrikimai, sergant Išsėtine skleroze, jų ryšys su demografiniais klinikiniais rodikliais ir pakitimais magnetinio rezonanso tomografijos tyrime. *Biomedicinos mokslai, medicina*. Prieiga per internetą: http://www.neuroseminarai.lt/wp-content/uploads/2017/02/Neuro_2012_Nr4_353-357.pdf.
10. Kriščiūnas, A. (2014). *Reabilitacijos pagrindai: vadovėlis*. Kaunas: Vitae Litera.
11. Kriščiūnas, A. (2015). Negalia ir požiūris į ją šiuolaikinėje visuomenėje. *Sveikatos mokslai*, 25 tomas, Nr. 1, p. 5-14. [https://doi:10.5200/sm-hs.2015.001](https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.001)
12. Kriukelienė, L. (2009). *Dailės terapija* (p 40-48). Kaunas: Vitae litera.
13. Kučinskienė, R. (2006). *Dailės terapija, seminarų užrašai* (p. 14-15). Kronta.
14. Lazdauskas, T. ir Pileckaitė-Markovienė, M. (2006). Daktaro Jakobo Levy Moreno gyvenimas ir darbai = The lifetime and works of doctor Jacob Levy Moreno // *Ugdymo psichologija : mokslo darbai*, Nr. 17, p. 7-15.
15. Leonavičius, R. ir Adomaitienė, V. (2012). Depresijos įtaka sergančiųjų išsėtine skleroze veiklai bei gydymo kokybei. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*. T.14, Nr. 1, gegužė.

16. Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G. ir Večiorskytė, G. (2014). Lėtinė neinfekcinė liga sergančiųjų asmenų socialinė atskirtis: makro ir mezo socialinis lygmuo. *KULTŪRA IR VISUOMENĖ. Socialinių tyrimų žurnalas*. Prieiga per internetą:
http://culturesociety.vdu.lt/wpcontent/uploads/2015/01/8.V_Leonavicius_G_Baltrusaityte_E_Veciorskyte_Letine_neinfekcine_liga_serganciu_asmenu_soc_atskirtis.pdf
17. Levutaitė, I., Sakalauskaitė–Juodeikienė, E., Kizlaitienė, R. ir Kaubrys, G. (2017). Reti sergančiojo išsėtine skleroze simptomai ir sindromai: literatūros apžvalga ir klinikinio atvejo pristatymas. *Neurologijos seminarai*. Prieiga per internetą: http://www.neuroseminarai.lt/wp-content/uploads/2017/04/Neuro_2017_Nr1_Out.pdf
18. Li, L.-T. (2003). Carlas Rogersas ir aš: mintys apie mokymą. *Permainos*. Prieiga per internetą: https://sdcentras.lt/wp-content/uploads/Carlas-Rogersas-ir-as-mintys-apie-mokyma-Permainos-2003_12.pdf
19. Maslow, A. H. (2006). *Motyvacija ir asmenybė*. Vilnius, Apostrofa.
20. Melinytė, M., Perminas, A. ir Malcienė, L. (2021). Išsėtine skleroze sergančių asmenų besąlyginio artimojo priėmimo patirties ir ligos integracijos į savęs suvokimą sąsajos su emocine būseną. *Visuomenės sveikata*. Prieiga per internetą: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2021.3\(94\)/VS%202021%203\(94\)%2000RIG%20Isetine%20skleroze.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2021.3(94)/VS%202021%203(94)%2000RIG%20Isetine%20skleroze.pdf)
21. Mickevičienė, D., Vaitkus, A., Jurkevičienė, G. ir Rastenytė, D. (2012). *Išsėtinės sklerozės klinikiniai simptomai ir jų gydymo principai*. Kaunas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
22. Pasaulinė ataskaita apie neįgalumą. (2011). Pasaulio sveikatos organizacija. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70670/WHO_NMH_VIP_11.01_lit.pdf;jsessionid=B5DE3C5D175CADEF7AEC86938EC87FAA?sequence=64
23. Rimšienė, J., Ryliškienė, K., Kizlaitienė, R. ir Palionis, D. (2015). Galvos skausmas, sergant išsėtine skleroze. *Neurologijos seminarai*. Prieiga per internetą: http://www.neuroseminarai.lt/wp-content/uploads/2017/02/Neuro_2015_Nr4_269-273.pdf
24. Rogers, R. C. (2005). Apie tapimą asmeniu: psichoterapeuto požiūris į psichoterapiją. Vilnius: Via Recta.
25. Samsonienė, L., Adomaitienė, Rūta., Krivičiūtė, J., Jankauskienė, K., Jurkštienė, V. ir Kėvelaitis, E. (2008). Neįgaliųjų socializacija taikomojoje fizinėje veikloje. *Medicina*, 44(11), 877. <https://doi.org/10.3390/medicina44110111>
26. Skurvydas, A. (2011). *Modernioji neuroreabilitacija. Judesių valdymas ir proto treniruotė*. Kaunas: Vitae litera

27. Stankutė, V., Samsonienė, L. ir Juozulynas, A. (2015). Neįgaliųjų, judančių vežimėliuose, saviraiškos galimybės fizinio aktyvumo perspektyvoje. *Sveikatos mokslai*, tomas, Nr. 1, p. 85-89. <https://doi:10.5200/sm-hs.2015.014>
28. Šakalienė, R., Juodžbalienė, V. ir Lukošiuūtė, L. (2009). Kineziterapijos poveikis depresija sergančių moterų gyvenimo kokybei. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*, Nr. 1(1), p. 29-33.
29. Van der Kolk, B. (2020) Kūnas mena viską: kaip išgydyti kūno, proto ir sielos traumas. Liūtai ne avys.
30. Abrahamyan, S., Eberspächer, B., Hoshi, M. M., Aly, L., Luessi, F., Groppa, S., . . . Ruprecht, K. (2020). Complete Epstein-Barr virus seropositivity in a large cohort of patients with early multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 91(7):681-686. <https://doi:10.1136/jnnp-2020-322941>
31. Aghaei, N., Karbandi, S., Gorji, M. A., Golkhatmi, M. B., & Alizadeh, B. (2016). Social support in relation to fatigue symptoms among patients with multiple sclerosis. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2):163–7. <https://DOI:10.4103/0973-1075.179610>
32. Aldridge, D., Schmid, W., Kaeder, M., Schmidt, C., & Ostermann, T. (2005). Functionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 13(1):25-33. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2005.01.004>
33. Alston, C. (2018). A Literature Review on how Landy 's Role Theory and Role Method might be used to Develop Alternative Roles in Individuals with Decreased or No Mobility. *Lesley University*. Retrieved from: https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/11
34. Amatyia, B., Khan, F., & Galea, M. (2019). Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14;1(1):CD012732. <https://DOI: 10.1002/14651858.CD012732.pub2>
35. Artemiadis, A. K., Anagnostouli, M. C., & Alexopoulos, E. C. (2011). Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: A systematic review. *Neuroepidemiology*, 36:109–120. <https://doi.org/10.1159/000323953>
36. Atkins, L., Newby, G., & Pimm, J. (2012). Normative data for the Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS) in multiple sclerosis. *Social care and neurodisability*. Retrieved from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/20420911211286579/full/html>
37. Beiske, A., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, E., Aarseth, J., & Myhr, K. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, 15(3):239-45. <https://doi:10.1111/j.1468-1331.2007.02041.x>.
38. Blatner, A. (2009). Role playing in education. World Wide Web. Retrieved from:

