

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

IR

LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapijos (Dailės terapijos)  
antrosios pakopos (magistrantūros) studijų  
Baigiamasis darbas

Dailės terapija pacientams, patiriantiems alkoholinės psichozės  
Art Therapy for Patients Experiencing Alcohol-Induced Psychosis

---

Tomas Aliukas

Darbo vadovas

Soc. m. dr. Audronė Brazauskaitė

(institucija, pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Konsultantas

Dr. Miglė Kaminskaitė

(institucija, pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data \_\_\_\_\_

(pildo atsakingas Katedros/Klinikos darbuotojas)

Registracijos Nr. \_\_\_\_\_

(pildo atsakingas Katedros/Klinikos darbuotojas)

Studento elektroninio pašto adresas tomas.aliukas@stud.mf.vu.lt

2025

## **Padėka**

Nuoširdžiai dėkoju savo darbo vadovei ir dėstytojai dr. Audronei Brazauskaitei už nuolatinį palaikymą, vertingas išvalgas bei įkvėpimą gilintis ir tobulėti dailės terapijos srityje. Taip pat esu dėkingas dr. Miglei Kaminskaitei už profesionalų konsultavimą ir gilesnį supratimą apie alkoholio vartojimo sutrikimą kaip sudėtingą, daugiasluoksnią ir itin įdomią psichikos sveikatos būklę.

Ačiū mano studijų grupės draugams – už bendrystę, padaršimus, motyvaciją ir kantrybę bendraujant su manimi įvairiais studijų etapais. Jūsų palaikymas padėjo išlaikyti tikėjimą šios profesijos prasmingumu.

Išskirtinė padėka dailės terapeutei Ligitai Skukauskaitei – už visokeriopą pagalbą, palaikymą bei nuoširdžius pokalbius prie kavos Respublikinėje Vilniaus Psichiatrijos Ligoninėje. Taip pat dėkoju visam Ūminių alkoholinių psichozių skyriaus personalui bei ligoninės administracijai – be jūsų šis darbas nebūtų įmanomas.

## Turinys

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SANTRAUKA.....</b>                                                             | <b>5</b>  |
| <b>ŽODINĖLIS.....</b>                                                             | <b>7</b>  |
| <b>IVADAS.....</b>                                                                | <b>8</b>  |
| <b>1 LITERATŪROS APŽVALGA.....</b>                                                | <b>10</b> |
| <b>1.1 Alkoholio vartojimo sutrikimas kaip biopsichosocialinis reiškiny...</b>    | <b>10</b> |
| 1.1.1 Alkoholio vartojimo sutrikimo samprata ir apibrėžimas.....                  | 10        |
| 1.1.2 Alkoholio vartojimo sutrikimo priežastys (rizikos veiksniai) .....          | 11        |
| 1.1.3 Alkoholio vartojimo sutrikimo pasekmės.....                                 | 13        |
| 1.1.4 Alkoholio vartojimo stadijos ir jų dinamika.....                            | 15        |
| 1.1.5 Alkoholio vartojimo sutrikimo paplitimas ir aktualumas.....                 | 19        |
| 1.1.6 Apibendrinimas .....                                                        | 20        |
| <b>1.2 Dailės terapija: teorinis pagrindimas ir taikymas suaugusiesiems .....</b> | <b>21</b> |
| <b>1.3 Dailės terapija suaugusiųjų, sergančių priklausomybėmis, gydyme .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>2 EMPIRINIS TYRIMAS.....</b>                                                   | <b>32</b> |
| <b>2.1 Tyrimo metodologija .....</b>                                              | <b>32</b> |
| 2.1.1 Tyrimo tipas ir dizainas .....                                              | 32        |
| 2.1.2 Tyrimo dalyviai ir tyrimo aplinka .....                                     | 32        |
| 2.1.3 Duomenų rinkimo metodai ir instrumentai .....                               | 33        |
| 2.1.4 Duomenų analizės metodai.....                                               | 35        |
| 2.1.5 Tyrimo eiga.....                                                            | 36        |
| 2.1.6 Etiniai aspektai .....                                                      | 39        |
| <b>2.2 Tyrimo rezultatai.....</b>                                                 | <b>40</b> |
| 2.2.1 Vaizdinių turinio analizė .....                                             | 40        |
| 2.2.1.1 Bendros formos ir struktūros ypatybės.....                                | 40        |

|          |                                                            |           |
|----------|------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2.1.2  | Dažniausiai pasitaikantys simboliai ir motyvai .....       | 43        |
| 2.2.1.3  | Vizualinių darbų grupės.....                               | 48        |
| 2.2.1.4  | Apibendrinimas .....                                       | 51        |
| 2.2.2    | Refleksijų analizė (iš tyrėjo dienoraščio) .....           | 51        |
| 2.2.3    | Refleksijų užbaigimai .....                                | 54        |
| 2.2.4    | Tyrėjo išvalgos iš dienoraščio .....                       | 54        |
| 2.2.5    | Tyrėjo vaidmuo, subjektyvumas ir apribojimai.....          | 56        |
| 2.2.6    | Tyrimo ribotumai ir pasiūlymai tolimesniems tyrimams ..... | 57        |
| 2.2.7    | Rezultatų apibendrinimas .....                             | 59        |
| <b>3</b> | <b>IŠVADOS .....</b>                                       | <b>60</b> |
| <b>4</b> | <b>REKOMENDACIJOS PRAKTIKUOJANTIEMS TERAPEUTAMS.....</b>   | <b>61</b> |
| <b>5</b> | <b>LITERRATŪROS SĄRAŠAS .....</b>                          | <b>63</b> |
| <b>6</b> | <b>PRIEDAI .....</b>                                       | <b>70</b> |

## SANTRAUKA

Magistro darbe tiriama pacientų, patiriančių alkoholines psichozes, patirtis dalyvaujant dailės terapijoje Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Ūmių alkoholinių psichozinių skyriuje. Alkoholio vartojimo sutrikimo problema išlieka itin aktuali ir kompleksinė – tai lėtinis biopsichosocialinis sutrikimas, dažnai lydimas psichozinių būsenų, socialinės izoliacijos, gėdos ir kaltės jausmų. Nepaisant šių iššūkių, nemedikamentinės pagalbos priemonės – tokios kaip dailės terapija – tokiose įstaigose vis dar taikomos itin retai. Todėl kyla būtinybė įvertinti šios terapijos galimybes bei specifinius iššūkius dirbant su šia pacientų grupe.

Tyrimo tikslas – ištirti, kaip pacientai, patiriantys ūmias alkoholines psichozes, patiria dailės terapijos procesą. Tyrime taikytas kokybinis indukcinis metodas: duomenys rinkti dailės terapijos sesijų metu, analizuojant pacientų piešinius, jų žodines refleksijas bei tyrėjo stebėjimų dienoraštį. Tyrimas išsiskiria tuo, kad buvo dirbama ne su viena pastovia grupe, o su 30 pacientų, kurių dalyvavimas buvo trumpalaikis – kiekvienas dalyvavo 1–2 kartus.

Analizė atskleidė, kad net ir esant stipriai psichologinei krizei pacientai geba įsitraukti į kūrybinį procesą, simboliškai išreikšti vidinius išgyvenimus ir užmegzti emocinį ryšį su savimi bei kitais grupės nariais. Svarbus vaidmuo teko refleksijoms, kuriose dažniausiai iškildavo šeimos, kaltės, ilgesio, izoliacijos ir vilties temose. Pastebėta, kad terapinio proceso sėkmei būtina mažesnė grupė, jautrus vedimas, ligoninės personalo įsitraukimas ir atsargi temų atranka. Tyrimas taip pat parodė, kad net trumpalaikė patirtis gali paskatinti pacientų vidinį pokytį, jei jiems suteikiama saugi ir palaikanti erdvė kūrybai.

Tyrimas prisideda prie menų terapijos taikymo plėtros Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje, atverdamas galimybę jautriai ir etiškai integruoti dailės terapiją į pagalbos procesus net su itin sudėtingais pacientais.

## SUMMARY

This master's thesis explores the experiences of patients undergoing art therapy while being treated for alcohol-induced psychoses at the Acute Alcoholic Psychoses Department of the Republican Vilnius Psychiatric Hospital. Alcoholism remains a highly prevalent and complex condition—a chronic biopsychosocial disorder often accompanied by psychotic episodes, social isolation, guilt, and shame. Despite these challenges, non-pharmacological interventions such as art therapy are still rarely implemented in such clinical settings.

The aim of the research was to examine how patients experiencing acute alcohol-related psychosis perceive and experience the process of art therapy. A qualitative, inductive methodology was applied: data were collected during therapy sessions by analyzing patients' drawings, verbal reflections, and the researcher's observation diary. Unlike typical art therapy studies that follow a fixed group over multiple sessions, this research involved 30 patients who participated in one or two sessions each, due to the rapid turnover in the clinical setting.

The analysis revealed that even during psychological crises, patients were able to engage with the creative process and symbolically express inner experiences. Group reflections played a key therapeutic role, surfacing shared themes of family, guilt, longing, and isolation. The findings underscore the need for small group sizes, sensitive facilitation, and active involvement of clinical staff. This study demonstrates that even short-term art therapy experiences can foster meaningful emotional breakthroughs when patients are provided with a safe and supportive space for creative expression.

## **Žodinėlis**

### **Savokos**

**Indukcinis metodas** - „Indukcinis samprotavimo būdas kuomet nuo atskirų faktų, pavienių įvykių einama prie visumos supratimo, apibendrinimų.“ (mokslo medis.lt, n.d.)

**Etiologija** – „Mokslas apie reiškinių atsiradimo priežastis ir sąlygas. Medicinoje etiologija tiria ligas sukeliančius išorinius ir vidinius veiksnius. (Algimantas Urbelis, n.d.)

### **Trumpiniai**

**ŪAP** – ūmios alkoholinės psichozės

## Ivadas

**Aktualumas.** Kasmet vis dažnėjant priklausomybės sutrikimų atvejams (šaltinis), bei šiai problemai plačiai paplitus visose visuomenės grandyse (šaltinis), išryškėja rimtos biopsichosocialinės sveikatos problemos, kurios paliečia ne tik atskirus individus, bet ir šeimas, sveikatos priežiūros sistemą bei visuomenę apskritai. Nepaisant priklausomybės ligų kompleksiskumo, vis dar trūksta nemedikamentinių pagalbos formų. Dailės terapija – viena iš jų – dažnai lieka neįtraukta į ūminių būklių gydymo schemas, ypač psichiatrijos skyriuose, kuriuose dominuoja biologinis gydymo modelis. Priklausomybę turintys pacientai neretai susiduria su stigmatizacija, o tai mažina jų motyvaciją ieškoti pagalbos bei riboja jų galimybes pasinaudoti visaverčiu gydymu. Tyrimo aktualumas grindžiamas tuo, kad dailės terapija ūminių alkoholinių psichozių skyriuje yra beveik netaikoma arba taikoma epizodiškai, todėl trūksta žinių apie jos poveikį ir galimybes tokio pobūdžio skyriuose. Atsiranda poreikis ištirti, kaip tokios būklės pacientai patiria dailės terapijos procesą, ir kokios sąlygos reikalingos, kad ši terapijos forma būtų tikslingai pritaikyta.

**Temos naujumas.** Tyrime pasirinktas netipiškas dailės terapijos formatas. Įprastai dailės terapijos tyrimuose dalyvauja viena 5–10 žmonių grupė, kuriai vedami 5–10 sesijų ciklai (šaltinis). Šiame tyrime dėl ŪAP skyriaus specifikos ir pacientų kaitos buvo taikomas alternatyvus metodas: daugiau nei 30 pacientų dalyvavo tik vienoje arba dviejose sesijose, visiems buvo pateiktos tos pačios dvi temos. Be to, dailės terapija šiame skyriuje iki šiol niekada nebuvo taikyta, todėl tyrimo naujumą sudaro tiek tyrimo metodologija, tiek pirmąkart pristatomas terapijos formatas.

**Problema.** Šiame tyrime keliama problema – kaip ŪAP skyriaus pacientai patiria dailės terapiją ir ar ši intervencija gali būti tikslingai taikoma šio tipo skyriuje. Bus siekiama atsakyti į klausimą, ar dailės terapija tokioje aplinkoje yra ne tik įmanoma, bet ir naudinga, kokias sąlygas būtina užtikrinti, kad ji būtų paveiki, bei kokie terapiniai formatai tinkamiausi esant nuolatinei pacientų kaitai ir ribotam laikui.

**Tyrimo objektas.** Dailės terapija pacientams, patiriantiems alkoholines psichozes

**Tyrimo tikslas.** Ištirti ir aprašyti dailės terapiją pacientams, patiriantiems alkoholines psichozes.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Išnagrinėti mokslinę literatūrą, susijusią su darbo tema.
2. Ištirti ir aprašyti tyrimo dalyvių kūrinių vaizdinių ypatumus;
3. Aprašyti tyrimo dalyvių dailės terapijos proceso ypatumus.

**Tyrimo tipas.** Tyrimas kokybinis, taikytas indukcinis požiūris. Tyrimo dizainas – kokybinis tyrimas, atliktas natūralioje klinikinėje aplinkoje. Duomenų analizėje naudota piešinių formalioji ir simbolinė analizė, vizualinių darbų grupių analizė, taip pat – dalyvių refleksijų bei tyrėjo stebėjimų dienoraščio analizė.

**Tyrimo pristatymas.** Tyrimas atliktas Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Ūmių alkoholinių psichozijų skyriuje 2025 m. sausio–kovo mėn. Dailės terapijos užsiėmimai vyko šeštadieniais ir sekmadieniais 11:30–13:00 val. Pacientų atranka atlikta kartu su skyriaus personalu, įtraukiant tik tuos, kurių būklė leido saugiai ir tikslingai dalyvauti terapinėje grupėje.

**Dirbtinio intelekto taikymas.** Baigiamojo darbo rašymo procese buvo pasitelktas dirbtinio intelekto (DI) įrankis tekstų gramatikos redagavimui, kalbų vertimui (iš lietuvių į anglų ir iš anglų į lietuvių), sudėtingų tekstų suvokimui. DI padėjo suprasti mokslinę terminologiją kairiuose šaltiniuose, bei peržiūrėti turinio logiką. Taikant DI, buvo laikomasi akademinio sąžiningumo principų - DI nebuvo naudojamas generuoti turiniui, kuris turėtų būti grindžiamas autoriaus empirinėmis įžvalgomis. Ši praktika atspindi šiuolaikinius akademinės veiklos pokyčius, kai technologijos tampa pagalbine, bet ne substitucine priemone moksliniame darbe.

# 1 LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1 Alkoholio vartojimo sutrikimas kaip biopsichosocialinis reiškiny

### 1.1.1 Alkoholio vartojimo sutrikimo samprata ir apibrėžimas

Medicinos mokslas alkoholio vartojimo sutrikimą apibrėžia kaip lėtinį recidyvuojantį kompleksinį sutrikimą, kuriam būdingas kompulsyvus alkoholio vartojimas nepaisant neigiamų pasekmių (Koob & Le Moal, 2001a). Šis priklausomybės sindromas siejamas su ilgalaikiais fiziologiniais mechanizmais: pakartotinas piktnaudžiavimas alkoholiu sutrikdo smegenų atlygio sistemą (mezolimbinę dopamino grandinę) ir sukelia neuroadaptacijas – didėja tolerancija alkoholiui, pasireiškia abstinencijos simptomai nutraukus vartojimą, formuojasi „allostazės“ būseną, kai malonumo siekio „**nustatytas taškas**“ pakinta. Dėl šių smegenų pokyčių alkoholio vartojimas tampa sunkiai kontroliuojamas, atsiranda potraukis ir **prarandama vartojimo kontrolė** (Koob & Le Moal, 2001a).

Diagnostinėse klasifikacijose alkoholio vartojimo problemos įvardijamos kaip atskiras sutrikimas: pavyzdžiui, TLK-10 vartoja terminą „alkoholinės priklausomybės sindromas“ (TLK-10-AM, 2015) kuriam nustatyti taikomi kriterijai kaip fiziologinė tolerancija, abstinencijos reiškiniai, stiprus potraukis ir vartojimo tęsimas nepaisant žalos (WHO, 2018)

Amerikos psichiatrų asociacijos DSM-5 klasifikacijoje vartojamas terminas alkoholio vartojimo sutrikimas, sujungiantis ankstesnes piktnaudžiavimo ir priklausomybės diagnozes į vieną tęstinumą (Tamutienė, 2014). Šie apibrėžimai atspindi medicininį požiūrį, kad alkoholio vartojimo sutrikimas yra liga, turinti aiškius biologinius pagrindus ir diagnostinius kriterijus.

Be to, epidemiologiniai tyrimai rodo didelį šio sutrikimo paplitimą ir žalą: pavyzdžiui, vien JAV alkoholio vartojimo sutrikimas siejamas su dešimtimis milijonų sergančiųjų ir šimtą tūkstančių mirčių skaičiumi kasmet (Koob, 2024); (WHO, 2018).

### **1.1.2 Alkoholio vartojimo sutrikimo priežastys (rizikos veiksniai)**

#### **Biologiniai veiksniai**

Biologiniai veiksniai užima svarbią vietą aiškinant alkoholio vartojimo sutrikimo etiologiją, ypač vertinant genetinį polinkį, smegenų neurocheminius mechanizmus ir fiziologines reakcijas į alkoholį. Neurobiologiniu požiūriu, priklausomybė nuo alkoholio išsivysto per ilgalaikius pokyčius smegenų atlygio, motyvacijos ir streso reguliavimo sistemose. Pakartotinis alkoholio vartojimas skatina dopamino ir endorfinų išsiskyrimą mezolimbiniame sistemoje, kuri sukelia malonumo jausmą, tačiau ilgai šie mechanizmai adaptuojasi – sumažėja natūralus atlygis, didėja tolerancija, atsiranda abstinencijos simptomai ir vystosi priklausomybė (Koob & Le Moal, 2001a), Koob (2024) pabrėžia, kad priklausomybė progresuoja per tris stadijas – apsvaigimo, abstinencijos ir troškimo – kurių metu smegenų struktūros, susijusios su sprendimų priėmimu, emocijų reguliacija ir atmintimi, yra nuolat disfunkciškai aktyvuojamos.

Be neurocheminių pokyčių, svarbų vaidmenį atlieka ir genetiniai veiksniai – jie gali sudaryti apie 50 % rizikos (Deak et al., 2019). Sutrikimus lemia ne vienas konkretus genas, o daugybė genetinių variantų, jų tarpusavio sąveikos bei sąveika su aplinkos veiksniais. Miglės Kaminskaitės ir bendraautorė (Kaminskaite et al., 2021) tyrimas Lietuvoje parodė, kad tam tikrų genų, tokių kaip pvz. ANKK1-DRD2 ir COMT – polimorfizmų kombinacija gali turėti reikšmingą įtaką rizikingam alkoholio vartojimui. Tyrime nustatyta, kad individai, turintys tam tikrus šių genų derinius, dažniau vartojo alkoholį pavojingais kiekiais, nepriklausomai nuo jų impulsyvumo lygio, kas rodo tiesioginį genetinį poveikį. Šie genai yra susiję su dopamino apykaita smegenyse – ANKK1-DRD2 komplekso variantai veikia dopamino receptorių aktyvumą, o COMT atsakingas už dopamino skaidymą. Genetinis polinkis kartu su neuroadaptaciniais mechanizmais sudaro sąlygas lengviau išsivystyti priklausomybei, ypač jei kartu egzistuoja kiti rizikos veiksniai, tokie kaip ankstyvas alkoholio vartojimo pradėjimas ar lėtinis stresas.

