

Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Klinikinės psichologijos katedra

Raminta Vaičiulė

Klinikinės psichologijos studijų programa  
Magistro darbas  
**Moterų su valgymo sutrikimais santykio psichoterapijoje patyrimas**

Darbo vadovas: doc. dr. A. Adler

Vilnius, 2021

## TURINYS

<b>TURINYS</b> .....	<b>2</b>
<b>SANTRAUKA</b> .....	<b>4</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>5</b>
<b>SVARBIAUSIOS SĄVOKOS</b> .....	<b>6</b>
<b>PRATARMĖ</b> .....	<b>8</b>
<b>1. ĮVADAS</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1. Valgymo sutrikimai</b> .....	<b>9</b>
1.1.1. Valgymo sutrikimų samprata .....	9
1.1.2. Valgymo sutrikimų etiologija ir pasekmės.....	12
<b>1.2. Terapinis santykis</b> .....	<b>14</b>
1.2.1. Terapinio santykio svarba terapiniame procese .....	14
1.2.2. Specifinės terapinio santykio charakteristikos .....	17
<b>1.3. Terapinis santykis pagalbos žmonėms, sergantiems valgymo sutrikimais, procese</b> .....	<b>18</b>
1.3.1. Valgymo sutrikimų gydymo būdai .....	18
1.3.2. Terapinio santykio vaidmuo sveikimo nuo VS procese .....	19
<b>1.4. Tyrimo objektas, tikslas ir uždaviniai</b> .....	<b>22</b>
<b>2. METODOLOGIJA</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1. Tyrimo metodologija, instrumentai ir eiga</b> .....	<b>23</b>
2.1.1. Tyrimo metodologijos pasirinkimo motyvai.....	23
2.1.2. Tyrimo instrumentai .....	24
2.1.3. Duomenų rinkimo būdai ir eiga .....	24
2.1.4. Tyrimo etika .....	27
<b>2.2. Savirefleksija: temos pasirinkimo motyvai ir tyrimo eigos patyrimas</b> .....	<b>27</b>
<b>2.3. Tyrimo dalyviai</b> .....	<b>29</b>
<b>2.4. Duomenų analizė</b> .....	<b>30</b>
<b>2.5. Tyrimo kokybės kriterijai</b> .....	<b>33</b>
2.5.1. Įtikimumas/tikėtimumas .....	34
2.5.2. Perkeliamumas .....	35
2.5.3. Patikimumas/pasikliovimas.....	35
2.5.4. Patvirtinamumas .....	36
<b>3. REZULTATAI</b> .....	<b>38</b>
<b>3.1. Svarbūs terapinio santykio veiksniai</b> .....	<b>38</b>
3.1.1. Įsiklausimas, supratimas, empatija.....	38

3.1.2. Išitraukimas, „žiūrėjimas rimtai“ .....	43
3.1.3. Lygiavertis santykis.....	45
3.1.4. Atvirumas .....	47
3.1.5. Kompetencija .....	49
3.1.6. Taisyklės ir ribos .....	52
3.1.7. Ryšys, artumas, šiluma.....	54
<b>3.2. Terapinio proceso, pokyčių patyrimas.....</b>	<b>58</b>
3.2.1. „Išsiventiliavus“ – palengvėja .....	58
3.2.2. Vidinės motyvacijos svarba.....	59
3.2.3. Aš – kitokia .....	61
<b>3.3. Terapinis santykis visuminės pagalbos kontekste.....</b>	<b>64</b>
3.3.1. Terapijos metodų patyrimas: „visi – geri“ .....	64
3.3.2. Gydymas stacionare „labai padėjo“ .....	66
3.3.3. Terapija – „nerealiai geras dalykas gyvenime“.....	66
<b>4. REZULTATŲ APTARIMAS.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1. Svarbūs terapinio santykio veiksniai.....</b>	<b>68</b>
<b>4.2. Terapinio proceso, pokyčių patyrimas .....</b>	<b>70</b>
<b>4.3. Terapinis santykis visuminės pagalbos kontekste .....</b>	<b>71</b>
<b>4.4. Darbo privalumai, ribotumai ir praktinės rekomendacijos ateities tyrimams .....</b>	<b>72</b>
<b>IŠVADOS .....</b>	<b>74</b>
<b>LITERATŪRA .....</b>	<b>75</b>
<b>PRIEDAI.....</b>	<b>80</b>

## SANTRAUKA

Raminta Vaičiulė. Moterų su valgymo sutrikimais santykio psichoterapijoje patyrimas: klinikinės psichologijos magistro darbas / mokslinis vadovas doc. dr. A. Adler. Vilniaus universitetas. Filosofijos fakultetas. Klinikinės psichologijos katedra. Vilnius, 2021, 91 p.

Valgymo sutrikimai yra sudėtinga, daugialypė mitybos ir su ja susijusių minčių, emocijų disfunkcija, stipriai žalojanti sergantį tiek fiziškai, tiek emociškai, o neretai – mirtina. Sveikimo nuo valgymo sutrikimų procesas paprastai yra ilgas ir banguojantis. Jame svarbiu katalizatoriumi ir resursu tampa tarpasmeniniai santykiai, įskaitant terapinį, tačiau užmegzti terapinį santykį su valgymo sutrikimus turinčiais pacientais dažnai yra nelengva dėl ne visada žinomų priežasčių. Tai rodo giluminių tyrimo metodų, leidžiančių pažvelgti į terapinį santykį be išankstinių nuostatų ir, svarbiausia, pačių pacientų akimis, poreikį. Šio darbo tikslas – ištirti kaip psichoterapinį santykį patiria moterys, sergančios valgymo sutrikimais. Tyrime dalyvavo 4 moterys nuo 23 iki 39 metų amžiaus, dvi iš jų sirgo nervine anoreksija, viena – nervine bulimija, dar vienai buvo diagnozuotos abi šios ligos – nervinė anoreksija ir nervinė bulimija. Sirgimo trukmė svyravo nuo 2 iki 19 metų su atkryčiais ir remisijomis. Visos tiriamosios turėjo gydymo stacionare patirtį ir įvairialypę skirtingų kryptų terapinę patirtį. Tyrimo tikslui pasiekti buvo pasirinkta kokybinė tyrimo strategija, teminės analizės metodas (pagal Braun & Clarke, 2006). Duomenys buvo analizuojami indukciniu būdu, t. y. „iškeliami“ iš teksto, neatsižvelgiant į egzistuojančias teorijas, vėliau jie buvo grupuojami pagal prasminius panašumus. Moterų pasakojimuose atsiskleidė 3 temos: svarbūs terapiniai veiksniai, terapinio proceso, pokyčių patyrimas ir terapinis santykis visuminės pagalbos kontekste. Temoje „Svarbūs terapiniai veiksniai“ išryškėjo tokie terapinio santykio komponentai kaip įsiklausymas, supratimas ir empatija, įsitraukimas, „*žiūrėjimas rimtai*“, lygiavertis santykis, atvirumas, kompetencija, taisyklės ir ribos, ryšys, artumas, šiluma. Temoje „Terapinio proceso, pokyčių patyrimas“ atsiskleidė vidinės motyvacijos sveikti svarba, išsiventiliavimo, kaip palengvėjimą keliančio proceso, patyrimas ir pozityvių, dėl terapijos vykstančių pokyčių pajauta. Temoje „Terapinis santykis visuminiame pagalbos kontekste“ atsiskleidė terapinio santykio kaip svarbesnio matymas, lyginant su terapiniais metodais (pastarieji tiriamųjų buvo nesureikšminami); kartu atsiskleidė stacionarinio gydymo kaip padedančio patyrimas ir visuminis terapijos kaip vertingos gyvenimo patirties matymas – svarbų vaidmenį šiuose patyrimuose suvaidino būtent TS.

## SUMMARY

Raminta Vaiciule. The experience of therapeutic relationship of women with eating disorders: Master thesis in clinical psychology / scientific supervisor doc. dr. A. Adler. Vilnius University. Faculty of Philosophy. Department of Clinical Psychology. Vilnius, 2021, 91 pages

Eating disorders are complex, multifaceted dysfunction of nutrition and its' related thoughts and emotions, severely damaging the patient, both physically and emotionally and even causing death. The recovery process from eating disorders is usually long and shifting. Interpersonal relationship, including therapeutic relationship, may become an important resource in the recovery process, but establishing a therapeutic relationship with patients with eating disorders is often difficult for reasons that are not known. This demonstrates the need for in-depth research methods to look at the therapeutic relationship without preconceptions and, most importantly, from the perspective of the patients themselves. The aim of this study was to investigate how women with eating disorders experience a therapeutic relationship. The study included 4 women aged from 23 to 39 years, two of whom had anorexia nervosa, one bulimia nervosa, and one – anorexia nervosa and bulimia nervosa. The duration of illness ranged from 2 to 19 years with relapses and remissions. All women had various therapeutic experience, including inpatient experience. A qualitative research strategy, a method of thematic analysis (Braun & Clarke, 2006), was chosen to achieve the research goal. Data were analyzed inductively, “extracted” from the text, regardless of existing theories, the texts' fragments were later grouped in semantic similarities. The women's stories revealed 3 themes: important therapeutic relationship's factors, the experience of the therapeutic process, change, and therapeutic relationship in the overall context of care. The topic “Important factors of therapeutic relationship” highlighted such components as listening and empathy, involvement, “taking seriously”, peer relationship, openness, competence, rules and boundaries, connection, closeness, warmth. The topic “Experiencing the therapeutic process, change” revealed the importance of inner motivation to recover, the experience of ventilation as easing process, and the feeling of positive change through therapy. The topic “Therapeutic relationship in the overall context of care” revealed a perception of the therapeutic relationship as more important compared to therapeutic methods (the latter were insignificant for the subjects); at the same time, the experience of inpatient treatment as helpful and the holistic view of therapy as a valuable life experience emerged – TS played an important role in these experiences.

## SVARBIAUSIOS SAŲOKOS

*Valgymo sutrikimai* (toliau tekste – VS) – rimta valgymo ir su juo susijusių minčių ir emocijų disfunkcija, pasižyminti perdėta maisto ir savo kūno svorio kontrole, ar, atvirkščiai – kontrolės praradimu. Yra išskiriami trys pagrindiniai VS tipai: nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir persivalgymo sutrikimas ir įvairūs netipiniai jos variantai (Amerikos Psichiatrų Asociacija, toliau tekste – APA, 2013).

*Nervinė anoreksija* (toliau tekste – NA) – nuolatinė sustorėjimo baimė, pasižyminti iškreiptu kūno vaizdu ir drastiška kūno svorio reguliacija: badavimu, vėmimu, žarnyno valymu, apetitą slopinančių, laisvinamųjų, skysčius varančių preparatų naudojimu, intensyviu sportu ir t. t. Diagnozuojama, kai pacientai sveria bent 15 proc. mažiau žemutinės normalaus svorio ribos, atsižvelgiant į ūgį (ACCD, 2015; APA, 2013).

*Nervinė bulimija* (toliau tekste – NB) charakterizuojama nuolatiniu susirūpinimu maistu, pasikartojančiais persivalgymo epizodais (kurių metu prarandama kontrolė) ir kompensuojamu elgesiu, stengiantis išvengti sustorėjimo: vėmimu, sportu, badavimu ir t. t. Skirtingai nei NA, NB sergantys dažniausiai yra normalaus svorio ar turi viršsvorio (ACCD, 2015; APA, 2013).

*Persivalgymo sutrikimas* (toliau tekste – PS) apibūdinamas pasikartojančiais persivalgymo priepuoliais, kurių metu suvalgomas neįprastai didelis (lyginant su kitais žmonėmis) maisto kiekis ir prarandamas kontrolės jausmas valgant. PS atveju nėra kompensuojamojo elgesio požymių, o pacientai pasižymi tiek normaliu svoriu, tiek dideliu viršsvoriu (ACCD, 2015; APA, 2013).

*Psichoterapija/terapija* – gydymas psichologiniais metodais, kuriuos taiko tinkamai apmokyti ir kvalifikuoti specialistai (Nelson-Jones, 2010).

*Terapinis santykis* (kitai dar literatūroje sutinkamas kaip *terapinis / darbinis / padedantis aljansas, terapinis / darbinis kontaktas, terapinis / darbinis kontraktas, konsultavimo santykis, padedantys santykiai ir t. t.*; toliau tekste – TS) – rūpesčiu, aiškiomis ribomis, pozityvumu ir profesionalumu grįstas dinamiškas, abipusis santykis tarp *terapeuto* ir *paciento / kliento* (ir kartais tarp *paciento šeimos narių*) (McKlindon & Barnsteiner, 1999).

Pastebėtina, kad literatūroje dažnai bandoma atskirti ar, atvirkščiai, sutapatinti psichologinį konsultavimą ir psichoterapiją (-as) (kurių kryptį įvairovė – didelė) (Nelson-Jones, 2010; Kočiūnas, 1995), dėl to neišvengiama terminų painiavos ir gausos (Kujalienė ir Sausaitis, 2014). Šiame darbe neturime tikslo išskirti atskirų psichologinės pagalbos kryptių niuansų, nes tie patys (ar bent jau panašūs) profesiniai įgūdžiai reikalingi tiek konsultuojant, tiek užsiimant bet kokios krypties psichoterapija

(Kočiūnas, 1995), o TS yra vienodai reikšmingas visose pagalbos žmogui srityse (psichoterapijoje, psichologiniame konsultavime, psichiatrijoje, socialiniame darbe) (Kujalienė ir Sausaitis, 2014; Krupnick, 2006). Tad sąvoką TS vartosime plačiąja prasme – *tai santykis tarp kliento / paciento ir padedančio psichikos sveikatos specialisto*. Siekdami kuo geriau atspindėti tiriamųjų pasaulėvaizdį, įvardindami specialistus, jų profesijas, darbe naudosime originalias tiriamųjų frazes, turėdami omenyje, kad jos gali būti netikslios, nes pasitaikė, kad tiriamosios dėl specialisto profesinės pakraipos abejojo, jos nežinojo, o sąvokas *gydytojas, psichologas, psichoterapeutas* vartojo kaip sinonimus. Kitais atvejais, tiesiog, rašysime bendrinius *terapeutas / specialistas, terapija*, nes šio darbo tikslas yra išskirti bendrą TS patyrimą pagalbos procese, o ne jo niuansus atskirose kryptyse, metoduose (daugiau apie tai kituose skyriuose).

## PRATARMĖ

*„Atėjus į terapiją, turėjau įsitikinimą, kad belankant ateis tas momentas, kai nušvis pasaulis, aš suprasiu, kaip reikia teisingai gyventi, ir staiga viskas taps gerai. Dabar man atrodo, kad gražiausias dalykas yra pati kelionė, kai galiu grįžti į praeitį, pamatyti, kas įvyko, kokia buvau prieš tai, kaip pasikeičiau. Tas pokyčio pamatymas suteikia daug galios. Visa kelionė ir yra pats svarbiausias dalykas.”*  
(tyrimo dalyvė – Viltė, vardas pakeistas, citatos kalba – redaguota)

Šia gražia ir gilia vienos dalyvės išvalga noriu pradėti savo kelionę po keturių moterų terapinį patyrimą. Šioje kelionėje pasijutau lyg nematomas šešėlis, gavęs retą progą tyliai pasėdėti terapinio kabineto kampe ir pamatyti, kas vyksta šiame intymiaame ir subtiliame dviejų žmonių pasaulyje. Labai noriu padėkoti visoms tyrimo dalyvėms už geranoriškumą, už suteiktą galimybę žvilgterti į jautrias savo patirtis. Jūs ir jūsų istorijos šiame darbe yra kertinės, suteikusios daug atradimų ir naujų išvalgų, padėjusių pamatyti, kur link orientuoti terapinę kelionę. Taip pat noriu padėkoti darbo vadovei Astai Adler už taiklius pastebėjimus, kolegoms – Svetlanai, padėjusiai tiriamųjų paieškoje, Virginijai ir Danielai, prisidėjusiems prie kodavimo procedūros patikimumo užtikrinimo – ir savo artimiausiems žmonėms, kurie „kantriai laukė ant kranto, man nardant po terapinius vandenis“.

Kažkada dar Sokratas yra pasakęs, kad „mes gyvename ne tam, kad valgytume, o valgome tam, kad gyventume“. Nors šis posakis atrodo savaiame suprantamas, šiuolaikiniame pasaulyje kai kuriems žmonėms jis tampa sunkiai pasiekiamą realybe. Vieni valgo nepakankamai patenkinti elementariems fiziniams poreikiams, kitų maisto kiekiai gerokai viršija tų poreikių patenkinimui reikalingus. Abiem atvejais maistas tampa ne tik energijos, bet ir iliuziniu emocinių funkcijų reguliacijos šaltiniu, ilgainiui stipriai paveikdamas ir iškraipydamas vidinę asmens realybę. Tokia būseną yra įvardinama kaip VS. VS kokybiškai skiriasi nuo virškinimo problemų ar nereto nepasitenkinimo savo kūnu (būdingo tam tikriems amžiaus tarpsniams: paauglystei, senatvei), nes jie yra chroniški, ilgalaikiai ir sukelia daug fizinių ir psichologinių pasekmių, įskaitant mirtį (Ben-tovim et. al., 2001; Beumont & Touyz, 2003). VS gydymui daugiau ar mažiau sėkmingai taikomas medikamentinis gydymas, hospitalizacija, psichoedukacinis gydymas ir įvairios terapijos: kognityvinė, elgesio, šeimos, meno, grupinė ir kt. (Ramjam, 2004; Fairburn, 1995), tačiau jų efektyvumas neretai yra nevienodas (Fairburn, 1995), o kai kurių autorių nuomone – žemas (Ben-tovim et. al., 2001). Esantys tyrimai išskiria tokius svarbius gijimo nuo VS veiksnius kaip noras pasveikti, teigiama gydymo patirtis, savęs priėmimas, ligos eksternalizavimas,



palaikantys santykiai ir kt. (Hay & Cho, 2003; Fogarty & Ramjan, 2016; Nilsson & Hagglof, 2006; Federici & Kaplan, 2008; D'Abundo & Chally, 2004). Vienas svarbiausių gijimo veiksnių (įvardinamas daugelio tyrėjų; o kai kurių – kaip svarbiausias) yra tarpasmeniniai santykiai (D'Abundo & Chally, 2004; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Nilsson & Hagglof, 2006). Vieną iš galimybių patirti kokybiškai kitokius, pokyčius ir gijimą skatinančius santykius suteikia psichoterapija (Safran & Muran, 2000; Frie, 2015; Button & Warren, 2001). Dėl šios priežasties psichoterapija yra dažnas VS gydymo elementas, tikintis, kad TS taps stipriu stimulu sveikti. Vis tik tam, kad TS būtų gydantis, jis turėtų būti specifinis. Tyrėjai vardina tokius gydančius TS elementus kaip pasitikėjimas ir atsidavimas, tiksli empatija, besąlygiškas teigiamas požiūris ir nuoširdumas, sąžiningumas ir palaikymas, konfidencialumas, supratingumas, nuoseklumas ir kt. (Ramjan, 2004, Norcross, 2011). Patys VS sergantys pacientai išskiria tokias svarbias gydančias santykio potemes kaip artumo su kitu žmogumi pajautimas ir mokymasis iš kito žmogaus (Moreno, Fuhrman, & Hileman, 1995), supratimas, parama, viltis, įgalinimas (Hay & Cho, 2003; Fogarty & Ramjan, 2016, Dawson et. al., 2014 ). Ir nors iš prieš tai įvardintų elementų regis, kad pacientų ir tyrėjų gydančio ryšio suvokimas yra gana panašūs, tyrimai rodo, kad dažnai užmegzti santykį su VS turinčiais pacientais yra sudėtinga (Ramjan, 2004). Tai rodo, kad kažkokie subtilūs santykių aspektai, galbūt, lieka neatskleisti, tad TS (ypač giluminio ir ypač iš pacientų perspektyvos) tyrinėjimai išlieka aktualūs. Į tai ir orientuotas šis tyrimas.

## 1. ĮVADAS

Šis skyrius yra skirtas apžvelgti ir išanalizuoti kitų autorių atliktus tyrimus, išskirtus konstruktus VS ir TS temomis tam, kad kiek įmanoma detaliau išvysti kiekvieno iš šių konstrukto kontekstą atskirai ir kartu sudėjus.

### 1.1. Valgymo sutrikimai

#### *1.1.1. Valgymo sutrikimų samprata*

Tiek Tarptautiniame psichikos ligų registre DSM-5, tiek Pasaulinės sveikatos organizacijos ligų klasifikacijos leidinyje TLK-10 yra išskiriami trys pagrindiniai VS tipai: nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir persivalgymo sutrikimas (APA, 2013; ACCD, 2015). TLK-10 taip pat išskiriami NA ir NB netipiniai variantai, vėmimas, susijęs su kitais psichologiniais sutrikimais, kiti netipiniai VS ir

nepatikslintas VS. DSM-5 taip pat išskiriamas nenustatytas maitinimo ar VS, ribojantis maisto vartojimo sutrikimas, rijimo sunkumai ir kiti. Visgi, plačiausiai žinomi ir tyrinėjami yra jau minėti trys – NA, NB ir PS.

Diagnostiniuose vadovuose NA apibūdinama kaip nuolatinė sustorėjimo baimė, pasižyminti iškreiptu kūno vaizdu ir pasireiškianti griežta svorio kontrole. Jai būdingas dažnas svėrimasis, kūno pokyčių tikrinimas veidrodyje, badavimas, labai intensyvus sportavimas, svorį mažinančių priemonių naudojimas. Sergančių pacientų savivertė yra stipriai susijusi su kūno vaizdu: svorio netekimas suvokiamas kaip pasiekimas, o jo priaugimas – kaip kontrolės praradimas ir savo neefektyvumo įrodymas. NA būdingi neigiami afektai (depresija, irzlumas, nekompetencijos patyrimas, kontrolės poreikis), emocijų raiškos ribotumas ir kompuliški obsesiški ritualai, susiję su maistu (maisto slėpimas, receptų rinkimas ir t. t.). Ilgainiui nekritiškas požiūris į ligą, jos neigimas ir sąmoningas itin mažo svorio palaikymas iššaukia įvairius endokrininius, metabolinius pokyčius ir kūno funkcionavimo sutrikimus (gali atsirasti šie simptomai: menstruacijų dingimas, osteoporozė, anemija, nuolatinis šalčio pojūtis, kraujotakos problemos, depresija, letargija ir kt.) (ACCD, 2015; APA, 2013).

NB charakterizuojama nuolatiniu susirūpinimu maistu, pasikartojančiais persivalgymo epizodais (kurių metu prarandama kontrolė) ir kompensuojamu elgesiu, stengiantis išvengti sustorėjimo: vėmimu, badavimu ir kt. Persivalgymo ir vėmimo ciklas paprastai kartojamas bent kelis kartus per savaitę arba rimtais atvejais – kelis kartus per dieną. Būdinga depresija, socialinis nerimas, žema savivertė. Visgi, skirtingai nei NA atveju, NB sergantys dažniausiai yra normalaus svorio ir jų funkcionavimas nėra taip stipriai sutrikdytas kaip NA sergančiųjų. Ligai tęsiantis dažnai atsiranda lėtinis uždegimas ir gerklės skausmas, refluksas, dantų emalio nusidėvėjimas, dehidratacija, žarnyno problemos, inkstų sutrikimai; galimos tokios mirtinos komplikacijos kaip skrandžio plyšimas ir širdies aritmija (ACCD, 2015; APA, 2013).

PS būdingi besaikio valgymo epizodai, kai per trumpą laiką impulsyviai suvartojami labai dideli maisto kiekiai. Kitaip nei žmonės, sergantys NB, jie nemėgina atsikratyti maisto, sukeldami vėmimą ar naudodami vidurius laisvinančius vaistus. Persivalgymo priepuolius lydi distresas, kaltės ir gėdos jausmai. Nuolatinis persivalgymas yra lėtinis ir gali sukelti rimtas sveikatos komplikacijas: nutukimą, diabetą, hipertenziją ir širdies, kraujagyslių ligas, skrandžio plyšimus (ACCD, 2015; APA, 2013).

Įvairūs netipiniai variantai dažniausiai diagnozuojami, kai sutrikimas turi kai kuriuos charakteringus požymius, bet klinikinė išraiška neatitinka visų kriterijų diagnozei pagrįsti, pvz.,

bulimijos atveju gali būti tipiškas persivalgymo ir kompensacinis elgesys, bet nebūti perdėto susirūpinimo kūno išvaizda ir svoriu (ACCD, 2015). Dažnu atveju VS diagnostika nėra paprasta: kaip įvardina Fairburn (1995) kyla klausimų dėl svorio ribų nustatymo, subjektyvaus ir objektyvaus persivalgymo atskyrimo (pvz., NA atveju persivalgymo priepuoliai dažniausiai yra subjektyvūs: keli sausainiai jau yra laikomi persivalgymu), suvalgomo maisto kiekio vertinimo ir t. t. Ne gana to, VS būdingas komorbidiškumas su kitais psichikos sutrikimais tokiais kaip nerimas, depresija, panika, obsesinis kompulsinis sutrikimas, bipolinis sutrikimas, psichoaktyvių medžiagų naudojimas ir kt. (APA, 2013). Kitas aspektas yra VS tarpusavio diferenciacija. Skaitant diagnostinius leidinius, o kartu kitą mokslinę literatūrą, galima pastebėti, kad VS eiga tarpusavyje besiskiria arba, atvirkščiai, panašėja įvairiais kūno suvokimo, emocijų raiškos, svorio kontrolės priemonių naudojimo, persivalgymo, nevalgymo aspektais. Literatūroje galima sutikti įvairių bandymų tapatinti arba skirti VS: pastebima tendencija ieškoti paralelių tarp NA ir NB, o PS matyti kaip atskirą arba artimesnę NB (Vitousek & Gray, 2005; Fairburn, 1995; APA, 2013). Pavyzdžiui, Fairburn (1995) nurodo, kad perdėtas susirūpinimas savo išvaizda labiau būdingas NA ir NB nei PS. Dėl šios priežasties NB ir NA sergantys griebsiasi ekstremalių svorio reguliavimo priemonių, kurių netaiko PS sergantys. Vitousek ir Gray (2005) įvardina, kad NA ir NB panašėja 1) svorio kaip asmeninės vertės matavimo priemonės svarba, 2) stereotipiniu elgesiu, skirtu kontroliuoti maisto vartojimą, 3) sutrikusia normalia santykiu su maisto sąveika, turinčia didelį poveikį fizinei, psichologinei sveikatai ir socialinei veiklai. NB ir NS sąsajas, regis, patvirtina ir tai, kad NA dažnu atveju perauga į NB (ACCD, 2015; Fairburn, 1995). Svarbus kriterijus, padedantis diferencijuoti NA nuo NB, yra itin mažas už normos ribų atsiduriantis svoris. Vitousek ir Gray (2005) taip pat pastebi, kad iš dalies NA nuo NB galima atskirti motyvacijos sveikti stiprumu (NA atveju jis yra kur kas mažesnis). PS jie išskiria kaip atskirą „subjektą“. Visi šie aspektai yra svarbūs, planuojant mokslinius tyrimus, taikant gydymo metodus: natūraliai kyla klausimas, ar tikslingiau nagrinėti VS atskiomis diagnozėmis, o gal skirtumai nėra tokie reikšmingi, kad vertėtų juos išskirstyti. Kai kurie autoriai siūlo, kad vertingiau nediferencijuoti VS tarpusavyje dėl dažno simptomų maišymosi, o geriau skirstyti ligą pagal stadijas: ankstyvas, kuomet simptomai gali svyruoti ir keistis tarpusavyje, atsirasti naujų (pavyzdžiui, dėl smegenų pokyčių, atsiradusių dėl ilgalaikio badavimo ir sutrikusio valgymo) ir vėlyvas, kuomet simptomai nusistovi ir tampa rigidiški (Treasure, Smith, & Crane, 2017). Mūsų manymu, toks patarimas yra vertingas, turint omenyje nuolat „persidengiančią“ atskirą VS simptomatiką.

*Apibendrinant galima pastebėti, kad nors skirtingi VS skiriasi tarpusavyje įvairiais aspektais, tarp jų galima išskirti bendrą vardiklį: visiems VS yra daugiau mažiau būdingas perdėtas susirūpinimas išvaizda, obsesiškas galvojimas apie maistą, persivalgymo priepuoliai, neigiamo valentingumo emocijos: žema savivertė, depresiškumas, savo neefektyvumo ir kontrolės stokos išgyvenimas, stiprūs kaltės, gėdos ir pasišlykštėjimo jausmai (dažnai ir užkertantys kelią pagalbos paieškai). Dėl neretų simptomų pokyčių ir persipynimo tarpusavyje, mūsų manymu, verta nagrinėti ne atskiras diagnostines VS kategorijas, o VS apskritai – toliau darbe tai ir darysime.*

### ***1.1.2. Valgymo sutrikimų etiologija ir pasekmės***

DSM-5 nurodoma, kad VS dažniausiai prasideda paauglystėje ir jauno suaugusiojo amžiuje arba vėliau (dažniausiai PS atveju) po stresinių įvykių gyvenime, mėginimų numesti svorį, dietų laikymosi, persivalgymo priepuolių (APA, 2013). Pastarieji – svorio kontrolė, dietos (ypač itin rigidiškos ir griežtos) ir persivalgymo priepuoliai – yra glaudžiai susiję: sulaužius nerealistiškas dietos taisykles, pasiduodama ir persivalgoma, tuomet savigrauža vėl skatina laikytis dietos ir taip ratas įsisuka. Dietos visuomenėje siejamos su liekno kūno kultu, tad natūralu, kad pirma mintis yra susieti VS riziką su socialiniu ir kultūriniu spaudimu atitikti tam tikrus mados pasaulio nustatytus standartus. Kaip įvardina Fairburn (1995), fizinis patrauklumas yra svarbus sėkmės socialinėje sferoje garantas, o jauname amžiuje, dar nesant susiformavusiam identitetui, pasiūlytas fizinis modelis tampa sektinu tapatybės formavimosi pavyzdžiu; dažnu atveju kūno kontrolė tampa dar ir priemone kontroliuoti brendimo sunkumus (Fairburn, 1995). Treasure ir kt. (2017) paantrina, kad paauglystėje vyksta itin spartus smegenų vystymasis ir šis procesas gali tapti nenusėjamais, kai badavimas ir išmoktas elgesys susijungia. Kita vertus, ne visi besilaikantys dietos suserga VS, tad kyla natūralus klausimas, kas tie kiti veiksniai, kurie veikia savarankiškai arba kartu su dietos laikymusi. Vienareikšmiško atsakymo nėra. Galima pastebėti, kad skirtingoje literatūroje akcentuojami skirtingi biologiniai, psichologiniai ar fiziologiniai veiksniai.

Pastebimas traumų vaidmens tyrinėjimas VS etiologijoje (Steinhausen, 2002; Dawson et. al., 2014). Nemažai kalbama apie šeimos kontekstą kaip itin svarbų faktorių VS atsiradimui. Išskiriami tokie neigiami šeimos aspektai kaip komunikacijos trūkumas, akademinų pasiekimų akcentavimas, intruzyvumas, psichikos sutrikimai, sveikų ribų šeimoje nebuvimas, emocinis atsiribojimas. Šie veiksniai veda prie nepatenkintų emocinių poreikių, lemiančių savęs vaizdo sutrikimus ir emocijų reguliacijos

sunkumus (juntamas didelis neefektyvumas, bejėgiškumas, autonomijos stoka). Tuomet badavimas, persivalgymas, persivalgymo-vėmimo ciklai tampa tiek savotišku būdu susigražinti savo unikalumo pojūtį, tiek desperatišku bandymu atkreipti tėvų dėmesį į patiriamą kančią (Gabbard, 2014). Kiti autoriai nesureikšmina šeimos atsakomybės už VS atsiradimą ir labiau išryškina kognityvinius ir biologinius aspektus (Schmidt & Treasure, 2006; Treasure et. al., 2017), tokius kaip 1) įsitikinimai apie ligos pranašumus (suteikia saugumo, ypatingumo jausmą, tarnauja kaip emocijų slopinimo priemonė ir signalas aplinkiniams, kad reikia pagalbos), 2) jautrumas suvokiamai grėsmei ar atstūmimui, didesnis sąmoningumas, aukšti standartai, polinkis detalėms ir automatizams, 3) genetinės predispozicijos (genetiniai faktoriai 50 procentų nulemia tikimybę susirgti VS), 4) biocheminis disbalansas smegenyse (VS sergančiųjų smegenyse yra sutrikusi neuromediatorių, atsakingų už mitybą ir nuotaiką – serotonino ir domanimo – sintezė, smegenų atsakas į maistą yra neįprastas, susijęs su reguliacijos ir planavimo zonų smegenyse aktyvacija). Ilgainiui turimos predispozicijos sąveikauja su stresu, sukurdamos ydingą maisto, emocijų, minčių ir elgesio ratą: stresą bandoma kontroliuoti netinkamais mitybos įpročiais, tai sukelia naują stresą, kuris vėl bandomas kontroliuoti mityba ir t. t. Dėl smegenų plastiškumo tokie ydingi ciklai turi savybę įsitvirtinti ir užkerta kelią smegenų brendimui (Treasure et. al., 2017).

Iš esmės šie duomenys neprieštarauja tarpusavyje, nes daugybė tyrėjų sutaria, kad, regis, liga neturi vienos etiologijos, o labiau susijusi su daugialype rizika: genetiniu polinkiu, šeimos aplinka, asmeninėmis savybėmis (perfekcionizmu, impulsyvumu, juodai-baltu ir maginiu mąstymu, žema savigarba, dideliu nerimastingumu), trauminėmis patirtimis (Steinhausen, 2002; APA, 2013; Fairburn, 1995; Dawson et. al., 2014; Treasure et. al., 2017). Nemalonūs jausmai (vienatvė, nuobodulys, nerimas), tarpasmeninių santykių problemos, perdėtas susirūpinimas savo kūnu (o kartais dieta pati savaime) ir dėl to sekantys badavimo, persivalgymo ciklai dažnai suveikia kaip katalizatorius, „užkuriantis“ VS mechanizmus (Fairburn, 1995). VS tampa savotiška adaptacine funkcija, kuria siekiama sumažinti socialinius iššūkius ir grėsmes (Schmidt & Treasure, 2006; Lamoureux & Botorff, 2005). Taikliai pastebi Treasure ir kt. (2017), visapusiškas VS priežasčių vaizdas vis dar yra skylėtas, tačiau viena aišku, kad VS yra neišvengiamai susiję su gilesniais emocijų, vertybių ir įsitikinimų klodais, o ne tik maistu.