<https://www.blatner.com/adam/pdntbk/rlplayedu.htm>

39. Boeschoten, R. E., Braamse, A. M. J., Beekman, A. T. F., Cuijpers, P., Oppen, P., Dekker, J., & Uitdehaag, B. M. J. (2017). Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 372:331-341. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.11.067>
40. Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2),77-101. <https://doi:10.1191/1478088706qp063oa>
41. Braun, V., Clarke, V. (2014). What can, thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 16;9:26152. <https://doi:103402/qhw.v9.26152>
42. Briones - Buixassa, L., Mila, R., Aragones, J. M., Bufill, E., Olaya, B., & Arrufat, F. X. (2015). Stress and multiple sclerosis: A systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health Psychology Open*. Retrived from: <https://doi.org/10.1177/2055102915612271>
43. Broła, W., Sobolewski, P., Fudala, M., Flaga, S., Jantarski, K., Ryglewicz, D., & Potemkowski, A. (2016). Self-reported quality of life in multiple sclerosis patients: preliminary results based on the Polish MS registry. *Patient Preference and Adherence*, 10:1647-56.<https://doi:10.2147/PPA.S109520> [pmid](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111111/)
44. Calabrese, M., Rinaldi, F., Grossi, P., Mattisi, I., Bernardi, V., Favaretto, A., . . . Gallo, P. (2010). Basal ganglia and frontal/parietal cortical atrophy is associated with fatigue in relapsing–remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 16(10):1220-8. <https://doi:10.1177/1352458510376405>
45. Calandri, E., Graziano, F., Borghi, M., & Bonino, S. (2017). Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: the mediating role of sense of coherence. *Clinical Rehabilitation*, 31(10):1386-1395.<https://doi:10.1177/0269215517695374> [pmid](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28111111/)
46. Chalah, M. A., & Ayache, S. S. (2018). Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. *Journal of Clinical Neuroscience*, 52:1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.03.024>
47. Charcot, J. M. (1877/2009). *Lectures on the Diseases of the Nervous System*. London: New Sydenham Society.
48. Choobforoushadeh, A., Neshat-Doost, H. T., Molavi, H., & Abedi, M. R. (2015). Effect of Neurofeedback Training on Depression and Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 40(1):1-8. <https://DOI.10.1007/s10484-014-9267-4>
49. Christie, D., Hood, D. & Griffin, A. (2006). Thinking, Feeling and Moving: Drama and

- Movement Therapy as an Adjunct to a Multidisciplinary Rehabilitation approach for chronic pain in two adolescent girls. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(4): 569–577. [https://DOI: 10.1177/1359104506067878](https://doi.org/10.1177/1359104506067878)
50. Constitution of the world health organization. (2006). *Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October. Retrived from:
https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/who_constitution_en.pdf
 51. Coping with a diagnosis of chronic illness. *American Psychological Association*. (2020). Retrived from: <https://www.apa.org/topics/chronic-illness/coping-diagnosis>
 52. Cramer, H., Lauche, R., Azizi, H., Dobos, G., & Langhorst, J. (2014). Yoga for Multiple Sclerosis: a Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*, 9(11):e112414. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112414>
 53. Dehnavi, S., Hashemi, S. F., & Mohammadi, Z. A. (2016). Effectiveness of psychodrama on reducing depression among multiple sclerosis patients. *International Journal of Behavioral Sciences*. Retrived from:
http://www.behavsci.ir/article_67930_393a256f3a18ffefa211b1f7a040e129.pdf
 54. Dehnavi, S., Parde, S. J., KhodaViren, H., & Bajalan, M. (2016). Effectiveness of Psychodrama on Anxiety of Multiple Sclerosis Patients. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, Vol 7 No 4 S1. <https://DOI:10.5901/mjss.2016.v7n4S1p150>
 55. Dilokthornsakul, P., Valuck, R. J., Nair, K. V., Corboy, J. R., Allen, R. R., & Campbell, J. D. (2016). Multiple sclerosis prevalence in the United States commercially insured population. *Neurology*, 86(11):1014-21. <https://doi:10.1212/WNL.0000000000002469>
 56. Dobson, R., Giovannoni, G., & Ramagopalan, S. (2013). The month of birth effect in multiple sclerosis: systematic review, meta-analysis and effect of latitude. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 84(4):427-32. <https://doi:10.1136/jnnp-2012-303934>
 57. Dukes, J. C., Chakan, M., Mills, A., & Maurice, M. (2021). Approach to Fatigue: Best Practice. *The Medical Clinics of North America*, 105(1):137-148. <https://doi:10.1016/j.mcna.2020.09.007>
 58. Emunah, R. (2015). Self-revelatory performance: A form of drama therapy and theatre. *Drama Therapy Review*, 1(1), 71–85. https://doi.org/10.1386/dtr.1.1.71_1
 59. Emunah, R. (2020). *Acting for Real: Drama Therapy Process, Technique, and Performance*. London: Routledge.
 60. Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis*, 17(11):1276-81 <https://DOI: 10.1177/1352458511417835>

61. Fiddes, B., Wason, J., Kempainen, A., Ban, M., Compston, A., & Sawceret, S. (2013). Confounding underlies the apparent month of birth effect in multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 73(6):714-20. <https://doi.org/10.1002/ana.23925>
62. Fraser, C. J., & Mahoney, J. (2010). The relationship between self-efficacy, self-esteem, hope and disability in women with multiple sclerosis. *Unterberg School of Nursing and Health Studies*. Retrieved from: https://stti.confex.com/stti/inrc16/techprogram/paper_22043.htm
63. Fraser, C., & Keating, M. (2014). The effect of a creative art program on self-esteem, hope, perceived social support, and self-efficacy in individuals with multiple sclerosis: a pilot study. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 46:330–36. <https://doi:10.1097/JNN.0000000000000094>
64. Frydman, J. S., & McLellan, L. (2014). Complex trauma and executive functioning: Envisioning a cognitive-based, trauma-informed approach to drama therapy. In D. Johnson & N. Sajani (Eds.), *Trauma Informed Drama Therapy: Transforming Classrooms, Clinics, and Communities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
65. Frydman, J. S., Segall, J., & Wood, L. L. (2018). Themes of career advancement among North American drama therapists: A secondary qualitative analysis. *Drama Therapy Review*, 4(2):271-86. https://doi.org/10.1386/dtr.4.2.271_1
66. Fromont, A., Binguet, C., Sauleau, E. A., Fournel, I., Despalins, R., Rollot, F., . . . Moreau, T. (2012). National estimate of multiple sclerosis incidence in France (2001-2007). *Multiple Sclerosis*, 18(8):1108-15. <https://doi.org/10.1177/1352458511433305>
67. Gallagher, L. M., & Bethoux, F. (2017). Therapeutic use of the Arts for Patients with Multiple Sclerosis. *Neurology*, 13(2):82–9. <https://doi.org/10.17925/USN.2017.13.02.82>
68. GBD Multiple Sclerosis Collaborators. (2016). Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18:269-85. [https://doi:10.1016/S1474-4422\(18\)30443-5](https://doi:10.1016/S1474-4422(18)30443-5)
69. Giedraitiene, N., Kizlaitiene, R., Peceliunas, V., Griskevicius, L., & Kaubrys, G. (2020). Selective cognitive dysfunction and physical disability improvement after autologous hematopoietic stem cell transplantation in highly active multiple sclerosis, *Scientific Reports*, 10(1):21286. <https://doi:10.1038/s41598-020-78160-1>
70. Gil-Gonzalez, I., Martin- Rodriguez, A., Conrad, R., & Perez- San- Gregorio, M. A. (2020). Quality of life in adults with multiple sclerosis: a systematic review. *BMJ Open*, 10(11):e041249. <https://DOI:10.1136/bmjopen-2020-041249>
71. Gitto, L., editors Zagon, I. S., & McLaughlin, P. J. (2017). Living with Multiple Sclerosis in Europe: Pharmacological Treatments, Cost of Illness, and Health-Related Quality of Life Across Countries. *Multiple Sclerosis*. Retrieved from:

<https://doi.org/10.15586/codon.multiplesclerosis.2017.ch2>

72. Gladding, S. T. (1992). Counseling as an Art: The Creative Arts in Counseling. *American Counseling Association*. Retrived from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED340984.pdf>
73. Greaves, A., Camic, P. M., Maltby, M., Richardson, K., & Mylläri, L. (2012). A multiple single case design study of group therapeutic puppetry with people with severe mental illness. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4):251-61. <https://DOI:10.1016/j.aip.2012.03.002>
74. Hedström, A. K., Bäärnhielm, M., Olsson, T., & Alfredsson, L. (2009). Tobacco smoking, but not Swedish snuff use, increases the risk of multiple sclerosis. *Neurology*, 73(9):696-701. <https://doi:10.1212/WNL.0b013e3181b59c40>
75. Heine, M., van de Port, I., Rietberg, M. B., van Wegen, E. E., & Kwakkel, G. (2015). Exercise therapy for fatigue in multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11;(9):CD009956. <https://DOI: 10.1002/14651858.CD009956.pub2>
76. Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
77. Hernandez-Ledesma, A. L., Rodrigues-Mendez, A. J., Gallardo-Vidal, L. S., Trejo-Cruz, G., Garcia-Solis, P., & Esquivel, D. (2018). Coping strategies and quality of life in Mexican multiple sclerosis patients: Physical, psychological and social factors relationship. *National Library of Medicine*, 25:122-127. <https://doi: 10.1016/j.msard.2018.06.001>
78. Hole, J., Hirsch, M., Ball, E., & Meads, C. (2015). Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 24;386(10004):1659-71. [https://doi: 10.1016/S0140-6736\(15\)60169-6](https://doi: 10.1016/S0140-6736(15)60169-6)
79. Hunt, L., Nikopoulou-Smyrni, P., & Reynolds, F. (2014). It gave me something big in my life to wonder and think about which took over the space...and not MS”: Managing well-being in multiple sclerosis through art-making. *Disability and Rehabilitation*, 36(14):1139-47. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.833303>
80. Jay, V. (2000). The Legacy of Jean-Martin Charcot. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 124 (1): 10–11. <https://doi.org/10.5858/2000-124-0010-TLOJMC>
81. Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A., & Meldrum, B. (1994). *The Handbook of Dramatherapy*. Retrived from: <https://doi.org/10.4324/9780203977446>
82. Jerkovic, A., Prorokovic, A., Matijaca, M., Vuko, J., Poljičanin, A., Mastelic, A., . . . Rogic, Vidakovic, M. (2021). Psychometric Properties of the HADS Measure of Anxiety and Depression Among Multiple Sclerosis Patients in Croatia. *Frontiers in Psychology*, 30;12:794353. <https://doi:10.3389/fpsyg.2021.794353>
83. Jones, P. (2007). *Drama as therapy; Theory, practice and research*. London, Routledge.
84. Karpatkin, H. I., Napolione, D., & Siminovich-Blok, B. (2014). Acupuncture and Multiple Sclerosis: A Review of the Evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative*

- Medicine*, 2014:972935. <https://doi.org/10.1155/2014/972935>
85. Keisari, S., Yaniv, D., Palgi, Y., & Gesser-Edelsburg, A. (2018). Conducting playback theatre with older adults-A therapist's perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 60:72-81. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.07.002>
86. Keleman, S. (1975). *Your Body Speaks Its Mind*. Berkeley: Center Press.
87. Kennett, C. E. (2000). Participation in a creative arts project can foster hope in a hospice day centre. *Palliative Medicine*, 14(5):419-25. <https://doi.org/10.1191/026921600701536255>
88. Kessler, R. C., de Jonge, P., Shahly, V., van Loo, H. M., Wang, P. S.-E., & Wilcox, M. A. (2009). *Epidemiology of depression*. Retrieved from: <https://www.guilford.com/excerpts/gotlib.pdf?t>
89. Khan, F., Louisa, Ng., & Turner-Stokes, L. (2009). Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(1):CD007256. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007256.pub2>
90. Khan, F., Pallant, J. F., Zhang, N., & Turner-Stokes, L. (2010). Clinical practice improvement approach in multiple sclerosis rehabilitation: a pilot study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 33(3):238-47. <https://doi:10.1097/MRR.0b013e328338b05f>
91. Kymantaitė, E., Bleizgytė, V. ir Daužvardytė, U. (2021) Multiple sclerosis' etiology, pathogenesis, clinical symptoms, diagnostics and differential diagnosis. *Journal of Medical Sciences*. Retrieved from: <https://medicinesciences.com/multiple-sclerosis-etiology-pathogenesis-clinical-symptoms-diagnostics-and-differential-diagnosis>
92. Klineova, S., & Fred, D. (2018). Lublin. Clinical Course of Multiple Sclerosis. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 8(9):a028928. <https://doi:10.1101/cshperspect.a028928>
93. Koch-Henriksen, N., Thygesen, L. C., Stenager, E., Bjarne, L., & Melinda, M. (2018). Incidence of MS has increased markedly over six decades in Denmark particularly with late onset and in women. *Neurology*, 90 (22). <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005612>
94. Kołtuniuk, A., Kazimierska-Zajac, M., Cisek, K., & Chojdak-Lukasiewicz, J. (2021). The Role of Stress Perception and Coping with Stress and the Quality of Life Among Multiple Sclerosis Patients. *Psychology Research and Behavior Management*, 14:805-815. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S310664>
95. Kotzamani, D., Panou, T., Mastorodemos, V., Tzagournissakis, M., Nikolakaki, H., Spanaki, C., & Plaitakis, A. (2012). Rising incidence of multiple sclerosis in females associated with urbanization. *Neurology*, 78:(22). <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e31825830a9>
96. Krajnc Joldikj, S. (2008). Physical disability and drama activity. *Journal of Special Education and Rehabilitation*. Retrieved from:

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5fe49267-8bc0-4574-ae25-00ff6e389207%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=35968238&db=eue>

97. Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33(11):1444-52.
[https://DOI: https://doi.org/10.1212/WNL.33.11.1444](https://doi.org/10.1212/WNL.33.11.1444)
98. Kurtzke, J. F. (2008). Historical and Clinical Perspectives of the Expanded Disability Status Scale. *Neuroepidemiology*, 31(1):1-9. [https://doi: 10.1159/000136645](https://doi.org/10.1159/000136645)
99. Landy, R. J., Luck, B., Conner, E., & McMullian, S. (2003). Role profiles: A drama therapy assessment instrument. *The Arts in Psychotherapy*, 30(3), 151–161.
[https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(03\)00048-0](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(03)00048-0)
100. Langer-Gould, A., Brara, S. M., Beaber, B. E., & Zhang, J. L. (2013). Incidence of multiple sclerosis in multiple racial and ethnic groups. *Neurology*, 80(19):1734-9.
[https://doi:10.1212/WNL.0b013e3182918cc2](https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182918cc2)
101. Langer-Gould, A., Qian, L., Tartof, S. Y., Brara, S. M., Jacobsen, S. J., Beaber, B. E., . . . Tseng, H. F. (2014). Vaccines and the risk of multiple sclerosis and other central nervous system demyelinating diseases. *JAMA Neurology*, 71(12):1506.
[https://doi:10.1001/jamaneurol.2014.2633](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2014.2633)
102. Langeskov-Christensen, M., Heine, M., Kwakkel, G., & Dalgas, U. (2015). Aerobic capacity in persons with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 45(6):905-23. [https://. doi: 10.1007/s40279-015-0307-x.](https://doi.org/10.1007/s40279-015-0307-x)
103. Langley, D. (2006). *An introduction to dramatherapy*. University of Plymouth, UK.
104. Lebrun, C., & Cohen, M. (2009). Depression et sclérose en Plaques. *Revue Neurologique*, 165:S156-S62. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(09\)72128-9](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(09)72128-9)
105. Lee, Y., Chen, K., Ren, Y., Son, J., Cohen, B. A., Sliwa, J., & Zhang, L. Q. (2016). Robot-guided ankle sensorimotor rehabilitation of patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 11:65-70. [https://doi: 10.1016/j.msard.2016.12.006](https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.12.006)
106. Lee, M. S., Lee, E. N., & Ernst, E. (2009). Is tai chi beneficial for improving aerobic capacity? A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. Retrieved from: <https://bjsm.bmj.com/content/43/8/569>
107. Leonavicius, R. (2016). Among multiple sclerosis and fatigue. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2016.08.002>
108. Lowry, S. M. (2018). The Use of Drama Therapy to Create Safety in Psychoeducational Groups for Complex Trauma: The Development of a Method Using Ritual, Embodied Metaphor and Play. *Lesley University*. Retrieved from:

https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1073&context=expressive_theses

109. Lubin, H., & Johnson, D. R. (2008). *Trauma-centered group psychotherapy for women: A clinician's manual*. New York & London: Psychology Press.
110. Malchiodi, C. A. (2005). *Expressive therapies*. New York: Guilford Press.
111. Marrie, R. A., Reider, N., & Cohen, J. (2015). A systematic review of the incidence and prevalence of autoimmune disease in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(3):282-93. <https://doi:10.1177/1352458514564490>
112. McCabe, M. P. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3):161-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.04.010>
113. McNeely, D. A. (1987). *Touching, body therapy and depth psychology*. Toronto: Inner City Books.
114. McNiff, S. (1981). *The Arts & Psychotherapy*. Springfield, IL.
115. McNiff, S. (1992). *Art as Medicine: Creating a Therapy of the Imagination*. Boston: Shambhala.
116. Mindell, A. (1982). *Dreambody: the body's role in revealing the self*. Santa Monica, CA: Sigo Press.
117. Mohr, D. C., Lovera, J., Brown, T., Cohen, B., Neylan, T., Henry, R., . . . Pelletier, D. (2012). A Randomized Trial of Stress Management for the Prevention of New Brain Lesions in MS. *Neurology*, 31;79(5):412-9. <https://doi: 10.1212/WNL.0b013e3182616ff9>
118. Mohr, D., Hart, S. L., Julian, L., Cox, D., & Pelletier, D. (2004). Association between stressful events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *British Medical Journal*, 328(7442):731. <https://doi:10.1136/bmj.38041.724421.55>
119. Mokry, L. E., Ross, S., Ahmad, O. S., Forgetta, V., Smith, D. G., Leong, A., . . . Richards, B. J. (2016). Vitamin D and Risk of Multiple Sclerosis: A Mendelian Randomization Study. *PLOS Medicine*, 12(8): e1001866. <https://doi:10.1371/journal.pmed.1001866>
120. Mondolfi, M. L., Savage, M., Fernandez-Aguayo, S. (2021). Designing short-term drama therapy with people who have Parkinson's disease in Vigo, Spain. *Drama Therapy Review*, Volume 7, Number 1, pp. 37-59(23). https://DOI: 10.1386/dtr_00060_1
121. Morris, G., Berk, M., Walder, K., & Maes, M. (2015). Central pathways causing fatigue in neuro-inflammatory and autoimmune illnesses. *BMC Medicine*. Retrieved from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0259-2>
122. Motl, R. W., Sandroff, B. M., Kwakkel, G., Dalgas, U., Feinstein, A., Heesen C., . . . Thompson, A. J. (2017). Exercise in patients with multiple sclerosis. *Lancet Neurology*, 16(10):

- 848–56. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30281-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30281-8)
123. Munger, K. L., Bentzen, J., Laursen, B., Stenager, E., Koch-Henriksen, N., Sørensen, T. I., & Baker, J. L. (2013). Childhood body mass index and multiple sclerosis risk: a long-term cohort study. *Multiple Sclerosis*, 19(10):1323-9. <https://doi.org/10.1177/1352458513483889>
124. Munger, K. L., Zhang, S. M., O'Reilly, E., Hernan, M. A., Olek, M. J., Willett, W. C., & Ascherio, A. (2004). Vitamin D intake and incidence of multiple sclerosis. *Neurology*, 62(1):60-5. <https://doi:10.1212/01.wnl.0000101723.79681.38>
125. O'Connor, A. B., Schwid, S. R., Herrmann, D. N., Markman, J. D., & Dworkin, R. H. (2008). Pain associated with multiple sclerosis: Systematic review and proposed classification. *Pain*, 137(1):96-111. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.024>
126. Pearce, J. M. S. (2005). Historical descriptions of multiple sclerosis. *European Neurology*, 54(1):49-53. <https://doi: 10.1159/000087387>
127. Peluso, M. A., & Guerra de Andrade, L. H. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1):61-70. <https://doi: 10.1590/s1807-59322005000100012>
128. Penzik, S. (2022). „Migrated onto the Screen:” The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Clinical Practice of Drama Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 79(1):101913. <https://DOI: 10.1016/j.aip.2022.101913>
129. Pham, T., Jette, N., Bulloch, A. G. M., Burton, J. M., Wiebe, S., & Patten, S. B. (2018). The prevalence of anxiety and associated factors in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 19:35-39. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2017.11.003>
130. Possa, M. F., Minacapelli, E., Canale, S., Comi, G., Martinelli, V., & Falautano, M. (2017). The first year after diagnosis: psychological impact on people with multiple sclerosis. *Psychology Health and Medicine*, 22(9):1063-1071. <https://doi:10.1080/13548506.2016.1274043>
131. Prosperini, L., Fanelli, F., Petsas, N., Sbardella, E., Tona, F., Raz, E., . . . Pantano, P. (2014). Multiple Sclerosis: Changes in Microarchitecture of White Matter Tracts after Training with a Video Game Balance Board. *Radiology*, 273: 529-38. <https://doi.org/10.1148/radiol.14140168>
132. Ramagopalan, S. V., & Sadovnick, A. D. (2011). Epidemiology of multiple sclerosis. *Neurologic Clinics*, 29(2):207-17. <https://doi:10.1016/j.ncl.2010.12.010>
133. Reynolds, F., & Prior, S. (2003). 'A lifestyle coat-hanger': a phenomenological study of the meanings of artwork for women coping with chronic illness and disability. *Disability and Rehabilitation*, 25(14):785-94. <https://doi: 10.1080/0963828031000093486>