#### **Psichologiniai veiksniai**

Psichologiniu požiūriu, priklausomybė nuo alkoholio suprantama kaip maladaptyvus elgesio sutrikimas, išsivystantis per mokymosi procesus ir motyvacinius mechanizmus. Elgesio bei socialinio mokymosi teorijos teigia, kad alkoholio vartojimas palaikomas pastiprinimo principu: teigiamas pastiprinimas (malonumo, euforijos pojūtis išgėrus) skatina kartoti vartojimą, o neigiamas pastiprinimas (nerimo, streso ar abstinencijos simptomų sumažėjimas) dar labiau stiprina įprotį (Koob & Le Moal, 2001b). Dėl to formuojasi sąlyginiai refleksai, persiformuoja sinapsės (Abraham et al., 2017) – tam tikros situacijos ar emocijos sužadina potraukį alkoholiui kaip numanomam

palengvinimo šaltiniui. Psichologiniai modeliai pabrėžia ir kognityvinius iškreipimus bei motyvaciją: pavyzdžiui, alkoholis neretai vartojamas kaip savarankiška *savigydos* priemonė siekiant įveikti socialinį nerimą ar emocinę įtampą (Borges et al., 2017), (Moonat & Pandey, 2012)

Taip pat išryškėja asmenybiniai veiksniai – tam tikri bruožai gali būti asocijuojami su didesne priklausomybės rizika. Tirimo metu buvo nustatyta, kad polinkis į impulsyvumą, naujovių ir stiprių įspūdžių siekimas, aukštas neurotiškumas bei kiti asmenybės bruožai reikšmingai siejasi su didesne medžiagų vartojimo sutrikimų tikimybe (Kaminskaite et al., 2020). Tokie individai labiau linkę pradėti ir tęsti alkoholio vartojimą nepaisant neigiamų pasekmių, nes alkoholis jiems tampa būdu reguliuoti nuotaiką ar kompensuoti psichologinius sunkumus. Kita vertus, ne visi žmonės, patiriantys stiprų stresą ar turintys „rizikingus“ bruožus, tampa priklausomi – tai rodo, jog psichologinis polinkis galimai turi sąveikos su biologiniais ir socialiniais veiksniais, nulemdamas ligos vystymosi eigą.

### **Socialiniai ir aplinkos veiksniai**

Socialiniai veiksniai, tokie kaip šeimos aplinka, artimųjų įtaka, kultūrinės normos, stigmatizacija, alkoholio prieinamumas bei socioekonominės sąlygos, daro reikšmingą įtaką alkoholio priklausomybės išsivystymui ir jos palaikymui (Lin et al., 2024).

Augant šeimoje, kurioje piktnaudžiaujama alkoholiu, padidėja tikimybė pačiam patirti su alkoholiu susijusių problemų, o menka tėvų priežiūra ar paramos stoka siejama su ankstyvesne vartojimo pradžia ir didesne priklausomybės rizika (M. J. Han et al., 2024). Artimoji socialinė aplinka paauglystėje taip pat daro didelę įtaką – stiprus bendraamžių spaudimas ar priklausymas daug vartojančių draugų grupei skatina intensyvesnį alkoholio vartojimą ir spartesnį priklausomybės vystymąsi (M. J. Han et al., 2024)

Kultūrinės nuostatos visuomenėje formuoja požiūrį į girtavimą: jei aplinkoje vyrauja tolerancija svaiginimuisi, asmenys linkę dažniau ir gausiau vartoti alkoholį, tuo tarpu konservatyvesnės normos (pvz., bendruomenės nepritarimas girtavimui) gali apsaugoti nuo žalingo vartojimo (Sudhinaraset et al., 2016). Stigmatizacija taip pat prisideda prie priklausomybės užsitęsimą – neigiamos visuomenės nuostatos asmenų, turinčių priklausomybę, atžvilgiu neretai lemia socialinę izoliaciją ir vengimą kreiptis pagalbos, todėl gydymasis atidėliojamas (Keyes et al., 2010). Be to, fizinis alkoholio prieinamumas vaidina svarbų vaidmenį: didesnė alkoholio prekybos vietų koncentracija ir lengvesnė prieiga prie alkoholio siejasi su didesniu vartojimo paplitimu bei dažnesnėmis su tuo susijusiomis problemomis (Castillo-Carniglia et al., 2019). Galiausiai, socioekonominiai sunkumai (skurdas, nedarbas) didina lėtinio streso lygį ir skatina alkoholio vartojimą kaip įveikos būdą, o tai gali palengvinti priklausomybės vystymąsi. Tokie veiksniai apsunkina ir sveikimo procesą – neturint socialinės paramos ar stabilaus užimtumo didėja atkryčio

rizika, tuo tarpu palaikanti aplinka ir geresnės socioekonominės sąlygos siejamos su sėkmingesniu pasveikimu. (Lin et al., 2024)

### **1.1.3 Alkoholio vartojimo sutrikimo pasekmės**

#### **Fiziniai sveikatos sutrikimai**

Betkoks, o ypač ilgalaikis alkoholio vartojimas daro plačią ir sisteminę žalą žmogaus organizmui, paveikdamas beveik visas svarbiausias fiziologines sistemas. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, alkoholis yra vienas pagrindinių rizikos veiksnių, lemiančių daugiau nei 200 ligų ir sveikatos sutrikimų, įskaitant kepenų cirozę, širdies ir kraujagyslių ligas, kasos uždegimą, virškinamojo trakto sutrikimus ir onkologinius susirgimus (World Health Organization, 2018a). Vienas ryškiausių pavyzdžių – alkoholinė kepenų liga, kuri prasideda nuo steatozės (riebalų kaupimosi), progresuoja iki hepatito ir vėliau gali išsivystyti į negrįžtamą kepenų cirozę. Taip pat alkoholis yra klasifikuojamas kaip pirmos grupės kancerogenas, susijęs su burnos, ryklės, stemplės, kepenų, storosios žarnos ir krūties vėžiu (World Health Organization, 2018).

Lėtinis alkoholio vartojimas sutrikdo širdies ir kraujagyslių sistemą – gali sukelti hipertenziją, širdies ritmo sutrikimus bei padidinti insulto riziką. Alkoholis taip pat silpnina imuninę sistemą, todėl dažnėja infekcijos ir sulėtėja sveikimo procesai (Koob, 2024), Koob (2024) pažymi, kad alkoholis veikia kaip plataus spektro sisteminis toksinas, kurio poveikis priklauso ne tik nuo suvartoto kiekio, bet ir nuo vartojimo trukmės bei dažnumo. Lėtinis vartojimas sukelia oksidacinį stresą ir uždegiminius procesus, kurie ilgaiui pažeidžia ląstelių struktūras bei sutrikdo organų funkciją.

Trumpalaikės, ūmios pasekmės taip pat yra reikšmingos visuomenės sveikatai. Staigus apsinuodijimas alkoholiu gali sukelti kvėpavimo slopinimą, sąmonės netekimą ar net mirtį. Taip pat padidėja traumų, eismo įvykių, apsinuodijimų ir smurto rizika – ypač tarp jaunų vyrų, kurie dažniau linkę vartoti alkoholį dideliais kiekiais vieno seanso metu (World Health Organization, 2018a). PSO duomenimis, 2016 m. dėl alkoholio sukeltų padarinių mirė maždaug 3 milijonai žmonių visame pasaulyje – tai sudarė apie 5,3 % visų mirčių (World Health Organization, 2018). Tokie skaičiai rodo, kad alkoholis ne tik skatina priklausomybės vystymąsi, bet ir yra reikšminga biologinė bei socioekonominė grėsmė žmogaus sveikatai – miršta daug darbingo amžiaus žmonių, didėja gydymo išlaidos, mažėja ekonominis produktyvumas.

## **Psichikos sveikatos sutrikimai**

Priklausomybė nuo alkoholio yra glaudžiai susijusi su psichikos sveikatos problemomis – tiek kaip viena iš jų pasekmių, tiek kaip rizikos veiksnys, prisidedantis prie jų atsiradimo ar paūmėjimo. Ilgalaikis alkoholio vartojimas sukelia reikšmingus pokyčius centrinėje nervų sistemoje, veikiančius nuotaiką, motyvaciją, kognityvines funkcijas bei streso reguliaciją. Remiantis neurobiologiniu modeliu, alkoholio sukelti pakitimai smegenų atlygio sistemoje (ypač dopamino ir kortizolio pusiausvyroje) lemia vadinamąją „allostazės“ būseną – ilgalaikį psichikos ir emocinės savijautos disbalansą, kuris išlieka net ir nutraukus vartojimą (Koob & Le Moal, 2001). Tokia būseną susijusi su depresyvumu, nerimu, dirglumu bei sumažėjusiu gebėjimu jausti malonumą – būtent šie simptomai dažnai skatina pakartotinį alkoholio vartojimą kaip būdą palengvinti psichologinį diskomfortą.

Alkoholio vartojimo sutrikimai itin dažnai pasireiškia kartu su kitais psichikos sveikatos sutrikimais, ypač depresija, generalizuotu nerimo sutrikimu, potrauminio streso sindromu (PTSD) ar asmenybės sutrikimais. Psichiatrijos tyrimai rodo, kad alkoholio vartojimas gali tiek išprovokuoti pirmuosius šių sutrikimų epizodus, tiek apsunkinti jų eigą ir gydymą (Koob & Le Moal, 2001). Be to, stiprėjantis alkoholinės priklausomybės poveikis pažinimo funkcijoms pasireiškia atminties, dėmesio ir vykdomųjų funkcijų sutrikimais, kurie progresuoja į vadinamąjį alkoholinį kognityvinį nuosmukį ar net demenciją.

## **Socialinės pasekmės**

Žalingas alkoholio vartojimas daro reikšmingą neigiamą poveikį socialinei aplinkai – tiek artimam žmogaus ratui, tiek visuomenei plačiaja prasme. Šeimos lygmenyje alkoholio vartojimas neretai susijęs su smurtu artimoje aplinkoje, tėvystės funkcijų sutrikimu, vaikų nepriežiūra bei tarpusavio ryšių ir emocinio saugumo praradimu. Remiantis Tamutienės (2014) analize, alkoholio vartojimas dažnai sukelia disfunkciją šeimos struktūroje, o priklausomas asmuo praranda gebėjimą tinkamai atlikti socialinius vaidmenis – tiek tėvo ar motinos, tiek partnerio (Tamutienė, 2014)

Visuomeniniu lygmeniu alkoholio vartojimo sutrikimas prisideda prie įvairių socialinių problemų: padidėjusio nusikalstamumo, nelaimingų atsitikimų, eismo įvykių ir produktyvumo sumažėjimo. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (NTAKD) 2022 m. duomenimis, Lietuvoje kasmet registruojami šimtai su alkoholio vartojimu susijusių sunkių teisės pažeidimų – įskaitant smurtinius nusikaltimus ir vairavimą apsvaigus (NTAKD, 2022)

Be to, dėl alkoholio vartojimo padidėja pravaikštų ir darbo netekimo rizika, kas neigiamai veikia darbo rinkos efektyvumą ir asmens ekonominį stabilumą.

Ekonominės alkoholio vartojimo sutrikimo pasekmės taip pat itin reikšmingos. PSO (2018) duomenimis, tiesioginės ir netiesioginės išlaidos, susijusios su alkoholio sukeltomis sveikatos,

socialinėmis ir ekonominėmis problemomis, sudaro 1–3 % bendrojo vidaus produkto daugelyje Europos šalių (World Health Organization, 2018). Lietuvoje ši našta pasireiškia didelėmis sveikatos apsaugos sistemos išlaidomis – rehabilitacijos, gydymo, socialinių paslaugų teikimo srityse – bei žala valstybės biudžetui dėl sumažėjusio gyventojų darbingumo (NTAKD, 2022)

#### 1.1.4 Alkoholio vartojimo stadijos ir jų dinamika

**Alkoholio vartojimo sutrikimo stadijų modeliai.** Alkoholinė priklausomybė vystosi ne staiga, bet per tam tikras stadijas arba ciklus, kuriems būdingi specifiniai psichikos ir fiziologijos pokyčiai. Vienas pirmųjų tokios progresijos modelių pasiūlė E. M. Jellinek (1960 m.) – jis išskyrė **keturias alkoholio vartojimo sutrikimo stadijas**: pradinis (pre-alkoholinis) periodas, ankstyvoji stadija, vidurinė (kritinė) stadija ir vėlyvoji (lėtinė) stadija (Kristen Fuller, 2022)

1. Ankstyvoje fazėje dar mažai akivaizdžių problemų, didėja tolerancija alkoholiui, žmogus dažniau vartoja alkoholį kaip įveikos priemonę stresui
2. Vidurinėje stadijoje ima ryškėti reguliarus, kompulsyvus gėrimas, blogėja asmeniniai santykiai, atsiranda pirmieji fizinės žalos požymiai
3. Vėlyvojoje stadijoje prarandama bet kokia vartojimo kontrolė, išsivysto fizinė priklausomybė – organizmui tampant priklausomam alkoholis tampa būtinas normaliai savijautai palaikyti, atsiranda sunkaus nutraukimo simptomai (abstinencija)

Šiuolaikinėje priklausomybės mokslų literatūroje vyrauja **ciklinis priklausomybės modelis**, kurį pasiūlė G. Koob ir M. Le Moal. Jų **medicininis modelis** konceptualizuoja priklausomybę kaip pasikartojantį **trijų etapų ciklą**:

1. Susidomėjimas vartojimu / troškimas – būseną, kai asmuo laukia ir ruošiasi vartoti, jaučia stiprų potraukį;
2. Besaikis vartojimas / intoksikacija – ūmaus ir didelio kiekio vartojimo fazė, sukelianti sustiprintą atlygį ir euforiją;
3. Abstinencija / neigiamų būsenų etapas – periodas po vartojimo, kuriam būdinga bloga nuotaika, nerimas, dirglumas ir kiti nemalonūs simptomai, atsirandantys alkoholiui pasišalinus iš organizmo (US Department of Health and Human Services, 2016a)

Šie trys komponentai, nuolat kartodamiesi, sudaro uždarą ratą – laikui bėgant ciklai intensyvėja ir blogėja, tarsi „spiralės principu judėdami žemyn“, kol galiausiai įtvirtinama patologinė būseną, kliniškai atpažįstama kaip priklausomybė (US, 2016)

Koob ir Le Moal modelis pabrėžia, kad priklausomybės proceso metu motyvacija vartoti keičiasi: jei pradžioje vyrauja **impulsyvus vartojimas**, skatinamas teigiamo pastiprinimo (malonumo siekimo), tai vėliau perauga į **kompulsyvų vartojimą**, palaikomą neigiamo pastiprinimo – t. y. vartojama norint išvengti abstinencijos sukeliama diskomforto (Koob & Volkow, 2009a) . Taip paaiškinama, kodėl ilgainiui alkoholis vartojamas ne tiek dėl euforijos, kiek siekiant numalšinti nerimą, depresiją ar dirglumą nutraukimo metu.

**Neurobiologiniai aspektai.** Alkoholinės priklausomybės stadijos atspindi specifinius neurobiologinius pokyčius smegenyse. Kiekviena ciklo fazė siejama su tam tikromis smegenų sritimis ir neuromediatorių sistemomis (US Department of Health and Human Services, 2016a)

1. Intoksikacijos (besaikio vartojimo) metu pagrindinį vaidmenį atlieka smegenų atlygio sistema – aktyvuojamos **pamato branduolių** ir **mezolimbinės dopamino** grandinės, sukeliančios malonumo pojūtį (Koob & Volkow, 2009b).

2. Nutraukimo/negatyvios nuotaikos fazėje persvarą įgauna streso ir „anti-atlygio“ sistemos – **migdolinis kūnas (amygdala)** ir su ja susiję neurocheminiai pokyčiai (pvz., padidėja streso hormonų, tokių kaip kortikotropiną atpalaiduojantis faktorius, aktyvumas), lemiantys nerimą, disforiją, nemigą ir kitus abstinencijos simptomus (Koob & Volkow, 2009b).

3. Troškimo / išankstinio susidomėjimo stadijoje svarbios **priešakstinė smegenų žievės** sritis – pablogėja prefrontalinės žievės kontrolė, silpnėja sprendimų priėmimas ir didėja jautrumas su alkoholiu susijusiems dirgikliams, dėl to formuojasi obsesinis galvojimas apie alkoholį ir potraukis vartoti (Koob & Volkow, 2009b).

Ilgalaikis piktnaudžiavimas alkoholiu sukelia **neuroadaptacijas**: pamažu keičiasi neurotransmiterių receptorių jautrumas (pvz., slopinančio neurotransmiterio GABA receptoriai tampa mažiau jautrūs, o stimuliuojančio glutamato receptoriai – hiperjautrūs), vystosi **tolerancija** (reikia didesnių dozių efektui pasiekti) ir **fizinė priklausomybė**. Dėl šių pokyčių smegenų malonumo „norma“ nusistato žemesniame lygyje (vadinamasis **neuroadaptacinis allostazės efektas**), o streso sistemos persistengia – todėl be alkoholio asmuo jaučia nuolatinius neigiamus emocinius būvius (Bagdonaitė, 2022), (Koob & Volkow, 2009). Šitaip neurobiologinė degradacija užprogramuoja

uždarą ratą: alkoholis vartojamas siekiant numalšinti pačių ankstesnio vartojimo sukeltus nemalonius simptomus, ir priklausomybė gilėja.

**Klinikiniai ir diagnostiniai aspektai.** Klinikiniu požiūriu, **alkoholio vartojimo sutrikimas (alkoholio priklausomybė)** pasireiškia tipiniais simptomų rinkiniais. Pagal diagnostinius klasifikatorius (pvz., DSM-5 ar TLK-10), alkoholio sukeltam sutrikimui būdingi požymiai: **stiprus potraukis** ir kompulsyvus poreikis vartoti alkoholį, **sutrikusi vartojimo kontrolė** (nesugebėjimas apsiriboti kiekiais ar nutraukti), **fizinės abstinencijos simptomai** užsitęsus pertraukai (pvz., drebulys, nerimas, prakaitavimas, nemiga) ir **tolerancijos didėjimas** (reikia vis daugiau alkoholio tam pačiam efektui)(Koob & Volkow, 2009; Kristen Fuller, 2022)

Priklausomybės progresavimas reiškia, kad šie simptomai stiprėja: pradžioje gali vyrauti psichologinis polinkis ir socialinės pasekmės (pvz., dažnesnis išgėrimas „užsimiršti“ ar problemų ignoravimas), o vėliau atsiranda aiškūs medicininiai kriterijai – abstinencijos sindromas tampa ryškus, alkoholis vartojamas jau siekiant išvengti blogos savijautos, nepaisoma rimtos žalos sveikatai ar socialiniam gyvenimui (Koob & Volkow, 2009; Kristen Fuller, 2022) . Ligai progresuojant, **žmogaus gyvenimas ima suktis aplink alkoholį** – prarandami ankstesni interesai, nepaisoma darbinių ar šeiminių pareigų, didėja socialinė izoliacija. Gydytojai diagnostikoje nustato sutrikimo sunkumą pagal pasireiškiančių kriterijų skaičių: pavyzdžiui, lengvas alkoholio vartojimo sutrikimas reiškia, kad išpildomi 2–3 kriterijai, o sunkus sutrikimas – 6 ir daugiau kriterijų (iš 11 galimų, aprašytų DSM-5). Taip pat kliniškai svarbu atskirti **piktnaudžiavimą alkoholiu** (kai vartojimas dar nesukėlė fiziologinės priklausomybės, bet jau padarė žalos sveikatai ar socialiniam funkcionavimui) nuo **priklausomybės** (kai yra minėti priklausomybės požymiai). Visgi šios ribos neretai būna peržengiamos palaipsniui, be aiškios ribos tarp „vartoja per daug“ ir „serga priklausomybe“(Koob & Volkow, 2009; Kristen Fuller, 2022) . Būtent dėl to stadijų modeliai yra naudingi – jie leidžia suprasti, kurioje kontinuumo vietoje yra pacientas.