DSM-5 išskiria tokias ilgalaikes VS pasekmes fizinei sveikatai kaip: 1) menstruacijų dingimas, osteoporozė, anemija, nuolatinis šalčio pojūtis, kraujotakos problemos, depresija, letargija ir kt. NA atveju, 2) lėtiniai uždegimai ir gerklės skausmas, refliuksas, dantų emalio nusidėvėjimas, dehidratacija,

žarnyno problemos, inkstų sutrikimai, skrandžio plyšimas ir širdies aritmija NB atveju, 3) nutukimas, diabetas, hipertenzija ir širdies, kraujagyslių ligos, skrandžio plyšimai PS atveju (APA, 2013).

Be ryškių fizinių pakenkimų nuolatinės mintys apie maistą ir kūno vaizdą pareikalauja tiek daug dėmesio ir pastangų, kad niekam kitam beveik nebelieka laiko. VS paveikia visas sritis, pilnavertis gyvenimas tampa liūdnu vegetavimu: atsiribojama nuo tarpasmeninių santykių, nesilankoma susibūrimuose (ypač jei ten reikės valgyti), nuolatiniai gėdos ir kaltės jausmai žlugdo pasitikėjimą savimi, pasibjaurėjimas savo kūnu sutrikdo seksualinį gyvenimą, nuolatinė įtampa kelia pykčio priepuolius, skatina savižalą, didina alkoholizmo ir narkomanijos tikimybę (Fairburn, 1995). Kraštutiniais atvejais VS baigiasi mirtimi: NB atveju elektrolitų disbalansas gali sukelti širdies smūgį (Gabbard, 2014), o mirtingumas nuo NA, apskritai, yra aukščiausias tarp visų psichikos ligų (Beumont & Touyz, 2003), tad tikslinga pagalba yra itin svarbi.

*Nors VS priešasčių yra ne viena, tikriausiai viena, ką galime apibūdinti kaip skiriamąjį VS priešastingumą, yra dėl turimų predispozicijų ir didelio emocinio distreso sutrikusios valgymo, minčių ir emocijų sąsajos. Kaip taikliai apibendrina Lewis ir kiti (1994), VS tampa patiriamo vidinio ir išorinio spaudimo „sprendimu“, kuomet žvilgsnis nuo kasdienių sunkumų ir neišspręstų problemų nukreipiamas į savo kūną ir taip sukuriama iliuzinis kontrolės jausmas. Paradoksalu, bet šis pabėgimo nuo problemų būdas ne tik negelbsti, bet ilgai išitvirtina neurobiologinių procesų dėka ir tampa sunkiai pakeičiama rimta problema, stipriai žalojančia (fizine, emocine, socialine prasme) tiek patį pacientą, tiek jo aplinkos žmones.*

## **1.2. Terapinis santykis**

### ***1.2.1. Terapinio santykio svarba terapiniame procese***

Skaitant literatūrą galima sutikti daugybę skirtingų terapinio santykio apibrėžimų ir terminų (*terapinis / darbinis santykis, terapinis / darbinis / padedantis aljansas, konsultavimo santykis, padedantys santykiai, padedantis aljansas* ir t. t.). Nepaisant to, sunku nesutikti su Kujalienę ir Sausaičiu (2014), kad iš konteksto galima suprasti, kad kalbama apie tą patį. Iš įvairių TS apbrėžimų (McKlindon & Barnsteiner, 1999; Kujalienė ir Sausaitis, 2014; Safran & Muran, 2000; Frie, 2015; Gudaitė, 2008), galima pastebėti, kad daugelis autorių TS įvardina kaip bendradarbiaujantį santykį tarp kliento ir terapeuto, nuspalvintą tarpusavio nuostatų ir jausmų, kiti papildomai akcentuoja pagalbos aspektą – ryšys

yra vienkryptis, nukreiptas į kliento sunkumų sprendimą. Mūsų supratimu, gana aiškų ir išskirtinai pozityvų (įvardinamas rūpestis, pozityvumas, profesionalumas) apibrėžimą pateikia McKlindon & Barnsteiner (1999): „*TS – rūpesčiu, aiškiomis ribomis, pozityvumu ir profesionalumu grįstas dinamiškas, abipusis santykis tarp terapeuto ir paciento (ir kartais tarp paciento šeimos narių)*“.

Žvelgiant į psichoterapijos evoliuciją iš istorinės perspektyvos, TS svarba išaugo kartu su „santykių“ psichologijos kryptimis, tokiomis kaip humanistinė, objektinių ryšių, prieraišumo, savasties – kurios kalbėjo apie tai, kad žmogaus asmenybė formuojasi tarpasmeninių santykių šviesoje, o neigiamos santykių patirtys (ypač ankstyvosios) yra tiesus kelias į psichopatologiją (Quartz & Sejnowski, 2002; Buchele & Rutan, 2017). Vėliau pradines tokių asmenybių kaip Mahler, Klein, Bowlby ir Kohut mintis papildė naujesni tyrinėjimai ir dar labiau įtvirtino neuromokslas, pagrįsdamas prieraišumo elgesį biofiziologiniais mechanizmais ir parodydamas, kad centrinė nervų sistema nėra savarankiška, uždara sistema, o, veikiau, atviro grįžtamojo ryšio ciklas, kuriam reikia išorinės reguliacijos iš kitų socialinių žinduolių, kad galėtų veikti efektyviai (Cozolino, 2006). Visi socialiniai žinduoliai reguliuoja vienas kito fiziologiją ir modifikuoja nervų vidinę struktūrą per sinchroninį apsikeitimą emocijomis. Tokie interaktyvūs santykiai yra prisirišimo pagrindas (Cozolino, 2006, Schore & Schore, 2008). Šių atradimų šviesoje naujai suskambėjo prieš 36 metus Kohut išsakytos mintis, kad didžiausia psichoterapijos jėga yra ryšio tarp paciento ir terapeuto stiprumas. Kohut (1984) manė, kad pacientui sveikstant, mažėja poreikis reguliuoti savo emocijas išskirtinai santykyje su terapeutu, progresuoja paciento gebėjimas sukurti sveikus santykius už terapinės aplinkos ribų, kuris ilgainiui tampa įgūdžiu. Tad žvelgiant iš „santykių“ psichologijos perspektyvos, visi metodai ir būdai siūlomi skirtingų terapijų mokyklų yra antraeiliai, palyginti su terapeuto siūlomais santykiais individualioje terapijoje arba sutelktumu grupinėje terapijoje. Tyrimų įrodymai palaiko įsitikinimą, kad geras TS ar grupės sutelktumas turi didelę įtaką teigiamiems gydymo rezultatams (Safran & Muran, 2000; Frie, 2015; Lambert & Barley, 2001; Norcross, 2011). Lambert ir Barley (2001), kalbėdami apie terapijos efektyvumą, TS priskyrė 30 % svarbos, neterapiniams ir kliento veiksniams (kliento motyvacijai, ligos sunkumui, aplinkos palaikymui) jie priskyrė 40 %, kitiems dviems – lūkesčiams ir konsultavimo technikoms – po 15 %. Norcross (2011) teigimu, geras TS yra centrinis terapijos aspektas, užkertantis kelią ankstyvam terapijos nutraukimui, pagreitinantis sveikimo procesą ir padidinantis kliento pasitenkinimą paslaugomis. Kaip TS padeda gana pragmatiškai įvardino Kočiūnas: *konsultanto ir kliento bendravimo pobūdis atspinti kliento santykių su kitais žmonėmis ypatybes, jo bendravimo stilių ir stereotipus, tad per kliento ir terapeuto interakcijas, jų*

metu kylančius jausmus tiek terapeutui, tiek klientui tampa akivaizdesnės ir aiškesnės problemų šaknys ir jų sprendimo būdai (Kočiūnas, 1995; Bugental, 1992). Dar giliau žvelgia Frie (2015), išskeldamas egzistencinius TS aspektus. Cituodamas Biswanger, Buber ir kitus autorius, jis apibendrina, kad idealiu atveju, terapija – tai dviejų žmonių intymus emocinis susitikimas, dalinantis tarpusavyje savo patirtimi ir egzistencija. Tokio betarpiško, priimančio ir mylinčio santykio plotmėje klientas įgauna naują buvimo ir buvimo santykių patirtį, galimybę pažvelgti į savo gyvenimą naujai, galbūt kitaip, galbūt kažką keičiant. Tampa svarbu ne tai, kas *buvo*, o tai, ko *niekada nebuvo* (nuoširdus ryšys, kurio anksčiau klientas buvo nepatyręs) (Frie, 2015; Bugental, 1992). Šia prasme Frie pozicija yra artima Kohut ir jau minėtų neuromokslų atstovų mintims, kad pats santykis savaime atlieka svarbias emocijų reguliacines funkcijas. Jei kitas gali išbūti su mano emocijomis, ir aš galiu. Šį procesą gražiai aprašo Rogers (cit. iš Kočiūnas 1995): *Aš patikrinau, kad kai jauti psichologinį distressą ir kas nors išklauso tavęs nevertindamas, nemėgindamas prisiimti atsakomybę už tave, nesiekdamas ką nors suformuoti tavyje, jautiesi beprotiškai gerai. Tai iš karto nuima įtampą. Tai leido man priimti anksčiau mane gąsdinusius jausmus, kaltes, neviltį, painingą, kurie buvo mano patyrimo dalis*. Abu, pragmatinius ir egzistencinius TS aspektus, regis, sujungia Gudaitė (2008), rašydama, kad santykių su kitu žmogumi formuojasi realistiškas savęs ir pasaulio vaizdas, kyla motyvacija keistis, o kartu „*gilus santykio su kitu žmogumi išgyvenimas atveria asmens esmę ir padeda surasti gyvenimo prasmę*“.

Šioje vietoje, verta paminėti, kad toks betarpiškas TS suvokimas yra būdingas, veikiau, egzistencinėms terapijos kryptims. Skirtingose terapinėse mokyklose TS svarba, jo vaidmuo ir siūlomi santykio kūrimo metodai skiriasi (Gudaitė, 2008, Kočiūnas, 1995). Kognityvinėse ir elgesio TS sudaro prielaidas klientui keistis, į klientą orientuotose ir egzistencinėse terapijose priimta manyti, kad pats TS savaime keičia klientą, o psichodinamiškai orientuotose kryptyse TS sudaro darbo turinį (Kočiūnas, 1995). Nepaisant tam tikrų psichoterapijos mokyklų skirtumų, regis, dėl TS svarbos daugiau ar mažiau sutariama visose, o esminiai TS bruožai skirtingose mokyklose labiau panašūs nei skirtingi.

*TS svarba „gimė“ kartu su „santykių terapijos“ kryptimis ir išaugo kartu su neurologiniais tyrimais, patvirtinusiems santykių kaip emocijų reguliacijos priemonės svarbą. Galimybė „išventiliuoti“ susikaupusius jausmus ir mintis malšina įtampą ir padeda priimti save (jei mane gali besąlygiškai priimti kitas, tai ir aš galiu). Terapijoje TS taip pat tarnauja kaip tiltas į didesnę kliento turimų sunkumų įsisąmoninimą, nes per terapeuto ir kliento interakcijas aiškėja kliento turimas įsitikinimų ir elgesio*



*bagažas. Toks išsiplėtęs matymas tampa tikruoju pokyčių veiksmu, nes leidžia patirti ir pabandyti naujus buvimo pasaulyje modelius.*

### **1.2.2. Specifinės terapinio santykio charakteristikos**

Ryšio mezgimas ir tarpusavio santykių vystymasis yra universalus reiškinys bet kurioje tarpasmeninio bendravimo situacijoje, nepriklausomai nuo sąmoningų intencijų jį kurti ar nekurti (Kujalienė ir Sausaitis, 2014). TS ne išimtis – jis kuriasi nuo pirmų susitikimo minučių, visgi, kaip pastebi Kočiūnas (1995), šis išgyvenamas intymumas yra specifiškas: jis asimetriškas, formalus ir trumpas, lyginant su visu kliento gyvenimu, bet tuo pačiu dažnai artimesnis ir gilesnis už bet kurį kitą ryšį dėl didelio atvirumo. Kliento asmeninės savybės, būsenos, lūkesčiai neišvengiamai veikia TS, jo noras bendradarbiauti, gebėjimas pasitikėti terapeutu yra svarbūs TS kūrimo, vis tik, didesnę atsakomybę už TS kūrimą neša terapeutas (Gudaitė, 2008, Krause, Altimir, & Horvath, 2011, Kočiūnas, 1995). Kaip taikliai apibūdina Gudaitė (2008), terapeutas turi būti tiek santykyje, tiek šalia jo, turi gebėti tinkamu laiku įsitraukti (būti katalizatoriumi) ir atsitraukti (kad galėtų analizuoti), kitaip tariant, terapeutui reikia nuolat stebėti psichoterapinio proceso visumą ir ją valdyti. Tam reikia daug asmenybinių ir profesinių kompetencijų. Daugelio autorių darbuose galima pastebėti minimus tuos pačius terapeuto kompetencijos aspektus: nuoširdumą, empatiją, kompetenciją, paramą, pagarbą, gebėjimą klausytis, konsultacijos laiko valdymą, ribų kūrimą ir t. t. (Gudaitė, 2008; Krause et. al., 2011, Kočiūnas, 1995; George ir Gristiani, 1981; Norcross, 2011). Vis tik, reikia pastebėti, kad šie elementai nėra absoliutūs. Pasak Kočiūno (1995), jie yra labiau siekiamybė, nes TS nuolat kinta: realybėje pakanka, kad jie dominuotų ne absoliučiai, o per daugelį konsultavimo momentų. Apie TS dinamiką kalba ir Gudaitė (2008), paminėdama, kad būtent dėl nuolatinės ir greitės TS kaitos, TS tyrimai tampa sudėtingi. Be dinamiškumo išskiriami ir kiti TS bruožai tokie kaip tarpusavio bendradarbiavimas, emocionalumas (labiau tyrinėjami jausmai, o ne kognicijos), intensyvumas (atsirandantis dėl didelio atvirumo) (George ir Gristiani, 1981; Bugental, 1992; Gudaitė, 2008). Gudaitė akcentuoja ir sąmoningų, intrapsichinių procesų (perkėlimo, kontraperkėlimo) svarbą TS procese.

*Autoriai išskiria, kad TS yra specifiškas savo gilumu, formalumu ir asimetriškumu; jame didesnė atsakomybė tenka terapeutui, jo gebėjimui įsitraukti – suprasti, gerbti klientą, teikti paramą – ir tuo*

*pačiu atsitraukti – analizuoti, nustatyti ribas. Visgi, šie reikalavimai yra labiau siekiamybė, nes realybėje TS nuolat kinta.*

### **1.3. Terapinis santykis pagalbos žmonėms, sergantiems valgymo sutrikimais, procese**

#### ***1.3.1. Valgymo sutrikimų gydymo būdai***

VS gydymui daugiau ar mažiau sėkmingai taikomas medikamentinis gydymas, hospitalizacija, psichoedukacinis gydymas ir įvairios terapijos: kognityvinė, elgesio, šeimos, meno, grupinė (Ramjam, 2004; Gabbard, 2014; Fairburn, 1995). Literatūroje gausu bandymų lyginti įvairius pagalbos būdus tarpusavyje. Pvz., Ciano ir kiti nurodo, kad tiek psichoedukacinės grupės, tiek psichoanalitinė terapija yra vienodai veiksmingos PS gydymui, tik ugdo skirtingas kompetencijas: psichoedukacija mažina aleksitimiją, o psichoanalizė didina tarpasmeninių santykių kompetencijas (Ciano, Rocco, Angarano, Biasin & Balestrieri, 2002). Kiti autoriai daro išvadą, kad individuali palaikomoji terapija, orientuota į savasties stiprinimą, ir šeimos terapija yra veiksmingesnės NA ir NB gydymui nei kognityvinė elgesio terapija ar tiesiog edukacija apie mitybą (Bachar, Latzer, Kreitler, & Berry, 1999; Gabbard, 2014). Gausus tyrėjų būrys teikia pirmenybę į santykį su savimi ir kitais orientuotoms terapijoms (Lamoureux & Bottorff, 2005; Lambert & Barley, 2001). Fairburn (1995) nurodo, kad visi gydymo būdai turi tam tikrą ribotumą ir yra daugiau mažiau veiksmingi: kertiniu aspektu tampa ne tiek gydymo būdas, kiek paciento motyvacija sveikti. Fairburn (1995) siūlo pakopinį gydymą, kuomet pradedama nuo savigydos be specialisto pagalbos, nepavykus – su specialisto pagalba, trečias lygis yra kognityvinė elgesio terapija, o nepavykus ir pastarajai, tenka ieškoti kitų gydymo galimybių (Fairburn, 1995). Vitousek ir Gray (2005) pastebi, kad paciento gyvybės išsaugojimas yra svarbiau už ištikimybę konkrečiai terapinei kryptčiai ar gydymo būdai, tad verta taikyti įvairias eklectines technikas. Gausi tyrėjų grupė teigia, kad gydymas turėtų būti daugiakryptis ir apimti tiek tinkamos mitybos atstatymą, tiek simptomų kontrolę, tiek sąmoningumo didinimą psichoterapijos pagalba (Gabbard, 2014; Treasure et. al., 2017; Fogarty & Ramjam, 2016; Dawson et. al., 2014; Federici & Kaplan, 2008). Vien mitybos atstatymas, nekoreguojant su mityba susijusių emocijų, mąstymo būdų ir nesant palaikančių santykių yra neefektyvus. Kita vertus, be mitybos atstatymo, psichoterapinė pagalba tampa neįmanoma, nes dėl mitybos disbalanso stipriai sutrikdomi kognityviniai procesai ir įprastai smegenų veiklai, tiesiog, nepakanka energijos (Treasure et.

al., 2017). Yra tyrėjų, kurie, apskritai, yra labai skeptiški bet kokiai pagalbai, vertindami ją kaip mažai efektyvią (Ben-tovim et. al., 2001).

Duomenys dėl VS eigos ilgalaikėje perspektyvoje taip pat skirtingi. Sullivan ir kiti nurodo, kad nepaisant didelio atsparumo gydymui, ilgalaikėje perspektyvoje NA gydymas duoda rezultatų ir po 12 metų nuo pradinio pagalbos kreipimosi, tik 10 procentų pacientų atitinka NA kriterijus, nors dalis vis dar kenčia nuo perfekcionizmo ir mažo svorio (Sullivan, Bulik, Fear, & Pickering, 1998). Naujesni tyrimai mažiau optimistiški. Ben-tovim ir kt. (2001) fiksuoja, kad po 5 metų daugiau nei pusė (53 proc.) NA, 74 proc. NB ir 78 proc. pacientų, sergančių nepatikslintu VS, nebeatitiko diagnostinių VS kriterijų. Steinhausen (2002) įvardina, kad mažiau nei pusei sergančiųjų NA su laiku pagerėja. Treasure ir kt. (2017) apibendrina, kad vidutiniškai liga trunka 6-12 metų. Ligos eiga bėgant metams sudėtingėja, tačiau, nepaisant to, net ir ilgą laiką sergantys pacientai turi šansų pasveikti. NA kur kas sunkiau pasiduoda gydymui nei NB ir PS (Vitousek & Gray, 2005), o didžiausią susirūpinimą kelia chroniški NA atvejai: jie rodo ekstremaliai aukštą pokyčio ambivalenciją ir yra prisirišę prie ligos simptomų (Wonderlich et. al., 2012).

*Tyrimų rezultatai – gana skirtingi: nuo besiskiriančių duomenų apie VS baigtį iki skirtingų gydymo būdų prioretizavimo. Ryškiausia tendencija yra taikyti daugiakryptį gydymą, orientuotą tiek į mitybos atstatymą, tiek į sąmoningumo didinimą psichoterapijos pagalba – rekomenduojamos į TS kūrimą orientuotos terapijos kryptys. Geriausios pagalbos gairės, regis, dar neatrastos, tad vis dar yra erdvės ir vertės gilintis į sveikimo nuo VS procesą – jį suprasti, pamatyti gijimo veiksnius ir stabdžius – tam, kad pasiūlyti geriausių pagalbos alternatyvų.*

### ***1.3.2. Terapinio santykio vaidmuo sveikimo nuo VS procese***

Kalbant apie sveikimo nuo VS procesą, reiktų pastebėti, kad dažniausiai mokslininkų atsigavimo vertinimas svyruoja nuo medicininės perspektyvos, kuomet atsigavimas „matuojamas“ simptomų nebuvimu ir normaliu funkcionavimu, iki kasdienės, kuomet atsigavimas yra vertinamas kaip asmeninės kelionės dalis, įgalinimo rezultatas, vedantis prie geresnės gyvenimo kokybės. Abu šie aspektai vienodai svarbūs. Visgi, įvardinti pasveikimo atskaitos tašką yra sudėtinga, nes sveikstama ilgai, liga linkusi atsikartoti, liga pereina sveikimo stadijas, kurios persipynusios tarpusavyje, galimas grįžimas iš vėlesnės į ankstesnę ir pan. (Dawson et. al., 2014). Kiekviena stadija, pasak Dawson ir kitų (2014), gali trukti nuo

kelių iki kelių dešimčių metų, pvz. ilgiausia pirmoji stadija gali tęstis nuo 4 iki 22 metų. Paprastai stadijomis „įrėminamas“ procesas nuo pasipriešinimo sveikimui, negalėjimo, nenoro keistis iki mąstysenos pokyčių ir, galiausiai, savęs kaip atskiro nuo VS, „tikro“, pakankamai gero priėmimo (Lamoureux & Bottorff, 2005, Dawson et. al., 2014). Kiekvienai fazei yra būdingi tam tikri mąstymo dėsningumai, veikiantys aplinkos, aplinkinių suvokimą ir gydymo procesą, pvz., *nepasiruošimo ir negalėjimo keistis fazė* yra lydima susitapatinimo su liga, menko suvokimo apie jos eigą ir priežastis, jausmo, jog esi nesuprastas, netikėjimo gydymo tikslingumu ir didelio streso (Dawson et. al., 2014).

Nemažai autorių tyrinėja sveikimo procesą ir bando išskirti sveikti padedančius veiksnius. Juos galima suskirstyti į vidinius ir išorinius:

- *vidiniai veiksniai*: pasitikėjimas savimi, saviugda, savęs atradimas, priėmimas, gebėjimas toleruoti neigiamas emocijas, motyvacija keistis, valia, dvasingumas, ligos eksternalizavimas, sąmoningumo/įžvalgos/refleksijos galimybių padidėjimas, savi sprendimai (Weaver, Wuest, & Ciliska, 2005; D'Abundo & Chally, 2004; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Nilsson & Hagglof, 2006; Federici & Kaplan, 2008; Lamoureux & Bottorff, 2005).
- *išoriniai veiksniai*: gydymas, veiklos, palaikantys santykiai/jausmas, kad esi suprastas (Nilsson & Hagglof, 2006; Dawson, 2014; Federici & Kaplan, 2008; Hay & Cho, 2003; D'Abundo & Chally, 2004; Button & Warren, 2001).

Nors kai kurie aspektai kiek skiriasi, visuose tyrimuose, kalbančiuose apie sveikimo nuo VS procesą, vienaip ar kitaip išryškėja palaikančių santykių svarba (D'Abundo & Chally, 2004; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Button & Warren, 2001). Parama iš kitų, socialinio gyvenimo tąsa yra svarbus sveikimo nuo VS veiksnys, nes prisideda prie savivertės jausmo palaikymo (D'Abundo & Chally, 2004; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Nilsson & Hagglof, 2006). Kaip apibendrina Fairburn (1995), dėl to sumažėja stresas ir susirūpinimas išvaizda, kas paskatina gijimą. Button & Warren (2001), tyrinėjęs 36 moterų sveikimo nuo NA patirtį, individualią terapiją ir TS kokybę išskyrė kaip svarbiausius sveikimą nulėmusius veiksnius. Neveltui gausus tyrėjų būrys siūlo VS gydymą į santykį su savimi ir kitais orientuotomis terapijomis (Lamoureux & Bottorff, 2005; Bachar et. al.; Lambert & Barley, 2001), teigdami, kad terapijos su „plačiu santykių arsenalu“, grįstos TS kūrimu, autonomijos ir pasirengimo pokyčiams skatinimu yra kur kas efektyvesnės nei atskiras metodų ar procedūrų rinkinys. Apie santykio (įskaitant TS) svarbą emocijų reguliacijos, savęs pažinimo procesams jau rašėme. Panašu, kad tai, apie

ką kalbėjo Kohut (1984), Kočiūnas (1995), Frie (2015) – jog betarpiškame, priimančiame ir mylinčiame ryšyje pacientas įgauna naują buvimo santykių patirtį ir kartu su šia patirtimi atsiranda jėgų keistis, VS atveju – ypač aktualu. Autoriai, tyrinėjantys terapinį procesą su VS sergančiais žmonėmis, itin akcentuoja besąlygišką priėmimą, supratimą, lygiavertiškumą santykiuose ir direktyvumo nebuvimą kaip svarbius TS komponentus (Gabbard, 2014; Treasure et. al., 2017; Dawson et. al., 2014, Lamoureux & Bottorff, 2005). Dawson ir kt. (2014) pastebi, kad kaltinimai, gąsdinimai, spaudimas ir bausmės iš aplinkinių pacientų suvokiami kaip empatijos stoka, nesupratimo, kaip jie jaučiasi, ženklas ir sukelia priešingą efektą – nutolimo nuo kitų jausmą ir aršų pasipriešinimą gydymui. Tuo tarpu, buvimas šalia, besąlygiškas priėmimas ir supratimas padeda sveikti. Gabbard (2014) išskiria tokius svarbius terapijos, dirbant su VS, aspektus kaip spaudimo staigiai pakeisti su valgymu susijusį elgesį nebuvimas, ankstyvų interpretacijų vengimas, kontraperekėlimo stebėjimas ir kognityvinių iškraipų mažinimas. Gabbard (2014), taip pat, akcentuoja, kad interpretacijos, nelogiškų įsitikinimų kvestionavimas turėtų būti pateikiami kiek įmanoma neteisiančiai, kaip hipotezės, galimybės, o ne nurodymai, paliekant pasirinkimą pačiam pacientui. Jam pritaria Lamoureux & Bottorff (2005): švelnūs žodžiai veikia geriau nei konfrontacijos, bandant pakeisti iracionalius NA įsitikinimus. Direktyvumas gali trukdyti užmegzti TS, priminti tėvų ir aplinkos spaudimą, kuomet kažkas kitas dedasi geriau žinantis, ko reikia pacientui. Treasure ir kiti (2017) empatijos ir lygiavertiškumo svarbą VS gydyme aiškina neurologiniais procesais. Jų teigimu, dėl mitybos disbalanso VS sergančiųjų smegenyse gali atsirasti biocheminės pusiausvyros sutrikimai (serotonino, dopamino, oksitocino, kanabinoidų, opiatų sistose), dėl kurių gali padidėti įtarumas, jautrumas nesupratimo, grėsmės, galios ir dominavimo signalams – tampa sunku pasitikėti kitais. Pasitikėjimas yra vienas kertinių sveikimo aspektų, nes didina tikimybę, kad į kitų žodžius, rekomendacijas, alternatyvas bus įsiklausoma (Lamoureux & Bottorff, 2005). Bet koks direktyvumas nepasitikėjimą tik sustiprina, sunaikina paskutinius menkus savigarbos likučius ir tik paskatina VS „kalbėti“ garsiau. Pasak Treasure ir kitų (2017) tokios stacionaruose „pacientų vardan“ vis dar naudojamos priemonės kaip bausmės, privilegijų atėmimas, maitinimas per zondą yra nepadedančios ir tik sukelia ekstremalų pasipriešinimą. Vietoj to terapeutui yra svarbu stengtis pažinti paciento vidinį pasaulį, padėti geriau suprasti paciento jausmus ir elgesį, jo santykius realiame gyvenime ir skatinti tikėjimą, jog galima pasveikti (Dawson, 2014; Hay & Cho, 2003; Fogarty & Ramjan, 2016; Gabbard, 2014; Treasure et. al., 2017).

*Dėl didelės ambivalencijos sveikimo nuo VS procesas užtrunka. Jo sėkmės garantu tampa lėtas ir nuoseklus autonomijos, pasitikėjimo savimi ir pasirengimo pokyčiams skatinimas. Būtent lygiavertis, priimantis, palaikantis TS tampa tuo saugiu uostu, iš kurio neskubant galima išplaukti į pokyčių vandenį.*

#### **1.4. Tyrimo objektas, tikslas ir uždaviniai**

Pasak APA (2013), VS yra dažniausiai pažeidžiamos moterys nuo 12 iki 35 metų amžiaus, tad šio **darbo tikslas** – ištirti kaip TS patiria Lietuvos moterys su VS. Siekiant tyrimo tikslo keliami šie **klausimai**:

1. Kaip terapijoje atsiskleidžia pacienčių TS matymas?
2. Kokie TS momentai pacienčių yra suvokiami kaip padedantys ar trukdantys sveikti?

##### ***Tyrimo objektas***

Motery, sergančių VS, santykio terapijoje patyrimas.

##### ***Tyrimo aktualumas/naujumas***

Tyrėjai sutaria, kad VS apima kur kas daugiau nei vien tik valgymo ir kūno vaizdo problemas – holistinis požiūris į sutrikimo gydymą, įtraukiant psichologinius, medicininius ir elgesio aspektus, yra veiksmingiausias (Treasure, 2017; Fogarty & Ramjan, 2016; Dawson et. al, 2014; Vitousek & Gray, 2005; Federici & Kaplan, 2008). Vis tik, „sudėlioti“ tokį visą apimančią pagalbos planą yra didelis iššūkis psichikos sveikatos specialistams, turint omenyje, kad sveikimo nuo VS procesas yra ilgas (dažnai trunkantis dešimtmečiais) ir nuolat kintantis (Ramjan, 2004; Fogarty & Ramjan, 2016; Dawson et. al., 2014; Lamoureux & Bottorff, 2005). Tokiame ilgame ir daugialypiame procese svarbiu sveikimo veiksniumi ir resursu tampa santykiai, o ypač geranoriški, priimantys, palaikantys santykiai, kokius gali pasiūlyti terapija (Gabbard, 2014, Dawson et. al. , 2014; Federici & Kaplan, 2008; Hay & Cho, 2003), tačiau užmegzti santykį su VS turinčiais pacientais ne visada pavyksta (Ramjan, 2004), tai rodo kad kažkokie subtilūs santykių aspektai lieka neatskleisti. Federici ir Kaplan (2008) pabrėžia pacientų unikalumą ir kalba apie giluminių tyrimo metodų svarbą, kurie galėtų atskleisti pačių pacientų santykio, terapijos, terapeuto, apskritai, pagalbos matymą. Šis matymas svarbus, nes gali katalizuoti, pagreitinti gijimo procesą arba jį sabotuoti ir užtęsti (Hay & Cho, 2003; Fogarty & Ramjan, 2016), tad svarbu

pažvelgti į terapijos, TS santykio dinamiką ne terapeuto, specialisto ar tyrėjo, o paties paciento akimis: nustatyti jam svarbius (ne)gydančius santykio aspektus, jų kaitą ir pobūdį. Svarbu – pažvelgti giliai, visapusiškai, „pačiupinėti“ visus subjektyvius, subtilius patyrimo aspektus, jų nesupaprastinant. Toks yra šio tyrimo tikslas.

## 2. METODOLOGIJA

Šiame skyriuje aprašomi tyrimo metodologijos pasirinkimo motyvai, tiriamieji, tyrimo eiga, etika, kokybės kriterijai.

### 2.1. Tyrimo metodologija, instrumentai ir eiga

#### 2.1.1. Tyrimo metodologijos pasirinkimo motyvai

Kalbant apie tyrimo metodologijos pasirinkimą, norėtusi išskirti du aspektus. Pirma, kokybinė tyrimo strategija yra pajėgesnė atskleisti vidinį žmogaus patyrimą (jo emocijas patirtis, subjektyvų matymą, išgyvenimų spektrą) nei kiekybinė (Gudaitė, 2007). Tai svarbu, nes, kaip taikliai pastebi Braun ir Clarke (2013), neturėtume galvoti ir tikėti, kad yra tik viena teisinga tikrovės ar žinių versija – tai veda prie nesuskalbėjimo (pavyzdžiui, *gražaus kūno, persivalgymo* ir kt. sąvokos VS sergančiųjų požiūriu gali labai nutolti nuo bendrai priimto supratimo apie šiuos konstruktus – mūsų pastaba). Be jau minėto subjektyvumo „pačiupinėjimo“, kokybinė tyrimo strategija leidžia pasižiūrėti į reiškinį be išankstinių nuostatų, užtikrina didesnę atvirumą ir galimybę leisti į detales, tyrinėti reiškinio dinamiką laiko perspektyvoje (Gudaitė, 2007, Patton, 1990).

Kitas aspektas, kurį norėtusi paminėti, yra tas, kad skirtingi autoriai pateikia daugybę skirtingų TS komponentų (Kujalienė ir Sausaitis, 2014), paties pacientų TS vertinimai gali skirtis dėl skirtingų reflektavimo gebėjimų (Dawson et. al., 2014), galų gale, šis dviejų žmonių ryšys yra itin intymus ir patiriamas individualiai, tad tyrinėti jį kiekybiškai gali būti pernelyg redukcioniška. Todėl šiame darbe, tyrinėjant VS sergančių moterų terapinio santykio patyrimą, pasirinkta būtent **kokybinė tyrimo strategija**.

### ***2.1.2. Tyrimo instrumentai***

Tyrimo tikslui pasiekti pasirinktas **teminės analizės metodas**. Nors kai kurių autorių nuomone, teminė analizė yra procesas, kurį naudoja daugybė kitų kokybinių metodų (Ryan & Bernard, 2003), ne visi tyrėjai su tuo sutinka, įvardindami teminę analizę kaip atskirą (Braun & Clarke, 2013; Nowell, Norris, White, & Moules, 2017), o, be to, ir pamatinį (Braun ir Clarke, 2013) kokybinių tyrimų metodą, nes ji suteikia pagrindinius „dirigavimo įgūdžius“ kitoms analizės formoms. Teminės analizės minusai, tokie kaip literatūros trūkumas, dėl didelio lankstumo galimas nenuoseklumas ir kalbos interpretavimo ribotumai (Nowell ir kt., 2017; Attride-Stirling, 2001), regis, nublanksta prieš jos plusus, įskaitant 1) galimybę apibendrinti didelius duomenų kiekius, kurie gali būti surinkti įvairiais būdais, 2) galimybę interpretuoti tiek semantinius, tiek latentinius duomenis, 3) prieinamumą pradedantiesiems tyrėjams, 4) struktūruotą požiūrį į duomenų tvarkymą (Braun & Clarke, 2013). Teminės analizės tikslas yra išskirti, pabrėžti svarbiausias pasikartojančias temas, dėsningumus duomenyse (Braun & Clarke, 2006), o tai sutampa su mūsų šio darbo tikslu – išvelgti dėsningumus VS sergančių moterų terapiniuose patyrimuose. Svarbiausia, ir mums aktualiausia, kad tai lankstus metodas, neapsiribojantis konkrečiomis paradigmomis ir išankstiniu žinojimu, tad leidžia pažvelgti į reiškinį naujai, visapusiškai, pateikti unikalias ir detalias išvagas. Šiame darbe naudosime, būtent, teminę analizę.