134. Riemenschneider, M., Hvid, L. G., Stenager, E., & Dalgas, U. (2018). Is there an overlooked “window of opportunity” in MS exercise therapy? Perspectives for early MS rehabilitation. *Multiple Sclerosis Journal*, 24(7):886-894. <https://doi.org/10.1177/1352458518777377>
135. Rinck, M., & Becker, E. S. (2005). A comparison of attentional biases and memory biases in women with social phobia and major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1):62-74. <https://doi:10.1037/0021-843X.114.1.62>
136. Roger, C., Harold, L., & Tausch, R. (2013). *On Becoming an Effective Teacher. Person-centered teaching, psychology, philosophy, and dialogues with Carl R. Rogers and, Harold Lyon*. London, Routledge.
137. Rosso, M., & Chitnis, T. (2020). Association Between Cigarette Smoking and Multiple Sclerosis: A Review. *JAMA Neurology*, Retrieved from: <https://doi:10.1001/jamaneurol.2019.4271>
138. Samsonienė, L., Adomaitienė, R., Krivičiūtė, J., Jankauskienė, K., Jurkštienė, V. ir Kėvelaitis, E. (2008). Socialization of athletes with disabilities in adapted physical activity *Medicina*, 44(11), 877. <https://doi.org/10.3390/medicina44110111>
139. Sanchez-Lastra, M. A., Martinez-Aldao, D., Molina, A. J. & Carlos, Ayan, C. (2019). Pilates for people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 28:199-212. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.01.006>
140. Sandroff, B. M., Johnson, C. L., & Motl, R. W. (2017). Exercise training effects on memory and hippocampal viscoelasticity in multiple sclerosis: a novel application of magnetic resonance elastography. *Neuroradiology*, 59(1):61-67. <https://doi:10.1007/s00234-016-1767x>
141. Shanahan, J., Morris, M. E., Bhriain, O. N., Saunders, J., & Amanda, M. (2015). Dance for people with Parkinson disease: what is the evidence telling us? *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 96:141–53. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.08.017>
142. Sherrill, C. (1998). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan. Fifth Edition*. Dubuque, IA. Retrieved from: <https://eric.ed.gov/?id=ED411651>
143. Sihvonen, A. J., Särkämö, T., Leo, V., Tervaniemi, M., Altenmuller, E., & Soinila, S. (2017). Music-based interventions in neurological rehabilitation. Volume 16, Issue 8, August, *The Lancet Neurology*, 16(8):648-660. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)301680](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)301680)
144. Simpson, S. Jr., Wang, W., Otahal, P., Blizzard, L., van der Mei, I., & Taylor, B. V. (2019). Latitude continues to be significantly associated with the prevalence of multiple sclerosis: an updated meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 90(11):1193-1200. <https://doi:10.1136/jnnp-2018-320189>
145. Snow, S., & D’Amico, M. (2015). The application of ethnodrama with female adolescents under youth protection within a creative arts therapies context. *Drama Therapy Review*, 1(2),

- 201–218. <https://doi.org/10.1386/dtr.1.2.201pass:1>
146. Snow, S., Maeng-Cleveland, J., & Steinfort, T. (2009). The development of the drama therapy role play interview. In S. Snow, & M. D’Amico (Eds.). *Assessment in the creative arts therapies: designing and adapting assessment tools for adults with developmental disabilities* (pp. 99–162). Springfield, IL: Charles Thomas
147. Sotelo, J., Martinez-Palomo, A., Ordonez, G., & Pineda, B. (2008). Varicella-zoster virus in cerebrospinal fluid at relapses of multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 63(3):303-11. <https://doi.org/10.1002/ana.21316>
148. Soundy, A., Roskell, C., Elder, T., Collett, J., & Dawes, H. (2016). The psychological processes of adaptation and hope in patients with multiple sclerosis: a thematic synthesis. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 4:22-47. [https://DOI: 10.4236/ojtr.2016.41003](https://DOI:10.4236/ojtr.2016.41003)
149. Stepleman, M. L., Floyd, M. R., Valvano-Kelley, A., Penwell-Waines, L., Wonn, S., Crethers, D., Smith, S. (2017). Developing a measure to assess identity reconstruction in patients with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 62(2), 165–177. <https://doi.org/10.1037/rep0000126>
150. Steri, M., Orru, V., Idda, M. L., Pitzalis, M., Pala, M., Zara, I., . . . Cucca, F. (2017). Overexpression of the Cytokine BAFF and Autoimmunity Risk. *The New England Journal of Medicine*, 376(17):1615-1626. <https://doi:10.1056/NEJMoa1610528>
151. Storr, A. (1983). *The essential Jung: Selected writings*. London: Fontana.
152. Stutsman, D., Thomas, F. P., & Ballard, R. (2008). *Healing power of art therapy for multiple sclerosis patients*. *Int J MS Care*. 10 (Suppl. 1):52.
153. Thomas, P. W., Thomas, S., Kersten, P., Jones, R., Slingsby, V., Nock, A., . . . Hillier, C. (2014). One year follow-up of a pragmatic multi-centre randomised controlled trial of a group-based fatigue management programme (FACETS) for people with multiple sclerosis. *BMC Neurology*, 14:109. <https://doi:10.1186/1471-2377-14-109>
154. Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., . . . Cohen, J. A. (2017). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet. Neurology*, 17(2):162-173. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30470-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30470-2)
155. Togha, M., Abbasi Khoshsir, N., Moghadasi, A. N., Mousavinia, F., Mozafari, M., Neishaboury, M., & Mousavi, S. M. (2016). Headache in relapse and remission phases of multiple sclerosis: A case-control study. *Iran Journal of Neurology*. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852065/>
156. Truini, A., Barbanti, P., Pozzilli, C., & Cruccu, G. A. (2013). Mechanism based classification of pain in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-012-6579-2>

157. Turk, D. C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 3–32). New York: Guilford Press.
158. Tzartos, J. S., Khan, G., Vossenkamper, A., Cruz-Sadaba, M., Lonardi, S., Sefia, E., . . . Meier, U. C. (2012). Association of innate immune activation with latent Epstein-Barr virus in active MS lesions. *Neurology*. Retrived from:
<https://n.neurology.org/content/suppl/2011/12/07/WNL.0b013e31823ed057.DC1>
159. Veauthier, C. (2015). Sleep Disorders in Multiple Sclerosis. Review. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 15(5):21. <https://doi: 10.1007/s11910-015-0546-0>
160. Vichnin, M., Bonanni, P., Klein, N. P., Garland, S. M., Block, S. L., Kjaer, S. K., . . . Kuter, B. J. (2015). An Overview of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine Safety: 2006 to 2015. *Pediatr Infectious Disease Journal*, 34(9):983-91.
<https://DOI:10.1097/INF.0000000000000793>
161. Vleugels, L., Pfennings, L., Pouwer, F., Cohen, L., Ketelaer, P., Polman, C., . . . Ploeg, H. (1998). Psychological functioning in primary progressive versus secondary progressive multiple sclerosis. *The British Journal of Medical Psychology*, 71 (Pt 1):99-106.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb01370.x>
162. Walco, G. A., Varni, J. W., & Ilowite, N. T. (1992). Cognitive-behavioural pain management in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Paediatrics*. Retrived from:
<https://einstein.pure.elsevier.com/en/publications/cognitive-behavioral-pain-management-in-children-with-juvenile-rh-2>
163. Lung Chang, W., Yu-Shiuan, L., & Cheng-Fu, Y. (2019).Drama Therapy Counseling as Mental Health Care of College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 23;16(19):3560. <https://doi: 10.3390/ijerph16193560>
164. Whitworth, L., Kimsey-House, H., & Sandahl, P. (2007). *Co-Active Coaching: New Skills For Coaching People Toward Success in Work and Life*. Davies-Black Pub.
165. Wood, B., van der Mei, I. A., Ponsonby, A. L., Pittas, F., Quinn, S., Dwyer, T., Lucas, R. M., & Taylor, B. V. (2012). Prevalence and concurrence of anxiety, depression and fatigue over time in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 19(2):217-24. <https://doi: 10.1177/1352458512450351>
166. Wood, L., & Mowers, D. (2019). The Co-active Therapeutic theatre model: a manualized approach to creating therapeutic theatre with persons in recovery. *Drama Therapy Review*, Volume 5 Number 2; pp. 217–234. https://doi: 10.1386/dtr_00003_1
167. Zintzaras, E., Doxani, D., Mprotsis, T., Schmid, C. H. N., & Hadjigeorgiou, G. M. (2012). Network analysis of randomised controlled trials in multiple sclerosis. *Clinical Therapeutics*, 34(4):857-869.e9. <https://doi.10.1016/j.clinthera.2012.02.018>

PRIEDAI

TIRIAMOJO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš,..... sutinku dalyvauti VU Medicinos fakulteto menų terapijos magistrantės Monikos Bičiūnaitės atliekamame tyrime, skirtame įvertinti moterų segančių išsėtinę sklerozę psichosocialinę sveikatą bei jos pokyčius po dramos terapijos. Sutinku, kad duomenys anonimiškai būtų skelbiami mokslinėje spaudoje bei pristatomi specialistų ir nespecialistų auditorijoms.