Vienas iš klinikinių indikatorių, kad alkoholinė liga pasiekė sunkų, toli pažengusį etapą, yra **ūminių alkoholinių psichozų** pasireiškimas. Tai yra ūminiai psichikos sutrikimai, tiesiogiai susiję su alkoholio toksiniu poveikiu smegenims ir (dažniau) staigaus nutraukimo reakcijomis. Svarbiausia iš jų – **alkoholinis delyras** (lot. delirium tremens, liaudiškai dar vadinamas „baltąja karštine“). Delyras paprastai ištinka nutraukus ilgalaikį gausų gėrimą, praėjus ~48–72 valandoms nuo paskutinės alkoholio dozės – jam būdinga sąmonės aptemimas, stiprus **konfūzijos** ir dezorientacijos epizodas, gausios **haliucinacijos** (dažnai regimosios ar girdimosios), stiprus periferinės nervų sistemos aktyvumas (prakaitavimas, hipertenzija, tachikardija), galimi **traukulių** priepuoliai(Rahman & Paul, 2023). Delirium tremens yra gyvybei pavojinga būklė; netaikant gydymo, mirštamumas siekia iki ~20–35% (Rahman & Paul, 2023) , todėl sunkios priklausomybės stadijoje labai svarbu laiku atpažinti didelės rizikos pacientus ir užkirsti kelią delyrui (pvz., skiriant raminamuosius vaistus

prasidedant abstinencijai). Kitas ūmus psichozinis sutrikimas – **alkoholinė haliucinozė** – pasireiškia gausiomis haliucinacijomis, dažniausiai be ryškaus sąmonės sutrikimo. Skirtingai nuo delyro, esant alkoholinei haliucinozei žmogus išlieka orientuotas, tačiau gali intensyviai girdėti balsus ar kitus pojūčius. Haliucinozė gali prasidėti tiek ilgai piktnaudžiaujant (dar vartojimo metu), tiek nutraukimo fazėje; paprastai ji trunka kelias dienas ir praeina abstinencijai aprimstant, nors sunkiais atvejais gali pereiti į lėtinę formą (alkoholinę paranoją). Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad ūmios alkoholio sukeltos psichozės pasitaiko apytiksliai **10% lėtinio alkoholio vartojimo sutrikimo atveju** – būtent sunkiose stadijose (Aliyev & Aliyev, 2021). Jų dažnis glaudžiai siejasi su alkoholio vartojimo sutrikimo paplitimu: pavyzdžiui, kai kuriuose regionuose stebint alkoholio vartojimo augimą, fiksuotas ir didėjantis ūmių psichozių (delyro, haliucinozės) atvejų skaičius (Perälä et al., 2010).

Taigi, alkoholinis delyras ir kiti ūmūs psichoziniai epizodai yra laikomi **sunkios priklausomybės komplikacija** – ženklu, kad paciento centrinė nervų sistema yra smarkiai pažeista dėl ilgalaikio toksinio poveikio. Šių būklių atsiradimas ženklina paskutinę alkoholio vartojimo sutrikimo stadiją, kai reikalingos intensyvios medicininės intervencijos.

**Stadijų koncepcijos taikymas gydymo planavimui.** Alkoholinės priklausomybės stadijos nėra vien teoretinis konstruktas – jos turi ir praktinę vertę planuojant gydymą bei intervencijas. **Kuo anksčiau nustatoma problema, tuo efektyvesnės ir mažiau invazyvios gali būti pagalbos priemonės.** Pavyzdžiui, **ankstyvoje stadijoje**, kai asmuo dar neturi fizinės priklausomybės, tačiau jau pastebi alkoholio vartojimo kontrolės sumažėjimą ar patiria neigiamas pasekmes, veiksminga taktika yra **brifingas ir prevencija**: gydytojas taiko *motyvacinio interviu* metodus, suteikia informaciją apie riziką, skatina mažinti vartojimą kol neatsirado negrįžtamų padarinių (Ewald et al., 2019; Ng et al., 2020)

Tyrimai rodo, kad trumpa gydytojo konsultacija gali reikšmingai sumažinti per savaitę vartojamo alkoholio kiekį problemiška geriančių asmenų grupėje. **Vidurinėje stadijoje**, kai aiškėja fiziologinės priklausomybės požymiai (pvz., pasireiškia abstinencija rytais, žmogus nebegali ilgai ištverti negėręs), reikalingas intensyvesnis gydymas. Dažnai pradedama nuo **ambulatorinės reabilitacijos**: skiriama **psichoterapija** (pvz., kognityvinė elgesio terapija, padedanti atpažinti gėrimą skatinančius veiksnius ir ugdyti naujus įgūdžius), svarstomi **medikamentai** potraukiui mažinti (tokie kaip naltreksonas, acamprosatas) ar atgrasinti nuo alkoholio (pvz., disulfiramas). Taip pat sprendžiamos gretutinės problemos – gydoma depresija ar nerimas, jeigu jie lydi priklausomybę.

**Vėlyvoje (lėtinėje) stadijoje**, kai priklausomybė yra sunki ir daugelį metų trunkanti, gydymo planas privalo apimti **detoksikaciją stacionare** (medikamentinę abstinencijos suvaldymą, kad būtų išvengta delyro ar traukulių), po to – ilgalaikę **stacionarinę reabilitaciją** arba struktūrizuotą palaikomąjį gydymą. Dažnai tokiu atveju reikalinga kompleksinė priežiūra: be psichologinės pagalbos, skiriamas **sveikatos atstatymo planas** (gydomos kepenų, širdies ligos, neuropatijos ir kitos

alkoholio sukeltos ligos), taip pat socialinė rehabilitacija (darbo, gyvenamosios aplinkos klausimų sprendimas). Svarbu pabrėžti, kad bet kurioje stadijoje būtinas **motyvacijos stiprinimas** – tam pasitelkiamos ir savitarpio pagalbos grupės (AA – Anoniminių alkoholio vartojimo sutrikimų grupės, Minnesota programos ir pan.), šeimos narių įtraukimas į gydymo procesą. **Gydymo intensyvumas tiesiogiai siejamas su ligos stadija**: lengvesniam sutrikimui gali pakakti kelių konsultacijų, tuo tarpu sunkus, (end-stage) alkoholio vartojimo sutrikimas gali reikalauti metų ar ilgesnio daugiadalykio gydymo (Ng et al., 2020; WHO, 2018).

Taigi stadijos padeda nustatyti, kokios pagalbos reikia konkrečiu metu – nuo prevencinio pokalbio iki intensyvių terapijų.

### 1.1.5 Alkoholio vartojimo sutrikimo paplitimas ir aktualumas

Alkoholis yra vienas plačiausiai vartojamų psichoaktyvių medžiagų pasaulyje – maždaug **1 iš 3** planetos gyventojų vartoja alkoholį šiuo metu. Vis dėlto jo vartojimas ir sukeltas poveikis visuomenės sveikatai kelia didelį susirūpinimą. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, 2016 m. dėl žalingo alkoholio vartojimo mirė daugiau kaip **3 milijonai žmonių**, tai sudarė net **1 iš 20** visų mirčių pasaulyje. Daugiau nei 75% šių mirčių teko vyrams, o alkoholis apskritai lėmė apie **5% pasaulinės ligų naštos** matuojant gyvensenos ir ligų sukeltą sveikatos praradimą (WHO, 2018). Alkoholis siejamas su daugiau nei **200 sveikatos sutrikimų** – nuo kepenų cirozės, kasos uždegimo, įvairių vėžio formų iki traumos ar smurto sužalojimų (WHO, 2018).

Nors pasaulyje yra kultūrų ir regionų, kur alkoholio vartojimas minimalus, **vidutinis suvartojimas globaliu mastu išlieka reikšmingas**. 2016 m. vidutinė gryno alkoholio suvartojimo apimtis (įskaitant registruotą ir neoficialų vartojimą) siekė apie **6,4 litro vienam 15 m. ir vyresniam žmogui per metus**, kai 2000 m. šis rodiklis buvo ~5,7 litro (İlhan & Yapar, 2020a). Šie skaičiai rodo, kad nepaisant kai kur pastebimo geriančių asmenų dalies mažėjimo, bendras išgeriamo alkoholio kiekis pasaulyje per kelis dešimtmečius netgi **išaugo** (İlhan & Yapar, 2020b). Labiausiai nerimą keliantis yra **Europos regionas** – PSO teigimu, **Europos šalys pasižymi didžiausiu alkoholio vartojimu vienam gyventojui ir didžiausiu su alkoholiu susijusių sutrikimų paplitimu** pasaulyje (WHO, 2018).

**Tuo tarpu** Lietuva ilgą laiką garsėjo kaip viena daugiausiai alkoholio suvartojančių šalių pasaulyje. PSO 2018 m. ataskaitoje Lietuva minėta kaip tuometinis lyderis pagal alkoholio vartojimą: 2016 m. vienam gyventojui teko net **18,2 litro** gryno alkoholio per metus (PPAPM, 2017). Šis skaičius, be abejo, apima ir neoficialų (neapskaitytą) alkoholį; palyginimui, Lietuvos statistikos departamento oficialiais duomenimis, **2016 m.** registruotas suvartojimas siekė **13,2 litro** vienam 15 metų žmogui ir vyresniam asmeniui (Jurgita Lapienytė, 2018).

Pagal oficialią statistiką situacija iki 2016-ųjų buvo kritinė – Lietuva nuolat buvo tarp pirmaujančių Europoje tiek pagal suvartojimą, tiek pagal alkoholio sukeltų ligų rodiklius. Pavyzdžiui, **2010 m. net 16% Lietuvos vyrų sirgo alkoholine priklausomybe** arba piktnaudžiavo alkoholiu klinikinio lygiu (PPAPM, 2017) , o alkoholinių psichozių bei alkoholinės kepenų cirozės atvejų skaičius (tenkantis 100 tūkst. gyventojų) buvo vienas didžiausių ES.

Pozityvu tai, kad **nuo 2017 m. Lietuvoje stebima mažėjanti vartojimo tendencija**, sutampanti su griežtų kontrolės priemonių įvedimu (žr. kitą poskyrį). Statistikos departamento duomenimis, **2017 m.** vienam 15+ amžiaus Lietuvos gyventojui teko **12,3 l** absoliutaus alkoholio per metus (0,9 l mažiau nei 2016 m.) (Jurgita Lapienytė, 2018) , **2018 m.** – ~11,2 l, o **2019 m.** – ~11,1 litro.

Tai reikšmingas sumažėjimas per trumpą laikotarpį. 2020–2021 m. preliminariais duomenimis suvartojimas stabilizavosi apie 11 litrų ribą. Nepaisant šios teigiamos dinamikos, Lietuva vis dar lenkia daugelį Europos šalių pagal išgeriamo alkoholio kiekį. **Alkoholio vartojimo sutrikimo paplitimas** (kaip medicininės diagnozės) Lietuvoje išlieka aukštas: Naujausiais Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (NTAKD) duomenimis, priklausomybės alkoholiui diagnozę turi dešimtys tūkstančių gyventojų, o kasmet į gydymo įstaigas dėl su alkoholiu susijusių psichikos ir elgesio sutrikimų kreipiasi ~8 tūkst. asmenų. Be to, alkoholis prisideda prie didelio mirtingumo – 2019 m. Lietuvoje ~8% visų mirčių buvo tiesiogiai ar netiesiogiai susijusios su alkoholio vartojimu (širdies ligos, kepenų cirozė, traumos ir kt.). **Šie rodikliai patvirtina, kad alkoholio vartojimo sutrikimo problema Lietuvoje tebėra labai aktuali visuomenės sveikatai.** (NTAKD, 2022)

### 1.1.6 Apibendrinimas

Alkoholio vartojimo sutrikimas išlieka viena opiausių visuomenės sveikatos problemų Lietuvoje ir pasaulyje. Tai nėra vien biologinis ar psichologinis reiškiny – tai **kompleksinis biopsichosocialinis sutrikimas**, kurio atsiradimą lemia genetinis pažeidžiamumas, neurocheminiai pokyčiai, psichologiniai sunkumai ir socialinė aplinka.

**Biopsichosocialinis modelis** leidžia geriau paaiškinti priklausomybės eigą – biologiniai veiksniai (pvz., dopamino sistemos pokyčiai) sąveikauja su psichologiniais (impulsyvumu, savireguliacijos sunkumais) ir socialiniais (šeimos aplinka, kultūrinė tolerancija gėrimui) aspektais. Kiekvienas iš jų atskirai nėra lemiamas, tačiau jų sąveika didina riziką susirgti ir apsunkina sveikimą. Lietuvoje, nors vartojimo rodikliai mažėja, **alkoholio vartojimo sutrikimo mastas vis dar kelia rimtą grėsmę visuomenei** – tiek sveikatos, tiek socialiniu-ekonominiu požiūriu. Reikalingas

ilgalaikis, kompleksinis požiūris: biologinės, psichologinės ir socialinės intervencijos turi būti integruotos. Efektyvus gydymas reikalauja ne tik medicininių priemonių, bet ir psichologinės pagalbos bei socialinės reintegracijos.

Toks holistinis modelis laikomas naudingiausiu šiuolaikiniame priklausomybių moksle – jis nuosekliau paaiškina alkoholio vartojimo sutrikimo heterogeniškumą ir padeda kurti efektyvesnes prevencijos bei gydymo strategijas, apimančias ne tik medicininės intervencijos, bet ir psichologinę pagalbą bei socialinės aplinkos (Psicothema, 2018)

## **1.2 Dailės terapija: teorinis pagrindimas ir taikymas suaugusiesiems**

### **Dailės terapijos samprata**

Pagal Lietuvos respublikos sveikatos ministeriją (2019) dailės terapija yra „paciento fizinei ir psichikos sveikatai stiprinti skirta tarpdalykinė veikla, integruojanti dailės ir medicinos, psichologijos, psichoterapijos, specialiojo ugdymo, socialinio darbo žinias, gebėjimus ir praktikas“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2019, p. 2). Dailės terapija apibrėžiama kaip integruota psichikos sveikatos profesija, kuri pasitelkia aktyvų meno kūrimą ir kūrybinį procesą psichoterapiniame santykiuose siekiant gerinti žmonių gerovę (American Art therapy Association, 2022) Skirtingai nuo vien verbalinės terapijos, dailės terapijoje svarbiausias yra gydantis kūrybos procesas, o ne galutinis meno produktas (American Psychiatric association, 2020). Kūrybinė veikla leidžia klientams išreikšti emocijas ir patirtis, kurių sunku įvardinti žodžiais, ir taip skatina gijimą (American Psychiatric association, 2020). Dailės terapiją veda specialiai apmokyti dailės terapeutai, kurie taiko psichologijos teoriją ir meno procesus, kad padėtų klientams siekti asmeninių ir tarpasmeninių pokyčių (American Art therapy Association, 2022).

Pasak Amerikos dailės terapijos asociacijos, dailės terapija naudojama įvairiapusiškai žmogaus raidai ir sveikatai skatinti. Ji padeda gerinti kognityvines bei sensorimotorines funkcijas, stiprinti savivertę ir savimone, ugdyti emocinį atsparumą, skatinti įžvalgą ir socialinius įgūdžius, taip pat mažinti konfliktus ir distresą (American Art therapy Association, 2022) . Dailės terapija įtraukia protą, kūną ir dvasią tokiu būdu, kuris yra kitoks nei vien žodinis bendravimas (American Psychiatric association, 2020). Ji gali padėti žmonėms laisviau save išreikšti, gerinti tarpasmeninius santykius ir bendrai stiprinti psichikos sveikatą (Shukla et al., 2022). Meno kūrinys tampa komunikacijos priemone, leidžiančia klientui išoriniame pavidale pamatyti savo vidinius išgyvenimus ir saugiai juos analizuoti kartu su terapeutu (American Psychiatric association, 2020).

## **Psichoterapinės paradigmos dailės terapijoje**

Dailės terapija remiasi keliomis pagrindinėmis psichoterapinėmis paradigmomis. Istoriskai didelę įtaką turėjo psichodinaminė kryptis – pradedant Freudu ir Jungiškosiomis idėjomis, akcentuojančiomis pasąmonės reiškinių simbolinę išraišką mene (Laura Mirabella, 2020).

Ankstyvieji dailės terapijos pradininkai manydavo, kad kuriant meną išskyla giliausi jausmai ir konfliktai, kuriuos galima analizuoti kaip sapnus ar asociacijas, siekiant įžvalgų į kliento vidinį pasaulį (Laura Mirabella, 2020). Kitas kertinis požiūris – humanistinė (egzistencinė) paradigma, kuri pabrėžia asmens saviraišką, kūrybiškumą ir savirealizaciją kaip gydančius veiksnius (Laura Mirabella, 2020). Humanistiniame mene terapijoje terapeutas sudaro empatišką, palaikančią santykį, skatinantį klientą per kūrybą atrasti savo vidinius resursus, augti ir spręsti emocinius konfliktus (Laura Mirabella, 2020). Literatūroje pažymima, kad dailės terapijos praktikoje dažniausiai derinami būtent psichodinaminiai ir humanistiniai principai (Art Therapy Resources, 2023).

Šiuolaikinė dailės terapija taip pat integruoja kognityvinę-elgesio terapijos elementus bei kitas metodikas, atsižvelgiant į individualius kliento poreikius (Kendra Cherry, 2024). Pavyzdžiui, taikant kognityvinį elgesio meno terapijos modelį, kūrybinės užduotys gali būti pasitelkiamos mokant klientą streso valdymo, problemų sprendimo ar socialinių įgūdžių – panašiai kaip tradicinėje KET, tik naudojant vizualinius simbolius ir metaforas neigiamoms mintims bei elgesio modeliams keisti (Laura Mirabella, 2020). Be to, dailės terapeutai neretai pasitelkia dėmesingumo (mindfulness) praktiką kūrybos metu, skatindami klientą sutelkti dėmesį į dabartinį momentą, pojūčius ir mintis, kylančias kuriant meną (Kendra Cherry, 2024).

Taigi, dailės terapija yra iš prigimties integratyvi – ji sujungia įvairių psichoterapijos krypčių principus, kad kūrybinis procesas optimaliai padėtų klientui (Kendra Cherry, 2024)

## **Expressive Therapies Continuum (ETC) modelis**

Vienas svarbiausių šiuolaikinės dailės terapijos teorinių modelių yra Ekspresyviųjų terapijų kontinuumas (angl. *Expressive Therapies Continuum*, ETC). Šį modelį dar 1970–1980 m. pradėjo vystyti Sandra Kagan ir dr. Vija Lusebrink, siekdamos paaiškinti, kaip skirtingi meno medijomis grįsti procesai veikia žmogaus psichiką (Lusebrink, 2010). ETC modelis išskiria kelis hierarchinius kūrybinio patyrimo lygmenis, kurie atspindi skirtingus informacijos apdorojimo būdus ir psichologinius procesus žmogaus smegenyse (Lusebrink, 2010). Tradiciškai nurodomi trys pagrindiniai lygmenys (kiekvienas susidedantis iš dviejų polių) ir vienas integruojantis kūrybinis lygmuo (Ceara Rossetti, 2020).

- Kinestetinis / jutiminis lygmuo – apima kūno judesio, lytėjimo, sensorinius potyrius kuriant meną. Pvz., molio minkymas ar spontaniškas piešimas laisvais judesiais padeda išreikšti

įtampą fiziškai; taip pat svarbūs pojūčiai (dažų kvapas, tekstūra), kurie gali sužadinti ankstyvus (net priešžodinius) prisiminimus ir emocijas (Ceara Rossetti, 2020). Šis lygmuo naudingas dirbant su sensorimotoriniais aspektais, trauminiais prisiminimais, sunkiai verbalizuojamomis emocijomis – čia pats dailės procesas yra labiau terapinis nei sukurtas produktas (Ceara Rossetti, 2020).