### ***2.1.3. Duomenų rinkimo būdai ir eiga***

Duomenys buvo renkami **pusiau struktūruotu interviu**. Pusiau struktūruotas interviu remiasi tiek iš anksto numatytais konkrečiais klausimais, tiek jau tyrimo metu kylančiais, tad, regis, talpina du aspektus – išankstinio pasiruošimo ir atvirumo iškylančioms temoms. Išankstinis temos žinojimas gali padėti parengti logiškus, detalius klausimus ir padaryti interviu išsamesnį ir labiau susistemintą (Rupšienė, 2007; Baker & Edwards, 2012; Ogden & Cornwell, 2010). Neprisirišimas prie iš anksto paruoštų klausimų taip pat praturtina tyrimą; kaip pastebi Ogden ir Cornwell (2010), atviri klausimai, kurie užduodami vėliau interviu, paprastai pateikia turtingesnius duomenis. Šis duomenų būdas pasirinktas ir dėl specifinės intymios TS temos, kuomet tokie duomenų tyrimo būdai kaip stebėjimas, etnografinis tyrimas ar grupinė diskusija, galimai, būtų pernelyg intruizyvūs arba sunkiai įgyvendinami.



Atliekant interviu, tyrėjams dažnai rekomenduojama *piltuvėlio* technika, kai nuo bendrų, plačių dalykų pereinama prie siauresnių (Patton, 1990). Taip pat patariama klausti aiškiai, vienu metu užduoti tik vieną klausimą, pateikti atviro tipo klausimus, laikytis nuoseklios klausimų sekos, įsiterpti minimaliai (Patton, 1990; Wengraft, 2004; Ogden & Cornwell, 2010). Tokia strategija leidžia nesugriauti pasakojimo vientisumo ir išgauti kuo daugiau detalių, nepaveiktų subjektyvių paties tyrėjo asmenybės ir įsitikinimų aspektų (Wengraft, 2004). Visas šias rekomendacijas naudojome tyrime.

Prieš interviu tiriamosios buvo informuotos apie tyrimo tikslus ir eigą, pasirašė sutikimą dalyvauti tyrime (daugiau skyrelyje „Tyrimo etika“). Elektroniniu paštu joms buvo nusiųsta anketa, prašant užpildyti biografinius duomenis ir atsakyti į kelis klausimais, padedančiais geriau suprasti tiriamųjų ligos patirtį: koks sutrikimas yra diagnozuotas, kiek laiko sergama / sirgoma, lankytojų terapijų kryptis, trukmė, subjektyvus terapijos efektyvumas (1 priedas).

Interviu buvo atliekamas internetinių komunikacijos platformų pagalba (esant nepalankiai situacijai dėl COVID pandemijos) ir įrašomas į diktafoną. Tai suteikė galimybę nesiblaškyti pokalbio metu, sutelkti dėmesį į pokalbio turinį, o vėliau pažodžiui jį transkribuoti, neprarandant dalies duomenų, kas pasak Rupšienės (2007), užtikrina geresnę tyrimo validumą.

Interviu pradžioje buvo pasisveikinama, užmezgamas neutralus pokalbis, paklausiant, kaip prasidėjo diena, kaip sekasi „išgyventi“ karantiną ar kodėl nusprendė dalyvauti tyrime ir pan. Vėliau tiriamąsias paragino papasakoti viską, kas joms atrodo svarbu ir įsimintina, kalbant apie turimą / turėtą terapinę patirtį:

*„Papasakokite apie terapijos procesą, kas jums pasirodė svarbu terapijoje ir santykiyje su terapeutu. Kalbėkite tokia seka, kokia norisi, ir tiek, kiek norisi. Aš nepertraukinėsiu, tik užsirašysiu mintis, kurios man pasirodys svarbios: jums baigus kalbėti, norėsiu jas pasitikslinti, užduodama papildomus klausimus“.*

Tiriamosioms iškilus papildomų klausimų, buvo stengiamasi į juos atsakyti, kiek įmanoma mažiau nukreipiant, patikslinama, kad tai atviras klausimas ir galima pradėti nuo to, kas pačioms atrodo reikšminga ir svarbu. Atsiradusių tylos pauzių buvo stengiamasi skubotai nepertraukti, joms užsitęsus paklausoma, ar dar yra kažkas, apie ką norėtųsi papasakoti. Tiriamosioms atsakius, kad jau viskas, buvo pereinama prie antro etapo.

Beklausant pasakojimo buvo stengiamasi pasižymėti viską, kas galėjo pasirodyti įdomu ir verta pagilinti, galvojant apie darbo temą. Antrame etape tiriamosioms buvo užduodami patikslinantys klausimai, kilę pirmojo etapo metu. Klausimų tikslas – kiek įmanoma geriau „pamatyti“ situacijas, susijusias su tiriamųjų jausmais, potyriais ir mintimis, tam, kad pavyktų kuo geriau suprasti turimą pasaulio vaizdą, pvz.: „*Sakėte, kad jautėtės terapeuto nepriimta. Gal galite papasakoti konkrečią situaciją (-as), kuomet jautėtės nepriimta?*“. Stengiantis kiek įmanoma mažiau paveikti unikalų tiriamųjų pasaulėvaizdį, klausimai buvo pateikiami tuo pačiu eiliškumu, koku jie iškilo tekste ir formuojami, naudojant tas pačias formuluotes, kurias pateikė tiriamosios. Jei atsakymų metu iškildavo naujų klausimų ir temų, pirmiausia buvo aptariamoms jos, o tada pereinama prie kitų suplanuotų klausimų. Tiriamosioms atsakius į visus klausimus, buvo pereinama prie trečiojo etapo, kuomet buvo pateikiami klausimai, mūsų manymu, galintys identifikuoti svarbius terapijos momentus:

- *Kokie terapijos momentai jums pasirodė labiausiai padedantys sveikti?*
- *Kokie terapijos momentai jums pasirodė mažiausiai padedantys sveikti?*
- *Kokius terapijos momentus išskirtumėte kaip lūžio taškus? Kada ir kaip jie įvyko?*

Tiriamosioms atsakius į visus klausimus, buvo pasitikslinama, ar dar yra kažkas, ką norėtųsi papasakoti, pasidalinti, aptarti. Atliepus šiuos lūkesčius, buvo padėkojama ir pokalbis buvo baigiamas.

Tam, kad būtų galima, kiek įmanoma geriau suprasti tyrėjo subjektyvumo įtaką rezultatams, daugelis autorių vienoje ar kitoje tyrimo stadijoje rekomenduoja rašyti savirefleksiją (Braun ir Clarke, 2013; Attride-Stirling, 2001; Wengraft, 2004; Morkevičius, Telešienė ir Žvaliauskas, 2008). Remiantis šiomis rekomendacijomis iš karto po interviu buvo rašomas tyrėjo dienoraštis, užsirašant kilusius jausmus, mintis, pastebėjimus (ištraukos pateikiamos skyriuje „Savirefleksija: temos pasirinkimo motyvai ir tyrimo eigos patyrimas“).

Literatūroje nurodoma, kad interviu sėkmė priklauso nuo daugybės aspektų: jau minėtos klausinėjimo technikos, laiko, vietos, tiriamojo motyvacijos, santykio tarp tiriamojo ir tyrėjo, fiksavimo būdų ir t. t. (Rupšienė, 2007). Itin svarbus yra tiriamojo ir tyrėjo ryšys, kurį kurti padeda tyrėjo neverbaliniais ir verbaliniais ženklais rodomas tiriamojo pripažinimas, pagyrimas, kompetencijos vertinimas, nuoširdus klausymasis, empatija, ekspresija, aiškus lūkesčių išsakymas ir kt. Visi šie aspektai padeda patenkinti tokius tiriamojo lūkesčius ir poreikius kaip pripažinimo, altruizmo, užuojautos, naujos

patirties, prasmės siekio ir didina motyvaciją atsiskleisti (Rupšienė, 2007). Šių rekomendacijų laikėmės darbe.

Apie tai, kad tyrėjo intervencija interviu metu bus minimali, tiriamosios buvo informuotis iš anksto: „*Interviu metu aš kalbėsiu minimaliai, bet baigus, galėsite paklausti, ko jums norisi, pakalbėti apie dalykus, apie kuriuos jums norisi pakalbėti šiuo metu*“. Pokalbio palaikymą neverbaliniais ir verbaliniais pritarimo ženklais, tokiais kaip galvos linktelėjimas, šypsena, pagyrimas, perfrazavimas, pakartojimas, naudojome nuolat. Tiriamosioms baigus kalbėti apie terapinę patirtį, kaip ir žadėta, buvo paklausama, kaip jos jaučiasi po pokalbio, ar kilo naujų išvalgų, ar yra klausimų, dalykų, temų, kuriomis šiuo metu norėtųsi pasidalinti. Aptarus šias temas, buvo padėkojama ir atsisveikinama.

#### **2.1.4. Tyrimo etika**

Tyrimas buvo atliekamas, laikantis etinių procedūrų. Kaip jau minėjome, tiriamosioms prieš tyrimą elektroniniu paštu buvo nusiųsta trumpa informacija apie tyrimą, nurodant tyrimo tikslus, temą, trumpai apibūdinant eigą (pasakant, kad prašysime pasidalinti viskuo, kas atrodo svarbu kalbant apie terapiją, o vėliau norėsime užduoti keletą patikslinančių klausimų), preliminarią interviu trukmę. Tiriamosios buvo perspėtos, kad pokalbis bus įrašomas, informuotos apie gautų duomenų naudojimo tikslus ir sąlygas, konfidencialumą.

Pateikus šią informaciją, jų buvo prašoma užpildyti sutikimo dalyvauti interviu formą. Rašant darbą, tyrimo dalyvių identifikaciniai duomenys buvo pakeisti nuasmenintais, rezultatai pateikti apibendrinti, kad nebūtų galima atpažinti konkrečių asmenų. Viso interviu metu neverbaliniais ir verbaliniais ženklais rodėme tiriamosioms pritarimą, empatiją, pagarbą. Numatėme, kad interviu metu gali iškilti sudėtingos temos, galinčios sukelti intensyvias emocines reakcijas, tad tyrimo dalyvės buvo iš anksto informuotos apie galimybę po interviu pasikalbėti apie iškilusias temas ir taip gauti emocinę pagalbą ar prireikus nukreipimą pas specialistus. Nors nukreipimo pas specialistus neprireikė, po tyrimo su kiekviena tiriamąja trumpai pakalbėjome apie po tyrimo kilusias emocijas, išpūdžius, naujas išvalgas.

#### **2.2. Savirefleksija: temos pasirinkimo motyvai ir tyrimo eigos patyrimas**

Vienas iš didelių kokybinių ir kiekybinių tyrimų skirtumų yra tas, kad kokybiniuose tyrimuose, atvirkščiai nei kokybiniuose, tyrėjo subjektyvios nuostatos, vertybės, aistros ir t. t. ir jų įtaka tyrimui yra

laikoma, veikiau, tyrimo stiprybe nei silpnybe. Visgi, tyrėjui yra svarbu būti, kiek įmanoma, atviram sau ir kitiems apie tyrimo eigą, o kartu ir temos pasirinkimo motyvus, kad padėti aplinkiniams suprasti galimą subjektyvumo įtaką rezultatams (Braun ir Clarke, 2013; Attride-Stirling, 2001). Tad šiame skyrelyje trumpai pristatysiu temos pasirinkimo kelią ir potyrius tyrimo metu.

VS tematika nuolat „sukasi“ dėmesio lauke, žiniasklaidos priemonėms pertekliniai eskaluojant temas apie fizinį grožį, liekną kūną, dietas. Prisiminiau savo paauglystę, kuomet fizinio patrauklumo tema buvo labai aktuali, o bet kokios pastabos ta linkme buvo labai žeidžiančios. Turiu savo identiteto beieškančią paauglę dukrą, tad pradžioje buvo labai įdomu suprasti sąsajas tarp masiškai eskaluojamo fizinio patrauklumo (dažnai nerealistiško) ir valgymo problemų, numanant, kad labiausiai socialinio spaudimo veikiami turėtų būti jauni, savo tapatumo dar nesuformavę žmonės. Pradėjus domėtis VS tema, o ypač atliekant praktiką Vilniaus m. Psichikos sveikatos centro Valgymo sutrikimų centre, supratimas apie VS labai išsiplėtė. Supratau, kad socialinis spaudimas yra tik viena iš daugelio VS „dėlionės detalių“ – ši liga yra sudėtinga, kompleksinė, apimanti daug psichologinių ir fiziologinių aspektų. Kasdien dirbant su VS turinčiais žmonėmis, kilo viena iš asmeninių įžvalgų, kad šį ligą, galbūt, yra jautrių žmonių liga, tų, kurie yra artistiški, altruistiški, pastabūs, tad viską priima kur kas stipriau, jaučia kur kas intensyviau ir taip „sudega“ anksčiau laiko. Šis gražaus ir jautraus vidinio pasaulio pastebėjimas dar labiau padidino motyvaciją rašyti šį darbą ir padėti VS sergantiems žmonėms rasti tinkamų jiems pagalbos būdų. Kokybinė tyrimo strategija pasirodė tinkamesnė atskleisti vidines patirtis, tad galimybė rašyti kokybinį darbą tapo dar viena motyvacijos dedamąja.

Esu rašiusi ne vieną kiekybinį tyrimą ir visada jčiau, kad „kažko trūksta“, o tas „kažkas“ – tai galimybė pamatyti žmogų, reiškinių plačiaja prasme, o ne atskiras, fragmentuotas jo dalis. Pasak Braun ir Clarke (2013), geram „kokybiniam“ tyrėjui reikalingas polinkis klausti, domėjimasis procesu ir prasme, kritiškas požiūris į visuotines (ir savo, tame tarpe) nuostatas, gebėjimas išskirti esminius dalykus iš didelio informacijos kiekio, pateikti juos įtraukiančiai. Tai atitinka mano įsitikinimus ir asmenybę. Esu smalsus žmogus, linkęs tyrinėti, klausti, kvestionuoti, žvelgti į reiškinius visapusiškai, tad kokybinė tyrimo strategija pasirodė man labai patraukli. Vis tik, turiu pripažinti, kad lengva nebuvo. Pandemijos metu teko susidurti su pasikeitusia („online‘ine“) tiriamųjų paieškos ir komunikavimo su jais realybe ir iššūkiiais, ne kartą kilo pasimetimas, susidūrus su įvairiomis kokybinių tyrimų instrumentų variacijomis, dideliu jų lankstumu, painiava dėl darbo kokybės kriterijų. Nebuvo paprasta išskirti geriausias duomenis atspindinčias temas – teko ilgai pasukti galvą, tačiau, finale, jaučiuosi, kad pavyko atskleisti ir perteikti

pagrindinius svarbius temos aspektus. Norisi tikėti, kad šis tyrimas prisidės prie efektyvesnės pagalbos suteikimo VS sergantiems žmonėms. Žvelgiant iš asmeninės perspektyvos, moterų dalinimasis savo patirtimi suteikė daug naujų įžvalgų ir atradimų, pasijutau lyg pati gavusi netikėtą dovaną, kuria labai džiaugiuosi.

### 2.3. Tyrimo dalyviai

Pasak Rupšienės (2007) dėl išvadų generalizavimo specifikos, skirtingai nei kiekybiniuose tyrimuose, kokybiniuose tyrimuose imties sudarymui reikia naudoti ne tikimybine atsitiktinę atranką, o atvirkščiai – pasirinkti tikslinius atvejus. Patton (1990) įvardina net 16 tikslinės atrankos sudarymo būdų, kuomet gali būti tiriami tiek ekstremalūs, tiek tipiški, tiek maksimaliai įvairūs atvejai ir daugelis kitų. Mūsų atveju buvo taikyta „sniego gniūžtės“ atrankos strategija, veikianti informacijos perdavimo iš lūpų į lūpas principu. Tyrimo dalyvių buvo ieškoma ribotoje, tikslinėje populiacijoje, buvo kreipiamasi į organizacijas, dirbančias su VS, savipagalbos grupes, pasitelkiami specialūs tinklaraščiai ir asmeniniai kontaktai.

Taikyti du atrankos kriterijai:

- diagnozuotas VS, užtikrinantis, jog pacientų patiriami sunkumai yra daugiau mažiau lygiaverčiai, tad jų sistemimas yra logiškas;
- lankyta terapijos trukmė bent 3 mėnesiai. Ši trukmė pasirinkta todėl, kad TS kūrimas yra individualus, kintantis procesas – per ilgesnį laiką galima patirti daugiau įvairių jo aspektų.

Buvo surinkta 4 moterų imtis (1 lentelė). Moterų amžius svyruoja nuo 23 iki 39 metų, visos jos turi aukštąjį (ne)universitetinį išsilavinimą, dviejų diagnozė – nervinė anoreksija, vienos – nervinė bulimija, dar vienai yra diagnozuotos abi šios ligos – nervinė anoreksija ir nervinė bulimija. Moterys nurodo VS sirgimo trukmę nuo 2 iki 19 metų su atkryčiais ir remisijomis. Trys iš keturių moterų serga VS daugiau nei dešimtmetį ir tik viena, jauniausia, įvardina serganti 2 metus, bet, kol kas, nėra įsitikinusi savo pasveikimu. Trys moterys iš keturių įvardina gretutinius susirgimus (visos trys – depresiją, dvi – ir kitus). Visos tiriamosios turi gydymo stacionare patirtį ir įvairialypę, skirtingų kryptių terapinę patirtį, kurią interviu metu pateikė apibendrintai, lygindamos tarpusavyje. Apdorodami rezultatus tyrinėjome ne atskirų terapijų patyrimą, o visuminį vientisą skirtingų specialistų, skirtingų metodų, pagalbos būdų patyrimą, taip, kaip jis ir atsiskleidžia pasakojimuose. Tokia darbo kryptis turi ir plusų ir minusų –

daugiau apie tai (ir apie imties specifikos įtaką tyrimo rezultatams) skyriuje „Darbo privalumai, ribotumai ir praktinės rekomendacijos ateities tyrimams“

## 2.4. Duomenų analizė

Duomenys teminės analizės plotmėje paprastai yra analizuojami dviem būdais: indukciniu ir deduciniu. Indukcinės teminės analizės atveju kodai ir temos yra fiksuojami tarsi, „išplaukiantys“ iš pačių duomenų (Patton, 1990), o ne ieškomi ir parengiami, atsižvelgiant į jau egzistuojančias teorijas ir konstruktus (deducinis būdas). **Indukcinis teminės analizės būdas** nesusiaurina rezultatų, suteikia galimybę „pamatyti“ naujas unikalias temas, tad darbe buvo identifikuojami visi teksto fragmentai, galintys padėti atsakyti į klausimą apie TS patyrimą. Skirtingi autoriai nurodo įvairius duomenų analizės etapus, remiantis teminės analizės metodu (Attride-Stirling, 2001; Joffe, 2012; Braun & Clarke, 2006), kai kurie eina dar giliau ir bando atrasti geriausias temų išskyrimo technikas, jų plusus ir minusus (Ryan & Bernard, 2003). Darbe pasirinkome remtis Braun & Clarke (2006, 2013) nurodytomis gairėmis dėl jų populiarumo mokslinėje literatūroje ir išsamumo Duomenų analizė vyko šiais etapais:

**1. Duomenų transkripcija.** Kaip apibendrina Morkevičius ir kt. (2008), nėra vienos universalios transkribavimo sistemos visiems atvejais. Transkripcija gali apimti tiek verbalinę informaciją (specifinę kalbos struktūrą, posakius, tarmes), tiek neverbalinę (kūno kalbą, emocijas, pauzes, intonacijas, toną), o išsamesnė transkripcija, be abejo, yra susijusi su didesnėmis laiko sąnaudomis ir nebūtinai yra tikslinga. Tyrėjui verta pačiam nuspręsti, kokią informaciją verta transkribuoti, atsižvelgiant į tyrimo tikslus. Paprastai kokybiniuose tyrimuose tiksli verbalinė informacija ir kai kurie neverbaliniai ženklai yra pageidautini (Clarke & Braun, 2006), tad duomenis transkribavome pažodžiui. Iš neverbalinių niuansų fiksavome tylos pauzes, paraverbalinį elgesį (juoką, atodūsius ir t. t.) ir ryškius intonacinius pokyčius, nes tai gali būti svarbi nuoroda į vidinį jausmų pasaulį. Taip pat žymėjome neaiškiai pasakytus, nepilnus, nesuprantamus žodžius, kad būtų lengviau atsekti teksto prasmę. Konkretūs tekste nurodyti žmonės, vietovardžiai buvo keičiami į bendrinius konfidencialumo tikslais. Transkripcijos sistema pateikiama 2 lentelėje. Transkripcija vyko, naudojantis nemokama „Express Scribe Transcription Audio player“ kompiuterine sistema.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių duomenys (vardai pakeisti)

Diagnozė (-ės), VS trukmė	Terapijų kryptis ir trukmė, kiti gydymo būdai (eiliškumas nuo anksčiausios)
<b>Tiriamoji – Agnė, 39 m., išsilavinimas – aukštasis neuniversitetinis, gyv. vieta – didmiestis, interviu trukmė – 63 min.</b>	
<p>Netipinė nervinė anoreksija (diagnozuota 2 kartus) Nervinė bulimija (diagnozuota 2 kartus).</p> <p><u>Gretutinės</u>: šizoafektinis sutrikimas / depresijos tipas (diagnozuota 3 kartus), šizoafektinis sutrikimas / mišrus tipas, koma, tyčinis apsinuodijimas vaistais, tyčinis savęs žalojimas peiliu.</p> <p>VS serga nuo 2002 iki dabar; per tą laiką buvo kelios remisijos. Iš viso serga <b>18</b> metų.</p>	<p>Egzistencinė – 2 mėn. Psichodinaminė – 2 m. 7 mėn. Psichodinaminė – 10 mėn. Psichologo konsultacijos – 4 mėn. VS palaikomoji grupė (su studente, sirgusia VS) – 1 m. 2 mėn. Geštalto – 6 mėn. ir dar tęsiasi (interviu metu dar nebuvo pasibaigusi). VS palaikomoji grupė (psichodinaminės krypties; interviu metu dar nebuvo pasibaigusi).</p> <p><u>Kiti gydymo būdai</u>: Valgymo sutrikimų centre (5 kartus), Universitetinės ligoninės psichosomatiniame skyriuje, Vilniaus miesto PSC Konsultaciniame ir Krizių intervencijos skyriuose (3 kartus), „Minesotos“ programoje (2 kartus).</p>
<b>Tiriamoji – Viltė, 23 m., išsilavinimas – aukštasis neuniversitetinis, gyv. vieta – didmiestis, interviu trukmė – 81 min.</b>	
<p>Nervinė anoreksija. <u>Gretutinė</u>: depresija.</p> <p>VS serga <b>2-2,5</b> metų. Šiuo metu pasitaiko liguistų minčių apie maistą, valgymą, tačiau svoris yra normalus.</p>	<p>Grupinė terapija – 2,5 mėn. Psichoanalitinė – 10 mėn. (interviu metu dar nebuvo pasibaigusi).</p> <p><u>Kiti gydymo būdai</u>: Valgymo sutrikimų centre (2 kartus).</p>
<b>Tiriamoji – Gailė, 27 m., išsilavinimas – aukštasis, gyv. vieta – didmiestis, interviu trukmė – 64 min.</b>	
<p>Netipinė nervinė anoreksija</p> <p><u>Gretutinės</u>: klinikinė depresija, generalizuoto nerimo sutrikimas.</p> <p>Oficialiai diagnozuota prieš maždaug 3 metus, bet VS serga <b>14-15</b> metų (įskaitant atkryčius ir remisijas).</p>	<p>Individuali (kryptis nežinoma) – 3 mėn. KET individuali terapija – 5 mėn. Grupinė terapija – 5 mėn. Psichoanalitinė – 1 m. 6 mėn. (interviu metu dar nebuvo pasibaigusi).</p> <p><u>Kiti gydymo būdai</u>: Valgymo sutrikimų centre.</p>
<b>Tiriamoji – Saulė, 34 m., išsilavinimas – aukštasis, gyv. vieta – didmiestis, interviu trukmė – 37 min.</b>	
<p>Netipinė nervinė bulimija. VS serga <b>19</b> metų.</p>	<p>Psichodinaminė (nėra tikra dėl krypties) – 1 m. Psichodinaminė (nėra tikra dėl krypties) – 6 sav.</p> <p><u>Kiti gydymo būdai</u>: Valgymo sutrikimų centre (2 kartus).</p>

2 lentelė. *Transkripcijos sistema*

..	Trumpa pauzė
...	Vidutinio ilgio pauzė
(pauzė)	Ilga pauzė
(verkia), (graudinasi)	Kalbėjimą lydintys reiškiniai: mimikos, ekspresijos, veiksmai
(nesuprantama)	Nesuprantama formuluotė
(gražiai?)	Spėjama formuluotė
<u>Užtikrintai</u>	Ryškus akcentas, didesnis balso garsumas
[profesija], [ligoninė] [išimta konfidencialumo tikslais]	Konfidencialumo tikslais subendrinti identifikaciniai duomenys, pvz. „mokytoja“, „Santaros klinikos“; išimtos teksto dalys, kur kyla grėsmė atpažinti žmones

**3. Kodavimas.** Nuosekliai gilinantis į tekstą, tam tikram prasminiam teksto vienetui buvo suteikiamas apibūdinimas (kodas). Buvo stengiamasi koduoti kuo smulčiau, kai kuriems fragmentams priskiriant kelis kodus. Atskiruose interviu kai kurie kodai kartojosi, kiti buvo pavieniai. Kodavimo pavyzdys pateikiamas 2 priede.

**4. Kodų jungimas į grupes/ galimų temų paieška.** Šiame etape buvo ieškoma pasikartojimų ir ryšių tarp išskirtų kodų, stengiantis apjungti juos į galimas grupes, pvz., kodai „*jausmas, kad terapeutė neįsiklauso*“, „*jautėsi terapeutės neišgirsta*“, „*buvimo nesuprastai jausmas*“ ir kt. buvo sujungti į grupę „*Neišgirsta ir nesuprasta terapijoje*“, o „*terapeuto priėmimas ir supratimas*“, „*mėgaujasi, kai ją supranta*“, „*gera jausti gydytojų empatiją*“ ir kt. į grupę „*Empatijos svarba: išgirsta ir suprasta terapijoje*“. Vėliau abi šios grupės buvo apjungtos į potemę „*Įsiklausymas, supratimas ir empatija*“.

**5. Potemių išskyrimas.** Pasak Braun & Clarke (2006), potemių ir temų išskyrimas yra tyrėjo sprendimas, atsižvelgiant į tyrimo tikslus. Tam tikri kodai gali būti dominuojantys keliuose arba viename interviu. Potemės, temos išskyrimo „raktas“ yra labiau ne kiekybiniai parametrai, o jos numatoma svarba tyrimo klausimui (Braun & Clarke, 2006). Mūsų darbe didžiojoje daugumoje potemių yra visoms 4 tiriamosioms priklausantys kodai ir tik 4 potemės jungia 3 tiriamųjų kodus, tačiau jose iškylančios temos pasikartoja tame pačiame interviu ne vieną kartą, kas leidžia numanyti jų svarbą ir vertę išskirti.



Potemėms buvo suteikiamas pavadinimas, priskirti jas sudarantys kodai, išrinktos jas atitinkančios citatos. Visas potemių sąrašas pateikiamas 3 priede.

6. **Temų sudarymas.** Šiame etape potemės buvo dar kartą detaliai peržiūrėtos, kai kurios pašalintos, kitos pervadintos, sujungtos į temas. Temos buvo peržiūrėtos, remiantis vidinio (ar temos vientisos, neprieštaraujančios tarpusavyje) ir išorinio (ar pakankamai skiriasi nuo kitų temų) homogeniškumo kriterijumi. Temoms suteikti pavadinimai. Galutinis temų sąrašas pateikiamas skyriuje „Rezultatai“.

## 2.5. Tyrimo kokybės kriterijai

Skirtingai nei kiekybinių, kokybinių tyrimų nauda remiasi ne statistiniu generalizavimu, o naujų idėjų generavimu, kurios prisideda prie reiškinio įvairovės supratimo ir tolesnės teorijų plėtotės. Skiriantis darbo principams, skiriasi ir darbų kokybės vertinimas. Diskusija, kokie kokybės kriterijai turėtų būti taikomi kokybiniuose tyrimuose, rutuliojosi nuo teigimo, kad jokie, iki bandymų atrasti panašius analogus kaip kiekybiniuose (Morkevičius ir kt., 2008; Rupšienė, 2007). Vis tik, pastaruoju metu, dažnai sutariama, kad validumo ir patikimumo (du pagrindiniai kokybės matai kiekybiniuose tyrimuose) kriterijai kokybiniuose tyrimuose galėtų būti taikomi, tik ne „paraidžiu“, o adaptuoti kokybiniam darbo principams (Nowell et. al., 2017; Attride-Stirling, 2001; Braun & Clarke, 2006). Kokybiniuose tyrimuose kokybės akcentai susiję ne su duomenų pakartojamumu, prognozavimu ir pan., o su visapusiškumu, detaliais aprašymais, proceso ir tyrėjo kaip pagrindinio instrumento svarba, induktyviu duomenų nagrinėjimu ir kt. (Rupšienė, 2007). Šioje vietoje reiktų pastebėti, kad susimaišius kokybinių ir kiekybinių tyrimų vertinimo terminologijai, tampa neįtikėtina lengva pasimesti skirtingose tų pačių terminų interpretacijose, sąvokose ir jų lietuviškuose vertiniuose. Pvz., anglišką *reliability* terminą Lincoln & Guba (1985) siūlo keisti į *dependability* atitikmenį kokybiniuose tyrimuose, kuri Morkevičius ir kt. (2008) verčia kaip *patikumumą*, o Rupšienė – kaip *pasikliovimą*. Arba termino *credibility* sutinkami lietuviški vertimai yra *įtikimumas* arba *tikėtinumas*, kurie yra kiekybiniuose tyrimuose naudojamo termino *vidinis validumas* (ang. *internal validity*) atitikmenys. *Išorinio validumo* terminą (ang. *external validity*) kokybiniuose keičia *perkeliamumo* (ang. *transferability*) sąvoka (Morkevičius ir kt., 2008; Rupšienė, 2007). Nepaisant terminų ir sąvokų įvairovės, bendras kokybinių kriterijų principas yra tas pats – parodyti, kad duomenų analizė buvo atlikta tiksliai, nuosekliai, išsamiai registruojant ir sisteminant duomenis, kad skaitytojas galėtų įsitikinti, kad duomenys tiksliai atspindi

realybę, yra, kiek įmanoma, stabilūs ir jais remiantis galima priiminėti sprendimus (Braun & Clarke, 2006; Lincoln & Guba, 1985). Pastarųjų autorių pasiūlyti kriterijai – įtikimumas, patikimumas, perkeliamumas, patvirtinamumas – yra vieni dažniausiai sutinkamų kokybės kriterijų, tad juos ir naudosome darbe.

### **2.5.1. Įtikimumas/tikėtimumas**

*Įtikimumas* (ang. *credibility*) yra kiekybiniuose naudojamu terminu *vidinis validumas* (ang. *internal validity*) atitikmuo. Visų tipų tyrimuose, jis, vienaip ar kitaip, yra susijęs su rezultatų tikslumu ir rodo, kiek tikroviškai tyrėjas identifikavo ir aprašė tiriamą reiškinį, kiek jis atspindi realybę (Morkevičius ir kt., 2008; Rupšienė, 2007). Tyrimas laikomas turintis aukštą įtikimumą, jei jo rezultatai yra lengvai atpažįstami žmonių, susiduriančių su tyrime aprašoma problematika (Cope, 2014). Įtikimumui užtikrinti naudojamos įvairios technikos, tokios kaip trianguliacija, ilgalaikis įsitraukimas, konsultacijos su kolegomis, tiriamųjų įtraukimas ir kt. (Morkevičius ir kt., 2008, Rupšienė, 2007). *Tiriamųjų įtraukimas*, pasak, Lincoln ir Guba (1985), yra vertingiausias įtikimumo matas – jis rodo tyrimo rezultatų sutikrinimą su tiriamaisiais, įsitikinant, kiek tiksliai rezultatai atspindi jų tikrąsias patirtis.

*Tyrimo dalyvių įtraukimo* techniką naudojome darbe. Tiriamosioms buvo nusiųsti preliminarūs tyrimo rezultatai su prašymu juos peržiūrėti ir atsakyti į klausimą: „Ar pateikti tyrimo rezultatai atspindi Jūsų požiūrį į terapiją ir TS? Savo atsakymą, prašau, argumentuokite“. Atsakė trys iš keturių tiriamųjų, atsakymai pateikiami apačioje:

„Sveiki, atspindi. Nelabai turiu, ką pridurti.“

„Perskaičiau tik dalis apie savo pačios patyrimus, tai atrodo, jog taip – viskas atitinka. Nesu tikra, kaip tai reikėtų argumentuoti, nes neturiu jokių naudingų pasiūlymų redagavimui.“

„Labai ačiū už galimybę prisidėti prie Jūsų darbo. Mane sužavėjo, kaip Jūs sugebėjote viską išanalizuoti, apjungti ir išskirti esminius punktus. Remdamasi mūsų patirtimi labai taikliai atskleidėte psichoterapijos svarbą, bei trikdžius. Sutinku su pateikta informacija, neužkliuvo, kad kažkas būtų iškreipta ar neteisingai suprasta. Iš tiesų, būtent, pats terapinis ryšys yra gydantis ir auginantis, todėl labai svarbu atrasti tinkantį psichoterapeutą, kuris gebėtų atliepti tavo poreikius, kad jis būtų lygiavertis, pripažįstantis savo ribotumą, tai stiprina pasitikėjimą ir savęs priėmimą.“

Dar viena technika, didinanti tyrimo įtikimumą yra *ilgalaikis įsitraukimas*. Kuo geriau tyrėjęs yra susipažinęs su tiriamųjų aplinka, kasdienybe, vertybėmis, tuo didesnė tikimybė, kad jam pavyks lengviau atskleisti visą patirčių įvairovę ir pateikti tikslesnes interpretacijas (Morkevičius ir kt., 2008). 4 mėnesių tyrėjos praktika Valgymų sutrikimų centre labai prisidėjo prie VS sergančių žmonių realybės pažinimo, jų sunkumų, įpročių, džiaugsmų pamatymo – tai padėjo ryškiau ir aiškiau atspindėti jų patirtis darbe.

*Mechaninės duomenų įrašymo priemonės*, pasak Rupšienės (2007), taip pat didina tyrimo įtikimumą. Darbe naudojome diktofoną, taip išvengdami dalies duomenų praradimo ir iškraipymo.