Tiriamąjį asmenį

(Parašas)

(Nr.)

(Data)

SOCIODEMOGRAFINĖS CHARAKTERISTIKOS

1. Jūsų amžius _____ (įrašykite pilnus metus)

2. Šeimyninė padėtis:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Nevedęs/netekėjusi | <input type="checkbox"/> |
| Vedęs/ištekėjusi | <input type="checkbox"/> |
| Gyvenu nesusituokęs/-usi | <input type="checkbox"/> |
| Išsiskyręs/-usi | <input type="checkbox"/> |
| Našlys/-ė | <input type="checkbox"/> |

3. Jūsų išsilavinimas:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Pradinis | <input type="checkbox"/> |
| Pagrindinis | <input type="checkbox"/> |
| Aukštesnysis/ spec. vidurinis | <input type="checkbox"/> |
| Aukštasis neuniversitetinis | <input type="checkbox"/> |
| Aukštasis universitetinis | <input type="checkbox"/> |

4. Gyvenamoji vieta:

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Didmiestis | <input type="checkbox"/> |
| Kitas miestas | <input type="checkbox"/> |
| Kaimas | <input type="checkbox"/> |

5. Ar turite vaikų?

- | | |
|------|--------------------------|
| Taip | <input type="checkbox"/> |
| Ne | <input type="checkbox"/> |

6. . Pažymėkite kokia jūsų išsėtinės sklerozės forma:

(a) recidyvuojanti-remituojanti (RRIS)

(b) progresuojanti (PPIS)

7. Nurodykite , kiek metų sergate išsėtine skleroze

8. Nurodykite savarankiškumo balus pagal negalios vertinimo skalę (EDSS)

ASMENYBĖS SAVIRAIŠKOS IR SAVIGARBOS ANKETA

(pagal modifikuotą E. Shostrom metodiką) Anketa yra anoniminė ir respondentai liks nežinomi. Prieš Jus klausimynas, kuriame 30 klausimų. Prašome perskaityti kiekvieną teiginį ir paryškinti Jums priimtina atsakymą.

Sėkmės ir išanksto dėkojame.

- | | |
|---|----|
| 1. Aš nemanau, kad turiu siekti visko ko imuosi, tobulumo | |
| Taip | Ne |
| 2. Aš nebijau nesėkmės | |
| Taip | Ne |
| 3. Man nereikia pateisinti savo veiksmų siekiant savo tikslų | |
| Taip | Ne |
| 4. Man nekelia rūpesčio baimė pasielgti netinkamai | |
| Taip | Ne |
| 5. Geriausias būdas tobulėti - būti savimi | |
| Taip | Ne |
| 6. Žmonės ne visuomet privalo gailėtis savo blogu poelgių | |
| Taip | Ne |
| 7. Aš galiu pripažinti savo klaidas | |
| Taip | Ne |
| 8. Aš negaliu įveikti visų kliūčių, net jei tikiu savimi | |
| Taip | Ne |
| 9. Nebijau būti savimi | |
| Taip | Ne |
| 10. Komplimentai manęs netrikdo | |
| Taip | Ne |
| 11. Aš galiu gyventi vadovaudomasis tuo, ko man pačiam norisi | |
| Taip | Ne |
| 12. Aš galiu pasinaudoti gyvenimo sėkmėmis ir įveikti nesėkmes | |
| Taip | Ne |
| 13. Aš gyvenu vadovaudamasis savo norais, pomėgiais ir vertybėmis | |
| Taip | Ne |
| 14. Gerai, kad žmogus galvoja apie didžiausias savo galimybes | |
| Taip | Ne |
| 15. Aš pasikliauju savo sugebėjimu įvertinti situaciją | |
| Taip | Ne |
| 16. Net jei pasitikiu savimi, suvokių savo galimybių ribas | |
| Taip | Ne |
| 17. Aš manau, kad turiu įgimtą sugebėjimą tvarkyti savo gyvenimą | |
| Taip | Ne |
| 18. Aš nejaučiu būtinybės ginti savo ankstesnius poelgius | |
| Taip | Ne |
| 19. Man nebūtina, kad kiti sutiktu su mano nuomone | |
| Taip | Ne |
| 20. Jaučiuosi galįs būti savimi ir atsakyti už pasekmes | |
| Taip | Ne |
| 21. Aš esu savarankiškas | |
| Taip | Ne |
| 22. Aš jaučiuosi užtikrintas ir saugus santykiuose su kitais | |
| Taip | Ne |

- | | |
|---|----|
| 23. Sąžiningumas yra visada geriausias elgesio būdas | |
| Taip | Ne |
| 24. Aš nesijaučiu kaltas, kai būnu savanaudiškas | |
| Taip | Ne |
| 25. Aš pripažįstu savo silpnumą | |
| Taip | Ne |
| 26. Aš nebijau suklysti | |
| Taip | Ne |
| 27. Kritika nežeidžia mano savigarbos | |
| Taip | Ne |
| 28. Aš priimu kritiką kaip galimybę tobulėti | |
| Taip | Ne |
| 29. Aš galiu laisvai parodyti savo silpnybes draugams | |
| Taip | Ne |
| 30. Aš nevengiu rodyti silpnybių nepažįstamiems | |
| Taip | Ne |

Jūsų amžius.....

NERIMO IR DEPRESIJOS SKALĖ

Prašome kiekviename stulpelyje pažymėti po vieną labiausiai Jums tinkantį atsakymą.