- Percepcinis / afektyvus lygmuo – šiame lygmenyje dėmesys krypsta į vaizdinį suvokimą ir jausmus, kuriuos sukelia kuriamas meno kūrinys (Ceara Rossetti, 2020). Kitaip nei kinestetiniame, čia svarbesnis yra paties kūrinio vaizdas ir formos. Percepcinis polius reiškia struktūriškesnį, detalesnį stebėjimą (pvz., dėmesys linijoms, figūroms), o afektyvus – emocijų išraišką per spalvas, formas (Ceara Rossetti, 2020). Šis lygmuo padeda klientui atpažinti ir įvardyti jausmus, projektuojamus į vaizdinį (pvz., piešiant emocijas spalvomis), ir gali suteikti estetinį atstumą – tai yra, leidžia pažvelgti į savo jausmus tarsi iš šalies, per vizualų objektą.
- Kognityvinis / simbolinis lygmuo – aukštesnysis kontinuumo lygmuo, susijęs su mąstymu, prasmių ieškojimu ir simbolių kūrimu (Lusebrink, 2010). Kognityvinis aspektas reiškia loginį struktūravimą, pasakojimo kūrimą (pvz., siužeto piešinyje planavimą), o simbolinis – gilesnę reikšmę turinčių simbolių ir metaforų vaizdavimą (Lusebrink, 2010). Šiame lygmenyje menas tampa savotiška vidinio pasaulio simboline kalba – pavyzdžiui, piešinyje pasirodantys vaizdiniai gali atspindėti svarbius asmens gyvenimo aspektus (šeimos nariai kaip gyvūnai, namai tamsoje ir pan.), kuriuos analizuojant gilėja savęs pažinimas. Terapeutas, taikydamas ETC, gali padėti klientui pereiti iš vieno lygmens į kitą – pvz., jei asmuo labai intelektualizuoja (užstrigęs kognityviniame lygyje), jam gali būti pasiūlyta laisvesnė, labiau jutiminė užduotis, kad sužadintų emocinį reagavimą (Lusebrink, 2010).

ETC modelis suteikia dailės terapeutui sistemą, leidžiančią įvertinti, kuriame lygmenyje klientas daugiausiai veikia ir kokios meno priemonės galėtų būti naudingiausios intervencijai (Lusebrink, 2010). Pavyzdžiui, jei klientui sunku reikšti jausmus (afektyvus komponentas), terapijoje gali būti pasitelkiamos labiau *fluidinės* medžiagos (akvarelė, pirštų dažai) emocijoms išlaisvinti. Jei žmogus, priešingai, jaučiasi chaotiškas, jam gali padėti *struktūruotesnės* priemonės (pieštukai, koliažas) ir dėmesys formoms (percepcinis komponentas) siekiant stabilumo (Ceara Rossetti, 2020). Taigi, ETC yra teorinis pagrindas, susiejantis meno medžiagų savybes, kūrybinį procesą ir psichikos procesus – jis padeda moksliai pagrįsti, kodėl tam tikra dailės terapijos technika gali būti veiksminga konkrečiam klientui (Lusebrink, 2010).

## Poveikis suaugusiųjų psichikos sveikatai

Dailės terapija taikoma plačiai įvairioms suaugusiųjų grupėms ir psichikos sveikatos problemoms spręsti. Tyrimai rodo, kad kūrybinė saviraiška per meną gali turėti reikšmingų terapinių rezultatų suaugusiesiems, kenčiantiems nuo depresijos, nerimo, trauminių išgyvenimų ir kitų sunkumų (Regev & Cohen-Yatziv, 2018; Shukla et al., 2022). Pastarojo dešimtmečio apžvalgose pažymima, jog dailės terapija padeda gyti emocinėms traumoms, didina sąmoningumą apie save ir kitus, skatina savirefleksiją, mažina psichologinių simptomų intensyvumą bei prisideda prie elgesio ir mąstymo pokyčių (Shukla et al., 2022)

Sisteminga 69 atsitiktinių imčių tyrimų (RCT) analizė, apėmusi ~4200 įvairaus amžiaus dalyvių, nustatė, kad dailės terapijos poveikis, lyginant su kontroline grupėmis, buvo teigiamas kai kuriems psichikos sveikatos rodikliams (Joschko et al., 2024). Daugiausia tyrimuose vertinti depresijos, nerimo, savivertės, socialinio funkcionavimo ir gyvenimo kokybės pokyčiai (Joschko et al., 2024). Meta-analizės duomenimis, bendras standartizuotas poveikio dydis buvo nuo ~0,2 iki 0,4 (nedidelis iki vidutinis teigiamas efektas), rodantis, kad dailės terapija pagerino būklę maždaug 18% matuotų atvejų (kontrolėse tik ~1%) (Joschko et al., 2024). Vis dėlto ši apžvalga pažymi, jog daugelio tyrimų kokybė buvo gana žema, todėl būtini tolesni geresnės metodologijos darbai (Joschko et al., 2024).

Specifiškesnė 15 tyrimų meta-analizė, skirta suaugusiųjų depresijos gydymui, parodė ženkliai didelį dailės terapijos efektą mažinant depresijos simptomus (B. Han et al., 2024).

Su 932 dalyviais atliktos analizės rezultatai atskleidė, kad vizualinė meno terapija reikšmingai sumažino depresijos lygį (bendras efektas  $SMD \approx -0.73$ ,  $p < 0.001$ ), ypač jaunesniems nei 65 m. suaugusiesiems ir taikant intervencijas iki 12 savaičių trukmės (B. Han et al., 2024). Nors įrodymų kokybė įvertinta kaip ribota, šie duomenys patvirtina, kad dailės terapija gali būti veiksmingas papildomas depresijos gydymo metodas. Taip pat yra duomenų, kad dailės terapija padeda mažinti nerimo simptomus, gerinti PTSS (potrauminio streso) požymius, stiprinti socialinį prisitaikymą ir kitus su psichikos sveikata susijusius rodiklius įvairiose populiacijose (Regev & Cohen-Yatziv, 2018; Shukla et al., 2022). Pavyzdžiui, vienoje studijoje meno terapijos sesijos onkologiniams pacientams pagerino jų emocinę savijautą, reikšmingai sumažindamos neigiamus jausmus ir sustiprindamos teigiamus (American Psychiatric association, 2020). Kito tyrimo metu ilgalaikė meninė veikla slaugos namų personalui (globėjams) padėjo sumušti stresą ir nerimą, padidino teigiamas emocijas (American Psychiatric association, 2020).

Šie pavyzdžiai rodo, kad kūrybinė veikla gali turėti tiesioginį terapinį poveikį įvairioms suaugusiųjų grupėms – tiek sergantiems lėtinėmis ligomis, tiek patiriantiems kasdienį stresą.

Svarbu pažymėti, kad dailės terapijos efektyvumas dažnai priklauso nuo individualių kliento savybių ir problemos pobūdžio. Kai kuriems asmenims meninė saviraiška gali atverti stiprius jausmus ar prisiminimus, todėl reikalingas apmokytas specialistas, galintis saugiai tuos jausmus sulaikyti ir perduoti terapiniame procese. Taip pat dailės terapija paprastai taikoma kaip kompleksinės pagalbos dalis, derinama su kitomis intervencijomis (pvz., žodinėmis terapijos formomis, medikamentiniu gydymu). Nepaisant to, augantis empirinės literatūros kiekis patvirtina, kad dailės terapija gali reikšmingai papildyti suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūrą, suteikdama unikalų gydomąjį kanalą per kūrybą (Shukla et al., 2022).

### **Metodikos ir terapinio poveikio mechanizmai**

Dailės terapijos metodikos suaugusiesiems yra lanksčios ir pritaikomos prie kliento poreikių. Sesijos gali vykti individualiai arba grupėje, terapinėje aplinkoje, kur klientui suteikiamos įvairios dailės priemonės: popierius, dažai, pieštukai, molis, žirkklės ir kt. Klientas gali piešti, tapyti, lipdyti, kurti koliažus, fotografuoti ar kitaip meninėmis priemonėmis reikšti save (Kendra Cherry, 2024).

Dailės terapeutas dažnai pasiūlo tam tikrą kūrybinę užduotį arba temą (pvz., „nupiešk šiandienos jausmą spalvomis“ ar „sukurk saugumo vietos koliažą“) – tačiau lygiai taip pat dažnai leidžia klientui laisvai improvizuoti, sekti spontaniškus impulsus kuriant. Svarbi metodikos dalis yra sukurtų darbų aptarimas: klientas skatinamas apžiūrėti savo kūrinį, papasakoti apie jį kilusias mintis, asociacijas, kūrimo proceso išgyvenimus. Terapeutas užduoda atvirus klausimus („Ką tau reiškia šis simbolis?“, „Kaip jauteisi naudodamas tą spalvą?“), padėdamas klientui reflektuoti ir atrasti prasmę savo darbe. Toks refleksijos procesas skatina įsisąmoninti pasąmoningą turinį, kuris netikėtai gali atsiskleisti piešinyje ar skulptūroje, ir susieti jį su realaus gyvenimo patirtimis (American Psychiatric association, 2020).

Išskirtinis dailės terapijos metodikų bruožas – galimybė derinti veiksma ir refleksiją. Viena vertus, fizinis veiksmas (piešimo brūkšniai, lipdymo judesiai) padeda nuleisti įtampą, išreikšti agresiją ar kitą energiją socialiai priimtiniu būdu (vadinamoji *katarzė per kūrybą*) (Ceara Rossetti, 2020).

Kita vertus, galutinis vizualus produktas suteikia objektą, į kurį galima žvelgti, analizuoti, projektuoti reikšmes. Taip užtikrinamas *balansas*: klientas turi erdvę ne tik kalbėti, bet ir *daryti*, o paskui – *stebėti* ir mąstyti apie tai, ką padarė. Šis procesas atliepia skirtingus mokymosi stilius ir psichologinius poreikius (pvz., tiems, kuriems sunku kalbėti apie jausmus, veikimas per meną gali būti lengvesnis kelias).

Kalbant apie terapinio poveikio mechanizmus, moksliniai straipsniai pabrėžia keletą svarbiausių aspektų, kodėl dailės terapija veikia. Pirma, kūrybos metu vyksta emocijų ir kognicijų

integracija – meninė išraiška sujungia dešiniojo pusrutulio (vaizdinių, emocinių) procesus su kairiojo pusrutulio (verbalinės prasmės) procesais (Campbell et al., 2016). Tai leidžia klientams saugiai tyrinėti ir perdirbti emocines patirtis per veiksmą, užuot vien tik apie jas kalbėjus (Webb, 2023). Antra, dailės terapija suteikia person-centered (į asmenį orientuotą) erdvę, kurioje gerbiamas kiekvieno unikalūs saviraiškos būdas – klientas tampa „savo patirties ekspertu“, o terapeutas lydi be teismo ar vertinimo. Tai didina pasitikėjimą savimi bei autonomiškumo jausmą, nes žmogus pats kuria ir sprendžia, ką jo menas reiškia. Trečia, kūrybinis procesas gali turėti tiesioginį neurologinį poveikį: tyrimai, remdamiesi ETC modeliu, sieja skirtingas menines veiklas su tam tikrų smegenų sričių aktyvacija (Lusebrink, 2010). Pvz., sensorinė veikla gali nuraminti *limbinę sistemą* (mažinti nerimo reakcijas), struktūruotas piešimas gali įtraukti *prefrontalinę žievę* (skatinti vykdomąsias funkcijas ir dėmesio koncentraciją) (Lusebrink, 2010). Nors tai dar tyrimų pradžia, neuropsichologiniai duomenys pradeda aiškinti, kaip meninė patirtis veikia smegenis ir kodėl ji naudinga psichikai.

Galiausiai, simbolinė komunikacija dailės terapijoje leidžia apeiti gynybos mechanizmus: kai kurios temos per daug skausmingos pasakyti tiesiogiai, tačiau jas galima išreikšti simboliu (pavyzdžiui, nupiešti savo nerimą kaip šešėlinę figūrą kampe). Taip problema išreiškiama netiesiogiai, nesukeliant per stiprios savisaugos reakcijos, ir su ja galima dirbti *vaizdinio lygmenyje*. Šis procesas prisideda prie emocijų reguliacijos – menas tampa kontaineriu jausmams sudėti, juos apžiūrėti, transformuoti (pvz., suplėšius pykčio piešinį ir suklijavus iš naujo į „išgijimo koliažą“) – tai padeda transformuoti ir patį emocinį išgyvenimą konstruktyvesniu būdu.

Apibendrinant, dailės terapijos metodikos suaugusiesiems yra įvairios, tačiau visos jos remiasi ta pačia prielaida: kūrybinis procesas pats savaime yra gydantis. Per meninę veiklą sužadinami unikalūs savireguliacijos, saviraiškos ir tarpasmeninio bendravimo mechanizmai, kurie papildo tradicines pokalbio terapijas. Dailės terapija, turėdama tvirtą teorinę bazę (psichodinaminę, humanistinę ir kt.), paremta tokiomis koncepcijomis kaip ETC modelis, ir vis gausėjantį empirinių tyrimų pagrindą, yra efektyvi intervencija suaugusiųjų psichikos sveikatai gerinti (Joschko et al., 2024).

### **1.3 Dailės terapija suaugusiųjų, sergančių priklausomybėmis, gydyme**

Priklausomybių gydyme dailės terapija taikoma kaip holistinės reabilitacijos dalis jau nuo XX a. vidurio. Dar 8-ajame dešimtmetyje pastebėta, kad dailės užsiėmimai padeda mažinti neigimą ir

pasipriešinimą gydymui bei suteikia saugų komunikacijos kanalą priklausomiems asmenims (Heather Tompkins, 2024).

Šiuolaikiniai priklausomybės ligų centrai taip pat dažnai integruoja dailės terapiją: JAV atlikta 299 gydymo programų apžvalga parodė, jog net 36,8% programų taikė dailės terapiją kaip papildančią intervenciją (Aletraris et al., 2014). Tai rodo augantį pasitikėjimą kūrybiniais metodais, siekiant spręsti priklausomybių keliamus psichologinius iššūkius.

Nors tradicinis priklausomybės gydymas ilgą laiką rėmėsi medikamentais ir pokalbiais (pvz., 12 žingsnių programa, kognityvine elgesio terapija), dailės terapija išryškėja kaip vertinga papildoma priemonė. Ji suteikia galimybę klientams „apeiti“ gynybos mechanizmus – pavyzdžiui, vaizduojant savo patirtis popieriuje, neretai atskleidžiami neįsisąmoninti jausmai ir konfliktai, kuriuos sunku įvardyti žodžiais (Cambridge Health Alliance, 2008). Dailės kūriniai sukuria tam tikrą psichologinį atstumą, leidžiantį saugiau pažvelgti į skaudžias problemas. Be to, meninė saviraiška grupėje skatina tarpusavio ryšį: aptariant piešinius, gerėja socialiniai įgūdžiai ir savivertė (Cambridge Health Alliance, 2008).

Šiame skyriuje apžvelgsime mokslinių tyrimų duomenis apie dailės terapijos taikymą suaugusiesiems, patiriantiems alkoholio vartojimo sutrikimą ir kitas priklausomybes, ypatingą dėmesį skirdami empirinėms studijoms psichiatrijos ligoninėse ir su pacientams, patiriantiems alkoholinių psichozes.

### **Empiriniai tyrimai psichiatrijos ligoninėse**

Vienas iš klasikinių pavyzdžių, kaip dailės terapija taikoma stacionare gydant priklausomybes, yra Michael J. Hanes (2007) aprašytas atvejis. Jis pristatė du atvejus pacientų, kurie ūmaus psichiatrijos stacionaro sąlygomis spontaniškai sukūrė savo autoportretus per dailės terapijos užsiėmimus (Cambridge Health Alliance, 2008; Hanes, 2007). Šie pacientai sirgo priklausomybe (alkoholio vartojimo sutrikimu) ir turėjo kitų psichikos sutrikimų; meninė veikla buvo privaloma stacionaro terapijos dalis.

Hanes pastebėjo, kad spontaniškai piešdami save, pacientai tarsi stojo „akis į akį“ su savo liga. Autoportretai atspindėjo „ligotosios savasties“ aspektus ir privertė pacientus pripažinti savo priklausomybės mastą (Hanes, 2007). Anot autoriaus, toks susidūrimas su savimi padėjo įveikti neigimą – esminį barjerą sveikimo kelyje. Vienas iš pacientų piešinyje save pavaizdavo užrištomis akimis, o vėliau įžvelgė, jog „akis“ uždengiantis raištis simbolizavo jo paties neigimą apie priklausomybę; nuėmus šį „raištį“ (pripažinus problemą), atsivėrė galimybė keistis (Cambridge Health Alliance, 2008). Šis klinikinis stebėjimas atskleidžia, kad dailės terapija stacionare gali inicijuoti gilius savistabos procesus net ir pacientams, linkusiems neigti savo ligą.

Kiti specialistai taip pat aprašė dailės terapijos naudą stacionarinio gydymo metu. Feen-Calligan (2007) dirbo detoksikacijos skyriuje ir pastebėjo, jog grupinė dailės terapija padeda pacientams suvokti savo priklausomybę – per kūrybą jie atpažįsta ligos požymius, kurių anksčiau vengė (Feen-Calligan, 2007). Dalyviai, piešdami ir aptardami savo darbus, išreiškė emocijas, susijusias su priklausomybe, saugioje aplinkoje, o tai padėjo sumažinti gėdos jausmą ir izoliaciją (Heather Tompkins, 2024). Dailės terapijos sesijos ligoninėje dažnai derinamos su kitais metodais, pavyzdžiui, motyvacinė terapija. Horay (2006) pastebi, kad daugelis meninės terapijos programų priklausomybės gydyme remiasi 12 žingsnių programa arba Prochaskos pokyčių etapų modeliu, derindamos kūrybinius užsiėmimus su motyvuojančiu interviu (Feen-Calligan, 2007). Tai reiškia, kad dailės terapija lengvai integruojasi į įprastas priklausomybių gydymo paradigmas, sustiprindama jų poveikį per išraiškos laisvę.

Naujausi tyrimai psichiatrijos ligoninėse pradeda teikti ir kiekybinius įrodymus apie dailės terapijos veiksmingumą. Pavyzdžiui, Kang ir kolegos (2023) atliko pilotinį atsitiktinių imčių klinikinį tyrimą Pietų Korėjoje su 55 pacientais, gydomais nuo alkoholio vartojimo sutrikimo (alkoholio vartojimo sutrikimo) stacionare (Kang et al., 2023). Visi tiriamieji gavo standartinį gydymą (detoksikaciją, psichoterapiją), tačiau eksperimentinei grupei papildomai kas savaitę buvo vedamos 60–90 min. trukmės grupinės dailės terapijos sesijos. Po keleto savaikių, palyginus su kontroline grupe, pacientai, dalyvavę dailės terapijoje, pasižymėjo reikšmingai geresniais rodikliais: jiems padidėjo natūraliųjų žudikiškųjų ląstelių (NK) kiekis kraujyje, kas rodo sustiprėjusią imuninę funkciją ( $p=0,007$ ). Taip pat ši grupė patyrė sumažėjusį kortizolio (streso hormono) lygį ir teigiamus smegenų bioelektrinio aktyvumo pokyčius (padaugėjo alfa bangų, pagerėjo smegenų pusiausvyros rodikliai) (Kang et al., 2023). Psichologiniu požiūriu, dailės terapijos dalyviai parodė sumažėjusius depresijos, nerimo ir impulsyvumo įverčius, palyginti su pradiniu lygiu. Tyrimo išvadose teigiama, kad dailės terapija reikšmingai prisidėjo prie pacientų sveikimo: sumažino jų psichologinį distresą, sustiprino atsparumą stresui ir net pagerino tam tikrus biologinius sveikatos rodiklius. Autoriai pažymi, jog tai pirmas toks tyrimas, suteikiantis biologinių įrodymų, kad psichologinė intervencija (dailės terapija) gali tiesiogiai veikti alkoholio vartojimo sutrikimo paveiktą organizmą, sustiprindama imuninę sistemą ir mažindama streso reakcijas (Kang et al., 2023).