### **2.5.2. Perkeliamumas**

*Perkeliamumas* (ang. *transferability*) – tai kiekybiniuose tyrimuose naudojamo *išorinio validumo* (ang. *external validity*) atitikmuo, rodantis rezultatų apibendrinamumą. Kiekybiniuose tyrimuose išorinis validumas rodo, ar konkretaus tyrimo išvadas galima priskirti visai tyrimo aibei, o kokybiniuose tyrimuose perkeliavimo kriterijaus tikslas yra leisti skaitytojui įvertinti, kur ir kaip jis gali panaudoti tyrimo rezultatus savo gyvenime – juos „perkelti“ (Rupšienė, 2007, Cope, 2014).

Paprastai perkeliavimui užtikrinti naudojamas *išsamus aprašymas* (angl. *thick description*), padedantis skaitytojams suprasti tyrimo logiką ir nuspręsti, ar tyrimo rezultatus galima perkelti į kitas situacijas (Morkevičius ir kt., 2008, Rupšienė, 2007). Vadovaujantis šiomis rekomendacijomis, darbe pateikiamas *išsamus taikytų metodų, tyrimo proceso ir analizės aprašymas* (kodėl pasirinkta viena ar kita metodika, kaip buvo renkami duomenys, kaip jie buvo koduojami ir kategorizuojami, tyrėjo vaidmuo procese ir t. t.); šiam aprašymui skirtas visas 2 skyrius.

### **2.5.3. Patikimumas/pasikliovimas**

Patikimumas kokybiniuose (ang. *dependability*), panašiai kaip ir patikimumas (ang. *reliability*) kiekybiniuose, reiškia duomenų pastovumą, stabilumą panašiomis sąlygomis. Tyrimas laikomas patikimu, jei jis gali būti pakartojamas panašiomis sąlygomis ir gaunami tie patys rezultatai (Cope, 2014). Kiekybiniuose tyrimuose patikimumas labiausiai susijęs su patikimu tyrimo instrumentu (tikslus instrumentas – tikslūs rezultatai), kokybiniuose tyrimuose instrumentu yra pats tyrėjas, kurio tikslumo

įvertinti neįmanoma, tačiau patikimumą galima užtikrinti, keičiant tiriamuosius, sąlygas, duomenų rinkimo ir analizės būdus ir žiūrint, ar duomenų stabilumas išlieka (Patton, 1990).

Vienas iš būdų patikimumui užtikrinti yra *vertintojų sutariamumo* (ang. *inter-rated reliability*) procedūra, kuomet pradinis duomenis koduoja keli skirtingi tyrėjai ir žiūrimas jų suderinamumas. Armstrong, Gosling, Weinman, & Marteau (1997) atliktas tyrimas parodė, kad nors duomenys yra neišvengiamai „nuspalvinami“ tyrėjų subjektyvumo, bet dėl pagrindinių temų yra sutariama beveik vienbalsiai. Mūsų atveju du skirtingus interviu kodavome su dviem skirtingais tyrėjais, turinčiais psichologinį išsilavinimą ir pažįstamiems tiek su pagrindiniais temos konstruktais, tiek su kokybinių tyrimų kodavimo specifika. Vėliau kodai buvo peržiūrimi, lyginami tarpusavyje, daromi reikalingi pataisymai. Reikia pastebėti, kad nors skirtingų tyrėjų kodams pasirinkti apibūdinimai neišvengiamai skyrėsi, bet bendras prasmės laukas išliko toks pat, rodantis gana aukštą kodavimo tikslumą.

Pasak Morkevičius ir kt. (2008), patikimumą užtikrinti padeda ir tiksliai apgalvotos visos tyrimo stadijos: tinkami metodai, procedūros, analizės būdai, o šių stadijų *detalus ir išsamus aprašymas* prisideda prie skaitytojų patikimumo įsivertinimo. Apie tai, kad pateikėme išsamų tyrimo metodologijos aprašymą jau minėjoje ankstesniame skyrelyje.

#### **2.5.4. Patvirtinamumas**

*Patvirtinamumas* (ang. *confirmability*) yra susijęs su kokybiniuose naudojamu objektyvumo kriterijumi. Jis reiškia tyrėjo gebėjimą parodyti, kad duomenys yra neutralūs, atspindi dalyvių atsakymus, o ne šališką tyrėjo požiūrį (Cope, 2014).

Patvirtinamumui užtikrinti naudojome dvi Morkevičius ir kt. (2008) išskirtas technikas: *tyrimo rezultatų nagrinėjimą ir progresyvaus subjektyvumo išdėstymą*.

Pirmoji technika remiasi tyrėjų įsivertinimu, kiek rezultatai yra paveikti jo subjektyvios pozicijos. Šiuo tikslu, po kiekvieno interviu dienoraštyje buvo fiksuojamos kilusios mintys ir jausmai. Štai kelios citatos:

*„Prieš susitikimą jutau nerimą dėl ilgalaikės tiriamosios ligos patirties su rimtomis šalutinėmis diagnozėmis. Paskambinus ir pradėjus kalbėti, nerimas išsisklaidė, pokalbis vyko jaukiai, sužinojau daug įdomios informacijos ir įžvalgų. Kontakte jaučiausi gerai. Po tyrimo pakalbėjome apie tai, kas jai buvo*

*svarbu tuo momentu. Jaučiausi, lyg mes viena kitai padėjome: ji man su darbu, aš jai su išsikalbėjimu ir pabuvimu dabartinėje nelengvoje situacijoje.“*

*„Pokalbio metu įsiskaudėjo galvą. Kažkodėl jutau įtampą. Mergina įvardino, kad terapijoje jai įtampą kelia tai, kad ji turi didžiąją laiko dalį kalbėti, o terapeutė tyli. Jutau, kad dabar situacija ta pati, nes jai reikėjo daug kalbėti, o aš tylėjau. Greičiausiai, tai sukėlė jai įtampą, kurią pajutau. Mergina atrodė labai maloni, švelni. Kalbant buvo jausmas, kad ji dar tik pradėjo savo gyvenimo kelionę. Kalbėjo apie daug asmeninių išvalgų, gimusių terapijos metu, mažiau apie sąveiką su terapeutu ir kitus terapijos niuansus.“*

*„Moteris pasirodė gerai reflektuojanti, daug pasakojanti, turinti nemažą terapijos patirtį. Didžioji dalis jos pasakojimo manęs nenustebino. Išryškėjo tokie terapijos aspektai kaip noras, kad specialistui rūpėtų klientas, noras jaustis suprastai ir priimtai. Naujas man buvo pripažinimas, kad išorinė kontrolė yra veiksminga, kai jautiesi nebecontroliuojantis situacijos. Taip pat, kad jau esant geram santykiui, padeda konfrontacija: ilgalaikėje perspektyvoje ji moko nesubyrėti nuo kito žmogaus kritikos. Ši išvalga palietė ir mane, kurį laiką galvojau, kad, matyt, tai tiesa. Po mūsų pokalbio tiriamoji įvardino atradusi naujų dalykų, tad buvo jausmas, kad interviu buvo naudingas mums abiem.“*

*„Jaučiausi lyg dalyvaučiau gyvame pokalbyje su labai jautriu, gražiu ir šiltu žmogumi, kuris atviras, tikras ir pilnas jausmų. Jos patirtis mane palietė. Man atrodė, kad žmogiškai ją jaučiau. Kažką labai atliepė ir mano gyvenime – to betarpiško priėmimo norą... Kalbant apie jos pateikiamą informaciją, man kilo nuojauta, kad tiriamajai sunkiau išreikšti neigiamus jausmus ar nepritarimą kitų atžvilgiu, įskaitant neigiamus terapijos aspektus, tad šie aspektai galėjo būti „suminkštinti“, bet tiek, kiek žmogus gebėjo reflektuoti, tai pasakojimas pasirodė labai nuoširdus.“*

Interviu metu buvo jausmas, kad su visomis moterimis pavyko rasti ryšį, sužinoti naujos naudingos informacijos. Klausant kilo naujų išvalgų, pamąstymų, tačiau nagrinėjant tyrimo rezultatus, nuo savo žinojimo stengėmės atsitraukti, pateikiant autentiškas dalyvių mintis, gausiai naudojant jų citatas, taip kaip rekomenduojama literatūroje (Morkevičius ir kt., 2008; Cope, 2014).

*Progresyvaus subjektyvumo išdėstymo kriterijus reikalauja, jog tyrėjas aiškiai įvardintų savo subjektyvias nuostatas ir patirtis, susijusias su tiriamąja tema, kad vertintojui būtų aišku, iš kokios perspektyvos buvo renkami ir interpretuojami duomenys (Morkevičius ir kt., 2008). Remiantis šiuo*

kriterijumi, darbe detaliai aprašėme subjektyvius šios temos pasirinkimo motyvus ir patį tyrimo patyrimą (Skyrius „Savirefleksija: temos pasirinkimo motyvai ir tyrimo eigos patyrimas“).

### 3. REZULTATAI

Išanalizavus keturių moterų pasakojimus, atsiskleidė 13 potemių, kurias suskirstėme į tris temas: svarbūs TS veiksniai, terapinio proceso, pokyčių patyrimas ir TS visuminės pagalbos kontekste (1 paveikslėlis). Visas potemių sąrašas su priklausančiais kodais ir citatomis yra pateikiamas 3 priede.

Toliau darbe aprašysime kiekvieną temą ir potemę detaliau, išskirdami esminius ir ryškiausius momentus, juos iliustruodami citatomis.

#### 3.1. Svarbūs terapinio santykio veiksniai

Šios temos potemių sąrašas yra gausiausias. Visos potemės „pasakoja“ apie santykių terapiniuose procesuose patyrimą, apie suvokiamą savo ir terapeuto indėlį į tarpusavio komunikaciją, apie (ne)juntamą supratimą, priėmimą, empatiją, išitraukimą santykyje – apie jausmą, kad „*sutampa bangos*“, arba pojūtį, kad „*mums ne pakeliui*“. Tas „*ryšio*“ jausmas labai svarbus – jį, vienaip ar kitaip, savo pasakojimuose įvardina visos moterys.

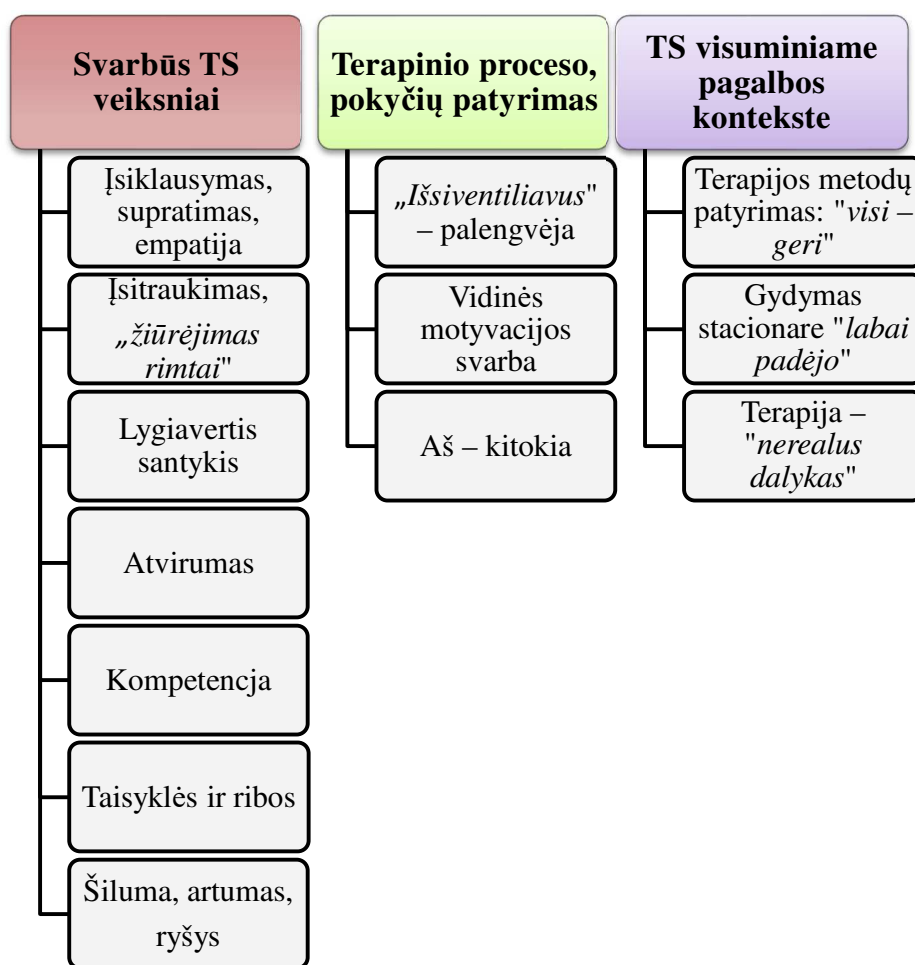
##### 3.1.1. *Įsiklausimas, supratimas, empatija*

Kalbėdama apie pirmuosius bandymus ieškoti pagalbos, mano pirmoji pašnekovė pradeda pasakojimą nuo nemalonių patirčių, nuo buvimo terapeutės neišgirsta ir nesuprasta. Ši temą vėliau išryškėja ir kituose pasakojimuose. Regis, suvokimas, kad tavęs nesupranta, prasideda gerokai anksčiau, prieš peržengiant terapinio kabineto slenkstį – daugelis moterų atskleidžia, kad jų socialinė aplinka nesuprato jų ligos ir jų būsenų – deja, bet, paaiškėja, kad ir terapinėje aplinkoje tarpusavio supratimas ne visada yra pasiekimas. Kita vertus, kitais atvejais jis – kaip niekada ryškus.

a) **Aplinkoje „ne visi supranta“.** Pasakodamos apie savo terapines patirtis, visos moterys viename arba kitame kontekste užsimena apie patirtą aplinkinių nesupratimą ligos atžvilgiu: nežinojimą, ką daryti, baimę ar netgi smerkimą.

„Nes, nu, kažkaip, aplinkoje **ne visi supranta**, <...> ir ne visiems tą sakysi apie tai, ypač kai yra trauminių patirčių“, – pasakoja Agnė apie nenorą ir negalėjimą atskleisti aplinkiniams savo patirtis.

Saulė pasakoja susidūrusi ne tik su nesupratimu, bet ir aplinkinių smerkimu: „Aš tokioje aplinkoje esu, kur nelabai kas suprato, kokie čia sutrikimai, ir to, ir smerkimo buvo“.



1 pav. Pasakojimuose atsiskleidusios temos ir potemės

Gailė prisimena mamos išgąsti, psichologei pranešus apie jos problemas: „*kažkaip, va, ir mamą išgąsdino tada*“, o Viltė, atvirkščiai, pasakoja susidūrusi su mamos abejingumu ligos atžvilgiu.

Viltė su nuoskauda prisimena mamos abejingumą VS. Viena vertus, ji įvardina, kad tuometinė mamos reakcija ją lig šiol skaudina, iš kitos pusės, ji bando pateisinti mamos reakciją nežinojimu: „*Kaip*

pagalvoju, mane tai labai skaudina, kad jai tai neatrodė labai svarbu, kas su manimi vyksta, gal ir **nelabai žinojo, ką su tuo daryti**“.

Iš šių pasakojimų atrodo, kad patirtis, kad aplinkiniai nelabai žinojo apie VS, nelabai juos suprato ir nelaikė rimta liga, yra giliai įsivėžusi į asmeninę patirtį. Subjektyvus ar objektyvus buvimo neišgirstai ir nesuprastai patyrimas atsikartoja ir terapinėse patirtyse.

**b) Neišgirsta ir nesuprasta terapijoje.** Pasakodama apie vieną pirmųjų patirčių pas psichikos sveikatos specialistus, Gailė prisimena trumpą kognityvinės elgesio terapijos patirtį universitete, kurią nusprendė greitai nutraukti dėl nuolatinės frustracijos. Kaip pati įvardina, viena iš terapijos nutraukimo priežasčių – daugialypis pojūtis, kad terapeutė jos nesiklauso, nesigilina: „aš ateinu, <...>, aš noriu kažkaip kalbėtis, o toks jausmas, kad ta psychologė, terapeutė <...> tiesiog, **neįsiklauso, neišigilina**“, „jaučiuosi, va, **neišgirsta**, kad, maždaug, eini pagalbos, o ji tave ne tai, kad atmeta, o išsiunčia namo“. Paklausta, kas sukėlė pojūčius, kad jos nesiklauso, nesigilina, nežiūri rimtai, Gailė prisimena susierzinimo jausmą, išėjus iš konsultacijos su krūva skrajučių, kurių davimą ji suvokė kaip neišsakytą paraginimą: „tu, maždaug, pats tvarkykis“.

Kitus nesusikalbėjimo momentus Gailė pasakoja patyrusi ir dabartinėje savo terapijoje, kuomet, jai atrodo, kad terapeutas ne iki galo supranta VS problematiką: „dėl tos labiau mitybos problematikos, jaučiausi, kad toks, va, abipusis **nesusikalbėjimas, nesupratimas**“. Nesusikalbėjimo situacijas Gailė įvardina kaip nemalonias ir „*frustruojančias*“.

Labai panašus į Gailės ir Saulės pirmasis susidūrimas su psichologais, kuomet ji kreipėsi pagalbos paauglystėje po patirtos prievartos. Vienas iš patirtų jos jausmų – buvimas nesuprasta: „Aš negavau jokios pagalbos, gavau **nesupratimą ir išsigandau**“. Jausmą, kad jos nesupranta, sukėlė suvokiamas psichologo atsainumas, patarimai, kurie Saulei neatrodė susiję su jos problema, padedantys. Kartu Saulė svarsto, kad ir ji pati, galbūt, nemokėjo pasakyti, atsiverti: „*Taip atrodo, kad **bandai pasakyti, ar aš nemokėdavau, ar dar susikausčius buvau***“. Po šios patirties ji konsultacijas nutraukė. Vėliau Saulė grįžo į terapiją, bet pas kitą specialistą.

Viltė prisimena išsivėžusi ir pasijutusi, kad terapeutė jos neklauso, kuomet ji pakartotinai paklausė to paties klausimo, į kurį Viltė jau buvo atsakiusi: „**Jūs neklausėt, ką aš sakiau, kad vėl manęs užklausėt to pačio. Toks kaip šiek tiek išsivėžiau**“. Kitas momentas, kurį ji prisimena kaip neigiamą terapijoje, yra tas, kad terapeutė neteisingai taria jos draugės vardą, nors yra ne kartą girdėjusi Viltę jį tariant kitaip. „Jei ji taisyklingai netaria man draugės vardo, tai **gal negirdi, ką aš jai sakau, ką pasakoju.**



Tokia asociacija, kad terapeutė *nesupranta, ką aš jai noriu pasakyti, dėl to aš jaučiuosi nesuprasta*“, – dalinasi Viltė.

*Iš šių pasidalinimų juntama, kad terapeuto klaidos ir tokie subtilūs bendravimo niuansai kaip neteisingai tariamas vardas, užmaršumas ar nevykęs patarimas gali sukelti subjektyvų atstūmimo jausmą. Buvimo neišgirstai ir nesuprastai jausmas yra vienas iš tų sunkių, frustruojančių, gąsdinančių terapijos aspektų, kartais sunkiai ištoleruojamas ir, kai kuriais atvejais, skatinantis net ir nutraukti terapiją.*

**c) Empatijos svarba: išgirsta ir suprasta terapijoje.** Kaip ir gyvenime, kur juoda ir balta dažnai eina kartu, taip ir tiriamųjų pasakojimuose kartu su nesupratimo patyrimu terapijoje koja kojon žengia buvimo išgirstai, suprastai jausmai.

Gailė pasakoja ir džiaugiasi, kad po pirmųjų neigiamų patirčių su psichikos sveikatos specialistais jai pavyko rasti psichologę, su kuria jautėsi suprasta. Gailėi įstrigo, kad supratimas ir galimybė išsikalbėti buvo vieni iš tų terapijos aspektų, kurie padėjo jai atsiskleisti artimiesiems ir ieškoti rimtesnės pagalbos: „*Buvo daug labai to atliepimo ir **empatijos** <...> kažkaip per tą palaikymą, per **tokį supratimą, per tą išsišnekėjimą, kad, jo, įgavau pakankamai drąsos tuo momentu atsiskleisti artimiausioms draugėms, tėvams, kreiptis ir ieškoti pagalbos***“. Ryšį su buvusia terapeute ji įvardina kaip labai gerą, kaip ir su savo dabartiniu terapeutu: supratimas buvo vienas iš tų terapijos komponentų, padėjusių tą ryšį pajusti: „*iš jo pusės, va, ilgą laiką jaučiau tą priėmimą kažkokį, ir panašiai, ir supratimą*“.

Saulė vienu labiausiai terapijoje sveikti padedančių aspektų įvardina empatiją. Empatijos patyrimas – viena stipriausių jos terapinių patirčių: pasakojimas apie ją persmelktas tylos pauzių ir graudulio: „*Puikiai mentalizuoja, turbūt, **tiesiog supranta ir jaučia**. <...> Mes šnekėjome apie tą prievartą (pauzė, graudinasi). Toks dieglys pilvo apačioj. Ir ji taip susilenkia ir sako: „Aš jaučiu tavo skausmą“ (graudinasi). Ir aš galiu nebepasakoti toliau. Nu, tiesiog, va, **supranta tą viską** (pauzė, verkia)“.* Saulė pasakojimo metu ne kartą pabrėžia, kad supratimas jai yra svarbus ir teikia daug džiaugsmo: „*Aš taip mėgaujuosi, kad **mane supranta**. <...> O gydytojos, va, jos kažkaip puikiai sugeba, gali nešnekėti, taip **gerai mane jaučia** – tada man taip būna gera*“.

Viltė prisimena ne kartą jautusi terapijoje supratimą. Atrodo, kad tą jausmą jai ypač sustiprindavo taiklios toje situacijoje terapeutės frazės, apibendrinimai – tai padėjo jai ir jaustis suprastai, ir tuo pačiu įsisąmoninanti, išgryninti savo jausmus: „*Pasakojau <...>, kad buvau nuvažiavus pas draugę, kurios seniai nemačiau, bet nebuvo, kad kažkaip faina <...> ir terapeutė pasakė, kad kartais daug vienišesnis*

*gali pasijusti su kažkokiu žmogumi, negu vienas būdamas. Kai šitą pasakė, jaučiausi suprasta, <...> Ir labai suprasta ir labai išgrynintas jausmas pasijautė“.*

*Akivaizdu, kad empatijos patyrimo jausmas yra labai svarbus terapijoje, ką ir liudija tiriamosios. Jis padeda priimti save, savo problemas, kreiptis pagalbos. Kartais tą jausmą gali sukelti apčiuopiami dalykai, tokie kaip taklus terapeuto apibendrinimas arba tikslus kūne esančio jausmo įvardinimas. Kitais atvejais, jis gali, tiesiog, „kaboti ore“, bet nuo to netampa mažiau svarbus.*

**d) Išgirsta ir suprasta „bendrakeleivių“.** Gailė pasakoja, kad dideliu sveikimo resursu jai tapo pamatymas, kad ji tokia ne viena su VS problemomis. Susietumo jausmas padėjo dalintis bendromis patirtimis. Tai Gailė įvardina kaip svarbią ir padedančią patirtį: „*Va, tas kažkoks vienas bendras dalykas mus sieja ir galima tikrai labai atvirai ir grupinių terapijų metu, ir, šiaip, dienos eigoj pasikalbėti apie tuos pamąstymus, iškilusius jausmus, patirtis – tai, va, tas labai padėjo, manau“.*

Viltė taip pat dalinasi gera patirtimi, kai jautėsi smagiai, suprasta bendraminčių; „*toks jautiesi tarp tų bendraminčių, bendram tokiam, suprastas ar tarp tokių pačių, koks pats esi“.*

Saulė, taip pat, pasakoja apie pozityvų grupinės terapijos patyrimą, kur jautėsi suprasta, palaikoma, bendrystėje, kuomet, regis, žodžių nereikėjo – viskas ir taip buvo aišku: „*Ten radau, kad, vau, yra tokių žmonių supratimo tokio, tas buvo labai smagu. <...> supratimas tarpusavio, viena kitos palaikymas, tai labai, man labai patiko. Aš išeidavau, kaip naujai gimusi“.* Paskutinė frazė – tarsi, nuoroda į tai, kad tarpusavio supratimas ir palaikymas teikė daug jėgų ir energijos.

*Apibendrinant visą potėmę, matyti, kad VS sergančios moterys neretai susiduria su aplinkinių jų ligos nesupratimu, tad empatijos, supratimo jausmas TS santykyje tampa stipriu patyrimu ir postūmiu sveikti. Tas pats terapeutas vienu metu gali būti suvokiamas kaip girdintis ir suprantantis, kitu – nebe: jei negirdėjimas ir nesupratimas – epizodiniai, jie primena nedidelius, pernelyg terapinei kelionei netrukdančius akmenėlius ant kelio. Bet jei buvimo negirdimai jausmas „išnyra“ terapijos pradžioje ir jis suvokiamas kaip visą apimantis, terapinė kelionė gali pasibaigti net neprasidėjusi, kaip tai rodo dviejų moterų pavyzdžiai. Ir atvirkščiai, jausmo, kad tave supranta, bendrumo, susietumo grupėje patyrimas skatina keliauti toliau, padeda „iš naujo atgimti“.*

### 3.1.2 Įsitraukimas, „žiūrėjimas rimtai“

Pasakojimuose labai ryšku, kad su buvimo nesuprasta, neišgirsta jausmu yra „sulipęs“ „nežiūrėjimo rimtai“ jausmas ir, atvirkščiai, supratimas ir įsitraukimas dažnai „eina“ kartu. Nežiūrėjimas rimtai tiriamųjų siejamas su buvimu nematoma, nesvarbia, neįdomia. Ir atvirkščiai, atsainumo nebuvimas leidžia pasijusti svarbiai – sukelia pasitenkinimo ir gero ryšio pojūtį. Apie šiuos du polius – ši potemė.

a) **Terapeuto įsitraukimo stoka: „neprisibeldžiau“, „aš nesvarbi“.** Viltė pasakoja, kad jausmas, jog yra kitiems nesvarbi, ją lydi nuo vaikystės, kuomet pritrūko tėvų dėmesio, rūpesčio, pagyrimo, pasiteiravimo, kaip sekėsi. „Man, dar, tarkim, būna, kad dažnai atrodo, kad tai, ką aš pasakau žmonėms, yra **nesvarbu**, kad jie praleidžia pro pirštus“, – sako ji. Prisimindama pirmas terapijos sesijas, Viltė pasakoja, kad, tuomet, jai nuolat atrodydavo, kad terapeutei – nesvarbu: „Pradžioje, tiesiog, atrodydavo, kad **jai nesvarbu**, ką aš sakau, kad aš tik verkiu ir **nėra čia jai įdomu**“. Vėliau ji pasakoja išmokusi terapijoje atpažinti savo jausmus terapeutei ir juos išsakyti, tačiau jausmas, kad „*terapeutei nesvarbu*“, kartais pasikartoja, pvz., nuolatinį terapeutės jos draugės vardo neteisingą tarimą ji vertina kaip „*terapeutei tai nėra svarbu išstarti to vardo*“, – dėl to Viltė jaučiasi nesuprasta.

Viltė paliečia dar vieną terapeuto (ne)įsitraukimo aspektą. Moteris pasakoja, kad terapijoje 90 proc. laiko kalba ji ir tai jai kelia įtampą, nerimą (ypač tylos pauzės). Ji tiesiogiai to neįvardina, bet potekstėje girdisi, kad norėtų didesnio terapeutės įsitraukimo į pokalbį: „*Va čia, gal, ir dėl to, kad žinau, kad kiti terapeutai kitaip dirba, daugiau, gal, daugiau patarimų ar išvalgų duoda*“.

Saulė, taip pat, sako susidūrusi su specialisto atsainumu: „*Oi (atsidūsta), aš nuėjau, jisai valgė bandelę ir sprendė kryžiažodį. Ir kaip ir bandau pasakoti, bet ne... bet **neprisibeldžiu iki jo**, nežinau, taip, **atrodo, atsainiai** <...> darau, bet **nekreipia dėmesio***“.

Agnė pasakoja, kad labai stipriai jausdavosi nesvarbia, „*numenkinta*“, kai negaudavo atsakymų į užduodamus klausimus: „*Tave **nuleidžia ant žemės**, kad nėra ko klausinėt*“.

Gailė, pasakodama apie pirmąsias savo terapines patirtis, prisimena patirtą susierzinimą. Išsiuntimą namo su krūva skrajučių ji vertina kaip neįsigilinimą į situaciją: „*Tai, va, kažkoks nepriėmimas, **nežiūrėjimas rimtai***“. Kalbant apie tą pačią terapeutę, Gailės atmintyje, taip pat, išliko momentas, kai jos bandymas terapeutei pasakyti apie mitybos problemas baigėsi pastarosios komentaru: „*tai normalu. Visi kartais nevalgo, kartais persivalgo, kartais persisportuoja, ar dar kažką*“. „*Kaip **nurašymas toks***“, – šį jos komentarą priima Gailė.

VS nuvertinimą ji prisimena patyrusi ir savo dabartinėje terapijoje. Ši jausmą sukėlė psichoterapeuto jos VS lyginimas su kitų žmonių problemomis ir su jos ankstesniais simptomais: „*va, šitas žmogus labiau serga. Nu, jūs pati anksčiau labiau sirgot, va, toks nuvertinimas toks*“. „*Nežiūri rimtai*“, – apibendrina Gailė su nusivylimu balse.

Regis, šis neįsigilinimas į ligą, nežiūrėjimas rimtai, jos „nurašymas“, nuvertinimas Gailei yra labai įsiminęs. Vėliau, kalbėdama apie psichikos sveikatos specialistus, ji dar ne kartą pabrėžia specialistų įsitraukimo, įsigilinimo svarbą ir nusivylimą, jei to nėra: „*Va tas priėmimas rimtai ir atitinkamos pastangos tame procese, kad padėt tam žmogui*“; „*va, jei tu esi pakankamai vizualiai normalaus svorio, kad nežiūri <...> rimtai, kas su mityba susiję*“; „*Nu kad nebūtų, kad pacientas jaučiasi kaip konvejery, <...> nu, va, toks, kad jo, kad būtų pažiūrima nepaviršutiniškai*“.

*Moterų patirtyse atsiskleidžia, kad specialistų nežiūrėjimas rimtai, atsainumas yra glaudžiai susijęs su pojūčiu, kad esi nesvarbi, „nurašoma“, „numenkinta“. Jausmas, kad terapijoje į tave ir tavo problemas nežiūrima rimtai, esi nesvarbi, yra nesvetimas visoms moterims, tik paleidžiamasis mechanizmas visoms skirtingas: vienai – tai jau įsisąmoninti vaikystės atgarsiai, kitai – neteisingai tariamas draugės vardas. Tą jausmą sukelia terapeuto sprendžiamas kryžiažodis ir bandelės valgymas, neatsakymas į rūpimus klausimus, mitybos problemų nuvertinimas.*

**b) Specialistų įsitraukimas: „jie labai daug iš savęs atiduoda ir tas jautėsi“.** Iš kitos pusės, pasakojimuose atsiskleidžia specialistų įsitraukimo, atsainumo nebuvimo, žiūrėjimo į problemą rimtai, svarba. Moterys pasakoja, kad matydamos specialistų įsitraukimą, jautėsi svarbios ir gerbiamos.

Kalbėdama apie teigiamą patirtį ligoninėje, Saulė pasakoja: „*Kartais aš net galvodavau, ar tie gydytojai... tarsi, ne dėl pinigų dirba. Jausmas toks būdavo, kad jie iš savęs labai daug atiduoda ir tas labai jautėsi. Stebiuosi, kiek jiems reikia energijos, kiek jie iš savęs atiduoda, <...>. To atsainumo nebuvo*“.

Gailė, kalbėdama apie teigiamą terapinę patirtį, prisimena: „*Jaučiau, kad priėmė mano problemas, nu taip, kaip rimtus dalykus, kaip svarbius dalykus, nenuvertino*“. Paklausta, kas skatino jaustis, kad į jos problemas žiūrima rimtai, Gailė svarsto, kad specialisto prisiminimas, ką jie kalbėjo praeitų sesijų metu suteikia jai svarbumo pojūtį: „*jie atsimena tą informaciją, tą jausmą ir primena, kartais paklausia ar palygina <...> gan svarbus toks jauties. Tu nesi čia, šiaip, niekas, aš čia dirbu, šiaip, iš reikalo. Jauti kad jie patys investuoja save tame procese irgi...*“ Ji taip pat prisimena, kad

terapijoje svarbia ir gerbiama padėjo pasijusti terapeutės pasakymas, kad dirbs tiek, kiek reikės: „kad tau pasako, kad kiek reikės, tiek ir dirbs su tavim, tai pasijauti toks svarbus ir gerbiamas“.

Atrodo, kartais sunku įvardinti konkrečius terapeuto veiksmus, bet lieka tas terapeuto įsitraukimo jausmas: „va, patį tą jausmą atsimenu, kad man kažkaip buvo lengva jai atsiverti, kažkaip saugiai jaučiausi, kažkaip...“, – sako Gailė, prisimindama vieną pirmųjų savo teigiamų terapinių patirčių ir atsakydama į klausimą, kokie terapeuto veiksmai padėjo jai pasijusti svarbiai. „Iš karto mūsų santyky labai anksti pajutau, kad jis turi tą interesą man kažkaip padėti, man kažkaip pagelbėti“, – atsiliepia ji ir apie dabartinį terapeutą.

*Klausantis tiriamųjų, girdisi, kad du priešingi poliai – buvimas svarbia ir nematoma terapijoje – kartais pasireiškia to paties specialisto kabinete skirtingais momentais. Kitais atvejais su vienais specialistais atsainumo jausmas yra stipresnis nei su kitais. Potemėje atsiskleidžia, kad noras jaustis svarbiai terapijoje yra ryškus, jis dažnai matomas per terapeuto pastangas padėti. Net ir nedideli dalykai, tokie kaip atsakymas į užduodamus klausimus, įsigilinimas į ligos simptomus, terapijos tęstinumo užtikrinimas, rodo asmeninį įsitraukimą ir sukelia asmeninės svarbos pojūtį, didina norą likti kontakte ir patikėti gydymo sėkme.*

### **3.1.3. Lygiavertis santykis**

Pasakojimuose nuskamba dar vienas svarbus TS veiksnys – lygiavertiškumas. Gydantis „buvimas šalia“ vietoje žlugdančio buvimo „gydytoju ir pacientu“, „visažiniu ir visagaliu“, „nežmogišku“ – apie tai kalbama šioje potemėje.