N Aš jaučiu įtampą ir nerimą:

3 Beveik visą laiką, nuolat

2 Didelę laiko dalį, dažnai

1 Retkarčiais

0 Niekada nejaučiu

D Aš nustojau rūpintis savo išvaizda:

3 Pradėjau visiškai nesirūpinti

2 Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų

1 Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau

0 Rūpinuosi tiek pat kiek visuomet

D Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau: vietoje:

0 Visiškai tiek pat

1 Mažiau nei anksčiau

2 Daug mažiau

3 Beveik visai nedžiugina

N Jaučiu, kad nenurimstu

3 Labai stipriai

2 Gana stipriai

1 Truputį

0 Visiškai ne

N Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti: kažko malonaus:

3 Labai aiškiai ir stipriai

2 Taip, bet nestipriai

1 Nestipriai, bet manęs tai nejaudina

0 Visiškai ne

D Iš gyvenimo aš laikiu

0 Tiek pat, kiek visada

1 Mažiau nei anksčiau

2 Daug mažiau nei anksčiau

3 Visiškai nelaukiu

D Aš galiu juoktis ir suprasti humorą: ar baimė:

0 Taip pat kaip anksčiau

1 Mažiau ir sunkiau

2 Daug mažiau ir sunkiau

3 Visiškai negaliu

N Mane staiga apima didelis nerimas

3 Tikrai labai dažnai

2 Pakankamai dažnai

1 Retai

0 Niekada

N Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai:

gera knyga,

3 Didžiąją laiko dalį, nuolat

laida:

2 Daug laiko, dažnai

1 Retkarčiais, bet dažnai

0 Tik retkarčiais

D Man suteikia džiaugsmo

radijo ar televizijos

0 Dažnai

1 Kartais

2 Retai

3 Labai retai

D Man linksma:

3 Niekada

2 Labai retai

1 Kartais

0 Didžiąją laiko dalį

N Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti:

0 Visada

1 Dažnai

2 Retai

3 Niekada

D Aš jaučiuosi užslopintas, lėčiau galvoju ir judu:

3 Beveik visą laiką

2 Labai dažnai

1 Kartais, nestipriai

0 Visiškai ne

N Mane apima baimė, lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine:

0 Visiškai ne

1 Kartais

2 Gana dažnai

3 Labai dažnai, nuolat

Daugiamatis nuovargio klausimynas

Užduodami šiuos klausimus, mes norime sužinoti apie Jūsų savijautą pastaruoju metu. Prašome pažymėti langelį, kuris geriausiai tai nurodo. Kuo labiau Jūs nesutinkate su teiginiu, tuo labiau brėžiate kryželį „X“ arčiau sakinio „Ne, tai netiesa“ (dešinėn) ir atvirkščiai – jei sutinkate su teiginiu, tuo arčiau sakinio „Taip, tai tiesa“

1. Aš jaučiuosi stiprus						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
2. Fiziškai aš jaučiuosi galįs padaryti mažai						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
3. Aš jaučiuosi labai aktyvus						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
4. Aš jaučiuosi taip, lyg galėčiau padaryti viską						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
5. Aš jaučiuosi pavargęs						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
6. Aš galvoju, kad per dieną padarau daug						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
7. Kai aš ką nors darau, galiu gerai sukaupti savo mintis						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
8. Fiziškai aš galiu padaryti daug						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
9. Aš baiminuosi, kai reikia ką nors daryti						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
10. Aš manau, kad labai mažai ką padarau per dieną						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
11. Aš galiu gerai susikaupti						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
12. Aš esu pailsėjęs(-usi)						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
13. Man reikia daug pastangų susikaupti						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
14. Fiziškai aš jaučiuosi esantis(-i) prastos būklės						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
15. Aš turiu daug planų						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
16. Aš greitai pavargstu						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
17. Aš galiu nedaug padaryti						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
18. Aš nesijaučiu galįs ką nors padaryti						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
19. Mano mintys lengvai nuklysta						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa
20. Fiziškai aš jaučiuosi puikiai						
Taip, tai tiesa						Ne, tai netiesa

MOTERS, SERGANČIOS IŠSĖTINE SKLEROZE, SUKURTOS EILĖS

KELIAS

Ėjau, ieškojau kelio pas tave,
Tada dar nežinojau, kad tu jau pas mane,
Klupau ir kėliausi,
Ir vėl ieškojau.
Ilgu man buvo, ilgu ir neramu.

Kai kartą pailsau ir nieko negalėjau,
Nusprendžiau aš ne tik paklausti, kur tu?
Ne, tąsyk nieko neprašiau, o tik klausiau.
Klausiau ilgai, įdėmiai, nieko negirdečiau,
Ir meilėj laukiau, tirpau esatyje.

Tada aš supratau, mielas,
Tiesiausias kelias į tave - tik per mane.
Kai užsimerkusi aš rimstu, vis gilyn į save grimstu.
Kai tyliau ir myliu.
Ir gyju.

PASLAPTIS

Mažytė mano paslaptis,
Vos užsimerkiu - ji man prieš akis.
Suku aš galvą. Nesitraukia.
Bandau išeit, bet nepaleidžia.

Nešuosi su savim kartu.
Pakelt galiu, o nešt sunku.
Pasirinkimo neturiu,
Išdrįst prisipažint nebent galiu.

Bet gal ne šįkart,
Dar pasinešiosiu.
Kas aš be jos? Ką aš nešiosiuos?
Viena nenoriu būti, man baisu.
Todėl išduot jos dar negaliu.

SU TAVIM

Aš noriu eiti su tavim kartu,
Per pievas, per girias, už debesų,
Laikyki ranką, apkabink tvirčiau,
Neleisk nugriūti, būk arčiau.

Kartu mes esam ne sava valia,
Mus suvedė slaptingoji dvasia.
Gal tai likimas, gal žaidimas,
Bet sielos žino, toks yra sprendimas.

NORIU

Kaip noriu ištekėt,
Užteks kalnuos žėrėt,
Geriau man nusileist nuo aukštumų,
Valdyt Pasaulį man neįdomu.

Valdyt Pasaulį man neįdomu,
Geriau jau susigerti tarp savų,
Pagirdyt samaną, palaistyt mišką,
Paliesti veidą, pratekėt tarp pirštų.

PAS MANF

Nematai tu. Nenoriu aš.
Tegul užgęsta, na ir kas.
Tai buvo tikra, bet dabar nėra.
Užgęso tavo meilės šypsena.

ATSISVEIKINIMAS

Bandau tau laišką parašyt,
Tiek daug tau noriu pasakyt.
Paėmus tuščią lapą, nesigauna
Išdrįst bandau, kur mano kariauna?

Kur ryžtas? Kur drąsa?
Matyt, kelią man pastoja tavo šypsena.
Apkabint noriu ir priglaust
Ir atleidimo tavęs paklaust.

Nepyk mieloji, išvykstu.
Toli, ne vienas. Mes kartu.
Buvai teisi, tu klausdama
Ar mano buvo ten dama?

Taip, mano. Buvo. Ir dabar yra.
Aš myliu ją. Tokia yra tiesa.
Tiesiog daugiau ten spindulių,
Daugiau tikėjimo, daugiau džiaugsmų.

Atrodo banalu?
Per paprasta?
Bet taip nėra.
Pasaulį kuria meilės ir džiaugsmo jėga.

SKRYDIS

Noriu vieversiu pakilti,
Tik nežinau, kur atsispirti.
Kur jėgos sielai gauti
Kur tikėjimu įsikrauti.

Ar tai nebus tik pramanai,
Kad kilt galiu iš taip žemai
Jau nebenoriu šliaužt, ropot
Geidžiu aš saulei pamojuot.

Pasveikint rasą iš aukštai
Matyti tolius ten žemai
Regėt kiaurai, alsuot giliai
Būti su Juo amžinai.

LEIDŽIU

Glaudžiu rankas delnais
Alsuoju.
Artėju prie širdies
Nebegalvoju.
Ji šneka man tylos kalba
Dėkoju.
Bandau nutraukti
Dvejoju.
Mokaus klausytis.
Dreifuoju.
Paleidžiu proto tvirtas kasas.
Atgniaužiu užspaustas minčių pinkles.
Dainuoju.

Teka tykiai minčių atlydys
Lydos iš naujo vaizdinių kamuolys
Kemšasi meldais, plaukia, žėruoja
Virsmo nuojauta jau atbanguoja
Kyla ir leidžias mažoji nata.
Jau greit būsiu aš pas Tave.