### **Dailės terapijos poveikis ir rezultatai**

Empiriniai tyrimai rodo daugiaplanį dailės terapijos poveikį suaugusiems priklausomiems pacientams. Psichologiniu lygmeniu, meninė saviraiška padeda mažinti neigimą, didina motyvaciją keistis ir gerina emocinę savijautą. Hanes (2007) atvejai iliustruoja, kaip autoportreto sukūrimas paskatino pacientą pripažinti „Aš esu priklausomas“ – tai lūžinis momentas, be kurio sveikimas neįmanomas (Cambridge Health Alliance, 2008), (Hanes, 2007).

Kiti tyrinėtojai fiksavo panašius reiškinius: Holt ir Kaiser (2009) aprašė, kad dailės terapijos užduotys pradiniam gydymo etape padeda klientams išreikšti dvilypius jausmus (ambivalenciją) dėl savo vartojimo ir taip sąmoningiau apsispręsti siekti blaivybės (Feen-Calligan, 2007). Tai dera su motyvuojančio interviu principais – pripažinus abejones ir vidinį konfliktą, lengviau judėti į priekį. Be to, grupinės dailės terapijos metu vykstantis darbų aptarimas padeda pacientams ne tik geriau suprasti save, bet ir mokytis iš kitų patirčių, ugdo empatiją. Kaip pastebi Adams ir Stickley (2019) apžvalga, visuose kokybiniuose tyrimuose dalyviai nurodė, kad meninės veiklos suteikė erdvę dalintis ir reflektuoti savo išgyvenimus, kas teigiamai veikė jų sveikimo procesą (Feen-Calligan, 2007).

Dalyviai pranešė apie sustiprėjusią savivoką, emocijų suvokimą ir bendrystės jausmą su kitais grupėje (Cambridge Health Alliance, 2008)

Šie kokybiniai duomenys papildė kiekybinius rodiklius, atskleisdami, **kodėl** dailės terapija veiksminga: ji suteikia saugią erdvę naujai patirčiai ir tapatumo peržiūrai, kas ypač svarbu žmonėms, ilgai gyvenusiems priklausomybės šešėlyje.

Kita vertus, keli tyrimai tiesiogiai matavo ir objektyvius dailės terapijos poveikio indikatorius suaugusių priklausomų asmenų populiacijoje. Brazilijoje atliktas tyrimas (Soares et al., 2019) taikė trumpą intervenciją pirminėje sveikatos priežiūroje: 11 alkoholiu piktnaudžiaujančių pacientų gavo keletą trumpojo motyvacinio interviu sesijų, po kurių sekė dailės terapijos užsiėmimai. Nors tyrimas neturėjo kontrolinės grupės, prieš–po duomenys parodė reikšmingus pokyčius. Iš 11 dalyvių net 6 visiškai nutraukė alkoholio vartojimą intervencijos laikotarpiu, dar 1 sumažino vartojimą iki vidutinio lygio; likę 4 vis dar turėjo aukštą vartojimą. Statistiškai vidutinis AUDIT (Alkoholio vartojimo sutrikimo identifikavimo testo) balas grupėje sumažėjo reikšmingai ( $p < 0,05$ ), o poveikio dydis buvo didelis (Cohen  $d = 0,76$ ). Tyrimo išvadoje konstatuojama, kad trumpoji motyvacinė intervencija, papildyta dailės terapija, ženkliai sumažino alkoholio vartojimą tarp dalyvių. Šis rezultatas pabrėžia integruoto požiūrio svarbą: vien psichopedagoginės intervencijos duoda naudos, bet pridėjus kūrybinę saviraišką poveikis dar sustiprėja. Autoriai rekomenduoja tęsti tokių metodų diegimą pirminėje grandyje ir apmokyti specialistus kūrybinių terapijų taikyme (Soares et al., 2019).

Apibendrinant tyrimų rezultatus, akivaizdu, kad dailės terapija suaugusiųjų priklausomybių gydyme teikia daugialypę naudą. Ji padeda pacientams įgyti įžvalgų apie savo ligą (pvz., įveikti neigimą ir atpažinti priklausomybę kaip „atskirą“ nuo sveikosios savasties dalį) (Cambridge Health Alliance, 2008), skatina emocinį išsikrovimą ir saviraišką saugioje terpėje, gerina tarpasmeninius ryšius grupėje. Empiriniai duomenys liudija tiek subjektyvų geresnės savijautos pojūtį, tiek objektyvius pokyčius – nuo sumažėjusio nerimo ir depresijos iki konkrečių elgesio pokyčių (mažesnis psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas bei netgi fiziologinių rodiklių pagerėjimo (Kang et al., 2023).

Dailės terapija ypač pasitvirtina psichiatrijos ligoninių aplinkoje, kur pacientai būna sunkios būklės (neretai su psichozų epizodais ar kognityviniais sutrikimais dėl ilgamečio vartojimo). Čia

meninė veikla tampa tiltu tarp vidinio chaoso ir išorinio pasaulio – vaizdai padeda struktūruoti mintis, nusiraminti, užmegzti ryšį su terapeutu. Kaip pažymi Quinn (2025), dailės terapija aktyvina tas smegenų grandines, kurios yra pažeistos tiek traumos, tiek priklausomybės – pavyzdžiui, su atlygio sistema susijusius tinklus – ir taip padeda formuoti sveikesnius atsako į stresą būdus (Quinn, 2024).

Vis dėlto, nepaisant daugelio žadančių atvejų ir mažos apimties tyrimų, sisteminės apžvalgos išskleidžia ir tyrimų spragas. Megrnahan ir Lynskey (2018) sisteminėje apžvalgoje pažymėjo, kad tuo metu dar nebuvo publikacijų apie atsitiktinių imčių tyrimus, nagrinėjančius būtent dailės (vaizduojamojo meno) terapijos poveikį priklausomybių gydymui – dauguma turimų RCT buvo susiję su muzikos terapija (Megrnahan & Lynskey, 2017).

Taigi, nors klinikiniai pastebėjimai ir nedidelės studijos vieningai rodo teigiamas tendencijas, buvo juntamas mokslinių įrodymų trūkumas. Laimei, pastaraisiais metais atsiranda vis daugiau tyrimų (kaip minėtas Kang et al., 2023), kurie pildo šią spragą, suteikdami daugiau pagrindo dailės terapiją laikyti veiksminga praktika.

## Apibendrinimas

Dabartinių mokslinių ir profesinių šaltinių analizė leidžia teigti, kad dailės terapija yra perspektyvus ir veiksmingas papildomas gydymo metodas suaugusiųjų priklausomybės ligoms, įskaitant alkoholio vartojimo sutrikimą, gydyti. Tyrimai psichiatrijos ligoninėse ir reabilitacijos centruose rodo, jog įtraukus dailės terapiją į kompleksinę pagalbą, gerėja pacientų emocinė būseną, didėja įsitraukimas į gydymą ir net sparčiau mažėja žalingo vartojimo rodikliai (Kang et al., 2023; Soares et al., 2019). Dailės terapija padeda pacientams vizualiai išreikšti savo išgyvenimus, kas ypač naudinga tiems, kurie patiria alkoholinės psichozės ar kitus sunkumus, apsunkinančius verbalinį bendravimą – piešdami jie gali perteikti kliesdus, baimes ar prisiminimus simbolių kalba, o tai tampa terapinio dialogo pagrindu. Empiriniai atvejai (pvz., spontaniniai autoportretai) parodė, kad kūrybinis procesas gali atverti akis pačiam pacientui į savo ligos realybę, suteikti motyvacijos keistis (Cambridge Health Alliance, 2008; Hanes, 2007).

Atsižvelgiant į tai, kad priklausomybės dažnai siejasi su gėdos, nevisavertiškumo jausmais ir komunikacijos sunkumais, dailės terapija suteikia itin tinkamą terpę „kalbėti be žodžių“ ir atkurti prarastą ryšį su savimi bei aplinkiniais. **Svarbu pažymėti, jog dailės terapija nėra skirta pakeisti tradicinių metodų, o veikiau juos papildo.** Kaip parodė ne vienas atvejis, optimalų rezultatą duoda kompleksinis gydymas, kuriame derinami medicininiai, psichologiniai ir socialiniai metodai, įskaitant ir kūrybines terapijas.

Nors šios srities moksliniai tyrimai dar plėtojami ir laukiama daugiau didesnės apimties studijų, esami duomenys jau dabar pagrindžia dailės terapijos naudą. Dėl savo lankstumo ir

orientacijos į asmens vidinius resursus, dailės terapija gali būti taikoma įvairiose aplinkose – nuo detoksikacijos skyrių, psichiatrijos ligoninių iki ambulatorinių grupių – ir skirtingoms priklausomybėms (alkoholio, narkotikų ir kt.), pritaikant užduotis individualiems paciento poreikiams. Apibendrinant, dailės terapijos įtraukimas į suaugusiųjų priklausomybės ligų gydymo programas praturtina gydymo procesą, didina jo efektyvumą ir padeda pacientams visapusiškiau sveikti – tiek emociškai, tiek socialiai, tiek fiziškai.

## 2 EMPIRINIS TYRIMAS

### 2.1 Tyrimo metodologija

#### 2.1.1 Tyrimo tipas ir dizainas

Tyrimui pasirinktas kokybinis tyrimo metodas, kadangi siekta giluminio paciento patirčių ir dailės terapijos poveikio supratimo. Pasitelktamas kokybinį indukcinį tyrimo metodą tyrėjas neturėjo išankstinių hipotezių. Toks indukcinis požiūris leidžia tyrimo išvadas formuoti **iš apačios į viršų**, remiantis pačių dalyvių pateikta medžiaga, o ne teoriniais modeliais. Siekiam atrasti naujų įžvalgų apie dailės terapijos poveikį ūmios alkoholinės psichozės būklę patiriantiems pacientams jų natūralioje gydymo aplinkoje.

Tyrimo dizainas – **intervencinis kokybinis tyrimas** – apėmė dailės terapijos užsiėmimų ciklą ir vėlesnę jų metu gautų duomenų analizę. Tyrimas vyko realiomis terapinėmis sąlygomis: penkioms pacientų grupėms buvo praversti dailės terapijos užsiėmimai (plačiau aprašyta skyriuje 2.1.5), o tyrėjas fiksavo ir vėliau analizavo sesijų metu sukurtus piešinius bei dalyvių žodines refleksijas. Tyrėjas šiame tyrime atliko **dvejopą vaidmenį** – buvo ir tyrėjas, ir vedantis terapeutas. Ši dalyvio stebėtojo pozicija leido jam gerai suprasti kontekstą ir užmegzti pasitikėjimu grįstą ryšį su dalyviais, tačiau taip pat reikalavo atidaus metodologinio planavimo, siekiant objektyvumo (žr. skyrių 2.1.6 apie tyrėjo subjektyvumo kontrolę). Apibendrinant, tyrimo tipas – kokybinis atvejo tyrimas, vykdytas natūralioje klinikinėje aplinkoje, taikant indukcinę duomenų analizę. Tyrimo eigoje gauti duomenys – vizualiniai (piešiniai) ir tekstiniai (refleksijų turinys, tyrėjo stebėjimų užrašai) – sudarė pagrindą induktyviai išvadai apie dailės terapijos poveikį tiriamajai grupei formuoti.

#### 2.1.2 Tyrimo dalyviai ir tyrimo aplinka

Tyrimas atliktas Respublikinėje Vilniaus psichiatrinės ligoninės Ūmių alkoholinių psichozių skyriuje. Šiame skyriuje gydomi pacientai, patiriantys sunkias alkoholio sukeltas psichozes (dažniausiai alkoholio abstinencijos metu), pasireiškiančias haliucinacijomis, kliesdais, stipria nerimo būsena ir dezorientacija. Tai **ūmios būklės** pacientai, kuriems teikiamas medikamentinis gydymas ir priežiūra, siekiant suvaldyti gyvybei pavojingus abstinencijos simptomus. Dailės terapijos tyrimas pradėtas tik tuomet, kai pacientų būklė pagerėjo tiek, kad jie galėjo dalyvauti grupinėje veikloje. Atranka į tyrimą buvo atlikta bendradarbiaujant su skyriaus personalu: į užsiėmimus

**įtraukti** tie pacientai, kurie, personalo nuomone, buvo pakankamai stabilios būklės ir pajėgūs ~1 val. koncentruotai dalyvauti veikloje. **Neįtraukti** labai sutrikusios sąmonės ar stiprių elgesio sutrikimų (agresyvumo, sunkaus susiorientavimo) turintys asmenys, kadangi jie nebūtų galėję konstruktyviai įsitraukti į terapiją. Dalyvių įtraukimui gautas ir jų pačių sutikimas – pacientams suprantama forma paaiškinta užsiėmimų paskirtis ir tyrimo tikslas, sutinkantys dalyvauti pasirašė informuotą sutikimą (plačiau aptarta etikos skyriuje).

Iš viso tyrime dalyvavo **30 pacientų**, suskirstytų į 5 nedideles grupes po 4–8 asmenis. Dalyvių amžius – suaugę asmenys (nuo ~30 iki ~60 m.), tarp jų buvo tiek vyrų, tiek moterų. Dauguma dalyvių turėjo ilgametę alkoholio vartojimo istoriją ir jiems ši psichozės būseną buvo sunki krizė, tačiau tuo pat metu – galimybė gauti intensyvią pagalbą. **Tyrimo aplinka** – ligoninės ūmių būklių skyrius – pasižymi griežtesnėmis saugumo priemonėmis (uždara erdvė, intensyvi personalo priežiūra). Siekiant sukurti terapijai palankią atmosferą, skyriuje esantis **užimtumo kambarys** buvo specialiai paruoštas dailės užsiėmimams: pašalinti nereikalingi dirgikliai, sudėtos dailės priemonės, užtikrinta jauki ir saugi aplinka. Sesijų metu kambaryje dalyvavo tyrėjas-terapeutas ir, esant poreikiui, netoliese budėjo skyriaus personalo narys (siekiant padėti, jei kuris pacientas pasijustų blogai ar nuspręstų pasišalinti). Užsiėmimų laikas – **11:30 val. priešpiet** – pasirinktas atsižvelgiant į skyriuje nusistovėjusį procedūrų tvarkaraštį. Toks laikas buvo palankus, nes pacientai būdavo sąlyginai ramūs, pailsėję, tačiau dar ne pervargę dienos įspūdžiais. Kiekvienas užsiėmimas vyko grupės kambaryje be pašalinių trukdžių, sudarant pacientams kuo ramesnę erdvę kūrybinei saviraiškai ir tarpusavio pasidalijimui.

### 2.1.3 Duomenų rinkimo metodai ir instrumentai

Pirminiai tyrimo duomenys buvo renkami **dailės terapijos sesijų** metu, pasitelkiant keletą instrumentų: pačių dalyvių **sukurti piešiniai**, jų žodinės **refleksijos** apie piešinius, taip pat **tyrėjo dienoraštis** (stebėjimų užrašai). Visi šie duomenys tarpusavyje papildė vienas kitą, sudarydami platų kokybinės informacijos spektrą apie dalyvių išgyvenimus terapijos metu.

**Piešiniai.** Kiekvienos sesijos metu dalyviai dalyvavo kurybiniame procese. Dailė (piesšimas, tapymas, lipdymas ir t.t.) kaip pagrindinė saviraiškos priemonė pasirinkta dėl kelių priežasčių:

1. Piesšimas yra universali ir pacientams suprantama veikla, nereikalaujanti specialių meninių įgūdžių.
2. Jis leidžia neverbaliniu būdu perteikti vidines būsenas, kas ypač svarbu pacientams, kurie gali stokoti žodžių savo patirčiai nusakyti.

3. Piešinys išlieka apčiuopiamas rezultatas, kurį tyrėjas vėliau gali detaliai analizuoti (Pénzes et al., 2018).

Sesijoms parūpintos įvairios **dailės priemonės** – balti A4 ir A3 formato popieriaus lapai, spalvoti pieštukai, paprasti pieštukai, anglis, flomasteriai, pastelinės kreidelės, akvareliniai dažai, guašas, molis. Šios priemonės parinktos atsižvelgiant į saugumą (vengta aštrių įrankių, toksinių medžiagų). Dalyviai galėjo rinktis jiems priimtinausią piešimo būdą. Tikėtasi, kad spalvų ir medžiagų pasirinkimas leis geriau atskleisti jų emocinę išraišką (pvz., ar žmogus rinksis ryškas spalvas, ar pieš pieštuku) ir suteiks tyrėjui papildomos informacijos apie jų vidinę būseną. Kiekvieno dalyvio sukurti piešiniai surinkti tyrimo analizės tikslais – nufotografuoti darbai pagal galimybes.

**Refleksijos.** Po kūrybinės dalies kiekvienoje sesijoje vyko **grupinė refleksija** – dalyvių aptarimas. Tyrėjas-terapeutas kvietė kiekvieną dalyvį, savanoriškai pasisakyti, papasakoti apie savo piešinį: ką jame pavaizdavo, kokios mintys ar jausmai kilo piešiant. Antrosios (sekmadienio) sesijos refleksijos pabaigoje visiems dalyviams buvo užduoti du konkretūs klausimai (uždarymui): „Ką tau reiškia šis prisiminimas šiandien?“ ir „Ką sau palinkėtum?“ (žr. 2.1.5 skyriaus aprašymą apie temas). Dalyvių atsakymai ir pasisakymai nebuvo įrašinėjami elektroninėmis priemonėmis (siekiant nevaržyti pacientų), tačiau tyrėjas aktyviai klausėsi ir iškart po sesijos užsirašydavo kuo tikslesnes pasisakymų **citatas** ar esminius punktus. Tam buvo naudojama speciali tyrėjo sukurta **refleksijos protokolo forma**, kurioje struktūruotai fiksuoti: dalyvio anoniminis kodas, trumtas piešinio aprašymas, pagrindinės dalyvio išsakytos mintys apie piešinį, piešinio nuotrauka ir konkretūs atsakymai į uždarymo klausimus (žr. priedą nr. 2). Šie kokybiniai tekstiniai duomenys (dalyvių refleksijų turinys) vėliau buvo analizuojami lygiai taip pat kruopščiai, kaip ir piešiniai – ieškant pasikartojančių temų, reikšmių, simbolių.

**Tyrėjo dienoraštis (stebėjimų užrašai).** Tyrėjui atliekant ir terapeuto vaidmenį, svarbu buvo užfiksuoti ir **procesinius** stebėjimus, kurie neatsispindi vien piešiniuose ar dalyvių žodžiuose. Po kiekvieno užsiėmimo tyrėjas pildė dienoraščio įrašą, kuriame aprašė grupės dinamiką, kiekvieno dalyvio elgesį, nuotaiką, neverbalinę kūno kalbą, bendravimą su kitais sesijos metu. Taip pat žymėtasi tyrėjo subjektyvi patirtis: kas pavyko vedant užsiėmimą, su kokiais sunkumais susidurta, kokios kilo tyrėjo emocijos ar mintys proceso metu. Šie užrašai vėliau padėjo **interpretuoti** duomenis platesniame kontekste. Tyrėjo dienoraštis taip pat pasitarnavo kaip **refleksijos priemonė pačiam tyrėjui**, leidusi atskirti jo paties jausmus nuo dalyvių išgyvenimų (daugiau apie tai etikos skyriuje). Visų instrumentų – piešinių, refleksijų ir dienoraščio – duomenys kompleksiskai panaudoti tyrimo analizei, taip užtikrinant duomenų šaltinių trianguliaciją ir didesnę rezultatų patikimumą.