Saulė, pasakodama apie neigiamo patyrimo ligoninėje aspektus, prisimena vienos specialistės taikytas rigidiškas taisykles grupinės terapijos metu, kurias ji suvokė kaip perteklines ir verčiančias jaustis nelygiaverčiame santykyje, jaustis vaikais: „Nesukalbama. Į tualetą ne, griežtai, kur atrodo ten metų daug, gali palydėti iki to tualetu. <...> Sėdėti, va, taip, čia taip, ne taip sėdėti, čia ne taip atsiremti. Ant žemės negalima, <...> Erzindavo elgesys, triukšmas. Priežiūra, kaip su vaikais“. Ne gana to, Saulės manymu, pačios specialistės elgesys anaipol nepriminė pavyzdinio, tai dar labiau sustiprindavo nelygiavertiškumo, nežmogiškumo patyrimą: „Barškindavo apyrankes už nugaros, sunku susikaupti, o mes negalėdavom pajudėti (ironiškas juokas). Nu taip, yra liga, gydytojas, pacientas. Bet tas turi išlikti, va, tas žmogiškas toks faktorius“. Gydytojo mąstymas „čia gydytojas ir pacientas“ nepadedą terapijai.

Panašia į Saulės patirtimi, kai į klientą žiūrimą kaip į mažiau žinantį, suprantantį, kontrolės reikalingą, dalinasi ir Agnė: „*tas nelygiavertis santykis ir į tave žiūri, kaip į nieko nemokantį, nieko negebantį, tiktai duoda nurodymus, o tu vykdai*“. Nelygiavertis santykis jai – tai terapeuto „visažinybė“, „visagalybė“, pasireiškianti nenoru atsakyti į užduodamus klausimus, nurodymų davimu. Agnė įsitikinusi, kad nelygiavertis santykis terapijoje pridaro daug žalos: numuša savivertę, pasitikėjimą savimi ir savo jausmais, skatina jaustis „niekam tikusiu“ ir vengti atsakomybės už gydymą: „bet kadangi jie yra autoritetas, jie yra svarbesni, tai tave įtikina, kad jie tikrai viską žino apie tave ir tada tas vidaus suvokimas, nebepasitiki juo, tiesiog. <...> Nepriimi, nepasitiki savimi ir numuša tą tavo savivertę ir norą kažkaip taip eiti į tą priekį, permeti atsakomybę realiai – jūs žinot, jūs ir darykit, jūs gydykit ir gelbėkit mane, nes aš gi nieko nežinau“.

Ir atvirkščiai, lygiavertis santykis – tai terapeuto savo ribotumo pripažinimas, kuomet jis įvardina, kad kažko nežino, kažko negali, ir žiūri į klientą kaip į savo problemų ekspertą: „Kol tu neduosi, tol jis „nedasikas“. Nėra ekstrasensas, tavęs neišburs, kažkaip neįlys į tave <...> **Ji šalia, ne kažkur aukščiau, kad ji super viską žino, super viską gali, tiesiog, šalia. Ir einam susikibę rankom“**, – pasakoja Agnė apie lygiavertiškumo patyrimą su viena psichiatre.

Ji sako jaučianti tą patį terapeutės „buvimą šalia“ ir dabartinėje savo geštalto pakraipos terapijoje. Lygiavertiškumas padeda atsiverti, pasidalinti atsakomybe, mažina pasipriešinimą ir stiprina terapiją: „kai perėjau į tą lygiavertį santykį, tas nerealiai sustiprino tą terapiją, atvirumą ir norą duoti <...> Ne pasipriešinimą kelia, o ėjimą į santykį, į pagalbą sau. Tai labai svarbus dalykas“. Agnė lygiavertiškumą įvardina tarp svarbiausių gydančių terapijos aspektų.

Dviem ankstesnėms pašnekovėms pritaria ir Gailė, pasakodama apie tai, kad lygiavertiškumas ir direktyvumo nebuvimas („ne stūmimas, ne liepimas, o palaikymas“) padėjo kurti ryšį terapijose: „*kažkaip buvo toks, kad, tarsi, su savu šneki, kažkuria prasme, ir taip, gan, lygiaverčiai ir nebuvo to, kad čia kažkoks autoritetas virš manęs ir aš turiu daryti, ką sako. Buvo, gan, toks tolygus tas bendravimas. Tas, manau, padėjo labai*“.

*Potemėje atsiskleidžia, kad lygiavertis TS, kuomet terapeutas pripažįsta savo ribotumą, į klientą žiūri kaip į sąjungininką, kaip į geriausiai savo problemas išmanantį ekspertą, su juo tariasi, ieško kompromisų, suvokiamas kaip didelė terapijos paspartis ir gero ryšio pagrindas. Ir, atvirkščiai, „žinių ir įsakymų nuleidimas iš aukščiau“ suvokiamas kaip trikdys, mažinantis savivertę ir norą dalyvauti savo paties gydymo procese.*

### 3.1.4. Atvirumas

Visi ankstesniuose skyreliuose minėti aspektai – buvimas išgirstai, suprastai, svarbiai, lygiavertei – glaudžiai susiję su saugumu terapijoje, gebėjimu atsiverti ne tik apie savo patirtis ir jausmus realiame gyvenime, bet ir apie patirtis ir jausmus terapijoje ir terapeutui. Apie tai „pasakoja“ ši potėmė. Joje atskleidžiamas stiprus noras nelaikyti savo patirčių, jausmų, sunkumų užspaustų, išleisti lauk, apie juos kalbėti. „*Gebėjimas atidaryti, paleisti, be stabdžių, neužsiblokuoti, tiesiog išleisti*“, – įvardina viena tiriamųjų – Saulė – paklausta apie labiausiai padedančius terapijos momentus. Pasakojimuose atsiskleidžia, kad tai ne visada lengva ir ne visada pavyksta.

„*Buvo lengva jai atsiverti, kažkaip saugiai jaučiausi, kažkaip...<...> toks pakankamai lengva atsiverti tam žmogui*“, – apibudina Gailė du savo terapeutus, taip akcentuodama atsivėrimo svarbą. Ji pasakoja, kad su kiekviena nauja terapine patirtimi atsiverti tampa vis lengviau: „*aš pati jau daug kartų susidūrus su šitais profesionalais ir kažkaip jau.. vos ne natūralu patapo, nu, va, ateini čia toks procesas ir atsiverk*“. Ir nors, regis, kad atsiverti terapijoje pavyksta, toliau kalbantis paaiškėja, kad kai kuriomis temomis atsiverti vis dar sunku. Kalbėdama apie paskutinę, dabartinę savo terapiją, Gailė pripažįsta, kad turi problemą atpažįstant, priimant ir išreiškiant pyktį. Nors supranta visų jausmų išsakymo terapijoje svarbą („*jei pradėdi nuo terapijos, kai gali viską pasakyti, ką jauti, ką galvoji, tai gali bandyti perkelti tą už terapijos ribų į kažkokius santykius. <...>Manau, čia labai svarbūs įgūdžiai*“), jai niekada nepavyko išsakyti pykčio terapeutui: „*bet dar jam konkrečiai dar niekada nesu, va, atsakiusi: „Taip, pykstu dėl to ir to“ ir panašiai, nors tikrai yra buvę momentų, žinau, kada pykau. Dar vis nesugebu šito. Va čia toks dirbamas progresas*“.

Panašia patirtimi apie sunkumus išsakyti terapeutui jausmus ir kelionę link to dalinasi ir Viltė. Viltė sako, kad pradžioje nepavykdavo atpažinti jausmų terapijoje, tačiau „*su laiku atėjo tas pajautimas, kas kyla man santykyje ir po truputėlį bandžiau iškomunikuoti, ką pajaučiau*“. Visgi, Viltė sako, kad ne visada išsako terapeutui savo jausmus: „*Kartais būdavo, kad galvojau, kad gal nėra taip svarbu, ką aš pajaučiau, pasakyti jai. O kartais būdavo, kad pasakydavau, nenuslėpdavau*“. Tokio išsakymo naudą ji, taip pat kaip ir Gailė, apčiuopia: jausmų atpažinimas ir išsakymas terapijoje persikelia ir į realų gyvenimą, tampa lengviau atpažinti, įvardinti ir išsakyti savo jausmus, bendraujant su artimaisiais, draugais, kolegomis. Galėjimą atsiverti, išsakyti savo jausmus terapijoje, Viltė įvardina kaip vieną

svarbiausių gydančių terapijos momentų: „*Kad galiu išsakyti ir, kažkaip, būsiu išklaudyta ir, galbūt, pavyks dar tiksliau išsiaiškinti apie tą mano jausmą, dėl ko jis kilo ir išgryninti*“.

Agnė turi daug ir įvairios terapinės patirties. Ji daugiausia iš visų moterų kalba apie atsivėrimo terapijoje svarbą, apie atsiskleidimo trikdžius ir, atvirksčiai, katalizatorius. Jos patirtis byloja, kad svarbu atsiverti tiek grupėje, tiek individualioje terapijoje, nes kitaip lieka nuoskaudos, kurios pradeda trukdyti. Kalbėdama apie grupinę terapiją, Agnė svarsto, kad atsiverti grupėje ne visada lengva, kartais tam neužtenka laiko, tačiau tai – svarbu, nes neišsakius, lieka nuoskaudos: „*dažnai ne visada gali išsakyti, ne visada nori išsakyti, ne visada... kažkaip lieka visokių nuoskaudų po tos grupės...<...> tu kažko neišsakai ir tie akmenukai kaupiasi*“, tad pradžioje Agnė džiaugėsi galimybe išsakyti grįžtamąjį ryšį raštu. Ilgainiui, dėl individualios terapijos, ji išmoko drąsiau išsakyti kitiems savo nuomonę ir poreikius. „*Pasiklausčiusi esu, taip viską galiu išsakyti: ir savo nuomonę, ir poreikius, ir daug drąsiau būti su tomis kitom, nes jau žinai, ką gali, ir „nesibyra“ nei terapeutas, nei kažkas čia*“, – pasakoja ji.

Kalbėdama apie dabartinę individualią savo terapiją, Agnė džiaugiasi, kad gali drąsiai kalbėti su terapeute daugeliu temų, gali „drąsiai klausti, išsiaiškinti <...> jei kyla klausimų po terapijos, tai visada kitą susitikimą viską išsiaiškinti gali, nelieka tų nuosėdų vadinamų“. Ji papasakoja atvejį, kai po vieno „*tylos susitikimo*“, „užpylė“ terapeutę kilusiais jausmais – tai atvėrė galimybę išsikalbėti, viską išsiaiškinti ir sustiprinti ryšį: „*Aš, pirmiausiai, užsipuoliau ją, kodėl ji man leido tylėti, <...> Ir per tai atsivėrė, kas vyko po to, su kuo išėjau, kaip tame viriau visą tą susitikimą, kaip man buvo sunku*“. Ji džiaugiasi, kad terapeutė, taip pat, nevengė dalintis savo jausmais: „*Aš tikrai bijojau tave išleisti tokią ir nerimo labai daug jaučiau iki sekančio susitikimo*“. Abipusis atvirumas padėjo joms išsiaiškinti situaciją, pagerino tarpusavio santykį ir terapiją.

Visgi, ji pripažįsta, kad po dviejų su virš terapijos metų dar yra temų, prie kurių sunkiau prisiliesti: „*va, būtent tie seksualiniai santykiai su vyru yra ta tema, kur atsargiau liečiama. Jaukinam*“. Agnė sako, kad ji jaučiasi dar nepasiruošus kažką keisti toje srityje, dėl to ir nenori, kol kas, apie ją kalbėti, tačiau tokių temų nėra daug: „*Nėra daug tų temų, kurių nesinori liesti, nes tikrai beveik viską jau esam pajudinę*“.

Agnė turi ir kitokios terapinės patirties, kurioje tabu temų buvo daug. Agnės manymu, tabu temas daugiausia lėmė terapeutės uždaramas ir atsakymų vengimas: „*kai buvo dinaminė terapijoje, kai ką paklausi, tai į tą klausimą gauni 10 klausimų, kas kaip, ir atsakymų nesulauki, jau nekalbu apie asmeninius kažkokius, pačio psichoterapeuto gyvenimą, <...> Bet ir šiaip į kiekvieną klausimą, vis, kyla*



daugiau klausimų, nu, tada blokuoja, kad nebėra prasmės klausti, nes negausi atsakymo, nemotyvuojantis, **neskatina to atvirumo**, tada **atsiranda kuo daugiau temų tabu** <...> ir tokių baimių visokių atsiranda ir tada užkerta kelią tam laisvam bendravimui“. Agnė pasakoja, kad negalėjimas išsikalbėti, išsakyti savo jausmų terapeutei, nuolatinis apgalvojimas „ką galiu sakyti, ką negaliu, kaip reaguos“ kėlė didelę įtampą, o terapeutės paslaptینگumas dar ir nesaugumo jausmą: „*ji gi tave kiaurai mato ir žino, tai toks nesaugumas jaučiasi*“. „*Tai kad to nebūtų, turėtų būti bent jau minimalus atvirumas iš terapeuto*“, – sako Agnė, akcentuodama abipusio atvirumo svarbą.

*Pradėjome šį skyrių Saulės žodžiais apie „atsidarymo“, atsivėrimo terapijoje svarbą. Potemėje išryškėja stiprus artumo su terapeutu noras, intensyvus emocijų reiškimo ir priėmimo poreikis, tačiau kartu atsiskleidžia, kad net ir jaučiant supratimą ir palaikymą, terapijoje atsiverti ne visada yra lengva: viena sunkiausių temų terapijoje yra kylančių jausmų terapeutui išsakymas. To tenka ilgai ir nuosekliai mokytis ir tai tampa vienu terapinių tikslų, atnešančiu apčiuopiamą naudą – išmokus išsakyti jausmus terapeutui šią patirtį galima perkelti ir už terapijos ribų. Pasakojimai, taip pat, atskleidžia, kad kartu su augančia terapine patirtimi, atsiverti, atsiskleisti tampa lengviau.*

### **3.1.5. Kompetencija**

Dar viena atsiskleidžianti tema – specialistų (ne)kompetencijos patyrimas ir jos svarba.

**a) Specialistų nekompetencijos patyrimas.** Labai daug apie specialistų nekompetencijos patyrimą kalba Gailė. Ji akcentuoja VS svarbos išmanymą ir prisimena daug atvejų, kai juto, kad terapeutai to išmanymo neturėjo.

Vienas pirmųjų pagalbos paieškos patirčių ji suvokia kaip nesėkmingas, o specialistų reakcijas į VS kaip keistas. Gailė pamena susidūrimą su mokyklos psichologe, pas kurią atėjo jau turėdama įtarimą, kad serga VS. Gailėi atrodo keista, kad specialistė nebandė identifikuoti problemos, jos kvestionuoti: „jautėsi.. kad jinai savo kažkokios ekspertizės nedavė ir nerodė“. Perdėtos psichologės emocijos ir mamos informavimas be Gailės (tada jau pilnametės) sutikimo neigiama patirtį tik sustiprino – Gailė ją įvardina kaip nemalonią: „ji, tarsi, pati išsigando tos mano situacijos ir pradėjo, tarsi, gąsdinti mane ir kreipti, vos, ne į visokias ligonines“.

Gailė pasakoja, kad ir pirmajai savo terapeutei universitete ji, taip pat, bandė užsiminti apie valgymo problemas, bet iš jos sulaukė ligos normalizavimo, kad visi patiria panašius dalykus. Šį atsaką

Gailė vertina kaip žinių trūkumą. Ne gana to, jai kyla įtarimas, kad specialistė pati sirgo VS: „Galbūt, ir žinių trūkumas, ir dar spėliojimas, nuojauta, iš dabar galvojant, kad, galbūt, **ji pati asmeniškai su kažkuo tuo pačiu susiduria** ir jos pačios kažkoks neigimas, kad visi taip daro ir čia norma“.

Su suvokiama nekompetencija VS klausimu Gailė susiduria ir dabartinėje savo terapijoje. Ji sako, kad ją trikdo juntamas terapeuto žinių stygius ir „*nesusigaudymas, ką daryti*“, VS lyginimas, tarsi, teigiant, kad ji nepakankamai serga, ir nenuoseklumas, kai tos pačios sesijos metu jis VS tai normalizuoja, tai vertina kaip didelę bėdą. Tokį elgesį Gailė vertina kaip nemalonų, nenaudingą, frustruojantį, didinantį paciento ambivalenciją ir pasimetimą: „*aš turiu, šiaip, gan daug psichologinio išsilavinimo ir, mano supratimu, kažkaip negalima <...> lyginti, kad, va, šitas žmogus labiau serga. Nu, jūs pati anksčiau labiau sirgot <...>. Ir, va, toks šokinėjimas tarp tų dalykų, kas ir pačiam žmogui, pacientui nepadedą. Kai aš žinau, kad šitiems sutrikimams būdinga ta pastovi ambivalencija*“. Iš kitos, pusės, šioje terapijoje yra ir daug ją tenkinančių aspektų, tad Gailė bando terapeutą teisinti, kad jis negali būti ekspertas visose srityse ir, galbūt, yra ir jos atsakomybės dalis informuoti jį apie (ne)padedančius terapijos aspektus.

Agnė, kaip ir Gailė, pasakoja susidūrusi su vienos psichoterapeutės išgąsčiu, sužinojus jos diagnozes: „*ją išgąsdino mano ta patirtis, ligos ir viskas, ir ji neprileido prie grupės manęs*“. Visgi, Agnės patirtyje nekompetencijos patyrimas nėra ryškus, gal dėlto, kad ne vienas specialistas jai sąžiningai pripažino negalintis padėti ir nukreipė kitur.

Saulė, pasakodama apie nesėkmingas pagalbos paieškos patirtis su pirmaisiais dviem psichologais, įvardina juntamą atsainumą (valgė bandelę ir sprendė kryžiažodį) ir patarimus, kurie jai neatrodė savalaikiai ir padedantys. Ir nors, Saulė tiesiogiai neįvardina to kaip nekompetencijos, bet galima jausti jos abejonę psichologų gebėjimais: „*Nežinau, gal, buvo tokia taktika (ironiškai), bet man jokio ryšio nebuvo*“.

*Pasakojimuose ryškiausiai atsiskleidžia kraštutinių specialistų emocijų (arba atsainių, arba perdėtai ryškių) buvimas ir VS specifikos neišmanymas kaip nekompetencijos patyrimas.*

**b) Specialistų kompetencijos patyrimas ir svarba.** Kalbant apie kitą šios temos polių – kompetencijos patyrimą – pasakojimuose atsiskleidžia tiek pavieniai konkretūs veiksmai ar savybės, kurios suvokiamos kaip profesionalumas, tiek bendras terapijos kaip profesionalios arba ne patyrimas.

Iš pavienių savybių, norėtuši paminėti Viltei itin įstrigusias terapeutės įžvalgas: „*stiprių dalykų yra pasakiusi, kas mane paveikė, kad vertė susimąstyti*“, o ypač įžvalga apie tai, kad ne viską gyvenime

galima pakeisti, kartais tenka, tiesiog, priimti. Ją Viltė įvardina kaip terapijos lūžį: „*Ir tas pasakymas buvo man labai toks didelis smūgis į galvą <...> jis **tokią didelę įtaką, manau, turėjo***“.

Agnei labiausiai įstrigusi terapeutės savybė yra gebėjimas gražiai „permesti atsakomybę“. Ji sako, kad ši savybė ją žavi: „*Ji labai gražiai **moka atsakomybę permest** tiek teigiamuose, tiek neigiamuose dalykuose. Ir taip, kad tu ją priimtum, ne tai kad pasipriešinimą kelia, kad tu turi daryt kažką, o tu priimi visa tą – mane **žavi šita jos savybė** <...> Labai gražus būna gražinimas, kad ir tu čia visame tame esi ir nuo tavęs tai priklauso“*.

Gailė turi ne vieną teigiamą patirtį, tačiau ji itin ryškiai atsimena vieną jauną terapeutę. Rimą terapeutės požiūrį į ligą, emocinį stabilumą (empatiją ir ramybę), nukreipimą pas kitus specialistus atlikti įvairių fiziologinių tyrimų, ji suvokė kaip jos profesionalumą. Gailei įsiminė terapeutės gebėjimas švelniai kvestionuoti – tai ji suvokė kaip palaikymą, priėmimą: „*Kaip, tarkim, aš pildavau save nuvertinančius, kad aš tokia, anokia, ir kaip aš čia nesusitvarkau ir panašiai, tai iš jos buvo palaikymas ir toks pakėlimas, tam tikrai prasme. **Ar tos mintys tikrai realybę atitinka?** Kažkaip pažiūrime į faktus, kad tą ir tą baigėt, to ir to pasiekėt. Tai va toks. Tame jautėsi toks priėmimas...*“

Saulei labai įsiminė terapeutės empatija: „*Mes šnekėjome apie tą prievartą (paузė, gaudinasi). Toks dieglys pilvo apačioj. Ir ji taip susilenkia ir sako: aš jaučiu tavo skausmą (gaudinasi). Ta prasme, **nu kaip taip gali būti?!**“.* Apskritai, Saulės pasakojime, galima išvelgti didžiausią pozityvą specialistų atžvilgiu. Nepaisant kelių neigiamų patirčių, Saulė dauguma specialistų vertina kaip puikius: „*daugiau viską taip daryti, kaip jie darė. <...> **Puikūs** arba man taip pasisekė, papuolė*“, – neišsako ji specialių pageidavimų terapeutų kompetencijos klausimu.

Tuo tarpu, Gailė kelis kartus akcentuoja paciento atsakomybę kreiptis į specialistus, dirbančius tam tikroje problematikoje ir ją išmanančius, o specialisto atsakomybę kritiškai vertinti savo kompetenciją vienoje ar kitoje srityje ir ją plėsti. Jos patirtyje iškilęs ne vienas nesusikalbėjimas su terapeutais dėl VS skatina ją manyti, kad konkrečios srities, įskaitant VS, išmanymas yra svarbus.

Apie VS specifikos žinojimo svarbą kalba ir Viltė. Ji pasakoja, kad vienas iš dabartinės terapeutės pasirinkimo motyvų buvo jos patirtis su VS. Ji įsitikinusi, kad ši specifinė patirtis prisideda prie sveikimo proceso, nes terapeutė žino, kurias temas svarbu paliesti terapijoje, ko paklausti: „*Ir dėl tos pačios **kompetencijos**, kad jinai yra dirbusi su VS, kad **turi supratimą**, kaip, visgi, vyksta tas poreikis, kaip žmonės turintys VS atsako į kažkokių jausmus, kaip juos užgniaužia, ko imasi, tai, manau, tai irgi buvo svarbu*“.

*Gebėjimas švelniai kvestionuoti, skatinti paciento atsakomybę už savo gyvenimą, taiklios įžvalgos, VS išmanymas, nukreipimas pas kitus specialistus, esant poreikiui – šios temos nuskamba kaip specialisto kompetencijos patyrimas.*

**c) Kompetencijos ribos.** Kalbant apie specialistų (ne)kompetencijos patyrimą, pasakojimuose atsiskleidžia dar viena potėmė – tai kompetencijos ribotumas ir to pripažinimo svarba.

Gailė sako, kad nepaisant specialisto gebėjimų ir gerų norų, ligos paūmėjimo laikotarpiu, vien terapijos nebeužtena: „*Kai galvoju apie savo tam tikras krizinius periodus, kad, nu jo, tu gali būti labai geras specialistas <...> bet problema jau tokia didesnė ir stipresnė, jau reikia intensyvesnės pagalbos*“.

Jai pritaria ir Agnė, sakydama, kad „*ne viską gali išspręsti terapijoje*“ ir atviraudama, kad dabar laukia eilės į stacionarą, nes paūmėjus simptomams, nebesusitvarko pati, nepadeda grupinės ir individuali terapijos. Tokiais atvejais ji sako, kad sąžiningas specialisto gebėjimas pripažinti savo kompetencijos ribas yra labai svarbus. Agnės patirtyje yra išlikęs ne vienas atvejis, kai specialistai pripažino, kad ne jų jėgoms padėti. Agnė sako, kad tai labai vertina: „*tai paprasčiausiai sąžiningai tą pripažino, kad realiai negali padėti, kad ir norėtų, kad yra bejėgė. Galėjo imti pinigų ir durnių volioti <...> bet sąžiningai pripažino ir aš tą vertinu labai*“. Jos nuomone, tiek terapeutas, tiek ji gali kažko nežinot – tai yra natūralu, tačiau, kaip ir Gailė, įsivertinimą, ar gali padėti, ji palieka terapeuto atsakomybei ir sąžinei.

*Potėmėje atsiskleidžia, kad moterys (vienos ryškiau, kitos – mažiau) kelia aiškius lūkesčius specialisto kompetencijai, ypač VS srityje. Žinojimas, ko paklausti (apie jausmų ir mitybos sąsajas), kur link orientuoti pokalbį, ko nedaryti (nenormalizuoti VS, nelyginti simptomų) suvokiamas kaip padedantis sveikti. Tam tikros kitos bendros TS palaikymo kompetencijos, tokios kaip įžvalgos, empatija, savalaikis kvestionavimas, atsakomybės skatinimas, adekvatus emocinis reagavimas, taip pat, suvokiamos kaip specialisto kompetencijos dalis. Sąžiningas terapeuto pripažinimas, kad negali arba nebegali (pvz., ligos paūmėjimo periodu) padėti, yra labai pageidautinas ir vertintinas.*

### **3.1.6. Taisyklės ir ribos**

Potėmėje atsiskleidžia balanso tarp kontrolės ir pasitikėjimo svarba. Skirtingomis situacijomis reikia, kad svarstyklės labiau nusvirtų į vieną arba kitą pusę. Apie tai daugiau šiame skyriuje.

**a) Išorinės kontrolės svarba.** Kalbėdama apie patirtį ligoninėje, Gailė sako, kad kontrolė nėra maloni, bet, esant krizinei situacijai, neišvengiama: „*Tai buvo labai kontroliuojama aplinka, labai aiški*

dienotvarkė.. *Tos laisvės kaip ir mažiau turi, bet nujauti, kad tai **į gerą**, nes tu pats jau nebekontroliuoti tų dalykų ir kad kažkas iš šalies, profesionalai, tau viską sureguliuoja, sustato ir padeda iš to išlipti“.*

Kiek kitus, bet susijusius, aspektus paliečia ir Agnė. Ji akcentuoja ne tiek pačios kontrolės svarbą, kiek taisyklių ir ribų aiškumo svarbą. Ji sako, kad atėjusi į paskutinės savo terapijos pirmąjį susitikimą, atsinešė daug klausimų, kurie jai susikaupė ankstesnių terapijų metu ir kurių ji neišdrįso paklausti anksčiau. Jai rūpėjo išsiaiškinti mokėjimų niuansus, darbo su sapnais aspektus, fizinio kontakto terapijoje buvimo galimybes, galimybę gauti atsakymus į laiškus, sąlygas dėl suicidinių minčių ir VS simptomų buvimo terapijos metu, apibrėžti tikslus: „Va tuos **visus klaustukus**, kas kišo koją kitose terapijose <...> *Viską kas man kliuvo kitur, viską **aiškiai susirašiau**“.* Atsakymų į šiuos klausimus gavimas jai buvo esminis, apsisprendžiant dėl terapijos tęstinumo.

*Patirtys atskleidžia išorinės kontrolės ir taisyklių aiškumo teikiamą saugumo jausmą, padedantį geriau jaustis krizinėje situacijoje.*

**b) Ribų lankstumo patyrimas/svarba.** Agnė, lygindama psichodinaminės terapijos patirtį su geštalto terapija, daugiau „kreditų“ duoda pastarajai, būtent, dėl mažesnio taisyklių rigidiškumo ir didesnio lankstumo. Labiausiai Agnei patiko didesnis terapeuto atvirumas ir atsiskleidimas, fizinio kontakto buvimo terapijoje galimybė, terapeutės prieinamumas ne tik terapijos metu: „esant poreikiui, mes **galim susirašyti su ja, ir ji yra davus tą sutikimą, ir ji visada atreagoja**“.

Apie lankstumo terapijoje svarbą užsimena ir Saulė. Jos pasakojime girdisi subjektyviai patiriamas neteisybės jausmas. Pasakodama apie griežtas vienos psichologės taisykles grupinės terapijos metu – neleidimą į tualetą, sėdėjimą taip, o ne kitaip – ji ironiškai klausia, ar negalima būtų dėl to susitarti: „*Nu, **gal galima kompromisą su tom kėdėm (ironiškai)? Kad visom patogų būtų**“.* Tokį terapeutės kategoriškumą ir lankstumo stoką jį vertina kaip nežmonišką, nepadedantį kurti ryšio, numenkinantį pacientus.

Gailė pasakoja, kad jos atveju ribų peržengimas, padaryta išimtis ir pratęstas susitikimų su terapeute skaičius padėjo jai pasijusti svarbiai ir gerbiamai: „visur universitetuose Anglijoje **ribotas skaičius**, kiek tu gali kreiptis, bet mano atveju **padarė, kad nu padarom tęstinai ir žiūrėsime, kiek reiks, <...> tai pasijauti toks svarbus ir gerbiamas ir vilties daugiau įneša**“. Gailė akcentuoja pagalbos tęstinumo svarbą, nes, jos manymu, turint VS vos ne visą gyvenimą, to nepakeisi per kelis susitikimus.

*Iš pasakojimų atsiskleidžia, kad per lankstumo patyrimą santykiuje ateina artumo jausmas: lankstumas rodo, kad terapeutas stengiasi, jis prieinamas, jis žmogiškas, jis – šalia.*

c) **Neigiamas ribų peržengimo patyrimas.** Ne visada lankstumo ir ribų paslankumo patirtys yra suvokiamos kaip teigiamos, ką rodo Saulės ir Agnės patirtys.

Saulei terapeutės širdelių dėliojimas facebooke ir pripažinimas, kad pradėjo žiūrėti į ją kaip į dukrą, iššaukė jausmų sumaištį. „*Keista man. <...> Tokia nežinia. Pasipasakojau, bet nežinau, kas iš to ir apie ką čia*“, – sako ji, akivaizdžiai pasimetusi dėl tokio terapijos posūkio.

Dar didesnę jausmų sumaištį pasakoja patyrusi Agnė, kuomet terapeutė nevykdė savo pažado: „*Dinaminėje terapijoje buvo neigiamas lūžis po suicido, kai ji priėmė. Tada per tokias kančias eidavau. <...>. Aš negalėjau viduje ištalpinti, kodėl ji sakė, nepriims, bet priima*“.

*Potemėje atsiskleidžia, kad išorinė kontrolė ir aiškios ribos suteikia saugumo jausmą, kuris sugriūna, „sugriuvus“ riboms. Mūsų tiriamųjų atveju saugumas „išgaravo“ vienai terapeutei peržengus dalykinio bendravimo ribą, kitai – neišlaikius duoto žodžio. Iš kitos pusės, pasakojimuose atsispindi ir taisyklių bei ribų adekvatumo ir lankstumo svarba, kas padaro ryšį žmogiškesnį ir artimesnį. Tad, regis, šioje vietoje paprasto atsakymo nėra – svarbu rasti balansą tarp disciplinos ir kontrolės, spontaniškumo ir pasitikėjimo.*

### 3.1.7. Ryšys, artumas, šiluma

Šioje potemėje iš naujo suskamba visi ankstesniuose skyriuose minėti veiksniai – supratimas, atvirumas, įsitraukimas, lygiavertiškumas – visi svarbūs ir padeda (arba ne) kurti ryšį. Gero ryšio, santykio su terapeutu tema labai ryškiai „skamba“ visuose pasakojimuose. Patirtys labai įvairialypės – su vienais specialistai pavyko tą ryšį sukurti, su kitais – ne. Dar su kitais ryšys kito nuo „*nepatiko*“ pradžioje iki „*ganėtinai geras santykis buvo*“ gale. Arba, atvirkščiai, buvusį gerą ryšį pradėjo klibinti „*frustracijos*“ dėl nesusikalbėjimo, bet vienoks ar kitoks ryšio pojūtis liko visų moterų atmintyje.

a) **Nerado ryšio.** Saulė pasakoja nesuradus ryšio su dviem psichologais paauglystėje, pagalbos paieškos pradžioje. Ji pamena, kad pas abu lankėsi po vieną kartą. Saulė pasakoja, kad vienas valgė bandelę, sprendė kryžiažodį ir patarė jai koncentruotis į mokslus, ką ji suvokė kaip atsainumą, nepadedantį kurti ryšio. „*O kitas psichologas irgi ten buvo. Taip atrodo, kad bandai pasakyti, ar aš nemokėdavau, ar dar susikausčius buvau. Gal pačiai nepavyko ir mes neradom. Man patarė ten tokius, keist mokyklą, tai, nu, taip žinau (skeptiškas juokas) – keisiu. Tai iš čia nieko...*“, – svarsto Saulė, kad, gal, nesavalaikis terapeuto patarimas, o, gal, ir jos susikaustymas lėmė tai, kad nepavyko surasti ryšio.

Agnės patirtyje terapeuto uždarumas ir paslaptینگumas išliko kaip ryšiui trukdantys aspektai: „*Paslaptینگumas, uždarumas labai terapeuto, kad jis toks kažkoks atrodo šiuolaikiniais laikais, kai yra prieinamos įvairios sistemos, kai tu gali sužinoti daug apie terapeutą ir patenkinti smalsumą – irgi nedaro to ryšio tokio tvirto*“. Viena iš Agnės terapinių patirčių yra ta, kad terapeutas į užduodamus klausimus atsakydavo klausimu, tai kėlė jai daug frustracijos ir nepadėjo santykyje jaustis gerai.

*Dviejų moterų pasakojimuose girdisi ryšio pojūčio stoka. Vienos pasakojime to priežastys yra terapeuto paslaptینگumas, kitos – priežastis neįsisąmoninta, gal – susikaustymas, gal – nevykę patarimai, tačiau abiem atvejais ryšio stoka patiriama kaip nusivylimas.*

**b) Geras ryšys.** Visų moterų pasakojimuose girdisi daug gerų TS patirčių, kuomet jos juto ryšį su terapeutu, šilumą ir artumą santykyje. Moterys svarsto, kas padėjo tą ryšį jausti, kurti, puoselėti.

Gailė prisimena neilgai, gal tris mėnesius, bendravusi su viena iš universiteto psichologų, bet išsinešusi iš to bendravimo daug gerų patirčių: „*Buvo aplamai labai geras toks kontaktas, ryšys. Jaučiau, kad priėmė mano problemas, nu taip, kaip rimtus dalykus, kaip svarbius dalykus, nenuvertino.. Buvo daug labai to atliepimo, tokios empatijos*“. Jai labai įsiminė ir adekvati terapeutės emocinė reakcija, kuri prisidėjo prie šilumos santykyje pajautimo: „*nebuvo, kad imtųsi už galvos, ar, kaip tik, visiškai šaltai, toks ignoravimas. Tai va, tame matau priėmimą, tokį saugumą ir tokią šilumą tam santyky*“.