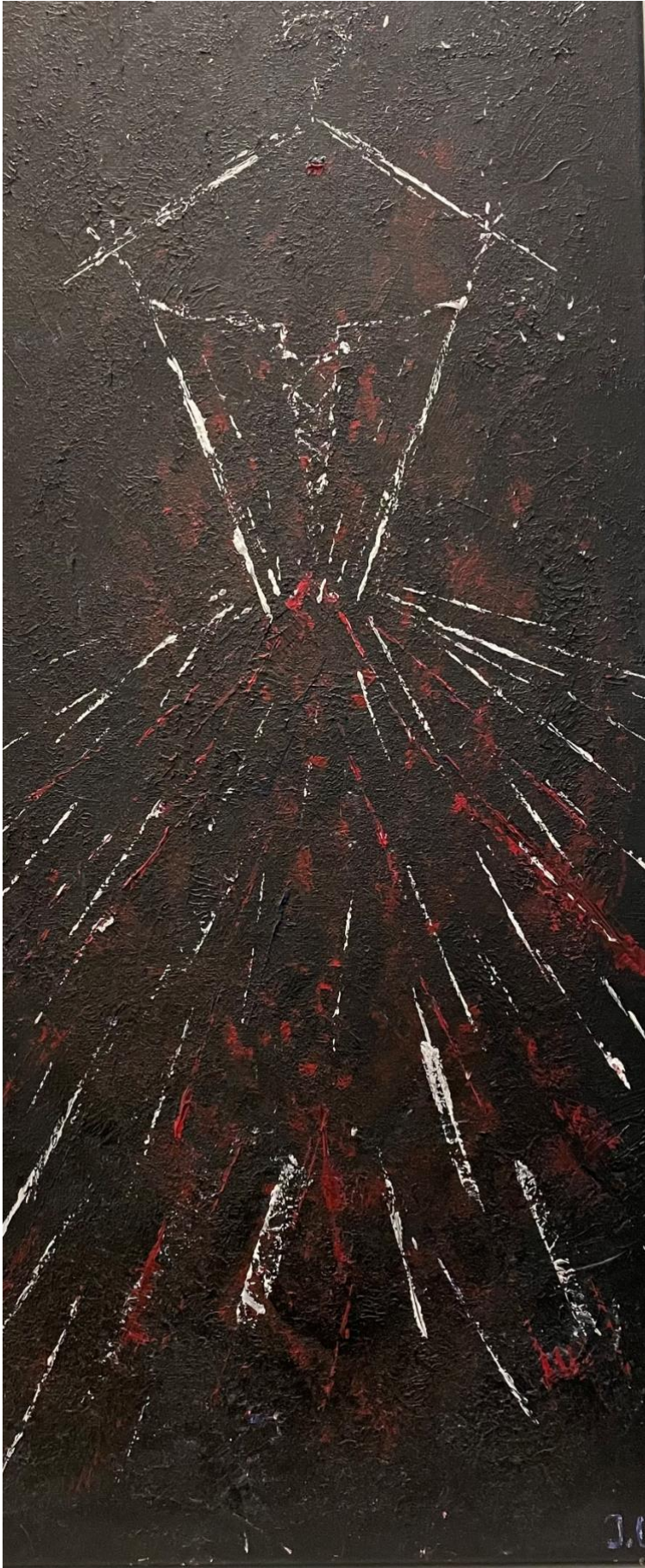
VAIKYSTĖ

Atėjo pirmas, išmokė džiaugtis
Antra atėjo, parodė kaip mylėti
Trečias atėjęs, leido kurti
Ir pasipylė ant galvos turtais
Iš kurgi randasi tokie burtai?

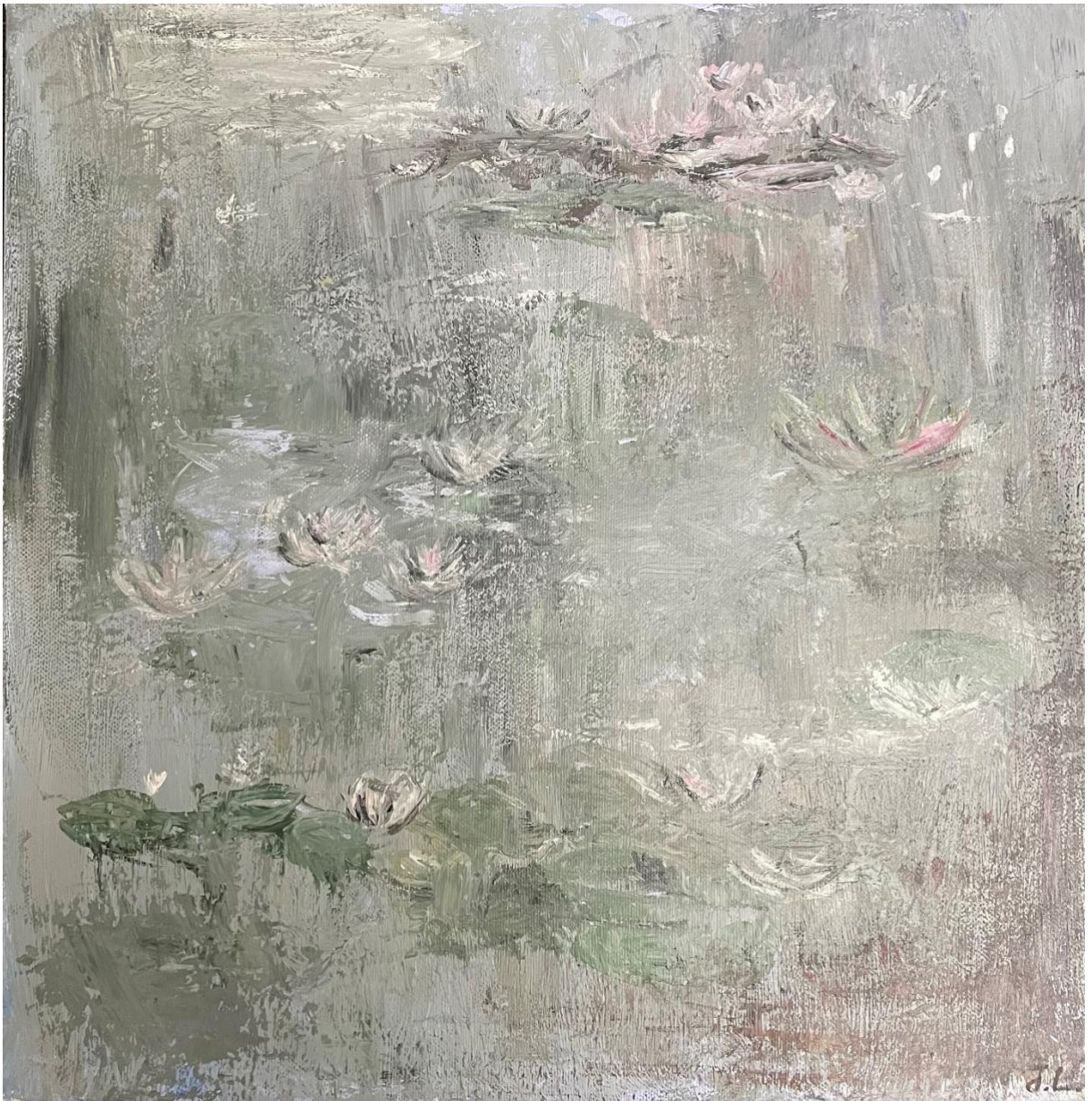
MOTERS, SERGANČIOS IŠSĖTINE SKLEROZE, TAPYBOS DARBAI



Paveikslas "Pumpurai"



Paveikslas “Kas Ji?”



Paveikslas “Pelkės lelijos”