## 2.1.4 Duomenų analizės metodai

Surinkti duomenys (piešiniai, refleksijų tekstai, stebėjimų užrašai) buvo analizuojami kokybiškai, derinant vizualinių kūrinių ir temų analizės metodus. Siekta visapusiškai atskleisti tiek **ką** dalyviai pavaizdavo ir pasakė, tiek **kaip** jie tai padarė. Analizės procese taikyti keli tarpusavyje papildantys etapai.

**Formali piešinių analizė.** Pirmiausia kiekvienas piešinys buvo įdėmiai apžiūrėtas ir aprašytas jo formaliųjų elementų aspektu: kokia kompozicija (centrinė ar išsklaidyta, chaotiška ar harmoninga), kokios linijos (ryškios ar neryškios, tiesios ar nelygios), kokios spalvos naudotos (šviesios, tamsios, spalvų kiekis), koks piešinio dydis ir pan. Šių formalių dailės kūrinio požymių analizė remiasi prielaida, kad meninės išraiškos elementai atspindi autoriaus vidinę būseną (Pénzes et al., 2018). Šio tyrimo formaliosios analizės tikslas – objektyviai užfiksuoti piešinio charakteristikas, kurios vėliau lygintos su dalyvio žodinėmis refleksijomis. Taip siekta pamatyti, ar, pavyzdžiui, dalyvio deklaruojama savijauta dera su jo piešinyje „užkoduotais“ vizualiniais ženklais. Formali analizė laikoma labiausiai objektyviu meno kūrinio analizės būdu, todėl ji sudarė pagrindą tolimesnei interpretacijai.

**Simbolių analizė.** Simbolių analizė buvo atliekama remiantis bendrosiomis, klasikinėmis simbolių reikšmėmis ir formaliųjų dailės elementų interpretacija. Analizė orientavosi į vizualinį turinį ir jo struktūrą, neįtraukiant individualios dalyvių patirties ar subjektyvių paaiškinimų. Tai reiškia, kad simboliai buvo nagrinėti labiau objektyviai, neišskiriant, ką jie galėtų reikšti konkrečiam asmeniui. Asmeninė simbolių prasmė ir jų ryšys su dalyvių patirtimi išryškėjo refleksijų analizės metu, kuri aptariama toliau. Ši simbolinė analizė tyrime atliko labiau kontekstualų vaidmenį, padėdama suprasti piešinių turinį bendresniu lygmeniu.

**Vizualinių darbų grupių analizė.** Analizė buvo atliekama remiantis piešiniuose vizualiai išreikštais siužetais, vaizdinėmis kompozicijomis ir pasikartojančiais motyvais. Analizuojant darbų turinį, buvo siekiama identifikuoti temas, kurios atsiskleidė per dailės kalbą – veikėjų pozicijas, aplinkas, objektų sąveikas ar bendrą nuotaiką – net jei jos nebuvo įvardytos ar paaiškintos dalyvių refleksijose. Ši analizės kryptis leido suprasti, kokios vidinės būsenos, išgyvenimai ar prasminės struktūros atsiskleidė per siužetinius vaizdinius, nepriklausomai nuo to, kiek jie buvo verbalizuoti.

**Dalyvių refleksijų analizė (iš tyrėjo dienoraščio).** Dalyvių refleksijos nebuvo fiksuojamos audio ir rašais dėl įvairių etinių priežasčių (žr. Etinių aspektų skyrių). Dalyvių refleksijų (žodinių pasisakymų) duomenys buvo analizuojami taikant **teminę analizę**. Buvo siekiama iš dalyvių pasakymų išskirti esmines temas ir motyvus, apibendrinančius jų patirtis. Tyrėjas žymėjosi refleksijas

kiek įmanoma tiksliau, stengdamasis nepraleisti pasak jo esamų esminių detalių. Analizė vyko keliais žingsniais:

1. Tyrėjas kelis kartus perskaitė visus užrašytus refleksijų tekstus, susipažindamas su medžiaga ir pasižymėdamas preliminarias mintis.
2. Tuomet tekstuose ėmė **koduoti** prasminius vienetus – sakinį ar frazę priskirdamas tam tikram raktiniam žodžiui arba kategorijai.
3. Sugrupavus giminingus kodus, išryškėjo **temos** – platesnės prasmės kategorijos, jungiančios kelis panašius pasisakymus.
4. Temas peržiūrėjus ir patikslinus jų pavadinimus, jos galiausiai įvardytos taip, kad geriausiai atspindėtų dalyvių išsakytą patirtį.
5. Galiausiai, kiekviena tema iliustruota konkrečiais dalyvių žodžių pavyzdžiais. Toks teminės analizės procesas leido **apibendrinti** dalyvių refleksijas – pamatyti, kokios bendros išgyvenimų gijos jungia skirtingus pacientus.

Refleksijų analizės rezultatai tyrime pasitarnavo interpretuojant ir pačius piešinius. Taip tekstinė ir vizualinė analizės persipynė, suteikdamos turtingesnę supratimą apie dalyvių patirtis.

**Stebėjimų analizė.** Tyrėjo dienoraštyje sukaupiti stebėjimų duomenys analizės metu buvo naudojami **kontekstui** atskleisti ir trianguliacijai. Perskaičius visus užrašus, išskirti pasikartojantys pastebėjimai apie grupės procesą. Šie pastebėjimai nebuvo koduojami atskiromis temomis, bet veikiau **integruoti** į bendrą analizę: jie padėjo paaiškinti tam tikras tendencijas piešiniuose ir refleksijose. Be to, tyrėjo stebėjimai leido įvertinti **paties tyrimo proceso patikimumą** – ar visi dalyviai turėjo pakankamai laiko, ar jautėsi saugiai, ar tyrėjo vedimas nepaveikė perdėtai jų atsakymų. Taigi, stebėjimų analizė sustiprino kitų duomenų interpretaciją, suteikdama **situacinį kontekstą** ir padėdama užtikrinti rezultatų pagrįstumą.

Visų aukščiau aprašytų analizės kryptių rezultatai galiausiai integruoti tarpusavyje, siekiant suformuluoti nuoseklias tyrimo išvadas.

### 2.1.5 Tyrimo eiga

**Užsiėmimų organizavimas.** Tyrimas vyko 2025 m. sausio - kovo mėnesiais. Šeštadienį ir sekmadienį. Kaip minėta, dalyviai buvo suskirstyti į penkias grupes; kiekviena grupė turėjo **du užsiėmimus**: pirmąjį – šeštadienio rytą 11:30 val., antrąjį – sekmadienio rytą 11:30 val. Kiekvieno užsiėmimo trukmė ~1–1,5 val. (priklausomai nuo dalyvių būklės ir dėmesio koncentracijos – esant reikalui, sesija baigta anksčiau arba pratęsta iki 1,5 val.). Abiejų sesijų struktūra buvo panaši:

pradžioje trumpai pristatyta veikla, primintos *saugumo taisyklės* (konfidencialumas grupėje, savanoriškumas – galima nepabaigti piešinio ar nepasakoti daugiau nei norisi, pagarba vienas kitam). Tuomet dalyviams pateikta **kūrybinė užduotis** – tema piešiniui. Dalyviai ~30–40 min. piešė individualiai, tyrėjas tyliai stebėjo ir prireikus padrasindavo, padėdavo su priemonėmis. Pasibaigus piešimo laikui, vyko ~20–30 min. **refleksijos ratas**: kiekvienas dalyvis galėjo (bet nebuvo verčiamas) parodyti savo piešinį ir pasidalinti mintimis. Tyrėjas moderavo diskusiją užduodamas atvirus klausimus. Pirmos dienos refleksija apsiribojo laisva diskusija, o antros dienos – buvo labiau struktūruota su dviem uždarymo klausimais (žr. žemiau). Sesijos pabaigoje padėkota dalyviams, įvertintos jų pastangos; dalyviai paraginti tęsti dieną ramiai, aptarti savijautą su personalu jei reikėtų. Toks sesijų formatas atitiko įprastinę dailės terapijos sesijų struktūrą (įžanga – kūryba – aptarimas – uždarymas), suteikdamas dalyviams aiškią pradžios ir pabaigos ribą, kas ypač svarbu ūmiems pacientams siekiant **psichologinio saugumo**.

**Temos ir užduotys.** Tyrime pasirinktos dvi dailės terapijos temos: „**Mano medis**“ pirmajai sesijai ir „**Prisiminimas**“ antrajai sesijai. Šios temos parinktos remiantis dailės terapijos teorija ir praktika, kaip tinkamos dirbti su krizę išgyvenančiais asmenimis. **Pirmojo užsiėmimo tema „Mano medis“** – tai **klasikinė dailės terapijos užduotis**, dažnai naudojama siekiant užmegzti ryšį su klientu ir suteikti jam saugią erdvę saviraiškai. Dalyviams buvo pasiūlyta piešti konkretų medį arba įsivaizduoti koks jie yra medis, patikslinta, kad tai net nebūtinai turi būti medis, jog reikia tiesiog pasitikėti procesu ir pradėti piešti. Kadangi pirmasis užsiėmimas daugumai pacientų buvo pati pirma pažintis su dailės terapija, „Mano medis“ – pakankamai **saugi tema**, nes piešti medį įprastai nėra baugu ar pernelyg asmeniška (lyginant su, tarkime, tiesiogine savęs ar šeimos piešimo užduotimi). Taigi, ši tema atliko ir **terapinį tikslą** – stabilizuoti, suteikti struktūrą (piešimo užduotis su konkrečiu objektu), ir **diagnostinį tikslą** – gauti pradinės informacijos apie paciento vidinį pasaulį per jo nupieštą medį. **Antrosios dienos tema „Prisiminimas“** buvo skirta pagilinti terapinį procesą, padedant dalyviams susisiekti su asmenine patirtimi ir ją reflektuoti dabarties kontekste. Užduoties pristatymas: „Prisiminimas.. Tai gali būti bet koks jums svarbus prisiminimas – malonus ar galbūt nelengvas – kuris iškyla atmintyje.“ Tokia formuluotė leido dalyviams patiems pasirinkti, kokio pobūdžio prisiminimą jie nori vizualizuoti. **Darbas su prisiminimais** terapijoje yra jautrus, tačiau vertingas metodas – jis gali padėti integruoti praeities įvykius į asmens savastį, išreikšti ir apdoroti seniai užgniaužtas emocijas. Piešimo metu vizualizuotas prisiminimas suteikia tam tikrą *atstumą* nuo pačios patirties: piešdamas žmogus tarsi pažvelgia į situaciją iš šalies (Micaha, 2024). Tai ypač svarbu pacientams, turintiems trauminių išgyvenimų ar kaltės jausmų dėl praeities (kas neretai lydi priklausomybės ligas). Be to, grupėje dalijantis prisiminimais gali formuotis **bendrumo jausmas** – pacientai pamato, kad ir kiti turi skaudžių ar brangių prisiminimų, kad jie nėra vieni su savo išgyvenimais. Tema nebuvo apribota „tik geriems“ ar „tik blogiems“ prisiminimams – palikta laisvė

rinktis. Praktikoje daugelis krizę išgyvenančių žmonių linkę prisiminti geresnius laikus (pvz., šeimą, jaunystę) arba atvirkščiai – akimirkas, kurios lėmė jų esamą situaciją. Abi šios kryptys terapine prasme naudingos: teigiami prisiminimai gali suteikti **vilties** ir priminti žmogui jo turėtus pozityvius gyvenimo aspektus, o sunkesni prisiminimai – padėti išreikšti skausmą, kuris galbūt prisidėjo prie ligos (pvz., praradimai, traumos). Svarbu, kad po tokio atviro darbo su savimi seka tinkamas užbaigimas – tam ir buvo numatyti refleksijos klausimai.

**Refleksijos ir uždarymo klausimai.** Kaip minėta, po antrosios sesijos piešimo dalyvių buvo paprašyta atsakyti į du klausimus: **(1)** „Ką šis prisiminimas Tau reiškia šiandien?“ ir **(2)** „Ką sau palinkėtum?“. Šie klausimai pasirinkti neatsitiktinai – jie atliepia dailės terapijos ir apskritai psichologinės pagalbos principus, kuriais siekiama suteikti patirčiai prasmę ir nukreipti žvilgsnį į ateitį. Pirmasis klausimas skatina dalyvį **reflektuoti prasmę**: išreikštas prisiminimas nėra tik tolimas praeities vaizdas – jis susiejamas su dabartimi, su tuo, kaip žmogus save mato šiandien. Tai padeda pacientui užmegzti tiltą tarp praeities ir dabarties, suvokti, kodėl šis atsiminimas iškilo, kokią žinią ar pamoką jis galbūt turi dabar. Antrasis klausimas orientuotas į **pozityvų nukreipimą pirmyn**: paprašydamas įvardyti palinkėjimą sau, tyrėjas skatino dalyvį generuoti viltį, siekius ar bent mažą teigiamą intenciją. Tokie savęs palinkėjimai – tarsi trumpi **tikslų ar lūkesčių** suformulavimai – gali stiprinti paciento motyvaciją sveikti, suteikti jam agentiško jausmą. Šis metodas artimas sveikatos psichologijoje taikomam **pozityviam užbaigimui**, kad užsiėmimo pabaigoje pacientas neliktų vien su galimai sunkiomis prisiminimo emocijomis, bet išeitų nusiteikęs viltingai. Literatūroje pabrėžiama, kad vilties puoselėjimas yra svarbus veiksnys įveikiant priklausomybę ir psichologines krizes – meninė terapija gali padėti sukonkretinti viltis ir tikslus (White Light, 2024). Visos šios tyrimo eigos pasirinkimo priežastys atitiko dailės terapijos praktikos rekomendacijas, todėl buvo tikimasi gauti prasmingų duomenų, kartu suteikiant ir realią terapinę naudą pacientams.

Tyrime naudojami pacientų darbai nėra siejami su su ankstesniais užsiėmimais. Kūriniai buvo atrinkti ir sugrupuoti pagal formaliuosius elementus, pasikartojančius simbolius, vienijančias vizualines grupes ir kitus reikšmingus parametrus. Toks analizės būdas pasirinktas atsižvelgiant į tyrimo specifiką – daugelis pacientų dailės terapijoje dalyvavo tik vieną ar du kartus, todėl tyrime analizuojamas bendras vaizdas, atskleidžiantis grupės emocinius ir simbolinius dėsningumus, o ne atskiros paciento individuali raida.

### 2.1.6 Etiniai aspektai

Tyrimas atliktas vadovaujantis bioetikos principais ir siekiant užtikrinti tiek dalyvių gerovę, tiek duomenų patikimumą. **Dalyvių anonimiškumas** garantuotas: visuose tyrimo dokumentuose vietoje tikrųjų vardų naudoti kodai (Pvz., *P1*, *P2* ir t.t. grupėse G1–G5), kurie žinomi tik tyrėjui. Publikuojant ar aptariant rezultatus, nėra jokių asmeninių identifikuojančių duomenų, leidžiančių atpažinti konkrečius pacientus. Piešiniai taip pat saugomi su kodais, be vardų ar datų, galinčių identifiкуoti asmenį. **Konfidencialumas** akcentuotas ir pačių užsiėmimų metu – grupės nariai paraginti gerbti vienas kito privatumą, neviešinti kitų dalyvių pasisakymų už grupės ribų. Visi dalyviai **savanoriškai** sutiko dalyvauti tyrime – prieš užsiėmimus jiems suprantamai paaiškinta tyrimo esmė, garantuota, kad nedalyvavimas ar pasitraukimas bet kuriuo metu neturės neigiamų pasekmių jų gydymui. Dalyviai pasirašė **informuoto sutikimo formas** (žr. priedas nr. 1 ir nr. 2), patvirtindami, jog sutinka, kad jų sukurti piešiniai ir refleksijų metu išsakytos mintys būtų naudojamos tyrimo analizėje. Sutikimuose pažymėta ir tai, kad tyrimo duomenys bus anonimizuoti, o piešiniai – nepublikuojami be atskiro leidimo (šiuo atveju jie analizuoti tik mokslinio darbo tikslais).

Pažymėtina, kad formalus Biomedicininis tyrimų etikos komiteto leidimo šiam tyrimui **neprireikė**. Tyrimas vyko kaip dalis terapinio proceso ligoninėje, nesukuriant naujų nereguliarių intervencijų – dailės užsiėmimai yra neinvazinė psichosocialinė pagalba. Pagal galiojančius reikalavimus, tokio pobūdžio studentiniams tiriamiesiems projektams, kurie integruoti į įprastą pacientų priežiūrą ir nekelia papildomos rizikos, pakanka įstaigos vadovybės sutikimo. Vis dėlto tyrėjas, planuodamas tyrimą, konsultavosi su ligoninės administracija ir gavo rašytinį pritarimą vykdyti šią veiklą skyriuje.

**Pacientų gerovė** buvo svarbiausias prioritetas viso tyrimo metu. Pasireiškus dideliame nerimui ar stresui, tyrėjas nuramindavo pacientus ir pakviesdavo ligoninės personalą suteikti pagalbą. **Saugumas** užtikrintas ir fizine prasme: naudotos tik saugios dailės priemonės, dalyviai sesijų metu buvo blaivūs (ligoninėje taikytas medikamentinis režimas, eliminuojantis abstinencijos simptomus iki dalyvavimo terapijoje), patalpoje nebuvo daiktų, kuriais būtų galima susižaloti. Tyrėjas-dirbantis terapeutas turėjo patirties šiame skyriuje, todėl gerai išmanė galimas rizikas ir kaip jas valdyti. Po kiekvienos sesijos dalyviams buvo prieinama psichologinė pagalba – patys užsiėmimai veikė terapiškai, tačiau esant poreikiui, skyriaus personalas (psichologas, socialinis darbuotojas) buvo pasirengęs skirti individualų dėmesį dalyviams. Tyrėjas atidžiai stebėjo, kad nė vienas pacientas nebūtų **pertekliniai apkrautas** tyrimo veikla: jei dalyvis nenorėjo daug kalbėti aptarimo metu, jo nebuvo reikalaujama, jei vienas pacientas sekmadienį jautėsi per silpnas dalyvauti antroje sesijoje, jam leista praleisti (tokiu atveju jo duomenys tiesiog apsiribojo pirmos sesijos piešiniu).

**Tyrėjo subjektyvumas ir refleksija.** Kaip minėta, tyrėjas buvo ir terapeutas, todėl suvokta galimų šališkumų rizika. Siekdamas ją sumažinti, tyrėjas taikė kelias priemones. Pirma, jis vedė **refleksinį dienoraštį**, kuriame fiksavo savo pačio mintis ir jausmus po sesijų – tai leido atskirti dalyvių patirtis nuo savo asmeninių. Antra, duomenų analizės metu buvo pasitelktas **atšalimo laikotarpis**, turinys buvo pradėtas analizuoti tik kuriam laikui praėjus po sesijų, siekiant sumažinti šališkumą. Trečia, tyrime laikytasi **skaidrumo** principo: visi žingsniai (nuo duomenų rinkimo iki išvadų formulavimo) buvo detalčiai dokumentuoti, kad prireikus būtų galima atsekti, kaip tyrėjas priėjo prie tam tikrų interpretacijų.. Žinoma, visiško objektyvumo kokybiniame tyrime nėra, tačiau ši savirefleksija ir metodologinis nuoseklumas padėjo sumažinti galimą šališkumą.