Įvairias, įskaitant geras, patirtis vainikuoja ir dabartinė terapija. „*Irgi labai geras santykis, toks pasitikėjimas, toks pakankamai lengva atsiverti tam žmogui. <...> Iš jo pusės ilgą laiką jaučiau tą priėmimą kažkokį, ir panašiai, ir supratimą. <...> jis turi tą interesą man kažkaip padėti, man kažkaip pagelbėti*“, – kalba Gailė apie dabartinį savo terapeutą. *Kažkaip sutampa bangos*“, – apibendrina ji, nors ir pripažįsta, kad pastaruoju metu santykyje atsirado frustracijos dėl nesusikalbėjimo VS tematika.

Frustraciją Gailei terapijoje keldavo ir jos dabartinio terapeuto tiesmukos konfrontacijos („*vos ne, gana tiesmukai pasako, kad aš nesąmonę pasakiau*“), kurios erzindavo ir keldavo norą užsidaryti, bet ilgainiui atsirado jausmas, kad tai kaip tik stiprina santykį: „*po truputį ir per daug, va, tų mažų atvejų, kažkaip, kaip tik toks jausmas, kad santykis stiprėja ir tas pasitikėjimas stiprėja...*“.

Kalbėdama apie TS, ji taip pat mini artumo jausmą, kurią jautė dviems terapeutams. Kaip pati svarsto, prie to artumo jausmo galėjo prisidėti tai, kad terapeutai buvo tokie pat jauni, kaip ir ji, ir santykis buvo lygiavertis: „*ji gan jauna buvo <...> Jo, iš tos pusės tas artumas*“; „*nu jo, jis irgi buvo jaunas žmogus <...> va, gal, tas irgi įtakojo, kad... <...> gan toks, tolygus tas bendravimas*“.

Apibendrinant galima pastebėti, kad Gailė mini tokias ryši kurti padedančias terapeuto savybes kaip empatija, atliepimas, pasitikėjimas, lengvumas atsiverti, nenuvertinimas, lygiavertiškumas, saugumas, priėmimas, supratimas, interesas padėti, pasitikėjimas, pagarba, emocinis stabilumas.

Saulė pasakoja, kad jai pavyko užmegzti kontaktą su daugumą specialistų. Paklausta, kas iš specialisto pusės jai padeda pajusti ryšį su juo, Saulė įvardina empatiją, puikią mentalizaciją, supratimą: „Mmmm... Puikiai mentalizuoja, turbūt, tiesiog supranta ir jaučia“. Kartu Saulė akcentuoja ryšio nuoširdumą, nepataikavimą, akių kontaktą: „*Tai, va, tas ryšio nuoširdumas iš vidaus, nepataikavimas. <...> Akių kontaktas – va, visi šitie dalykai man svarbu“.*

Agnė turi atmintyje likusių labai gerų TS patirčių, kur jautėsi santykiyje priimta ir lygiavertė: priėmimą, lygiavertį santykį, artumą ji įvardina kaip svarbius gero ryšio komponentus. Santykio lygiavertiškumas, terapeuto pripažinimas, kad jis ne – visažinis ir ne visagalis padeda kurti ryšį, daro jį natūralų ir gyvą: „*psichoterapeutas nebijo pasakyti, kad ne viską žino, ne viską gali atsakyti, ne visur gali padėti, pripažįsta savo ribotumą, tas labai pagelbėja atsiverti geriau, kad geriau, va, tą santykį, ryšį palaikyti, tęsti, <...> Labai natūralus, gyvas tas santykis“*, – sako ji.

Viltė pasakoja, kad ligoninėje pajustas ryšys su viena psichologe paskatino norą eiti pas ją terapijos; užsifiksavo taiklios terapeutės įžvalgos, padėjusios pajusti ryšį su ja: „*Su ja jau jaučiau ryšį, iš tikrųjų. Kai jos nemačiau, tai pagalvodavau, kad pasiilgstu terapeutės, nes grupinėse terapijose jinai pasakydavo įdomių dalykų. Taip, tą ryšį jaučiau, man tas visai, tai norėjau būtent pas ją grįžti“.*

Apibendrinant moterų patirtis, galima išskirti tokius gero ryšio bruožus kaip empatija, atliepimas, pasitikėjimas, atvirumas, lygiavertiškumas, saugumas, priėmimas, supratimas, interesas padėti, pagarba, emocinis stabilumas. Tikslios terapeuto įžvalgos ir, netgi, konfrontacija, taip pat padeda kurti ryšį.

**c) Santykio kaita.** Nors visos moterys turi gero ryšio su terapeutu patirties, ne visada pavyksta ryšį pajusti iš karto: apie tai byloja Saulės ir Gailės patirtis.

Gailė prisimena specialistę, kuri jai pradžioje nepatiko dėl griežtumo, tačiau pažįstant žmogų geriau, jos nuomonė kito: „*per tą santykį, per tą pažinimą, irgi ganėtinai geras santykis ant galo buvo“.*

Saulė pamena TS santykio kaitą su viena terapeute. Pradžioje terapeutės paliestas jos gyvenimo aspektas apie „*seksualinius dalykus*“ jai pasirodė neaktualus, tačiau kai terapeutės duota knyga „*sujaudino, suveikė*“, Saulė sako, kad terapijoje įvyko lūžis į gerąją pusę, atsirado ryšys su terapeute:



„nes tada aš galėjau priimti, o iki tol, sakau, kad nesąmonė čia, visiškai nesusiję dalykai. Ir ne! Tada kažkaip **pasijuto, kad yra ryšys**“.

*Moterų patirtis rodo, kad ryšys gali kisti, pažįstant žmogų, atrandant naujos informacijos svarbą.*

**d) Trikdantis ryšys.** Pasakojimuose iškyla, kad kartais ryšys gali būti suvokiamas kaip geras, bet kartu ir trikdantis, keliantis ambivalenciją.

Kalbėdama apie psichodinaminę terapiją, Agnė pasakoja jautusi didelį prisirišimą, artumą terapeutei ir didelę kančią tuo pat metu dėl įvairių lūkesčių terapijoje nepatenkinimo (terapeutės neatsakymo į klausimus, tabu temų ir kt.). Bandydama paaiškinti savo jausmus ir motyvus, Agnė samprotauja apie jai patikusią terapeutės išvaizdą ir savo trauminę patirtį, kurios ją skatino tęsti terapiją: „Pati buvau turėjus tą patirtį trauminę ir man tos kančios reikėjo. Ir aš eidavau, kankindavausi, bet vis tiek norėdavau eiti. Tas **kažkaip išdavo**“.

Saulė pasakoja, kad su paskutine savo terapeute ryšys buvo, netgi, per stiprus ir pradėjo trikdyti abi. Terapeutė prisipažino, kad pradėjo žiūrėti į ją kaip į dukrą, pradėjo sekti ją socialiniuose tinkluose: „Čia gydytoja taip šneka: „Čia **nebeprofesionalu, per didelis ryšys**“. Nors pati Saulė įvardina, kad ji santykiuose jautėsi gerai, pasakojime girdisi pasimetimas dėl tokio ryšio pobūdžio: „*Man tiko. Turbūt. <...> Dabar aš nebelankau, bet kai mes draugaujame (juokias), dėlioja tas širdutes. Keista man. <...> Tai va čia nežinau. Gal aš kažkaip tai to ryšio. Man tinka, bet aš jo per daug išsitraikiu. Tokia nežinia*“.

*Dviejų moterų atsiminimuose atsiskleidžia trikdantys TS aspektai: profesionalus santykis virtęs draugyste ir kančios bei artumo patyrimas vienu metu. Galima just, kad toks ryšys kelia sumaišties patyrimą, abejones, ar taip turi būti.*

**e) Geras TS – gydantis.** Nors iš ankstesnių pastraipų matyti, kad gero ryšio potyris yra gana individualus, ryšio svarbą terapijai akcentuoja visos moterys.

Tarp labiausiai padedančių gyti terapijos aspektų Gailė pirmiausia pamini santykį su terapeutu, paremtą „pasitikėjimu, pagarba, priėmimu“. Lygindama patirtis su dviem tos pačios terapinės krypties specialistais, Gailė sako, kad viena terapinė patirtis buvo gerokai vertingesnė už kitą dėl gero kontakto su terapeutu: „**Labiau suveikė, nes bent jau tas kontaktas buvo geras**“.

Saulė vienu svarbiausiu padedančių terapijos aspektų, taip pat, įvardina gerą ryšį su terapeutu: „**ir tas ryšio radimas**“. „*Labai, va, svarbu surasti tą ryšį. <...> Jeigu tinka specialistas – lengviau tą informaciją ir gydymą gauti, netinka – tada atmetimo reakcija terapijai*“, – apibendrina Saulė savo skirtingą terapinę patirtį.

Agnė gerą TS suvokia kaip gydantį patį savaime: „*Nes pats jau tas santykis terapinis labai yra gydantis*“.

*Kai kurios gero ar blogo santykio charakteristikos, atrodo, moterų yra įsisąmonintos ir įvardinamos: empatija, lygiavertiškumas, terapeuto išitraukimas – padeda, paslaptینگumas, uždarumas, per didelis artumas – trikdo. Kitos, regis, lieka kažkur už sąmonės lauko ribų: kartais gana sunku pasakyti, iš kur kyla gero, prasto ryšio su terapeutu pojūtis. „Tiesiog sutampa bangos“, – įvardina Gailė apibendrindama. „Tiesiog, nepavyko“, – tarsi, atsitiktinumui priskiria blogą patirtį Saulė. Kalbant apie įsisąmonintus gero ryšio komponentus, galima pastebėti, kad kurie elementai kartojasi atskiruose pasakojimuose, kiti – labiau individualūs, tačiau ryšio svarbą terapijai pabrėžia visos moterys.*

### 3.2. Terapinio proceso, pokyčių patyrimas

Šioje temoje atsiskleidžia moterų terapinio proceso įprasminimas, vykstančių pokyčių patyrimas. Kaip įvardina Gudaitė (2008), mes pažįstame save per santykį su kitu žmogumi: tuomet formuojasi realistiškas savęs ir pasaulio vaizdas. Šioje temoje atsiskleidžia dėl terapijos ir TS gimstantis naujas „aš“. Joje mažiau kalbama apie kitus, apie terapeutą, apie santykį su terapeutu, labiau apie santykį su savimi: savo jausenos, elgesio pokytį, naujus atradimus apie save, savo stiprybių pajautimą, apie visuminį jausmą, kad terapija padeda – veda į priekį, „į gerą“.

#### 3.2.1. „Išsiventiliavus“ – palengvėja

Apie jausmų, minčių išliejimo terapijoje svarbą kalba visos moterys. Tai – svarbi terapinio proceso dalis, nuo kurio prasideda visi kiti pokyčiai.

Viltė prisimena, kad pirmųjų terapijų metu daug kalbėjo apie susikaupusius jausmus: „*aš, tiesiog, pasakojau, verkiau ir pykau ir liūdėjau labai*“. Vėliau terapijos eigoje ji sakosi atradusi daug pykčio savo tėvams, nusprendė išsakyti susikaupusias nuoskaudas raštu. Ir, nors mamos elgesys po laiško pernelyg nepasikeitė, Viltė pasakoja apie palengvėjimą išsakyti: „*Tai va, daug dalykų parašiau būtent tam laiške ir išsiliejau. <...> išsakyčiau, ką norėjau, ir bent jau pačiai lengviau pasidarė, kad ji, tiesiog, dabar žino*“.

Gailė, taip pat, pripažįsta, kad „*ventiliavimasis nuima tos emocijas, įtampos*“.

Agnė galėjimą išsiventiliuoti įvardina kaip vieną iš „*nerealiai gerų*“ terapijos aspektų: „*ir šiaip tas palaikymas, kai tu turi kažką, kur gali išsikalbėti, gali išsiventiliuoti*“. Agnė daug kalba apie poreikį

ir drąsą kalbėti apie jausmus ne tik gyvenime, bet ir apie terapijoje. Jos kalboje kelis kartus nuskamba žodžiai „nuosėdos“ ir „nuoskaudos“, kurios lieka neišsakius ir neišsiaiškinus. Agnė prisimena, kad jai labai patikdavo išsilieti po grupės popieriuje: „*man tas labai padėjo ir labai tiko, kad gali viską išpilti, kas ten: santykiai su kitom, kas patiko, kas nepatiko toje grupėje, kas kėlė įtampą. Tai viską išsirašai ir ramu*“.

Ryškiausiai, naudodama ekspresyvius epitetus, apie išsivertinavimo svarbą kalbą Saulė. Ji pasakoja, kad likusi, gerąja prasme, šokiruota, kaip išliejus jausmus pirmoje individualioje konsultacijoje su gydytoja, pagerėjo virškinimas: „*man buvo šokas.., kaip tas maistas, tiesiog, susivirškino. Jaučiausi po tos terapijos, kaip išvėmus emocijas, (ir man tiesiog nesinorėjo, kad taip čia susivirškino). Tai nustebino tas dalykas*“. Tai buvo psichosomatikos supratimo pradžia: po kitų konsultacijų Saulė, taip pat, jausdavo fizinių simptomų pagerėjimą: „*Tai toj lignonėj pakyla man temperatūra, išeinu po psichoterapijos, viskas – 36,6, rankos tokios, kaip maratoną malonų nubėgusios, maloniai nutirpus, lengva, lengva, tokia – išsivaliusi*“. Po šių patirčių Saulė sako išmokusi nebelaikyti emocijų, jas išleisti ir nuo to palengvėja: „*Ir dabar, ką aš praktikuoju, ką aš darau, kartais tiesiog mašinoje važiuoju – prie vaiko negaliu – išsirėkt, išsipykt, išleist tą visą, kaip aš sakau, išvempt tas emocijas ir man taip palengvėja*“. Saulė sako, kad jai buvo svarbu dar karta išgyventi, suprasti ir išleisti savo vaikystės patirtis – tai, taip pat, prisidėjo prie išsivalymo jausmo: „*Dar kartą išgyventi, pamatyti tą mažą Saulę, <...> Tai, va, tas labai padėjo, dar kartą viską išgyvent, išsivalyt, išsivalyt, suprasti*“.

„Išsivertinavus“, „išsiliejus“, „išvėmus emocijas“, „išsirašius“, „išsivalius“, „išleidus emocijas“ – tokie epitetai skamba potemėje, kalbant apie jausmų išliejimo terapijoje patyrimą. Apie ramybę, palengvėjimą, įtampos sumažėjimą, išliejus jausmus, tiek liečiančius išorinį gyvenimą, tiek terapines situacijas, kalba visos moterys.

### 3.2.2. Vidinės motyvacijos svarba

Šioje potemėje atsiskleidžia pagalbos pripažinimo reikalingumas ir jos siekis.

a) **Pripažinimas, kad reikia pagalbos.** Pagalbos paieška prasideda nuo pripažinimo, kad pagalbos reikia. Saulė pasakoja, kad pradžioje su simptomais tvarkėsi pati ir pagalbos kreipėsi tik „perdegusi“: „*plaukai, dantys – viskas pradėjo byrėti – ir sustoti negaliu.. Ir labai netikėtai sužinojau apie lignonę.. ir pasiryžau...*“.

Viltė pasakoja, kad kreipėsi į terapeutą, netikėtai palikus draugui, tada padaugėjo nerimo, tapo sunku atlikti kasdienes darbus: „*Man apšivertė, tiesiog, pasaulis ir labai mane įskaudino ir aš, tiesiog, ką su tuo daryt, kaip su tuo tvarkytis, ir, tiesiog, nusprendžiau, kad reikėtų tos pagalbos kažkaip ieškoti*“.

Gailė pasakoja, kad kreipėsi pagalbos pas savo dabartinį terapeutą „dėl depresijos, nerimo, gyvenimo situacijos nesklandumų“.

Agnė svarsto, kad trauminės patirtys palieka savo „įspaudus“, su kuriais neišsina taip paprastai susitvarkyti pačiam ir tenka ieškoti pagalbos.

*Nors visos moterys vienokios ar kitokios pagalbos kreipėsi ne kartą ir visų jų aprašyti nepavyks, vis tik, motyvas kreiptis pagalbos, ištikus krizei, yra gana universalus.*

b) „**Labai svarbu tas vidinis noras**“. Matosi, kad bandymai ieškoti pagalbos baigdavosi įvairiai. Girdisi tendencija, kad dažniau pirmi kartai ieškoti pagalbos buvo nepavykę tiek dėl suvokiamos specialistų nekompetencijos, tiek, galbūt, ir dėl pačių moterų nežinojimo, ko tikėtis, ir dėl to svyruojančios motyvacijos.

Kaip pasakoja Saulė, pradžioje į pagalbą žiūrėjusi skeptiškai: „*Pradžioje, gana, skeptiškai, <...> Pagrinde, dėmesys buvo į maistą ir nelabai sureikšminau aš tų terapijų, nežinojau, ko tikėtis*“. Tačiau vėlesnė jos patirtis rodo, kad terapija jai tapo vertinga gyvenimo patirtimi ir pokytis įvyko labai greitai, jau po pirmos konsultacijos. „*Labai laukdavau*“, – pasakoja ji apie savo vėlesnes terapines patirtis.

Agnė, taip pat, sako, jog pripažinimas, kad tau reikia pagalbos, nuėjimas į terapiją pačiam lemia kitokį požiūrį į terapiją – norą sau padėti ir dirbti ta linkme. Išorinę motyvaciją sveikti ji įvardina kaip neveiksmingą, kaip kovą: jei žmogus nejaučia, kad jam terapijos reikia, terapeutas bus „*bejėgis*“. „*Nes kiek aš gydžiausi, tai motyvacija yra iš kitų, tada tu priešini esi tam, tada ir nepriimi ir, nu, kova gaunasi, kad tau reikia, bet tu atstumi tą pagalbą ir, nu, toks negali pilnavertiškai tame būti*“, – sako ji.

Viltė pasakoja, kad ji daug su savimi dirba ir už terapijos kabineto durų – domisi psichologija, taiko savistabą, minčių nukreipimą – tai stipriai prisideda prie juntamo pokyčio. „*Pats žmogus turi labai didelę galią save keisti <...> čia, vis tiek, yra labai svarbu tas vidinis noras*“, – sako ji.

*Klausant pasakojimų, girdisi, kad pagalbos paieškos procesas yra labai įvairialypis: vienos moterys turi ilgesnę, kitos – trumpesnę pagalbos istoriją. Ir visko joje gausu: bandymų tvarkytis su liga pačioms, nežinios, ko laukti, motyvacijos gydytis svyravimų, nusivylimų ir atradimų. „Reikėjo išbandyt, nusivilt, vėl išbandyt. Daug ieškojimų labai reikėjo“*, – sako, Gailė. Šiame banguojančiame pagalbos

paieškos kelyje vidinės motyvacijos sveikti tema yra esminė – be jos bandymai padėti atsiduria aklavietėje. Su tuo sutinka visos moterys.

### 3.2.3. Aš – kitokia

Potemėje atsiskleidžia, kad, nors terapijos dėka atsiradęs pokytis yra lėtas, jis juntamas visu moterų. Jis – tai geresnis savo gyvenimo istorijos, jausmų, elgesio priešasčių suvokimas, neatrastų asmenybės aspektų įsisąmoninimas, įvairių santykių niuansų pamatymas – patirtis keičianti vidinę realybę, o kartais ir elgesį.

**a) Pokytis – juntamas.** Gailė pasakoja, kad nors pokyčiai, vykstantys terapijos dėka, yra lėti, nedideli ir sunkiai pastebimi, jie po truputėlį „kraunasi“, kol vieną dieną atsisuki ir pastebi: „*O aš kažkaip pasikeičiau, kažkaip kitaip į tas pačias situacijas reaguojau, aš kažkaip kitaip jaučiuosi...*“.

„*Veiksmų konkrečių prasme*“ nelabai daug kas pasikeitė, bet Gailė jaučia emocinės būsenos pagerėjimą: sumažėjo jautrumas, nerimas, atsirado daugiau vidinio saugumo ir laisvės, daugiau pozityvių emocijų, minčių: „*Beveik kiekvieną dieną ar net kiekvieną dieną jautiesi ne taip kad žiauriai pakylėtas, bet normaliai, taip saugiai savy, taip, jo, daugiau tų pozityvių kažkokių emocijų, minčių*“.

Panašiai liudija ir Viltė. Ji sako, kad nors pokyčiai nėra greiti ir gali atrodyti, kad niekas nevyksta, bet ilgainiui efektas pasimato: „*nors kartais atrodo, kad niekas nevyksta, kartais norisi viską mesti, su laiku tas pokytis ateina ir kažkaip pajauti, kad tie dalykai tikrai taisyti*“.

Kalbėdama apie terapijos poveikį, Viltė paliečia ir svarbius VS aspektus. Nors ji sako abejojanti, ar galima visiškai pasveikti nuo VS, ir prisipažįsta, kad sunkesnėmis dienomis noras nevalgyti grįžta, ji sako, kad terapijos dėka, VS simptomai sumažėjo ir netrukdo džiaugtis gyvenimu. Galų gale, galbūt svarbesnis už pokytį yra savęs priėmimas, svarsto ji: „*Gal, kartais ir jeigu pats pokytis nevyksta, vyksta savęs priėmimas, išbuvimas kažkaip toje emocijoje ir kartais, na, dabar pajaučiu, kad, galbūt, kartais, yra svarbesnis ir gilesnis dalykas negu kažkoks tai pokytis*“.

*Moterys atskleidžia, kad pokyčių pojūtis ateina iš lėto, jis juntamas – tai džiugina. Labiausiai juntamas emocinės būsenos pokytis – mažiau nerimo, daugiau pozityvių minčių, savęs priėmimo.*

**b) Geresnis asmenybės, priešasčių, santykių supratimas.** Gailė sako, kad terapija padėjo pažinti save: „*Bet, šiaip, aš jaučiau, kad man patiko, kad daug ir apie save sužinojau dalykus, kur, ta prasme, anksčiau, nebuvau pagalvojęs apie tai. Padėjo geriau save pažinti*“.

Viltei terapijoje atradimų buvo daug: elgesio šaknų vaikystėje atradimas, asmeninio perfekcionizmo ir kontrolės poreikio „pačiupinėjimas“, bet labiausiai svarbus jai, regis, buvo tarpasmeninių santykių aspektų įsisąmoninimas: tai ir polinkis nuolat tikėtis iš kitų dėmesio ir įvertinimo, polinkis idealizuoti artimus žmones ir dėl jų persistengti (kas ją „suvaržo ir uždaro į narvus“), pastangos būti visada gerai, noras išlaikyti visus, net ir nepatinkančius, žmones šalia. Įsisąmoninimas šių aspektų ir jų pervertinimas iš naujo, padėjo pajusti ramybę, laisvę rinktis pačiai, su kuo norisi būti ir kaip norisi būti: „Užtenka tų kelių žmonių, kurie nuo seno yra, ir nebūtinai reikia naujų kažkokių. Va, šitas *supratimas pas mane atėjo ir tokios šiek tiek ramybės savyje pajutau (Pauzė) <...> Pajaučiau laisvę, kad pati galiu rinktis ir nebūtinai man visų žmonių šalia reikia (pauzė)“.*

Saulė akcentuoja tiek tarpasmeninių santykių aspektus, tiek, apskritai, priežastingumo suvokimą. Jai buvo svarbus savo praeities ir dabartinio elgesio sąsajų supratimas, sunkumų priežasčių atradimas, naujų aspektų apie savo seksualumą pažinimas. Terapija padėjo suprasti jai reiškinių priežastis: „Čia labai svarbi patirtis buvo ir suvokimas (pauzė) (atsidūsta) elgesio mano, kodėl aš taip elgiuosi, tas suvokimas, kad lengviau situacijas priimti, stebėti save. <...> Pas mane, va, apskritai, va, yra toksai suprasti, kodėl taip yra, priežastis, va, tas. Tai man tos terapijos **padėjo priežasčių surasti, kas vyksta, kodėl ir kaip ateity**“, – pasakoja ji. Saulė, taip pat, sako atradusi naujus seksualumo aspektus: seksas šeimoje „*reiškia daug*“ ir priklauso ne tik nuo jos vienos.

*Skyrelyje atsiskleidžia, kad terapija padėjo pažvelgti gilyn, geriau suprasti save, reiškinių priežastis – tai suvokus, atsirado daugiau ramybės, noro ir galimybių kažką keisti.*

**c) Savo jausmų pažinimas „kaip sielos išganymas“.** Saulė pasakoja, kad iki terapijos neįjautė jokių jausmų ir juntamą tuštumą bandė užpildyti maistu: „*Pas mane buvo tas, kad aš negaliu pajauti jokių jausmų absoliučiai: nei pykčio, nei pavydo – nieko. Tuščia. Va tuščia, tai norisi tada kažkuo užsipildyti. Buvo, va, tais persivalgymais*“. Terapijoje atradus jausmus, pradėjo pokyčiai į gerą pusę, veiklos keitimas. Emocijų įsisąmoninimas pakeitė jos gyvenimo įpročius: jei anksčiau Saulė buvo linkusi užklupus emocijoms jas ignoruoti, išveikti per kūną, tai terapijos dėka išmoko su jomis išbūti – tai atnešė fizinį ir emocinį palengvėjimą: „*jei anksčiau aš būdavau linkus, kažkaip, nueit parūkyt, kažką tai pavalgyti, nu patraukti viską, tai aš ten išmokau išbūti, išgyventi (graudinasi) <...> aš, šiaip, mėgaujuosi, kad aš tą išmokau daryt, išbūt – man labai **palengvėjo tada fiziškai ir emociškai***“. Psichosomatikos pažinimas, suvokimas, kad jos emocijos yra glaudžiai susijusios su fiziologija, su virškinimu ir VS simptomais, buvo vienas didžiausių jos terapinių atradimų. „*Tai va tas buvo toks, gal,*

*didžiausias, gal, pirmas atradimas, kaip viskas čia susiję su mano virškinimu, kad nenoriu nieko vempt, man niekas čia nestovi... Nu tai, va, tas suvokimas **psichosomatikos**, ryšio tarp čia (rodo į širdį) ir čia“.*

Viltė pasakoja, kad terapija padėjo atrasti, pažinti, priimti užslopintus jausmus, pvz., pyktį tėvams. Tam reikėjo drąsos ir buvo „*keista*“, nes Viltė buvo įpratusi gyvenime būti gera. Terapijos dėka, savęs vaizdas tapo įvairiapusiškesnis: „*Mes esam ne vien tik balti, bet ir salotiniai, kad reiktų tų visų spalvų siekti, tuo ir esam pilni, kad esam visokie*“. Savo jausmų pažinimą, įsisąmoninimą, „išgryninimą“ Viltė įvardina kaip vieną vertingiausių terapijos patyrimų, suteikiantį laisvės, jėgų ir „*sielos išganyimo*“ pojūtį: „*buvo po daugybės terapijų pasijautė, kad aš tokia, kažkokia, tokia po sielos išganyimo grįžau, tokios laisvės pajutau, pilna jėgų. Tai mano tos terapijos, kai aš taip pasijausdavau po jų, tai būdavo, kad pavykdavo išgryninti savo jausmą kažkokį*“.

Išmokusi terapijoje atpažinti ir įsisąmoninti savo jausmus, ji sugebėjo perkelti šiuos įgūdžius iš terapijos į realų gyvenimą, išmoko „*pagauti save*“, kaip jaučiasi tam tikrose situacijose, santykiuose – tai padėjo jai iškomunikuoti savo jausmus kitiems, sumažino norą atsitraukt, o, vietoj to, paskatino bandymą kalbėtis ir ieškoti kompromisų. Ilgainiui, jai pavyko išreikšti ir savo pyktį (kas buvo vienas sunkiausių dalykų) santykių ir darbinėse situacijose – tai padėjo jai pasijusti „*pakovojusiai už save ir laisvesnei*“. Dėl to sumažėjo nerimo, neaiškumo, atsirado ramybės: „*Jeigu atpažįstu savo kažkokią tai vidinę būseną, kuri atsirado nuo kažkokio įvykio ar žmogaus, aš nebeslepiu, kaip aš jaučiuosi, kad aš galiu tada iškomunikuoti, <...> ir man nereikia su tuo gyventi, su tuo jausmu, kad pas mane to nerimo, kažkokio neaiškumo viduje sumažėjo... daugiau tos kažkokios ramybės – dėl to ir svarbu*“.

Savo jausmų pažinimas išmokė juose išbūti, bet neužsibūti per ilgai: „*Ir dar labai padėjo supratimas, kas jeigu dabar taip jaučiuosi, tai nereiškia, kad taip jausiesi ryt, poryt ir visą gyvenimą. Kai supratau, kad tai nėra amžina, tai nebėra tikslo ilgai būti tame liūdesį ar toje savigraužoje*“.

Savo jausmų pažinimas išmokė nukreipti mintis ir veiksmus į pozityvesnius. „*Aš savęs paklausiu, ką aš noriu padaryti, būtent, čia ir dabar, kaip galėčiau čia ir dabar sau padėti <...> tai kažkaip atradau tų kažkokių dalykų, kurie padeda išjausti tą blogą akimirką*“, – pasakoja Viltė ir sako, kad liūdnų emocijų pagauta, eina į lauką, važinėja mašina, skaito, guli, žiūri laidas, klauso muzikos.

*Savo jausmų supratimas – vienas kertinių terapijos momentų. Moterys pasakoja, kad pažinus jausmus, atsirado galimybė juose išbūti, padėti sau nedestruktyviais būdais – tada palengvėjo fiziškai ir emociškai.*

**d) Savo stiprybių pajautimas.** Viltė sako, kad pokyčio pamatymas, jog jai pavyko su daug dalykų susitvarkyti, suteikė galios jausmą, pakėlė savivertę ir tikėjimą savo galimybėmis ir ateityje: „*Labiau pradedi save vertinti, galbūt, kai matai save, kad ir to, ir to nutiko, bet aš kažkaip išgyvenau, kad esu „čia ir dabar“, ir kad tokių dalykų matau, ir man tas labai daug grožio suteikia <...> turiu tikėjimą, kad galiu su savimi tvarkytis*“.

Agnė sako, kad terapinės patirtys padėjo jai atrasti vidinius resursus, pasitikėjimą savimi ir gyventi, nepalūžti, einant per „gyvenimo duobes“. Terapijos dėka, ji gali gyventi be vaistų, turint pakankamai sudėtingas diagnozes: „*Vidiniai resursai pakankamai stipriai pastatyti, visos tos terapijos, viskas leidžia gyventi pilnavertį gyvenimą, o ne pasiduoti. <...> Va, būtent gyvenimas tikras, natūralus labai, tai faina. Nepaisant visų tų duobių, kurios buvo. Tu jas kažkaip nugali, įveiki dar vieną, dar, nu, kažkaip kitaip jau gyvenime tą dediesi, tą stuburą augini, remiantis savim*“. Vis tik, Agnė nesibodi paprašyti ir pagalbos, kai jaučiasi, kad jau nesusitvarko – tai, pasak jos, irgi – suvoktos stiprybės ženklas.

*Potemėje atsiskleidžia, kad savęs, o ypač savo jausmų terapijoje pažinimas „išlaisvina“ nuo emocijų išveikų per kūną, skatina visapusiškesnę savęs vaizdą, didina savęs priėmimą, vertinimą, atsiranda pasitikėjimas savimi. Tai keičia emocinę būseną ir elgesį. Pastarasis tampa adaptyvesnis tiek santykiuose su kitais, tiek su pačiu savimi – atrandama veiksmingesnių savipagalbos būdų.*

### **3.3. Terapinis santykis visuminės pagalbos kontekste**

Visos moterys turi įvairialypę gydymosi nuo VS patirtį, tad nieko stebėtino, kad jų pasakojimuose iškyla tos patirties tarpusavio lyginimas, vertinimas. Tad ši potemė apie tai – apie atskirą ir visuminį skirtingų terapijos metodų, kryptių patyrimą ir TS vietą šiame patyrimo. Šioje temoje išskyrėme ir stacionarinio gydymo potemę. Gydymosi ligoninėje patirtį turi visos moterys – ji svarbi, apie ją kalbama, ji suvokiama ne kaip fragmentuota, o kaip vientisas daugybės skirtingų specialistų ir gydymo metodų patyrimas.

#### **3.3.1. Terapijos metodų patyrimas: „visi geri“**

Kalbėdamos apie atskirus užsiėmimus, metodus, tiriamosios juos lygina, išskiria vienus ar kitus įsiminius aspektus.



Agnė pasakoja, kad visada jautusi trauką grupinėms terapijoms, nes galvojo, kad turi santykių sunkumų. Ir, iš tiesų, jos patirtis tokia, kad grupė iškelia ir parodo įprastus bendravimo modelius, kurie neatsiskleistų individualioje terapijoje. Tačiau iškilus pasirinkimui, ar rinktis grupinę terapiją, ar individualią, Agnė sako, kad rinktusi individualią, nes joje yra daugiau galimybių atsiskleisti dėl ryšio intymumo ir dėl to, kad nereikia dalintis terapijos laiko su kitomis: „*O grupėje tai, aišku, lieka kokių 10 minučių, kur tikrai nebūni, nepaliesi to, kas jautru ir skauda (paūzė)*“. Kalbėdama apie skirtingas terapijos kryptis, ji sako, kad dabartinė jos geštalo terapija jai yra „*fainiausia*“ dėl didesnio terapeuto lankstumo ir atvirumo (lyginant su psichodinaminėmis), tačiau, nepaisant visų sunkumų, ir apie buvusias terapijas ji atsiliepia gerai, kaip apie padėjusias, „*paauginusias*“.

Kalbėdama apie konkrečius padedančius gydymo metodus, Saulė sako, kad dėl savo „*išsikerojusio perfekcionizmo*“ jai sunkiau buvo įsisąmoninti ir priimti kūno vaizdo užsiėmimus: buvo (ir yra) sudėtinga priimti, kad bet koks kūnas yra gražus. Kalbėdama apie visus kitus užsiėmimus, metodus, patirtis, Saulė nuolat naudoja epitetus „*mėgavausi*“, „*labai patiko*“, „*nieko neigiamo negaliu pasakyti*“, „*labai laukdavau*“. Jai įsiminė ir patiko dailės terapija, grupinė terapija, tačiau, apskritai, Saulė atskirų metodų neįsiminė ir jų nesureikšmina: „*Kokie metodai aš nežinau pavadinimo <...> Neįsidedėjau, nepaklausiau, neužfiksavau. Kuriuos praėjau, tai jie man tiko, kuriuos einu..*“.

Regis, Gailei kaip ir Saulei labiausiai įsiminė dailės ir kūno vaizdo terapijos. Gailei patiko dailės terapija, kuri „*padėjo atsiverti, save pažinti*“. Skirtingai nei Saulei, jai nebuvo sudėtinga ir kūno vaizdo terapija: ji padėjo rasti „*priėjimą prie kūno*“. „*Labai man, atrodo, padėjo*“, – sako Gailė apie kūno vaizdo užsiėmimus.

Gailė kaip ir Saulė skirtingų metodų nesureikšmina. „*Nemanau, kad viena terapijos kryptis pranašesnė už kitą*“, – sako ji ir kalba apie skirtingų metodų prieinamumo svarbą, nes metodo tinkamumas labai priklauso ir nuo kliento asmenybės ir poreikių: „*kažkuri tikrai nebus, kad 100 proc. visiems padės*“. Gailė, taip pat, pastebi, kad KET terapijos veiksmingesnės kriziniu periodu, bet ilgalaikėje perspektyvoje, asmenybės pokyčių prasme, efektyvesnės yra psichodinaminės kryptys. Ji akcentuoja ir terapeuto kompetencijos svarbą: „*Mano patirtis rodo, kad gali būti ta pati kryptis, bet profesionalai labai skirtingai tą taiko, su skirtingais gebėjimo lygiais..*“.

*Nors moterys išskiria tokias įsiminusias patirtis kaip dailės terapija ar kūno vaizdo terapija, apskritai, regis, kad metodų jos nesureikšmina – visi suvokiami kaip padedantys ir, daugiau ar mažiau, tinkantys skirtingu periodu, skirtingiems žmonėms ir skirtingoms problemoms.*

### 3.3.2. Gydymas stacionare „labai padėjo“

Stacionaro patirtis skamba visų moterų pasakojimuose. Ji, vienaip ar kitaip, įsimintina.

Pasakodama apie stacionaro patyrimą, Viltė sako kartais pasiilgstanti ligoninės, joje patirtų bendrumo ir supratimo jausmų. Ligoninės patirtį ji įvardina kaip smagią ir gerą: „*Pasiilgstu kartais [ligoninės], kai pagalvoju, kaip smagu ten buvo būti, <...> Geras laikas man ten buvo*“.

Saulė, tai pat, sako, kad ilgisi ligoninės, netgi, bijo priklausomybės nuo jos. Pasakodama ji nuolat kartoja žodį „per gerai“: „*Ten per gerai. Per gerai ta ramybė. Tas suvokimas, supratimas, kas vyksta su manim, savęs atradimas – viskas per gerai. Per gera aplinka, kaip šiltnamius*“.

Gailės ligoninės patirtis kiek kitokia: ir pozityvi, ir nelengva tuo pačiu. Kaip ir moterys prieš tai, Gailė sako, kad ligoninė padėjo atsitraukti nuo rūpesčių, susifokusuoti į save: „*kaip laikas sau, investicija tokia*“. Užsiėmimų gausa ir pagalbos intensyvumas padėjo išeiti iš krizės, bet „*pati patirtis kaip sergančiam tikrai buvo sunki ir ten visko buvo emociškai, fiziškai ir visom prasmėm*“. Visgi, Gailė sako, kad nors pats ligoninės patyrimas gali atrodyti gąsdinantis, kartais nėra kitos išeities – jai gydymas „*labai labai padėjo*“.

Labai panašia į Gailės patirtimi dalinasi ir Agnė. Viena vertus, jos pasakojime girdėti, kad ligoninė padeda, iš kitos pusės skamba išgąstis ir nenoras ten atsidurti vėl. Agnė „pagauna save“, kad ligoninės grėsmė padeda jai susiimti ir kurį laiką išbūti be simptomų, bet grėsmei praėjus, ji vėl atkrenta. „*Sunku atlaikyti, tai dėl to kažkaip reikia, manau, jau šį kartą nusileist, nors tikrai nejauku ten grįžti*“, – sako ji apie numatomą grįžimą į stacionarą.

*Pasakojimuose atsiskleidžia, kad patyrimai ligoninės atžvilgiu kiek skiriasi: vienos moterys pasakoja apie ligoninės ilgesį, ten patirtus supratimo, bendrystės, atsipalaidavimo jausmus, kitos pasakoja apie ambivalenciją, apie emociškai nelengvą, bet padedančią patirtį. Tačiau visais atvejais akivaizdu, kad ligoninė padėjo tiriamosioms išeiti iš krizės, pagalba buvo efektyvi, o joje ypatingą vaidmenį suvaidino ryšys su specialistais ir kitais pacientais.*

### 3.3.3. Terapija – „nerealiai geras dalykas gyvenime“

Moterys, „susumavusios“ visas turimas savo patirtis, terapiją įvardina kaip vienareikšmiškai vertingą jų gyvenimo patirtį, be kurios „*neaišku, kur dabar būtų*“.

Agnė terapiją įvardina kaip „*nerealiai gerą dalyką*“, kur galima rasti palaikymą, galimybe išsikalbėti ar, tiesiog, pabūti su tuo, kas kyla, tuo momentu: „*čia tikrai pati psichoterapija yra nerealiai geras dalykas: ir tiek gyvenimo pokyčiuose, ir šiaip tas palaikymas, kai tu turi kažką, kur gali išsikalbėti, gali išsiventiliuoti ir kažką tai paprasčiausiai pabūti su savo tais sunkumais, su savo ašarom ir su viskuo*“. Agnė pasakoja, kad neseniai terapija padėjo jai atlaikyti emociškai sunkų darbą, o praeityje padėjo išgyventi daug sudėtingų gyvenimo situacijų. Laikotarpiu kai ją itin kamavo suicidinės mintys, terapija padėjo sumažinti vienatvės pojūtį ir išeiti iš siauro tunelinio matymo: „*ir tada jau, nu, kažkaip jautiesi nebe vienas visame tame, nebėra to siauro tunelinio matymo, kad yra ir kažkokių kitų išeičių*“. Ji sako, kad be terapijos išeitis būtų buvusi „viena“ (užuomina į pasitraukimą iš gyvenimo – mūsų pastaba).

Agnė apie visas terapijas atsiliepia šiltai: „*Kiekviena davė savo indėlį, savo pėdsaką ir paliko tai, paaugino. Nėra neigiamo to, nuoskaudų didelių, kiek galėjo, tiek davė*“. Ji akcentuoja ir kaupiamąją terapijų patirtį, kuomet, su kiekviena terapija sveikimo procesas tampa lengvesnis ir greitesnis, tampa lengviau priimti ir suprasti save.

Jai pritaria Gailė, sakanti, kad ankstesnės terapijos turėjo įtaką vėlesnėms ir jas palengvino. Gailė, taip pat, sako, nežinanti, kur būtų buvusi, jei ne pagalba. Ji neneigia, kad pagalbos paieškos procesas buvo ilgas ir banguotas, tačiau, apibendrindama, sako turėjusi daug gerų patirčių terapijoje ir rekomenduoja kreiptis į kvalifikuotus specialistus ir kitiems, nes – verta: „*viskas į gera pusę eina. Ir tokios vilties suteikia, kad ir ateityje bus dar geriau, bus. Tai tikrai verta, kiek žmonių, ar draugių yra užsiminę, kad norėtų pas psichologą. Tai sakau, tai jo būtinai eik, nes blogiau nebus*“.

Viltė pasakoja, kad ateidama į terapiją tikėjosi, kad staiga „*nušvis man tas pasaulis ir aš čia suprasiu, kaip reikia teisingai gyventi, kad čia žvangteli ir viskas pasidarys viskas gerai kažkaip*“, o vėliau suprato, kad geriausias ir gražiausias dalykas yra ne rezultatai, o pati terapinė kelionė, kai gali pamatyti gyvenimą iš skirtingų perspektyvų, gali justti pokyčius: „*Dabar man atrodo, kad man, gal, gražiausias dalykas ir yra būtent ta pati kelionė, kad aš galiu grįžti į praeitį ir pamatyti, kaip įvyko ir kaip viskas dėliojasi, kaip pasikeičiau, kokia buvau prieš tai, kad tas pokytis, visgi, vyksta <...> Būtent procesas, pati kelionė ir yra pats svarbiausias dalykas, kuris yra*“.

Ši graži Viltės citata simboliškai ir užbaigia šią potemę ir visą „Rezultatų“ skyrių. Nepaisant visų terapinių patirčių, tarp kurių ir ne viena neigiama, apskritai, TS ir pati terapija moterų yra

*suvokiama kaip graži pokyčius nešanti kelionė. Ir net jei pokyčių pasiekti ne visada pavyksta, terapija vertinga pati savaime, nes tai procesas priartinantis prie savęs, savo autentiškumo.*

#### **4. REZULTATŲ APTARIMAS**

Šiame skyriuje mūsų gauti rezultatai lyginami su kitų autorių tyrimais ir gautais duomenimis.

##### **4.1. Svarbūs terapinio santykio veiksniai**

Moterų išsakyta „*ryšio,artumo*“ terapijoje svarba sutampa su daugelio autorių mintimis apie palaikančių santykių terapijoje svarbą (Nilsson & Hagglof, 2006; Dawson, 2014; Federici & Kaplan, 2008; Hay & Cho, 2003; D'Abundo & Chally, 2004; Button & Warren, 2001; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Ramjam, 2004). Ne vieno autoriaus įvardintas kaip svarbiausias terapijos, gydymo proceso veiksnys (Button & Warren, 2001, Ramjan, 2004; Norcross, 2011), geras TS glaudžiai siejamas su emocijų reguliacijos funkcijomis ir savivertės jausmo palaikymu, didinimu. Pirmuoju atveju autoriai į ryšio svarbą žiūri per neurobiologijos prizmę: per sąveiką su kitais žmonėmis, per abipusį apsikeitimą emocijomis vyksta emocijų reguliacija, mažėja grėsmės ir nesaugumo jausmai, formuojasi prieraišumas (Cozolino, 2006, Schore & Schore, 2008; Fairburn, 1995) – tai svarbu normaliam smegenų funkcionavimui. Antruoju atveju teigiamos, kitokios buvimo santykyje patirtys leidžia lengviau save priimti, skatina pasitikėjimą savimi, didina savivertę, motyvaciją, o šie vidiniai veiksniai daugelio autorių yra išskiriami kaip svarbūs sveikimo nuo VS faktoriai (D'Abundo & Chally, 2004; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Nilsson & Hagglof, 2006). Mūsų tyrimas šias mintis patvirtina. Moterų įvardinami tokie TS komponentai kaip supratimas, „*žiūrėjimas rimtai*“, lygiavertiškumas, artumas, šiluma, regis, yra glaudžiai susiję su emocijų reguliacija, saviverte. Pasakojimuose girdėti, kad buvimas neišgirsta, nesuprasta, nepamatyta, nelygiaverte terapijoje iškelia savo kaip nesvarbios, nieko nemokančios, negebančios vaizdinius, ir atvirkščiai, terapeuto įsiklausymas, įsitraukimas, tarimasis, savo ribotumo pripažinimas didina paciento vertės ir kompetencijos pojūtį: „*aš nesu niekas*“, „*esu savo problemų ekspertas*“, „*esu svarbus*“. Tikriausiai ne atsitiktinai tuos pačius svarbius TS komponentus VS gydyme išskiria ir kiti autoriai: supratimą (Dawson, 2014), sąžiningumą (George & Gristiani, 1981), empatiją, gebėjimą aktyviai klausytis, skaityti kliento neverbalines reakcijas (Krause et. al., 2011), lygiavertiškumą (Treasure et. al., 2017, Gabbard; 2014). Kalbant apie pastarąjį, Treasure ir kiti (2017) pastebi, kad VS sutrikimų atveju stebima ryški ambivalencija: sergančių žmonių sąmonėje, tarsi, „gyvena“ dvi dalys –

tikroji savastis ir VS. Direktyvumas sunaikina paskutinius pasitikėjimo savimi likučius ir tai tik priverčia VS dalį „kalbėti garsiau“, ką labai aiškiai įvardina mūsų tiriamosios, kalbėdamos apie direktyvumą: „*nepriimi, nepasitiki savimi ir numuša tą tavo savivertę ir norą kažkaip taip eiti į tą priekį*“. Gabbard (2014) siūlo, kad bet kokie patarimai terapijoje turėtų būti pateikiami kaip galimybės, o ne nurodymai, paliekant pasirinkimą pačiam pacientui. Kitu atveju, jie gali trukdyti užmegzti TS, priminti tėvų ir aplinkos spaudimą, įvelti į tarpusavio kovą, kupiną abipusio nepasitikėjimo (Ramjam, 2004). Mūsų tiriamosios tai patvirtina, kalbėdamos, kad nedirektyvumas ir palaikymas skatina norą atsiverti, ieškoti pagalbos, padeda kurti ryšį. Vis tik, mūsų tyrime išryškėja, kad kai kuriais atvejais, direktyvumas ir savalaikis konfrontavimas yra suvokiami kaip padedantys. Moterys atskleidžia, kad švelni konfrontacija suvokiama kaip „*ryšio nuoširdumas*“, kaip „*priėmimas*“ tais atvejais, kai kvestionuojami griežti neigiami įsitikinimai savo atžvilgiu, ar juodai-baltas mąstymas, kai „*gražiai permetama*“ atsakomybė tiek už neigiamus, tiek už pozityvius gyvenimo aspektus. Konfrontacija, taip pat, suvokiama kaip mažinanti jautrumą kitų kritikai ilgalaikėje perspektyvoje. Visgi, reiktų pastebėti, kad, tiriamųjų nuomone, ji turėtų būti taikoma jau susiformavus ryšiui, vėlesnėse sveikimo nuo ligos stadijose, nes kitu atveju gali lemti terapijos nutraukimą: „*rizikinga tai daryti santykių pradžioje, bet ilginiui tai gali padėti*“. TS yra svarbus faktorius, skatinantis tęsti terapiją, jos nenutraukti. Tiriamųjų patirtys rodo, kad terapijos nutraukimų pagrindinė priežastis buvo ryšio jausmo stoka. Tai sutampa su Norcross (2011) mintimis, kad TS stiprumas yra esminis kriterijus, lemiantis terapijos tęstinumą.

Dawson ir kiti (2014) nurodo, kad pradinėms sveikimo nuo VS stadijoms yra būdingi nepasitikėjimo kitais ir buvimo nesuprastam jausmai. Treasure ir kiti (2017) tai aiškina neurologiniais procesais: dėl VS gali sutrikti dopamino, serotonino, oksitocino, kanabinoidų ir opiatų smegenų sistemų veiklos: atsiranda mažiau jautrumo ir tikslumo skaitant kitų emocijas, padidėja jautrumas grėsmės, galios ir dominavimo signalams, o gerumo ir atjautos signalams – sumažėja, atsiranda sunkumai pasitikėti kitais ir jaustis santykiuose patogia. Šioje stadijoje bet kokia klaida gali būti priimama itin jautriai. Mūsų tyrimas, tai, galimai, patvirtina. Moterų pasakojimuose atsiskleidžia juntami buvimo nesuprastai, nepriimtai jausmai: reaguojama į tokius subtilius niuansus kaip neteisingai tariamas vardas, nevykęs patarimas, žinių stoka, kryžiažodžio sprendimas ir kt. Iš kitos pusės, labai tikėtina, kad šį nepasitikėjimo jausmą pakursto ir specialistų baimės, nesupratimas, gynybos. Ramjan (2004) savo tyrime apie slaugytojų ir NA sergančiųjų santykių išskiria tokias slaugytojų įvardinamas temas kaip sunkumai užmegzti santykį, sunkumai suprasti sergančiųjų realybę, noras kontroliuoti, vedantis prie abipusio

nepasitikėjimo. Ramjam (2004) siūlo orientuoti ligoinės programas į tokias, kuriose būtų daugiau galimybių kurti nuoširdų tikrą TS. Pasak Norcross (2011), geras TS lemia greitesnį sveikimą ir didesnį pasitenkinimą paslaugomis. Tai sutampa su mūsų duomenimis: „*jei negerai su gydytoju, aš negaliu terapijos priimti tada*“, – sako viena tiriamųjų. Tą tiesiogiai ir netiesiogiai patvirtina ir kitos moterys.

Be mūsų jau minėtų, tyrime atsiskleidžiantys kiti TS veiksniai tokie kaip terapeuto kompetencija, ribų kūrimo įgūdžiai įvardinami kaip svarbūs TS veiksniai ir kitų autorių (Krause et. al., 2011, Kočiūnas, 1995).

Rezultatuose, taip pat, atsiskleidžia TS kaitos aspektai, kai ryšys kinta nuo „*nepatiko*“ į teigiamą pusę, arba, atvirkščiai, santykyje atsiranda trinties elementų. Tai sutampa su kitų autorių (George & Gristiani, 1981; Bugental, 1992, Kočiūnas, 1995, Gudaitė, 2008) įvardinamu nuolatinės kaitos TS buvimu.

#### **4.2. Terapinio proceso, pokyčių patyrimas**

Antroje potemėje atsiskleidžiantis palengvėjimas, išliejus emocijas, gali būti glaudžiai susijęs kitų autorių minėtu emocijų reguliacijos mechanizmu (Cozolino, 2006, Schore & Schore, 2008; Fairburn, 1995). Kadangi VS atlieka savotišką adaptacinę funkciją, kuria siekiama sumažinti socialinius iššūkius ir grėsmes (Schmidt & Treasure, 2006), išliejus emocijas ir sumažėjus stresui, sumažėja susirūpinimas išvaizda ir kiti ligos simptomai (Fairburn, 1995). Ne veltui, visos moterys mūsų tyrime įvardina mažesnę nerimą, ramybės, lengvumo jausmus, valgymo kontrolės sumažėjimą, „*išsiventiliavus*“, „*išliejus jausmus*“, „*išvėmus emocijas*“.

Dar viena šioje temoje atsiskleidusi potemė apie vidinės motyvacijos svarbą, taip pat, sutampa su gausiais ankstesnių tyrimų rezultatais. Daugybė autorių kalba apie lūžį gijimo procese, pacientams pamačius, įvertinus ligos pasekmes jų fiziniam ir socialiniam funkcionavimui, „atsitapatinus“ nuo VS ir nusprendus sveikti (D'Abundo & Chally, 2004; Keski-Rahkonen and Tozzi, 2005; Weaver et. al., 2005; Fairburn, 1995; Krause et. al., 2011; Lamoureux & Bottorff, 2005). Mūsų tiriamosios kalba apie lūžio taškus, kuomet ateina supratimas, kad nebesusitvarko pačios, kad liga griaua jų fizinę ir psichinę sveikatą. Reikia pastebėti, kad fizinės sveikatos griūtis pastebima greičiau: „*plaukai, dantys pradėjo byrėti*“. Pripažinimas, kad reikia pagalbos, dažnai ateina kriziniais gyvenimo periodais (po skyrybų, keičiantis darbu ir t. t.), kuomet fiziniai VS simptomai pagilėja ir išryškėja, tuomet atsiranda didesnė motyvacija sveikti. Lambert ir Barley (2001), kalbėdami apie terapijos efektyvumą, vidinę motyvaciją

priskiria vieniems svarbiausių terapinių veiksnių. Mūsų tiriamosios tai patvirtina, kalbėdamos, kad be vidinio noro sveikti bet kokie terapeutai, terapijos, pagalba yra „bejėgiai“, gydymas „tampa kova“. Fairburn (1995), taip pat, nurodo, kad esminis aspektas yra ne gydymo būdas, o paciento motyvacija sveikti, ir, netgi, siūlo pakopinį gydymą, kuomet pradėdama nuo savigydos be specialisto pagalbos ir, tik nepavykus, įtraukiami specialistai (Fairburn, 1995). Mūsų tiriamosios tai, iš dalies, patvirtina, pasakodamos, kad kažkuriais gyvenimo etapais jos su ligos simptomais sėkmingai tvarkosi pačios, be specialistų pagalbos. Vis tik, visos tiriamosios įvardina, kad atkryčių metu dažnai nebepadeda ne tik savipagalba, bet ir terapijos – tampa reikalinga intensyvi kompleksinė stacionarinė pagalba. Weaver ir kiti (2005) pastebi, kad atsakomybės prisiėmimas ir vaidmens pokytis nuo aukos prie aktyvaus dalyvio glaudžiai susijęs su „atradau save iš naujo“ jausmu. Šį gebėjimą „išbūti“ be VS, pastangas ieškoti savo naujo autentiško identiteto autoriai įvardina kaip centrinį sveikimo faktorių (Federici & Kaplan, 2008; Lamoureux & Bottorff, 2005). Mūsų tyrime ryškiai atsiskleidžia abu šie aspektai: atsiradusi motyvacija sveikti suveikė kaip katalizatorius, nuo kurio prasidėjo pokyčių procesas, savęs atradimas iš naujo. Moterys pasakoja, kad atsiradus vidinei motyvacijai, atsirado terapijos prasmės ir naudos matymas, nedidelių, bet vis „kapsinčių“ emocinės, fizinės būsenos asmenybės pokyčių pastebėjimas: visapusiškesnis savęs vaizdas, didesnis pasitikėjimas savimi, geresni santykiai, kurie, savo ruožtu, dar labiau didino motyvaciją sveikti. Dalis autorių motyvacijos sveikti atsiradimą ir terapinius pokyčius sieja su teigiama, kitokia buvimo santykiyje patirtimi, kuri leidžia iš naujo pažvelgti į savo gyvenimą (Kohut, 1984; Frie, 2015; Kočiūnas, 1995). Bugental (1992) tai aiškina tuo, kad TS kaip veidrodyje galima pamatyti įprastus bendravimo, elgesio būdus ir juos keisti. Mūsų tiriamosios tai patvirtina. Jos kalba apie tai, kad tiek įvairių gyvenimiškų situacijų nagrinėjimas, tiek TS išskylantys jausmai ir jų įsisąmoninimas padėjo komfortabiliu jaustis savyje, o tuo pačiu su kitais, bandyti taikyti realiame gyvenime įvairius naujus elgesio modelius.

### **4.3. Terapinis santykis visuminiame pagalbos kontekste**

Temoje atsiskleidžia, kad moterys neišskiria, nesureikšmina atskirų metodų. Tai sutampa su tų autorių mintimis, kurie neprioritetuoja konkrečios terapijos krypties ar konkrečios technikos, o kalba apie eklektinių technikų gydymui taikymą, jas pritaikant prie paciento poreikių (Lambert & Barley, 2001, Vitousek & Gray, 2005; Fairburn, 1995; Federici & Kaplan, 2008). Moterų patirtys rodo, kad visos technikos yra suvokiamos kaip daugiau mažiau padedančios ir patvirtina Ciano ir kitų (2002) teigimą,

kad kiekviena technika didina skirtingas kompetencijas. Galima pastebėti, kad tiriamosios įprasmina skirtingų užsiėmimų metų išmokus naudingus įgūdžius (pvz., grupinėje pagerintus bendravimo gebėjimus, dailės terapijoje atskleistus naujus asmenybinius aspektus). Visgi, skirtingas tų pačių užsiėmimų (pvz., kūno terapijos) patyrimas patvirtina Federici ir Kaplan (2008) pastebėjimus apie pacientų unikalumą ir individualaus, adaptuoto gydymo svarbą. Taip pat, atrodo, kad, gana, veiksminga yra įvairių metodų samplaika. Teigiamas ir padedantis visuminio stacionarinio gydymo (kuriame taikomos tiek terapinės, tiek mitybos atstatymo technikos) tiriamųjų patyrimas patvirtina tyrėjų teiginius apie daugiakrypčio, kuo daugiau skirtingų fizinių, kognityvinių ir psichologinių aspektų apimančio, gydymo veiksmingumą (Gabbard, 2014; Treasure et. al., 2017, Federici & Kaplan, 2008). Visgi, moterų pasakojimuose atsiskleidžia, kad svarbiau už terapines kryptis ar konkrečius metodus yra terapeuto asmenybė ir kompetencija, santykis su terapeutu, santykis grupėje. Tai patvirtina tyrimus (Lamoureux & Bottorff, 2005; Bachar et. al., 1999; Ramjan, 2004) apie į santykį su savimi ir kitais orientuotų terapijų veiksmingumą ir jų svarbą gydymo plane.

#### **4.4. Darbo privalumai, ribotumai ir praktinės rekomendacijos ateities tyrimams**

Mums nepavyko rasti tyrimų, nagrinėjančių VS sergančių žmonių TS patyrimą lietuvių kalba, tad galime daryti prielaidą, kad toks tyrimas Lietuvoje yra vienas pirmųjų. Giluminė kokybinio tyrimo strategija leido išryškinti naujus, įdomius aspektus, kuriuos išsamiai aprašėme. Daugialypės terapinės patirties buvimas ir „suminis“ jos tyrimas yra šio darbo ir pliusas, ir minusas tuo pačiu. Plusas tame, kad nors tyrimo imtis buvo nedidelė, ji leido „pačiupinėti“ ne kelias, o keliolika skirtingų terapinių patirčių vienu metu – jas lyginant tarpusavyje, buvo galima išskirti bendrus svarbius patyrimo dėsningumas visame gydymo procese. Visgi, tai ir ribotumas, nes apibendrinant, visada prarandama dalis duomenų ir yra riziką patirtis supaprastinti. Tikėtina, kad nagrinėjant vieną konkrečią terapiją, atsiskleistų dar kitokie, gilesni TS klodai. Prie gylio galėtų padėti ir tyrimo klausimo siaurinimas, pvz., tik tam tikrų TS veiksmų (artumo, lygiavertiškumo) tyrinėjimas. Kita tyrimo strategija, pvz., atvejo ar naratyvinė analizė, taip pat, galimai atskleistų išsamesnę terapijos vaizdą, kuriame galėtų išryškėti ne tik svarbūs TS veiksniai, bet ir TS formavimosi etapai, jo kaita skirtingose ligos stadijose, apie kurią dažnai kalbama.

Kalbant apie pasirinktos imties dydį, reiktų pastebėti, kad kokybiniuose tyrimuose jis yra diskutuotinas, o tiriamųjų skaičius, apibrėžiantis kokybišką tyrimą, gali svyruoti nuo vieno iki kelių šimtų ir priklauso nuo daugelio faktorių, tokių kaip tyrimo metodas, tikslas, temos pobūdis, naudingos



informacijos, gautos iš vieno tiriamojo kiekis, interviu ilgis, klausimų struktūra ir daugelis kitų (Morse, 2010; Baker & Edwards, 2012; Ogden & Cornwell, 2010). Kaip taikliai pastebi Morse (2010), pernelyg platus tikslas ir daug tiriamųjų dar nereiškia tyrimo kokybės, o kaip tik gali nulemti paviršutiniškas išvadas, atsiradusias dėl perteklinio darbo. Aiški ir akivaizdi tyrimo tema, išsami ir informatyvi gauta informacija iš respondentų, didesnė tiek tyrėjų, tiek tiriamųjų patirtis analizuojamoje temoje leidžia greičiau pasiekti norimą informaciją ir su maža intymi (Morse, 2010; Baker & Edwards, 2012). Mūsų atveju tyrėja atliko 4 mėnesių praktiką VšĮ Vilniaus m. Psichikos sveikatos centro Valgymo sutrikimų centre, kuri padėjo jai geriau orientotis tyrimo problematikoje, o dauguma tiriamųjų turėjo ilgalaikę įvairių terapijų patirtį, tad interviu metu pateikė daug vertingos, apibendrintos informacijos. Visus interviu sudarė trys etapai, leidžiantys pamatyti įvairius duomenų sluoksnius, tad galime daryti prielaidą, kad nedidelė tyrimo imtis nebuvo trukdis šio darbo turtingumui, visgi, tikėtina, kad daugiau tiriamųjų būtų padėję atskleisti dar daugiau naujų temos aspektų.

Dėl imties heterogeniškumo (didelis amžiaus skirtumas, skirtingos diagnozės, skirtinga terapinė patirtis, jos intensyvumas) šis darbas, galimai, neatspindi kai kurių aspektų, pvz., moterų su atskiomis diagnozėmis TS patyrimo, kuris, greičiausiai skirtųsi, nes literatūroje dažnai nurodomi moterų su skirtingomis diagnozėmis motyvacijos sveikti skirtumai, neišvengiamai keičiantys požiūrį į santykį, į specialistus. Šiame darbe nebuvo nei vienos dalyvės, sergančios PS, tad moterų su šia diagnoze patyrimas darbe liko nepaliestas. Liko neatspindėtos ir vyrų, sergančių VS, terapinės patirtys. Šis darbas, taip pat, neatspindi atskirų psichoterapijos krypties TS specifikos, kuri literatūroje dažnai nurodoma kaip besiskirianti. Skirtingas „terapinis bagažas“ taip pat, neišvengiamai keičia reflektavimo gebėjimus ir TS patyrimą – terapijos trukmės įtaka TS menkai atsispindi šiame darbe. Į visus šiuos aspektus vertėtų atsižvelgti, planuojant ateities tyrimus.

Dar vienas darbo ribotumas – tai tyrėjos patirties kokybiniuose tyrimuose trūkumas, kas galėjo nulemti mažesnį darbo įtikimumą. Neaišku, kokią įtaką interviu galėjo turėti ir procedūros atlikimas nuotoliu, internetinių komunikacijos platformų pagalba. Visgi, geras tyrėjos ryšio pojūtis su dalyvėmis interviu metu ir po jo (apie tai jau rašėme skyrelyje „Patvirtinamumas“), atviras ir detalus moterų dalinimasis savo patirtimis, gauti turtingi duomenys leidžia manyti, kad visi aukščiau minėti aspektai tyrimo pernelyg nenuskurdino ir jis galėtų pasitarnauti, rengiant rekomendacijas medicinos personalui ir psichikos sveikatos specialistams, dirbančiais su VS sergančiais žmonėmis.

## IŠVADOS

1. Moterų pasakojimuose atsiskleidžia 3 terapines patirtis nusakančios temos: svarbūs TS veiksniai, terapinio proceso, pokyčių patyrimas ir TS visuminiame pagalbos kontekste.

2. Temoje „Svarbūs TS veiksniai“ atsiskleidžia tarpusavio komunikacijos su terapeutu patyrimas, išryškėja, „ryšio“ terapijoje svarba ir komponentai, (ne)padedantys tą „ryšį“ kurti, tokie kaip:

„Įsiklausimas, supratimas, empatija“: empatijos, susietumo patyrimas padeda „iš naujo atgimti“, sveikti; atvirškčiai – empatijos nebuvimas „frustruoja“, didina norą nutraukti terapiją;

„Įsitraukimas, „žiūrėjimas rimtai“: potemėje atsiskleidžia noras būti svarbiai terapijoje, dažnai juntamas per terapeuto pastangas, net ir tokias nedideles, kaip, pvz., terapijos tęstinumo užtikrinimas;

„Lygiavertis santykis“: atsiskleidžia tarpusavio dalinimosi, tarimosi, bendradarbiavimo su terapeutu noras, vietoje „žinių ir įsakymų nuleidimo iš aukščiau“;

„Atvirumas“: išryškėja, kad viena sunkiausių temų terapijoje yra kylančių jausmų terapeutui išsakymas; visgi, su augančia terapine patirtimi atsiverti terapijoje tampa lengviau;

„Kompetencija“: atskleidžia kompetencijos ir sąžiningo jos ribų pripažinimo svarba; iškyla kai kurie (ne)profesionalumo elementai, pvz., adekvataus terapeuto emocinio reagavimo svarba ir kt.

„Taisyklės ir ribos“: išryškėja taisyklių ir ribų aiškumo, adekvatumo ir lankstumo motyvas, balanso tarp kontrolės ir pasitikėjimo svarba.

„Ryšys, artumas, šiluma“: tai viena ryškiausių potemių, nusakanti gero, blogo, „sutampa bangos“ arba „mums – ne pakeliui“ ryšio bruožus, jungianti visus aukščiau minėtus aspektus: lygiavertiškumą, empatiją, kompetenciją ir kt.; geras ryšys įvardinamas kaip vienas esminių terapijos aspektų.

3. Temoje „Terapinio proceso, pokyčių patyrimas“ fokusas nuo santykio su terapeutu nukrypsta į save: atsiskleidžia vidinės motyvacijos sveikti svarba, išsiventiliavimo kaip palengvėjimą keliančio proceso patyrimas, iškyla gausus terapinių pokyčių sąrašas; savęs, savo jausmų terapijoje pažinimas „išlaisvina“ nuo emocijų išveikų per kūną, skatina visapusiškesnį savęs vaizdą ir priėmimą, didina pasitikėjimą savimi – tai keičia emocinę būseną į labiau tenkinančią, o elgesį į adaptyvesnį.

4. Paskutinėje temoje „TS visuminės pagalbos kontekste“ atsiskleidžia skirtingų terapinių metodų ir kryptų nesureikšminimas, akcentuojant TS svarbą sveikimo procesui; taip pat atsiskleidžia stacionarinio gydymo kaip teigiamo, padedančio patyrimas ir visuminis terapijos kaip vertingos, gyvenimą keičiančios, „nerealios kelionės“ patyrimas.

## LITERATŪRA

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Eds.) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D. C: American Psychiatric Association (APA).

Armstrong, D., Gosling, A., Weinman, J., Marteau, T. (1997). The place of inter-rater reliability in qualitative research: an empirical study. *Sociology*, 31 (3), 597-606, doi:10.1177/0038038597031003015.

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1 (3), 385-405.

Australijos klasifikacijos kūrimo konsorciumas (ACCD) (2015). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM), Australijos medicininių intervencijų klasifikacija (ACHI) ir Australijos kodavimo standartai ACS) – TLK-10-AM/ACHI/ACS*. Paimta iš <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>.

Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S., & Berry, E. M. (1999). Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *Psychotherapy Practice and Research*, 8 (2), 115-28.

Baker, S. E., & Edwards, R. (2012). How many qualitative interviews is enough. *National Centre for Research Methods Review Discussion Paper*. Paimta iš: [http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how\\_many\\_interviews.pdf](http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf).

Ben-tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). Outcome In Patients With Eating Disorder: a 5-year study. *Lancet*, 357, 1254–1257.

Beumont, P., & Touyz, S. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 20–24, doi:10.1007/s00787-003-1103-y.

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*, 382.

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.

Buchele, B., & Rutan, J. (2017). An object relations theory perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67, doi:10.1080/00207284.2016.1238748.

Bugental, J. (1992). *The Art of the Psychotherapist: How to develop the skills that take psychotherapy beyond science*. New – York: W. W. Norton & Company.

Button, E. J., & Warren, R. L. (2001). Living with anorexia nervosa: The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review*, 9, 74–96.

Ciano, R., Rocco, P. L., Angarano, A., Biasin, E., & Balestrieri, M. (2002). Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: an exploratory study of efficacy and persistence of effects, *Psychotherapy Research*, 12:2, 231-239, doi:10.1080/713664282.

Cope, D. G. (2014). Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research, *Oncology Nursing Forum*, 41 (1).

Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social mind*. New York, NY: Norton.

D’Abundo, M., & Chally, P. (2004). Struggling with recovery: Participant perspectives on battling an eating disorder. *Qualitative Health Research*, 14, 1094–1106.

Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). “Doing the impossible”: the process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 24 (4), 494–505, doi: 10.1177/1049732314524029.