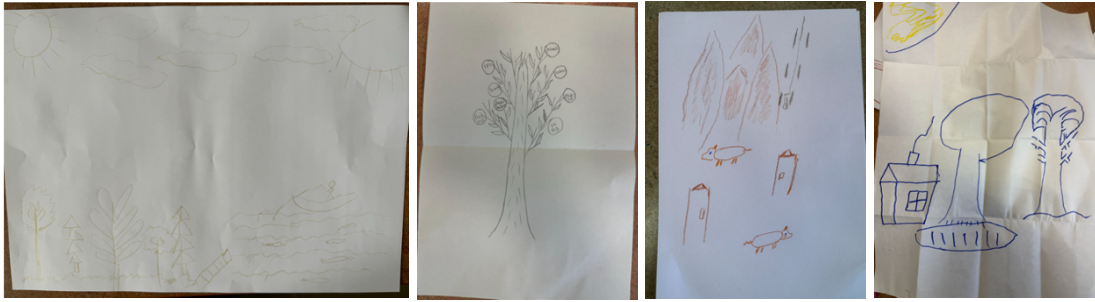
Apibendrinant etinius aspektus, galima teigti, kad tyrimas buvo suplanuotas ir įvykdytas maksimaliai gerbiant dalyvių teises ir gerovę. Dalyviai gavo ne tik „tyrimo intervenciją“, bet ir realią terapinę naudą – daugelis paminėjo, kad jiems patiko piešti, kad užsiėmimai leido nusiraminti ar pasidalinti sunkiais išgyvenimais. Tai atitinka pagrindinį tyrimų su pažeidžiamomis grupėmis etikos kriterijų – **duoti naudos** ir nepadaryti žalos. Tyrėjas savo ruožtu gavo vertingus duomenis, kuriuos analizuojant laikytasi mokslinio sąžiningumo normų. Visi šie etiniai sprendimai prisidėjo prie to, kad tyrimo rezultatai būtų patikimi, o pats tyrimo procesas – etiškas ir pagarbiai integruotas į pacientų gydymo eigą.

## 2.2 Tyrimo rezultatai

### 2.2.1 Vaizdinių turinio analizė

#### 2.2.1.1 Bendros formos ir struktūros ypatybės

Analizuojant pacientų darbų **formos ir struktūros elementus**, pastebėta keletas bendrų bruožų: daugelis piešinių yra **linijiniai** (kontūriniai, mažai ištapyti plotai) (žr. pav. nr. 4), meninėje raiškoje vyrauja vos **viena spalva** arba labai ribota spalvų gama, dažnai naudojamos **paprastos priemonės** – flomasteriai, pieštukai – kurie palieka gana **neryškų toną** (žr. pav. nr. 1). Pasitaiko ryškesnių tamsių ar šviesių akcentų, tačiau nemažai piešinio ploto lieka blankaus. **Spalvinami tik kai kurie figūrų fragmentai**, kitos piešinio dalys paliekamos vien kontūrinės. **Formatas** dažniausiai – A3 lapas, kompozicija orientuota horizontaliai. Objektų **kryptis piešiniuose** neretai nukreipta į kairę pusę. Be to, dalis darbų fiziškai **perlenkiami** (net keturgubai) (žr. pav. nr. 4) – t. y. pacientai sulanksto savo piešinius. Šių formaliųjų ypatybių interpretacijai pasitelkiamos dailės terapijos tyrimų įžvalgos.



Nr. 1

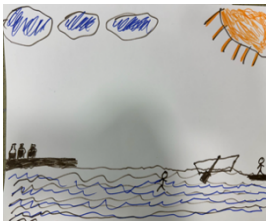
Nr. 2

Nr. 3

Nr. 4

Visų pirma, **linijinis piešimo stilius** ir menkas spalvinimas gali signalizuoti emocinį atsargumą bei „ego ribojimą“ – kai asmuo nesąmoningai riboja savo išraišką (žr. pav. nr. 2). Psichodinaminėje dailės terapijos analizėje pastebėta, kad vaikai (ir suaugusieji) gynybiškai apsiriboja **kontūrais**: jie renkasi piešti tušinuku ar pieštuku vietoj spalvotų kreidelių, apsistoja ties **viena spalva**, piešia statiškas, „medines“ figūras tuščioje erdvėje (Benveniste, 2005). Toks vienos spalvos ar blankių tonų naudojimas (žr. pav. nr. 1) laikomas ženklu, kad piešėjas gali būti užsidaręs emociškai, vengia intensyvesnių išgyvenimų išraiškos (Benveniste, 2005). Panašiai ir mūsų tiriamų pacientų darbuose dominuojanti viena spalva, neišplėtotą spalvų paletę gali rodyti vidinį užsisklendimą ar depresiškumą. Literatūroje pažymima, jog depresijos paliesti asmenys mėnė rinktis **prigesintas spalvas** (pilkus, juodus tonus) (žr. pav. nr. 2), o ryškių spalvų mažai – ar jos naudojamos tik fragmentiškai (Abbing et al., 2019). Mūsų atveju dažni neryškūs piešinių tonai su vos keliais kontrastingais akcentais atitinka šiuos depresyvos nuotaikos simbolius – ryškesni intarpai tarsi pabrėžia bendrą spalvinio fono slogumą. Taigi ribota spalvinė išraiška gali byloti apie apatiją, energijos stoką arba sąmoningą emocijų slopinimą.

**Linijų pobūdis** taip pat svarbus. Jei linijos labai plonos, neryškios, vos spaustos (žr. pav. nr. 1 ir nr. 3) – tai gali būti siejama su žemu energijos lygiu, nesaugumu. Tuo tarpu labai stiprus spaudimas, ryškios tamsios linijos gali rodyti įtampą ar pyktį. Mūsų tiriamųjų darbuose linijos paprastai nebyrios, gana aiškos – flomasteriais išvedžiotos kontūrinės figūros (žr. pav. nr. 4). Tai rodo tam tikrą kontrolės poreikį: flomasteriu piešiama linija sunki nutrinti ar pakeisti, tad pasirinkimas piešti flomasteriu gali atspindėti griežtesnę savikontrolę, vengimą „išsitepti“ emocijomis, lyginant su laisvesnėmis medžiagomis (pvz., dažais) (Benveniste, 2005). Tyrimai pagal **Ekspresyvosios terapijos kontinuumo** modelį nurodo, kad nerimastingi ar traumuoti klientai dažnai renkasi struktūruotesnes medijas (pieštukus, rašiklius) vietoj vandeningų dažų – tai leidžia jiems jaustis saugiau, kontroliuoti vaizdą (Kendra Cherry, 2024). Todėl faktas, kad pacientai piešė pieštukais/flomasteriais, gali reikšti jų pastangas valdyti savo išraišką ir baimes užplūsti jausmams.



Nr. 5



Nr. 6



Nr. 7



Nr. 8

**Kompozicijos kryptis** – daugelis piešinių objektų „juda“ į kairę lapo pusę (žr. pav. nr. 5-8). Pagal projektinių piešinių interpretacijos gaires, **kairė lapo pusė** siejama su praeitimi ir nurtūringu (motinišku) pradū, tuo tarpu dešinė – su ateitimi ir bendravimu (NDFAuthors, 2015). Vaizdų dėstymas kairėje pusėje gali reikšti, kad asmens mintys ir jausmai orientuoti į praeities išgyvenimus, galbūt traumas ar prisiminimus, iš kurių jis neišsivaduoja. Mūsų pacientų piešiniuose figūrų judėjimas į kairę gali simbolizuoti regresiją – grįžimą į praeitį, užstrigimą ankstesniuose išgyvenimuose. Tai nestebina, turint omenyje, kad antrosios sesijos tema buvo „Prisiminimas“ – daugelis pacientų vizualiai galėjo gręžtis atgal į praeitį. Tad kryptingumas į kairę interpretuotinas kaip orientacija į praeities traumas ar nostalgiją prarastiems dalykams.



Nr. 9



Nr. 10



Nr. 11

**Formatas ir erdvės panaudojimas:** piešinių formatas – A3 – suteikia pakankamai erdvės, tačiau pastebėta, kad daugelis piešinių neužpildo viso lapo, vaizdai gana izoliuoti (žr. pav. nr. 9-11). Tokia tuščios erdvės palikimo tendencija gali reikšti vidinę tuštumą arba vengimą „išeiti už ribų“. Tyrimai rodo, kad menkas lapo erdvės išnaudojimas, mažos figūros gali sietis su žema saviverte, nesaugumu. Mūsų analizuojamu atveju, pradiniam etape vyravęs tuštumos palikimas lapo kampuose atspindi tiriamųjų užsivėrimą, neužpildytos erdvės tarsi byloja tai, ko žmogus nedrįsta ar neturi jėgų išreikšti.

Ypatingas reiškinys – **piešimo atsisakymas** bei kai kurių darbų **sulankstymas**. Keli pacientai visai atsisakė piešti (paliko tuščią lapą), kiti – baigtą piešinį kruopščiai sulankstė kelis kartus. Psichologinėje literatūroje tuščias lapas ar atsisakymas piešti vertinamas kaip gynybos forma. Benveniste ((Benveniste, 2005) teigia, kad vaikas, kategoriškai sakantis „nenoriu piešti“, gali bijoti, jog piešiant iškils grėsmingos impulsyvios mintys ar jausmai – tai sąmoningas slopinimas ir vengimas. Dažniau toks atsisakymas kyla iš stipraus vidinio cenzoriaus (superego) keliamo nerimo – t. y. baimės, ką pagalvos terapeutas ar pats autorius, jei jis atskleis save piešinyje. Mūsų pacientų tušti lapai gali reikšti vidinę apatiją, „užšalimą“ – alkoholinių psichozų varginami asmenys neretai patiria emocinį bukumą, motyvacijos stoką, tad tuščias lapas atspindi būtent tą vidinę tuštumą. Kita vertus, tai gali būti saugi distancija: geriau nieko neparodyti, nei parodyti save. Tuo tarpu piešinių **sulankstymas** – fiziškai paslėpiant vaizdą – interpretuotinas kaip noras uždengti, apsaugoti savo atskleistą turinį. Gynybinio aspektu tai artima tam, ką Benvenistė aprašė kaip piešinio užbrūkšniavimą ar užspalvinimą siekiant paslėpti jautrias detales (Benveniste, 2005). Ši gynyba rodo gėdos arba pažeidžiamumo jausmą, taip pat ambivalentiškumą – žmogus kuria, bet tuo pat metu bijo savo kūrinį atverti aplinkai.

Apibendrinant, formos ir struktūros analizė leidžia daryti išvadą, kad pacientų darbams būdinga **užsiskleidusi, ribota ekspresija**: dominuoja kontūras, minimalizmas spalvų ir formų atžvilgiu, orientacija į praeitį (kairė pusė), neužpildyta erdvė. Šie bruožai atspindi depresyvų ir nerimo paženklinantį vidinį pasaulį, kuriame vyrauja savicenzūra, emocijų slopinimas. Tuo pačiu aptinkamos ir gynybinės strategijos – atsisakymas piešti, piešinių slėpimas – rodančios didelį pacientų pažeidžiamumą.

#### 2.2.1.2 Dažniausiai pasitaikantys simboliai ir motyvai

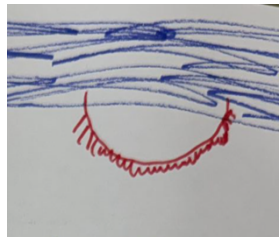
Išanalizavus visus pacientų sukurtus vaizdus (piešinius ir skulptūras), išskirti **pasikartojantys simboliai ir motyvai**. Žemiau pateikiami dažniausiai aptikti vaizdiniai elementai bei galimos jų reikšmės, remiantis dailės terapijos ir simbolių analizės literatūra:



Nr. 12



Nr. 13



Nr. 14



Nr. 15

**Saulė.** Daugelyje piešinių matomas saulės motyvas (neretai nupieštas viršuje kairiajame kampe) (žr. pav. nr. 13). **Saulė** tradiciškai simbolizuoja gyvybę, energiją, šviesą – tai gyvenimo ir sąmonės šaltinis visų kultūrų mitologijose (Виктория Назаревич, n.d.). Saulės vaizdavimas gali reikšti paciento viltį, siekį atkurti gyvybinę energiją. Visgi pastebėta, kad kai kuriuose piešiniuose saulė atrodo grėsminga (pvz., spalvinta raudonai ar labai didele, „degina“ aplinką) (žr. pav. nr. 12, nr. 14, nr. 15). Psichologinėje simbolikoje saulė gali turėti ir dviprasmišką aspektą: pernelyg ryški ar raudona saulė siejama su pavojumi, agresija. Sapnų aiškinimuose raudona saulė laikoma artėjančio pavojaus ar nekontroliuojamo pykčio ženklu (Michelle Carr, n.d.). Taigi, saulė pacientų darbuose gali atspindėti ir gyvybės troškimą, ir grėsmės nuojautą. Pvz., jei alkoholio sukeltose vizijose saulė „degina“, tai gali simbolizuoti aplinkos arba vidinių išgyvenimų keliamą skausmą. **Saulė kairiajame kampe** galbūt susijusi su praeities prisiminimu apie geresnius laikus (vaikystėje piešiniuose vaikai dažnai saulę piešia kamputyje – tai archetipinis stabilumo ženklas).



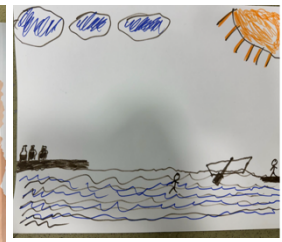
Nr. 16



Nr. 17

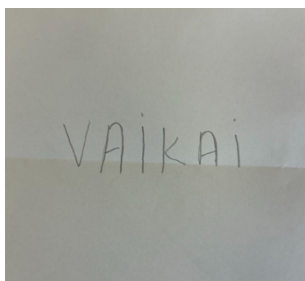


Nr. 18



Nr. 19

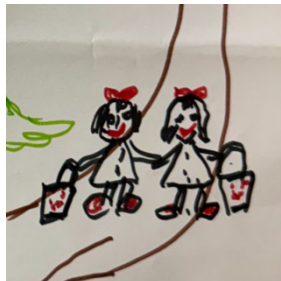
**Vanduo (jūra, bangos).** **Vandens** motyvas (ypač jūros vaizdas su bangomis, krantu) buvo dažnas pacientų darbuose (žr. pav. nr. 16-19). **Vanduo** psichologinėje simbolikoje siejamas su emocijomis, pasąmone – „vanduo yra bene dažniausias pasąmonės simbolis“, kaip teigė Jungas (Mr. Purrington, 2020). Banguojanti jūra gali atspindėti emocijų audras, nerimo bangavimus paciento sieloje. Ramus vanduo simbolizuotų taiką, bet mūsų atveju piešiniuose dažniau matyti didelės bangos, net audros – tai gali reikšti pavojingus išgyvenimus, chaotiškas nuotaikas. Dailės terapijos literatūroje vandens tema siejama ir su valymusi, atgimimu, bet taip pat su grėsme prigerti emocijose.



Nr. 20



Nr. 21

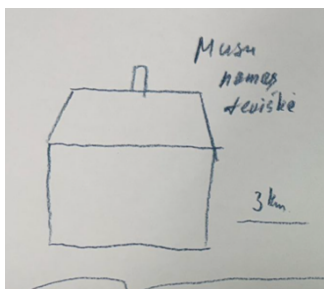


Nr. 22



Nr. 23

**Vaikai.** Ne viename piešinyje pasirodo **vaikų** figūros – pvz., vaikas paplūdimyje, vaikai prie medžio, arba abstraktesnėmis formomis (mažas žmogeliukas šalia didelio) (žr. pav. nr. 20-23). **Vaiko simbolis** gali turėti keletą reikšmių. Pirmiausia, tai gali būti paties paciento vidinio vaiko projekcija – t.y. jo pažeidžiamos, traumuotos asmenybės dalies vaizdavimas. Dailės terapijoje su traumą patyrusiais asmenimis dažnai iškyla vaikystės motyvai, nes kūryba sužadina ankstyvus prisiminimus. Jei pacientas piešia vaiką, galbūt jis nesąmoningai parodo savo ankstesnį „aš“, kuris patyrė skriaudų ar stokojo globos. Antra, vaiko figūra gali reikšti ilgėjimąsi šeimos, savo vaikų (jei pacientai jų turi). Alkoholio vartojimo sutrikimo paliesti asmenys neretai jaučiasi kalti dėl santykių su vaikais žlugimo. Piešinyje vaikas gali reikšti jų norą atsisteisti ar atkurti ryšį. Pasak Jungo, **vaiko archetipas** simbolizuoja ir ateities potencialą, naują pradžią (Jacobi, 2013), tačiau mūsų kontekste labiau tikėtina, kad vaikas yra trapumo, bejėgiškumo simbolis. Taigi dažni vaikų motyvai rodo pacientų gilius išgyvenimus – galbūt neišspręstas vaikystės traumas, netektis arba kaltę.



Nr. 24



Nr. 25



Nr. 26



Nr. 27

**Namai.** Kitas pasikartojantis motyvas – **namas** arba keli namai (žr. pav. nr. 24-27), kartais – su šeimos figūromis. **Namas** dailės terapijoje laikomas savasties ir šeimos metafora. Vaikų piešiniuose namas dažnai atspindi jų šeimos aplinką (Forever Drawn, 2023). Langų skaičius, durų atvirumas gali rodyti emocinio atvirumo lygį. Tiriamųjų darbuose namai neretai stovi vieniši peizaže, kai kada – **uždari** (be langų ar durų) (žr. pav. nr. 24). Tai gali reikšti, kad pacientas jaučiasi socialiai izoliuotas, jo „vidinis namas“ tamsus, be ryšio su išoriniu pasauliu. Apibendrinus, namų ir šeimos

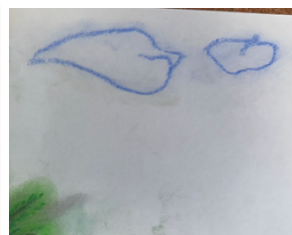
motyvai atskleidžia pacientų socialinius-emocinius poreikius: saugumo, priklausymo šeimai, taip pat skausmą dėl šių poreikių neįgyvendinimo.



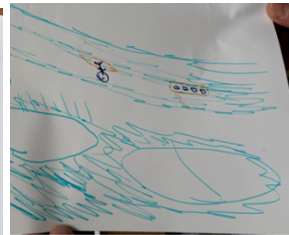
Nr. 28



Nr. 29

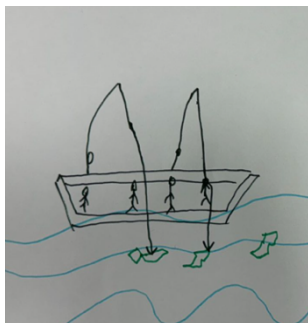


Nr. 30

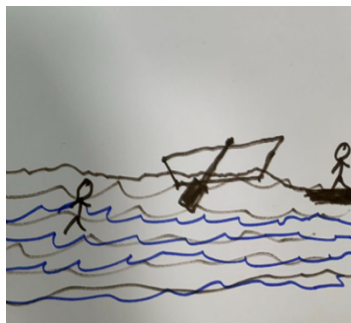


Nr. 31

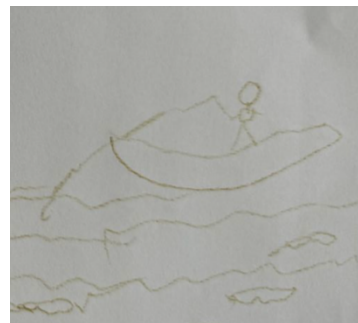
**Debesys.** Kai kuriuose piešiniuose fone nupiešti **debesys** – kartais šviesūs, kartais audringi (žr. pav. nr. 28-31). **Debesis** mene dažnai atspindi nuotaikų kaitą, miglotumą. Šviesūs debesys gali simbolizuoti svajingumą, viltis, o tamsūs – prislėgtumą, grėsmę.