Fairburn, Ch. (1995). *Kaip įveikti pastovų persivalgymą*. New York: The Guilford Press.

Federici, A., & Kaplan, A. S. (2008). The patient’s account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1–10, doi:10.1002/erv.813.

Frie, R. (2015). Existential therapy: emergence of a relational tradition. *International Journal of Psychotherapy*, 19, 15–21.

Fogarty, S., & Ramjan, L. M. (2016). Factors impacting treatment and recovery in anorexia nervosa: Qualitative findings from an online questionnaire. *Journal of Eating Disorders*, 4 (1), 1–9, <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0107-1>.

Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. DSM-5 edition/Fifth edition*. Washington: American Psychiatric Publishing.

George, R. L., & Cristiani, T. S. (1981). Theory, methods, and processes of counseling and psychotherapy. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 19, 3-4.

Gudaitė, G. (2007). *Klinikinis psichologinis vertinimas: užduotys ir taikymo principai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

Gudaitė G. (2008). *Santykis ir pokytis: tarpasmeninių ryšių gelminės prielaidos ir psichoterapija*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 17–35.

Hay, P. J., & Cho, K. A. (2013). Qualitative exploration of influences on the process of recovery from personal written accounts of people with anorexia nervosa. *Women Health*, 53 (7), 730–40, doi:10.1080/03630242.2013.821694.

Joffe, H. (2011). Thematic analysis. In D. Harper, & A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. Chichester: John Wiley & Sons.

Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: An internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 80-86.

Kočiūnas R. *Psichologinis konsultavimas*. Vilnius: Lumen, 1995.

Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago, IL: University of Chicago Press.

Krause, M., Altimir, C., Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clinica y Salud*, 22 (3), 267 – 283.

Krupnick, J. L., Sotsky, S. M.; Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., & Pilkonis, P. (2006) *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research program*. American Psychiatric Association, Focus.

Kujalienė, D., Sausaitis, T. (2014). Terapijų santykių samprata ir reikšmė psichologinio konsultavimo kontekste. *Sveikatos mokslai*, 24 (4), 48-56, doi:10.5200/sm-hs.2014.068.

Lambert, M. J., Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 38 (4), 357 – 361.

Lamoureux, M. M. H., & Bottorff, J. L. (2005). "Becoming the real me": recovering from anorexia nervosa. *Health Care for Women International*, 26 (2), 170–188, doi: 10.1080/07399330590905602.

Lewis, Ch., Johnson, A., & Lewis, N. (1994). *Eating Disorders. Guidance for teachers*. Family Reading Centre.

Lincoln, Y. S., & Guba, E., G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

- Moreno, J. K., Fuhriman, A., & Hileman, E. (1995). Significant events in psychodynamic psychotherapy group for eating disorders. *Group*, 19 (1), 56–62.
- Morkevičius, V., Telešienė, A. ir Žvaliauskas, G. (2008). *Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVivo ir Text Analysis Suite*. Kaunas.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10 (1), 3–5.
- Nelson-Jones R. (2010). *Theory and Practice of Counselling and Therapy*. London: Sage Publications.
- Nilsson, K., & Hagglof, B. (2006). Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 14 (4), 305–311, doi:10.1080/10640260600796234.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16, 1-13, doi: 10.1177/1609406917733847.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. Oxford University Press, doi:10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001
- Ogden, J., & Cornwell, D. (2010). The role of topic, interviewee, and question in predicting rich interview data in the field of health research. *Sociology of Health & Illness*, 32 (7), 1059–7.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Quartz, S. R., & Sejnowski, T. J. (2002). *Liars, lovers and heroes: What the new brain science reveals about how we become who we are*. New York, NY: Harper Collins.
- Ramjan, L. M. (2004). Issues and innovations in nursing practice nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* (Wiley-Blackwell), 45 (5), 495–503, doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x.
- Ryan, G. W., Bernard, H. R. (2003). Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, 15 (1), 85-109, doi:10.1177/1525822X02239569.
- Rupšienė, L. (2007). *Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija: metodinė knyga*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 147.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford.

Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343–366. doi:10.1348/014466505X53902

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20.

Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293, doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284.

Sullivan, P. F, Bulik, C. M, Fear, J. L, & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (7), 939-46. doi:10.1176/ajp.155.7.939.

Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2017). *Skill-based Learning for Caring for a Loved One with an Eating Disorder: The New Maudsley Method*. London: Routledge, 228.

Vitousek, K. M., & Gray, J. A. (2005). *Eating disorders*. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy*, 177–202, Oxford University Press.

Weaver, K., Wuest, J., & Ciliska, D. (2005). Understanding women's journey of recovering from anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 15, 188–206.

Wengraf, T. (2004). *Qualitative research interviewing: biographic narrative and semi-structured methods*. London: SAGE.

Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Cook Myers, T., Kadlec, K., LaHaise, K., . . . & Schander, L. (2012). Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: A clinical overview. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 467–475, doi:10.1002/eat.2097.

## PRIEDAI

### 1. Priedas. Dalyvių apklausos anketa

#### ANKETA

*Esu antro kurso Vilniaus universiteto klinikinės psichologijos magistro studentė. Atlieku kokybinį tyrimą apie santykio patyrimą terapijoje. Ši anketa yra jo dalis. Būčiau dėkinga, jei pasidalintumėt informacija. Duomenys yra konfidencialūs ir bus naudojami tik darbo tikslais. Jei kiltų klausimų, susisiekiame: Raminta Vaičiulė, ramintavy@gmail.com*

- 1. Koks valgymo sutrikimas jums yra/buvo diagnozuotas?**
- 2. Ar yra/buvo diagnozuota kitų gretutinių sutrikimų?**
- 3. Kaip ilgai sergate/sirgote valgymo sutrikimu?**
- 4. Kur gydėtės? Koks gydymas buvo taikomas? (pvz. gydžiausi valgymo sutrikimų centre ir t. t.)**
- 5. Apibūdinkite savo lankyta/as psichoterapija/as (surašykite visas, kiek atsimenate)**

Psichoterapijų skaičius	Lankymo trukmė	Psichoterapijos kryptis, jei žinote (pvz. egzistencinė, psichodinaminė, egzistencinė ir t. t.)
1		
2		
3		
4		
5		
....		

- 7. Kaip vertinate psichoterapijos efektyvumą (trumpai pakomentuokite, kaip ir kuo ji padėjo/nepadėjo) (jei psichoterapijų buvo ne viena, trumpai pakomentuokite kiekvieną).**
- 8. Koks jūsų amžius?**
- 9. Koks Jūsų išsilavinimas? (įrašykite, pvz., aukštasis, vidurinis ir t. t.)**
- 10. Kokia Jūsų gyvenamoji vieta? (įrašykite, pvz., miestas, kaimas, didmiestis ir t. t.)**

*Dėkui*



## 2. Priedas. Kodavimo fragmentas

Fragmentas	Kodas
<i>Tai aš pirmą kartą, vat, susidūriau su, gal, iš pradžių ne tiek su psichologais ar terapija, o su psichiatrais – pirmas toks kontaktas buvo 15-os metų kažkur.. ir dėl, šiek tiek, kitų tuo metu problemų, ne dėl valgymo dalykų.</i>	1. Pirmas kontaktas su psichiatrais 15 metų
<i>Ir, va, per tą laiką – 12 metų – gan, daug su visokių pakraipų teko susidurti specialistais ir terapeutais, tai, va, ir Lietuvoje, ir Anglijoje, nes daug metų Anglijoje gyvenau,</i>	2. Per 12 metų patirtis su daugeliu specialistų
<i>tai tikrai labai įvairios tos patirtys. Buvo ir neigiamų, kada, tiesiog, nu va, pavyzdys. Anglijoje ten universiteto servisuose kažkokiuose užsirašiau pas psichologę ir ten kažkiek vaikščiojau, ten buvo labai mažas, aplamai, leistinas skaičius, ta prasme, ta trukmė labai apribota tų susitikimų. Jie buvo labai nereguliarūs, kartais kas savaitę, kartais kas mėnesį. Tas toks.</i>	3. Neigiama patirtis: nereguliarūs susitikimai
<i>Ir aš atsimenu, kad aš pati nusprendžiau gan greitai ją nutraukti, dėl to, kad buvo ne vieną kartą tokia frustracija. Aš ateinu, aš noriu kažkokio kontakto, aš noriu kažkaip kalbėtis, o toks jausmas, kad tave ta psichologė, terapeutė, nežinau, kaip pavadinti... tiesiog neįsiklauso, neįsigilina</i>	4. Terapijos nutraukimo priežastys – ne viena frustracija 5. Jausmas, kad terapeutė neįsiklauso 6. Jausmas, kad terapeutė neįsigilina 7. Kontakto noras, noras kalbėtis
<i>ir, tiesiog, aš išeinu su tiek skrajučių visokių. Čia iš tos kognityvinės elgesio krypties su tom užduotim, ir tokia jaučiuosi, va, neišgirsta, kad, maždaug, eini pagalbos, o ji tave ne tai, kad atmeta, o išsiunčia namo – tu, maždaug, pats tvarkykis. Ta va, toks kažkoks nepriėmimas, nežiūrėjimas rimtai, nu nežinau.. Buvo tokia patirtis.</i>	8. Skrajučių davimas suvokiamas lyg liepimas tvarkytis pačiam 9. Jaučiasi terapeutės nepriimta 10. Jaučiasi terapeutės neišgirsta 11. Jausmas, kad terapeutė nežiūri rimtai
<i>Po to, vėliau, irgi, Anglijoje, bet, va, grynai dėl šitų problemų, su mityba susijusių, kreipiausi, irgi. Ar psichologė, ar psichoterapeutė ji buvo, aš nepamenu tiksliai. Čia kito jau universiteto servise., kur aš kaip tik turėjau labai gerą patirtį.</i>	12. Gera terapijos patirtis
<i>Manęs ten neištraukė iš atkryčio, nieko, gal, šiek tiek tik pristabdė, iš tos pusės, kad jau buvo jau tokia situacija, kad be stacionaro jau nebūčiau išsivertus. Tiesiog, reikėjo griežtesnės aplinkos, daugiau kontrolės ir panašiai. Tai tie susitikimai vieną kartą savaitę – tai to neužteko tuo momentu.</i>	13. Terapija neištraukė, bet pristabdė atkrytį 14. Specialisto kompetencijos ribos/ stacionaro būtinybė 15. Griežtesnės aplinkos, kontrolės poreikis

### 3. Priedas. Temų ir potemių sąrašas

Potemės pavadinimas	Kodai	Tiriamosios, citatų pvz.
<b>SVARBŪS TS VEIKSNIAI</b>		
<b>Įsiklausymas, supratimas, empatija</b>	<p><b>a) Aplinkoje „ne visi supranta“</b>  Aplinkinių VS nesupratimas, smerkimas  Aplinkoje ne visi suprato  Mama nelabai žinojo, ką su daryti su VS</p> <p><b>b) Neišgirsta ir nesuprasta terapijoje</b>  Jausmas, kad terapeutė neįsiklauso  Jautėsi terapeutės neišgirsta  Buvimo nesuprastai jausmas  Abipusio nesusikalbėjimo terapijoje jausmas  Pasijuto, kad terapeutė neklauso, ką ji sako</p> <p><b>c) Empatijos svarba: išgirsta ir suprasta terapijoje</b>  Terapeuto priėmimas ir supratimas  Mėgaujasi, kai ją supranta  Gera jausti gydytojų empatiją  Empatijos patyrimas  Labai svarbu – empatija  Supratimas be žodžių  Taikli įžvalga padėjo pasijusti suprastai</p> <p><b>d) Išgirsta ir suprasta „bendrakeleivių“</b>  Pamatymas, kad nesi vienas su problema  Tarpusavio supratimo, palaikymo grupėje patyrimas</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u></p> <p>a) „<i>aš tokioj aplinkoj esu, kur nelabai kas suprato, kokie čia sutrikimai, ir to, ir smerkimo buvo...</i>“ (Saulė, S15)</p> <p>b) „<i>Jei ji taisyklingai netaria mano draugės vardo, tai gal negirdi, ką aš jai sakau, ką pasakoju. Tokia asociacija, kad terapeutė nesupranta, ką aš jai noriu pasakyti, dėl to aš jaučiuosi nesuprasta</i>“ (Viltė, V77)</p> <p>c) „<i>Buvo daug labai to atliepimo ir empatijos &lt;...&gt; kažkaip per tą palaikymą, per tokį supratimą, per tą išsišnekėjimą, kad jo, įgavau pakankamai drąsos</i>“ (Gailė, G9)</p> <p>d) „<i>Ten radau, kad, vau, yra tokių žmonių supratimo tokio, tas buvo labai smagu. &lt;...&gt; Būdavo tylos minutės, bet lyg ir visi supranta, kas vyksta, kartu išgyvena tą</i>“ (Saulė, S17)</p>

	Tarpusavio supratimas grupėje Suprasta bendraminčių	
<b>Įsitraukimas, „žiūrėjimas rimtai“</b>	<p>a) <b>Terapeuto įsitraukimo stoka:</b>  <b>„neprisibeldžiau“, „aš nesvarbi“</b>  Jausmas, kad terapeutė neįsigilino  Jausmas, kad terapeutė nežiūrėjo rimtai  Terapeutė normalizavo VS, „nurašė“  Jausmas, kad terapeutas nuvertino VS  Jausmas, kad terapeutei nesvarbu, ką ji kalba  Terapeutei nesvarbu taisyklingai ištarti vardą  Jausmas, kad terapeutė numenkindavo  Terapeutės įsitraukimo į pokalbį stoka  Atsainus psichologo požiūris  Psichologas nekreipė dėmesio  Mitybos problemų nuvertinimas</p> <p>b) <b>Terapeuto įsitraukimas: „labai daug iš savęs atiduoda ir tas jautėsi“</b>  Jausmas, kad esi svarbus/terapeuto pastangos  Juntamas terapeuto interesas padėti  Priėmė problemas kaip rimtas, svarbias  Specialistų atsidavimo jausmas  Svarbu, kad nežiūrėtų paviršutiniškai  Svarbu – rimtas profesionalo požiūris į konkrečią problemą</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u>  a) „<i>Oi (atsidūsta), aš nuėjau, jįsai valgė bandelę ir sprendė kryžiažodį. Ir kaip ir bandau pasakoti, bet ne... bet neprisibeldžiu iki jo, nežinau, taip, atrodo, atsainiai &lt;...&gt; darau, bet nekreipia dėmesio</i>“ (Saulė, S28)  b) „<i>jie atsimena tą informaciją, tą jausmą, ir primena, kartais paklausia, ar palygina &lt;...&gt; gan, svarbus toks jauties. Tu nesi čia, šiaip, niekas, aš čia dirbu, šiaip, iš reikalo. Jauti, kad jie patys investuoja save tame procese irgi...</i>“ (Gailė, G60)</p>
<b>Lygiavertis santykis</b>	Nelygiavertis santykis apsunkina terapiją Erzindavo specialisto elgesys kaip su vaikais	<p><u>Agnė, Saulė, Gailė</u>  “<i>Nu tas labai pasijuto, kai perėjau į tą lygiavertį santykį, tas nerealiai</i>“</p>

	<p>„Pasikėlę“ terapeutai turi žinių, bet nežino tavęs</p> <p>Lygiavertiškumas – kažko nežinoti, būti šalia</p> <p>Lygiavertiškumas padeda dalintis atsakomybe už gydymą</p> <p>Lygiavertis santykis sustiprina atvirumą</p> <p>Terapijoje padėjo lygiavertis santykis</p>	<p><i>sustiprino tą terapiją, atvirumą ir norą duoti, ir padėti jai man jai padėti. Noras leisti jai padėti. Ne pasipriešinimą kelia, oėjimą į santykį, į pagalbą sau. Tai labai svarbus dalykas”</i> (Agnė, A73)</p>
<b>Atvirumas</b>	<p>Neišdrįsta terapeutui išsakyti pykčio</p> <p>Ne visada išsako jausmus terapeutui</p> <p>Terapeuto uždarumas skatina tabu temas</p> <p>Terapeuto uždarumas neskatina atvirumo</p> <p>Neišsakyti kaupiasi nuoskaudos</p> <p>Negalėjimas išsikalbėti kėlė įtampą</p> <p>Terapeuto atvirumas mažina įtampą</p> <p>Lengva atsiverti terapeutui</p> <p>Išmoko atpažinti ir išsakyti jausmus terapeutui</p> <p>Drąsa klausti terapeutės ir išsiaiškinti išsiaiškinus, nelieka nuosėdų</p> <p>Ankstesnės terapinės patirtys padėjo atsiverti</p> <p>Nedaug nepalietusių temų terapijoje</p> <p>Terapija išmokė išsakyti savo poreikius</p> <p>Gebėjimo išsakyti viską atvirai svarba</p> <p>Svarbu – galėjimas išsakyti kylančius jausmus</p> <p>Svarbu abipusis dalinimasis jausmais</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u></p> <p><i>„kai buvo dinaminė terapijoje, kai ką paklausi, tai į tą klausimą gauni 10 klausimų, kas kaip, ir atsakymų nesulauki, jau nekalbu apie asmeninius kažkokius, pačio psichoterapeuto gyvenimą, &lt;...&gt; Bet ir šiaip į kiekvieną klausimą, vis, kyla daugiau klausimų, nu, tada blokuoja, kad nebėra prasmės klausti, nes negausi atsakymo, nemotyvuojantis, neskatina to atvirumo, tada atsiranda kuo daugiau temų tabu, kurių nelieti, neatsineši, nedera apie tai kalbėti, ne taip sureaguos, ne taip priims ir tokių baimių visokių atsiranda ir tada užkerta kelią tam laisvam bendravimui“</i> (Agnė, A11)</p>
<b>Kompetencija</b>	<p>a) <b>Nekompetencijos patyrimas</b></p> <p>Terapeuto nesusigaudymas trikdo</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u></p>

	<p>VS lyginimas rodo kompetencijos stoką</p> <p>Nenuoseklumas VS atžvilgiu nepadeda</p> <p>VS nuvertinimas iš specialisto pusės</p> <p>Psichologė nebandė identifikuoti problemų</p> <p>Psichologės reakcija: išsigando diagnozės</p> <p>Terapeutės išgąstis – nepriėmė į grupę</p> <p>Įtarimai, kad specialistė pati sirgo VS</p> <p>Nepadedanti taktika</p> <p><b>b) Kompetencijos patyrimas ir svarba</b></p> <p>Profesionalu – emocijų stabilumas</p> <p>Paveikė taiklios psichologės įžvalgos</p> <p>Padėjo švelnus kvestionavimas</p> <p>Naudinga, kad nukreipė pas kitus specialistus</p> <p>Terapeutės VS patirtis prisideda prie sveikimo</p> <p>Džiaugiasi daugumos specialistų kompetencija</p> <p>Profesionalo atsakomybė plėsti kompetenciją</p> <p>Svarbu savikritiškas kompetencijos vertinimas</p> <p><b>c) Kompetencijos ribos</b></p> <p>Sąžiningas kompetencijos ribų pripažinimas</p> <p>Terapeutė pripažino kompetencijos trūkumą</p> <p>VS atkirtyje reikalinga intensyvesnė pagalba</p>	<p>a) <i>“Aš turiu, šiaip, gan daug psichologinio išsilavinimo ir, mano supratimu, kažkaip <b>negalima</b>, pvz., tokio dalyko daryti, kaip kad šneki su šiuos sutrikimus turinčiu žmogumi, ir tu pradedi jį <b>lyginti, kad, vos ne, nepakankamai sergi, ir lyginti, kad, va, šitas žmogus labiau serga.</b> (Gailė, G29)</i></p> <p>b) <i>“jeigu jis priima pacientus su tam tikrom problemom ir diagnozėm, kad jis <b>būtų užtikrintas, kad jis turi tam tikrą išsilavinimą, kompetencijų, praktikos toje srityje, kad jis žino, jog galės pilnavertiškai padėti ir suprasti</b>” (Gailė, G79)</i></p> <p>c) <i>„Kai galvoju apie savo tam tikras krizinius periodus, kad, nu jo, tu <b>gali būti labai geras specialistas, gali turėti labai daug gerų norų, įgūdžių, bet ta problema jau tokia didesnė ir stipresnė, ir jau reikia intensyvesnės pagalbos</b>“ (Gailė, G73)</i></p>
--	--	--

	Kriziniu laikotarpiu vien terapijos nepakanka	
<b>Taisyklės ir ribos</b>	<p>a) <b>Išorinės kontrolės svarba</b> Svarbu „<i>techninių terapijos dalykų</i>“ aiškumas Išorinė kontrolė „<i>į gerą</i>“</p> <p>b) <b>Ribų lankstumo patyrimas/svarba</b> Patinka terapeutės prieinamumas po terapijos Fizinio kontakto buvimo terapijoje svarba Kompromiso poreikis</p> <p>c) <b>Ribų peržengimo patyrimas</b> Neigiamas lūžis terapijoje, sulaužius pažadą Terapeutės ribų peržengimas sukėlė pasimetimą</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Gailė</u></p> <p>a) „<i>Tai buvo labai kontroliuojama aplinka, labai aiški dienotvarkė.. Tos laisvės kaip ir mažiau turi, bet nujauti, kad tai į gerą, nes tu pats jau nebekontroliuoji tų dalykų ir kad kažkas iš šalies, profesionalai, tau viską sureguliuoja, sustato ir padeda iš to išlipti, va, ir fiziologiniam lygmeny labiausiai, bet ir psichologiškai</i>“ (Gailė, G23)</p> <p>b) „<i>esant poreikiui, mes galim susirašyti su ja, ir ji yra davus tą sutikimą, ir ji visada atreaguoja. &lt;...&gt; Taip, tikrai sureaguoja kiekvieną kartą į mano parašytą sakinį, ir tas man yra labai svarbu – galimybė turėti ją ne tik tą valandą per savaitę...</i>“ (Agnė, A24)</p> <p>c) „<i>Dinaminėje terapijoje buvo neigiamas lūžis po suicido, kai ji priėmė. Tada per tokias kančias eidavau. Man netilpo viduje, kad ji sakė nepriims, bet priėmė. Aš negalėjau viduje ištalpinti, kodėl ji sakė, nepriims, bet priima</i>“. (Agnė, A89)</p>
<b>Šiluma, artumas, ryšys</b>	<p>a) „<i>Jokio ryšio nebuvo</i>“ Jokio ryšio nebuvo Nerado ryšio</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u></p> <p>a) „<i>aš labai gerai mokiausi. &lt;...&gt; Sako: „Tai tu koncentruokis į mokslus,</i></p>

	<p>Terapeuto paslaptinumumas trukdo ryšiui</p> <p><b>b) Geras ryšys (4/4)</b></p> <p>Geras kontaktas/ryšys su terapeute</p> <p>Geras santykis: „<i>sutampa bangos</i>“</p> <p>Geras ryšys: priėmė problemas, kaip svarbas</p> <p>Geras ryšys: daug empatijos, atliepimo</p> <p>Svarbu – ryšio nuoširdumas</p> <p>Artumas terapijoje</p> <p>Jautė ryšį su terapeute</p> <p>Artumas su terapeute dėl panašaus amžiaus</p> <p>Stabili terapeutės emocinė reakcija teikė šilumos jausmą santykyje</p> <p>Terapeuto savo ribotumo pripažinimas padeda palaikyti ryšį</p> <p>Terapeuto konfrontacijos ilgainiui stiprina santykį</p> <p><b>c) Santykio kaita</b></p> <p>Ryšys atsirado, priėmus naują info</p> <p>Santykio pokytis</p> <p><b>d) Trikdantis ryšys</b></p> <p>Rišo trauminės patirtys</p> <p>Pasimetimas dėl ryšio su specialiste</p> <p><b>e) Geras ryšys – gydantis</b></p> <p>Ryšio su specialistu radimo svarba</p> <p>Sveikti padeda ryšio radimas</p> <p>Sveikti labiausiai padeda geras TS</p> <p>Geresnė terapija dėl geresnio kontakto</p> <p>TS – gydantis</p>	<p><i>mokykis“.</i> &lt;...&gt; <i>Nežinau, gal buvo tokia taktika (ironiškai), bet man jokio ryšio nebuvo“</i> (Saulė, S30)</p> <p>b) „<i>irgi labai geras santykis, toks pasitikėjimas, toks pakankamai lengva atsiverti tam žmogui, kažkaip sutampa bangos“</i> (Gailė, G52)</p> <p>c) „<i>ji man kažkaip labai, iš pradžių, nepatiko ir daug frustracijos kėlė &lt;...&gt; o paskui, ilgainiui, bendraujant su tuo žmogum, daugiau tų pusių pamatai, kad ji ne vien tokia. Per tą santykį, per tą pažinimą, irgi ganėtinai geras santykis ant galo buvo...“</i> (Gailė, G51)</p> <p>d) „<i>Nu man, atrodo, gal, ir jos ta išvaizda padarė įtakos, nes man patiko ji, tai dėl to, kažkaip, toks buvo, kad norėjosi eiti. Ir aišku toks, buvo poreikis tos kančios, kad mane kankintų. Pati buvau turėjęs tą patirtį trauminę ir man tos kančios reikėjo. Ir aš eidavau, kankindavausi, bet vis tiek norėdavau eiti. Tas kažkaip rišdavo.“</i> (Agnė, A61)</p> <p>e) „<i>Labai, va, svarbu – surasti tą ryšį. &lt;...&gt; Man kažkaip būdavo tas, kad jei aš surandu tokį ryšį ir jisai atsiranda, tai man tada labai gera būna. &lt;...&gt; Jei man negerai su gydytoju, aš negaliu terapijos priimti tada“</i> (Saulė, S40)</p>
--	--	---

	„Jei tinka specialistas – lengviau gydymą priimti“	
<b>TERAPINIO PROCESO, POKYČIŲ PATYRIMAS</b>		
<b>„Išsiventiliavus“ – palengvėja</b>	Galimybė „išpilti“ jausmus po grupės Galimybė išsikalbėti, išsiventiliuoti Supratimas, kad svarbu išleisti jausmus Po terapijos kaip „išvėmus emocijas“ Po terapijos – išsivalymo jausmas Ventiliavimas nuima įtampą Jausmų liejimas pirmųjų terapijų metu Vaikystės situacijų išgyvenimas ir išsiventiliavimas Palengvėjo, išsakius mamai nuoskaudas	<u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u> “Ir dabar, ką aš praktikuoju, ką aš darau, kartais tiesiog mašinoje važiuoju - prie vaiko negaliu - išsirėkt, išsipykt, <b>išleisti tą visą, kaip aš sakau, išvempt tas emocijas ir man taip palengvėja</b> “ (Saulė, S10)
<b>Vidinės motyvacijos svarba</b>	<b>a) Pripažinimas, kad reikia pagalbos</b> Kreipimasis pagalbos, pablogėjus būsenai Kreipėsi pagalbos, palikus draugui Kreipėsi pagalbos dėl depresijos, nerimo „Su traumom neišeina susitvarkyti pačiam“ <b>b) „Labai svarbu – tas vidinis noras“</b> Skeptiškas žvilgsnis į pagalbą Vidinės motyvacijos svarba Svarbu vidinis noras ieškoti pagalbos Svarbu – darbas su savimi Svarbu – asmeninė motyvacija eiti į terapiją Be vidinės motyvacijos „kova gaunas“ „Jei nejauti, kad tau to reikia, terapeutas yra bejėgis“	<u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u> a) „Man apsvirtė, tiesiog, pasaulis ir <b>labai mane įskaudino</b> ir aš, tiesiog, ką su tuo daryt, kaip su tuo tvarkytis, ir, tiesiog, <b>nusprendžiau, kad reikėtų tos pagalbos kažkaip ieškoti</b> “. (Viltė, V3 ) b) “ <b>Svarbu, į terapiją eiti pačiam. Tas, man atrodo, svarbiausia, pripažinti, kad tau reikia tos pagalbos reikia pačiai. Nuvarytas, nebus motyvacijos</b> “ (Agnė, A27).
<b>Aš – kitokia</b>	<b>a) Pokytis – juntamas</b> Pojūtis, kad ji pasikeitė	<u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u>



	<p>Pokyčiai nedideli, bet <i>“kraunasi”</i></p> <p>Pokyčiai nėra greiti, bet efektas jaučiasi</p> <p>Veiksmų prasme pokyčiai nedideli, bet emocinė būseną normalizavosi</p> <p>Terapijos poveikis – mažiau mažiau nerimo</p> <p>Terapijos poveikis – laisviau, saugiau savy</p> <p>Terapijos poveikis – daugiau pozityvo</p> <p>Mažesnė valgymo kontrolė, terapijos dėka</p> <p>Savęs priėmimas svarbiau už pokytį</p> <p><b>b) Geresnis asmenybės, priežasčių, santykių supratimas</b></p> <p>Suprato dėmesio poreikio šaknis</p> <p>Terapijoje atrado savo perfekcionizmą</p> <p>Atsirado įvairiapusiškesnis savęs vaizdas</p> <p>Savo seksualumo pažinimas</p> <p>Terapija padėjo pažinti save</p> <p>Suprato, kad kitų idealizavimas ją suvaržo</p> <p>Pajuto laisvę rinktis, su kuo nori būti</p> <p>Atrado minčių ir elgesio keitimo galimybę</p> <p><b>c) Savo jausmų pažinimas „kaip sielos išganymas“</b></p> <p>Išmoko greitai įsisąmoninti jausmus</p> <p>Atsirado jausmų santykiuose atpažinimas</p> <p>Atrado daug pykčio tėvams</p> <p>Terapijos metu išmoko iškomunikuoti pyktį</p> <p>Ramybė, išmokus iškomunikuoti jausmus</p> <p>Suprato, kad blogos emocijos – laikinos</p> <p>Išmoko išbūti su sunkiomis emocijomis</p>	<p>a) <i>„Nors kartais atrodo, kad niekas nevyksta, kartais norisi viską mesti, su laiku tas pokytis ateina ir kažkaip pajauti, kad tie dalykai tikrai taisyti“</i> (Viltė, V43)</p> <p>b) <i>„Užtenka tų kelių žmonių, kurie nuo seno yra, ir nebūtinai reikia naujų kažkokių. Va, šitas supratimas pas mane atėjo ir tokios, šiek tiek, ramybės savyje pajutau“</i> (Viltė, V58)</p> <p>c) <i>„Tai va tas buvo toks, gal, didžiausias, gal, pirmas atradimas, kaip viskas čia susiję su mano virškinimu, kad nenoriu nieko vempt, man niekas čia nestovi... Nu tai, va, tas suvokimas psichosomatikos, ryšio tarp čia (rodo į širdį) ir čia“.</i> (Saulė, S37)</p> <p>d) <i>„Labiau pradedi save vertinti, galbūt, kai matai save, kad ir to, ir to nutiko, bet aš kažkaip išgyvenau, kad esu „čia ir dabar“, ir kad tokių dalykų matau, ir man tas labai daug grožio suteikia“</i> (Viltė, V69)</p>
--	---	--

	<p>Palengvėjimas, išmokus būti su emocijomis</p> <p>Atradus jausmus, pokyčiai į gerą</p> <p>Psichosomatikos pažinimas</p> <p>Svarbu išgryninti jausmus</p> <p>Išgryninus jausmus, „<i>sielos išganymo</i>“ pojūtis</p> <p><b>d) Savo stiprybių pajautimas</b></p> <p>Jausmas, kad pavyks su savimi susitvarkyti</p> <p>Kliūčių įveikimas – stiprina</p> <p>Paprašyti pagalbos – stiprybės ženklas</p> <p>Terapija leidžia gyventi be vaistų</p> <p>Išmokimas pasirūpinti savimi</p> <p>Geresnis savęs vertinimas, įveikus sunkumus</p>	
<b>TS VISUMINĖS PAGALBOS PROCESE</b>		
<p><b>Terapijos metodų patyrimas: „visi geri“</b></p>	<p>Jei reiktų rinktis tarp individualios terapijos ir grupinės – rinktųsi individualią</p> <p>Trauka grupinėms terapijoms</p> <p>Grupė atskleidžia bendravimo ypatumus</p> <p>Sėkminga terapija „čia ir dabar“ principu</p> <p>Dailės terapija padėjo pažinti save</p> <p>Padėjo kūno vaizdo užsiėmimai</p> <p>Sudėtingiausi – kūno vaizdo užsiėmimai</p> <p>Visos terapinės kryptys lygiavertės</p> <p>Metodų nesureikšminimas</p> <p>Skirtingos tas pačios krypties terapeutų kompetencijos</p> <p>Reikalingas skirtingų terapijos krypčių prieinamumas</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Gailė</u></p> <p>„Kokie metodai aš nežinau pavadinimo, tai negaliu pasakyti, kokius bandžiau metodus, kokius ne. Neįsidėmėjau, nepaklausiau, neužfiksavau. <b>Kuriuos praėjau, tai jie man tiko, kuriuos einu..</b>“ (Saulė, S64)</p>

	KET padeda krizėje, psichodinaminė – ilgalaikėje perspektyvoje	
<b>Gydymo stacionare „labai padėjo“</b>	<p>Baimė dėl priklausomybės ligoninei</p> <p>Ligoninė kaip šiltnamis – „<i>ten per gerai</i>“</p> <p>Ligoninės ilgesys</p> <p>Ambivalencija: nenoras gultis ir pripažinimas, kad nebesusitvarko pati</p> <p>Gulimosi į ligoninę nuojauta – gąsdinanti</p> <p>Ligoninė padėjo išlipti iš krizės</p> <p>Padėjo intensyvumas, užsiėmimų gausa</p> <p>Stacionaras kaip vienintelė išeitis</p> <p>Stacionaras padeda atsitraukti nuo rūpesčių</p>	<p><u>Agnė, Saulė, Viltė, Gailė</u></p> <p>„<i>Pasiilgstu kartais ligoninės, kai pagalvoju, kaip smagu ten buvo būti, &lt;...&gt; Geras laikas man ten buvo</i>“ (Viltė, V89)</p>
<b>Terapija – „nerealus dalykas“</b>	<p>Psichoterapija – „<i>nerealiai geras dalykas</i>“</p> <p>Apie visas buvusias terapijas atsiliepia gerai</p> <p>Rekomenduoja terapiją kitiems</p> <p>Terapija kaip kelionė: svarbu pats procesas</p> <p>Terapija padėjo atlaikyti sunkų periodą</p> <p>Terapija sumažino izoliaciją ir vienatvę</p> <p>Be terapijos išeitis – viena</p> <p>Nežino, kur būtų buvus be pagalbos</p>	<p><u>Agnė, Viltė, Gailė</u></p> <p>„<i>čia tikrai pati psichoterapija yra nerealiai geras dalykas: ir tiek gyvenimo pokyčiuose, ir, šiaip, tas palaikymas, kai tu turi kažką, kur gali išsikalbėti, gali išsiventiliuoti ir kažką tai paprasčiausiai pabūti su savo tais sunkumais, su savo ašarom ir su viskuo</i>“ (Agnė, A21)</p>