Nr. 32



Nr. 33

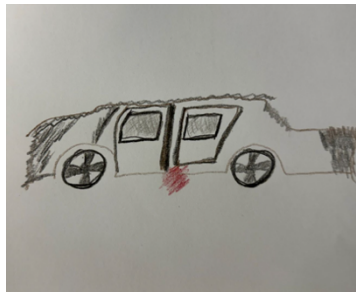


Nr. 34

**Valtis ir žvejyba.** Ne vienas pacientas pavaizdavo **valtį** (laivelį) – dažnai audringoje jūroje (žr. pav. nr. 33), kartais su meškeriojančiu žmogumi (**žvejyba**). **Valtis** universaliai simbolizuoja kelionę per gyvenimo vandenį, perėjimą iš vieno etapo į kitą. Mūsų kontekste valtis gali reikšti patį pacientą, bandantį išlikti „plačiame vandenyne“ (jo problemų jūroje). Jei valtis maža, blaškoma bangų – tai jo bejėgiškumo jausmas prieš stichiją (priklausomybės ligą, psichozės simptomus). **Žvejyba** – įdomus motyvas, galbūt susijęs su paciento gyvenimo epizodais (pvz., jei praeityje mėgo žvejoti blaivybės periodu, tai prisiminimas) (žr. pav. nr. 32 ir nr. 34). Simboliškai, meškeriojimas gali reikšti ieškojimą pasąmonės gelmėse, „gaudymą“ ko nors nematomo, paslėpto. Galima spėti, kad pacientas per žvejybos vaizdą išreiškia savo pastangą suvokti, ištraukti į paviršių kokias nors giliai slypinčias problemas ar prisiminimus. Taip pat žvejyba gali reikšti kantrybę, laukimą – gal paciento laukimą „geresnių laikų“, kai pagaus „laimę“ ar sveikatą.



Nr. 35

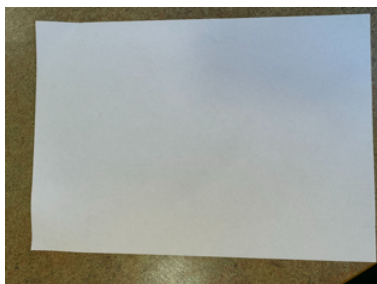


Nr. 36



Nr. 37

**Kraujas.** Stiprus ir šiurpus motyvas, aptiktas keliuose piešiniuose (žr. pav. nr. 35-37). **Kraujas** tiesiogiai asocijuojasi su sužalojimu, smurtu arba gyvybine energija. Dailės terapijoje, dirbant su PTSD (potrauminio streso) turinčiais asmenimis, dažnai pastebima juodos ir raudonos spalvų dominavimas, vaizduojant mirtį, žaizdas (Mandić-Gajić & Špirić, 2016). Mūsų pacientų atveju kraujo motyvas gali kilti iš alkoholinių haliucinacijų (pvz., „veltinis kraujas“ kaip psichozės vizija) arba būti atspindys realių trauminių patirčių (galbūt matytos avarijos, smurtas). **Kraujas piešinyje** neabejotinai signalizuoja vidinį siaubą ir skausmą. Tai destruktivus, trauminis motyvas, kurį reikėtų vertinti kaip paciento vidinio pasaulio desperaciją: jis ant popieriaus išlieja tai, ko galbūt negali papasakoti. Pvz., karo veteranų piešiniuose dominavo juoda ir raudona spalvos, siejamos su krauju, žaizdomis – tai būdas išreikšti žiaurius išgyvenimus (Mandić-Gajić & Špirić, 2016). Šie simboliai rodo, jog pacientai nešiojasi mirties šešėlį, kaltės ar netekties išgyvenimus.



Nr. 38

**Tušti lapai.** Prie simbolių čia priskirkime ir tuščią piešinį kaip tuštumos simbolį. **Tuščias lapas** pacientų kontekste pasikartojo dažnai kaip reiškinys, tad jo simbolinė prasmė svarbi (žr. pav. nr. 38). Tuščias lapas gali reikšti visišką emocinį sąstingį, apatiją. Tai ženklas, kad pacientas nesijaučia turintis ką perteikti arba bijo net pradėti. Psichoterapijoje tylą ar tuščias lapas gali būti desperatiškas būdas komunikuoti vidinį sustingimą. Kitas interpretacijos lygmuo – **protestas arba kontrolė**: pacientas atsisako piešti, taip vienintelį kartą situacijoje „valdo“ procesą (pagal Benvenistę (Benveniste, 2005), atsisakymas gali būti susijęs su superego baime, projekcija į terapeutą. **Tuščias**

**lapas** taip pat vizualiai gali atspindėti vidinę tuštumą. Alkoholio sukelta psichozė dažnai eina kartu su depresija, beviltiškumu – tad baltas lapas, be jokių ženklų, simbolizuoja tą vidinį vakuumą, kai nebelieka net vaizdinių.

Literatūroje aptariama, jog kūrybinis blokas ir tuščias puslapis meninėje terapijoje neretai rodo stiprias gynybas arba baimę susidurti su savo jausmais. Šio tyrimo atveju galima daryti išvadą, kad tušti lapai – tai beviltiškumo simbolis, paciento žinutė „aš tuščias, aš nieko nebepiešiu, nes nieko nebėra“. Tai itin skaudus, bet iškalbingas motyvas, kurį irgi turime vertinti kaip paciento būsenos indikatorių.

Apibendrinant, pacientų darbuose pasikartojantys simboliai ir motyvai atskleidė jų vidinio pasaulio būklę – tarp emocinės kančios, traumų ir beviltiškumo matyti ir troškimas sveikti, ieškoti prasmės bei ryšio. Šie vaizdiniai padeda terapijoje suprasti paciento jausmus, išgyvenimus ir vidinius resursus.

### 2.2.1.3 Vizualinių darbų grupės

Įvertinus visų pacientų sukurtų darbų turinį, galima išskirti keletą pagrindinių **grupių**, kuriose susitelkia anksčiau aptarti simboliai ir motyvai. Šios pasikartojančios temos – tai tarsi bendri siužetai, dominavę pacientų kūryboje. Kiekviena jų atspindi tam tikrą emocinių išgyvenimų sritį.



Nr. 39



Nr. 40



Nr. 42



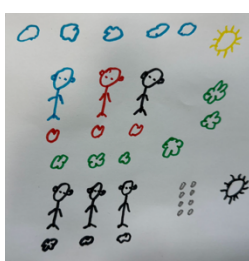
Nr. 41

**Daržai, sodai.** Dailės terapijoje pacientų piešiniuose dažnai pasikartoja gamtos motyvai – sodai, daržai, medžiai (žr. pav. nr. 39-41). Tokie vaizdiniai siejami su vidiniu gijimo troškimu, rūpesčiu ir augimu. Tyrėjai pastebi, kad susidūrus su baimėmis ar nerimu, gamtos tematika (pvz., medžio ar sodo įvaizdis) padeda atkurti vidinę pusiausvyrą ir harmoniją bei sustiprina ryšį su gyvenimu (Benveniste, 2005) . Teoriniu požiūriu **sodas** neretai tapatinamas su pačia psichika – jį prižiūrintis sodininkas simbolizuoja savimoningą „Aš“, kuris turi **rūpestingai puoselėti** savo „vidinį sodą“ (vidinį pasaulį), kad užtikrintų asmenybės augimą ir sveikimą (Ambrose et al., 2020).

Rūpinimasis augalais (pavyzdžiui, daržo sodinimas, gėlių auginimas) siejamas su akivaizdžia nauda psichikos sveikatai ir emociniam atsigavimui. Daugybė tyrimų patvirtina, kad **sodininkystė** ir buvimas tarp augalų gerina žmonių nuotaiką bei savijautą. Pavyzdžiui, sisteminė apžvalga parodė, jog sodininkavimo užsiėmimai **teigiamai veikia** emocinę gerovę, gyvenimo kokybę ir bendrą sveikatą (Panțiru et al., 2024). Tad, tampa natūralu, kad sodininkystės motyvai ir siužetai vis atskiratoja pacientų darbuose.



Nr. 42



Nr. 43

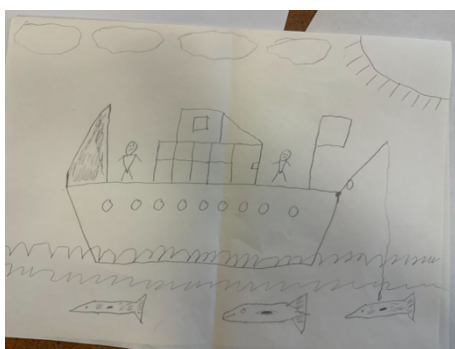


Nr. 44



Nr. 45

**Šeimos ir vaikų vaizdiniai.** Kita svarbi grupė – **šeimos tema**: namai, šeimos nariai, vaikai, tėvų ir vaikų sąveikos (žr. pav. nr. 42-45). Pacientų kūryboje pasirodę vaikai, tėvai ar namų aplinka rodo, kad jų emocijų centre yra santykiai su artimaisiais. Alkoholio vartojimo kontekste dažnai būna nutrūkė arba komplikuoti šeimos ryšiai. Piešiniuose tai iškyla galimai kaip skausmingas ilgesys arba kaltės projekcija (Rockville (MD), 2020) . Emociniu požiūriu, šeimos vaizdų grupės dominavimas liudija, kad pacientai išgyvena stiprią emocinę reakciją į nutrūkusius ryšius: arba melancholiškai ilgisi praeities, arba jaudinasi dėl esamų konfliktų (Mccrady et al., 2021). Ši grupė rodo tapatumo ieškojimą: šeima ir namai – esminiai identiteto ramsčiai – yra sudrebinti, tad pacientas bando juos permąstyti piešinyje. Tai atskleidžia vidinį konfliktą, pavyzdžiui tarp meilės artimiesiems ir žinojimo, kad dėl ligos jiems pakenkė.



Nr. 46



Nr. 47

**Kelionės simbolika (valtis, jūra,).** Trečioji tema – **vandens stichija ir kelionė per ją.** Daugelis pacientų vaizdavo jūrą, upę, valtį, laivą, ar bangas. Ši grupė akivaizdžiai susijusi su jau aptartu emocijų chaoso išgyvenimu. **Kelionė vandeniui** (valtimi ar tiesiog plaukiant) gali simbolizuoti paciento keliavimą per savo krizę (žr. pav. nr. 46-47). Ši tema atskleidžia, kad jie jaučiasi nežinomybės jūroje: neturi tvirto pagrindo (vanduo neturi stabilios formos), galbūt bijo nuskęsti, ar jau skęsta problemose. **Valtis** – trapus išsigelbėjimas – byloja, kad pacientas dar turi šiokių tokių vilties „laivelį“ arba bent norą išsigelbėti (Harding, 2021).

Kai kur pasirodęs **žvejybos** motyvas (figūra, meškeriojanti iš valties) (žr. pav. nr. 46) gali reikšti prasių ieškojimą chaose: tarsi pacientas žvejoja atsakymus ar sprendimus savo problemų gilumoje. Vandens ir kelionės tema emocine prasme rodo didžiulį nesaugumą, svyravimą tarp vilties ir nevilties. Vanduo – nuolat kintantis, nenusipėjamas – atspindi jų emocinę nestabilumą. Tuo pačiu, kelionės simbolis (valtis judanti per bangas) indikuoja, kad pacientai suvokia esantys procese, kelionėje, kad jų būseną – tai tam tikras pereinamasis tarpsnis. Neretai terapijoje naudojamas net specialus pratimas – nupiešti tiltą ar kelionę – siekiant sužinoti, kaip žmogus suvokia savo kelią (Darewych, 2014). Mūsų atveju spontaniškai pieštos kelionės vandeniui parodo, jog pacientai intuityviai perteikė savo gyvenimo trajektoriją: dabar jie tarsi dreifuojantys audroje. Ši tema atskleidžia jų vidinę būseną – sumišimą, baimę, bet kartu judėjimą per išbandymus.



Nr. 48



Nr. 49

**Destruktyvūs ir trauminiai motyvai (kraujas, avarijos, kalėjimas, mirtis).** Ketvirta ryški grupė – **smurtiniai, trauminiai vaizdiniai** (žr. pav. nr. 48 ir nr. 49). Kai kurie pacientų darbai tiesiogiai perteikė žiaurius ar mirtinus dalykus: kraujo klanus, sužalotus žmones, autoavarijas, kalėjimo grotų vaizdus, kapus ar laidotuves. Ši tema akivaizdžiai atspindi pačius juodžiausius jų psichikos aspektus – galbūt realius prisiminimus ar kliesesiuose regėtus vaizdus. **Kraujas** piešinyje – itin stiprus trauminis simbolis – signalizuoja gilų vidinį skausmą, kaltę ar trauminį prisiminimą apie smurtą (Mandić-Gajić & Špirić, 2016). Pvz., jei pacientas praeityje galėjo sužaloti artimą ar pats patyrė smurtą, tai kraujo motyvas natūraliai iškyla kaip neišdildomas vaizdinys. **Avarijos** scenos, sudaužyti automobiliai liudija savigriovos patirtis: galbūt eismo įvykį būnant neblaiviam, kas įsirežė į sąmonę kaip kaltės trauma. **Kalėjimo** vaizdai greičiausiai yra jų pačių išgyvenamo įkalinimo metafora – tiek

realios laisvės atėmimo patirtys (jei buvo teistumų), tiek psichologinis „kalėjimas“ (ligoninė, priklausomybė, uždarumas). Tokie vaizdiniai labai būdingi potrauminio streso sindromui: pavyzdžiui, karo veteranų piešiniuose dominavo mirties ir kraujo scenos kaip tiesioginė traumos ekspresij. Tyrimo dalyvių atveju analogiškai – jų piešti smurtiniai vaizdai veikiausiai yra bandymas susidoroti su savo traumine patirtimi, išreikšti tai, kas žodžiais gal nepapasakojama. Pažymima, jog ilgalaikė kaltė gali išprovokuoti ankstesnių trauminių įvykių prisiminimus, dirglumą, motyvacijos stoką ar net savižudiškus minčių epizodus. Pacientas nupiešęs kalėjimą pasakė, „aš neturiu žodžių“. Ši tema aiškiai signalizuoja ūmią psichologinę krizę ir būtinybę adresuoti traumų turinį terapijoje.

**Apibendrinant vizualinių darbų grupes**, pacientų kūryboje atsiskleidė dvilypė emocinė būsena: viena vertus, jie išreiškė traumą, kaltę, bejėgiškumą, kita vertus – troškimą sveikti ir viltį. Tokios grupės padeda terapeutui suprasti paciento emocijų kryptį: destrukcija gali rodyti savidestrukcijos pavojų, o gamtos ar šeimos motyvai – vidinius resursus. Analizuoti darbai atskleidžia sudėtingą vidinį pasaulį ir patvirtina, kad menas leidžia saugiai išreikšti prieštarings jausmus – nuo ilgesio ir nerimo iki pykčio ir depresijos.

#### **2.2.1.4 Apibendrinimas**

Analizė parodė, kad pacientų, patiriančių alkoholines psichozes, vizualinė kūryba yra turtinga prasmių ir atspindi jų psichikos būklę. Formos elementai (linijos, spalvos, kompozicija) rodė jų užsisklendimą, depresyvumą ir regresiją. Pasikartoję simboliai (medis, vanduo, vaikas, saulė, tuštuma ir kt.) atskleidė temas: savasties pažeidžiamumą, jausmų chaosą, trauminę kaltę, ilgesį ir viltį. Grupės (gamtos, šeimos, kelionės, destrukcijos, tuštumos, abstrakcijos) patvirtino, jog pacientų emocinė būsena svyruoja tarp gyvenimo ir destrukcijos polių. Šios įžvalgos, paremtos dailės terapijos tyrimais ir simbolių teorija, padeda giliau suprasti pacientų išgyvenimus ir formuoti empatišką, jų poreikius atliepiančią terapijos strategiją.

#### **2.2.2 Refleksijų analizė (iš tyrėjo dienoraščio)**

Tyrėjas, rinkdamas dažniausiai pasikartojančias temas refleksijų metu, atkreipė dėmesį ne tik į autorių savirefleksijas, bet ir į antrinančius grupės narius. Bendros temos jungė ne piešiniai, bet refleksijų metu išskylantys pasidalijimai, kuomet vieno paciento istoriją kiti grupės nariai atpažindavo

kaip artimą ir panašią į savąją. Taip buvo identifikuotos kelios pagrindinės temos, kurios kartojosi ir įgavo svarbą kaip kolektyvinės patirtys.

### **Santykis su šeima**

Nepaisant piešinių tematikos, šeimos tema nuolat iškildavo refleksijų metu. Pokalbiai apie vaikus, tėvus, nutrūkusius ryšius ar kaltės, gėdos jausmą buvo aktualūs kone kiekvieno užsiėmimo metu.

Tėvai. Refleksijose apie tėvus dažnai dominavo pyktis, nuoskauda ir nevilties jausmas. Daugumos istorijos buvo susijusios su skaudžiomis traumomis: tėvų netekimu, smurtu ar alkoholio vartojimo sutrikimo perdavimu tarp kartų. Dalis pacientų buvo užauginti tėvų, kurie patys turėjo priklausomybės problemų. Vieno paciento emociingas pasidalijimas apie tai, kad mama neleido dalyvauti tėvo laidotuvėse, atskleidžia neišbaigtą emocinį patyrimą, kuris gestalt terapijos teorijoje traktuojamas kaip neužbaigtas geštaltas (Camille Renzoni, 2020). Pasak geštalto atstovų tokie neužbaigti reikalai yra daugelio problemų pagrindas. Tokie neišbaigti emociniai ciklai gali būti terapijos objektu, nes jie palaiko nuolatinį vidinį konfliktą ir trukdo dabartinei adaptacijai.

Vaikai. Tema apie vaikus sukeldavo itin stiprias emocijas. Vieno nario pasidalijimas apie vaiką sukeldavo grandininę reakciją – dažnai refleksijų metu pasigirsdavo ašaros, pacientai išsinešdavo piešinius ar atsisakydavo juos rodyti. Vieniems vaikai buvo motyvacija keistis, kitiems – skausmingas priminimas apie nutrūkusius ryšius. Tai rodo stiprų kaltės ir gėdos bejėgiškumo jausmą, kuris, yra būdingas asmenimis patiriantiems problemas su priklausomybę (Snoek et al., 2021). Dviem pacientams vaikų tema išprovokavo panikos priepuolius, dėl kurių reikėjo kviesti skyriaus darbuotojus – tai rodo, kaip stipriai refleksija gali iškelti nesuvaldytas emocijas.

### **Nerūpestinga vaikystė**

Nepaisant sunkių temų, pacientai dažnai grįždavo prie laimingų vaikystės prisiminimų: kaimo gamta, draugai, žaidimai. Šie pasidalijimai suartindavo grupę – pacientai vieni kitiems antrindavo, šypsodavosi, norėdavo kalbėti. Ši tema veikė kaip emocinis resursas. Nostalgija terapijoje gali atlikti gydomąją funkciją, nes ji stiprina tapatybės vientisumo jausmą, mažina nerimą ir padeda atkurti vidinę pusiausvyrą (Williams, 2024).

Daugelis pacientų per refleksiją patys įvardino, kad prisiminti vaikystę jiems gera, nes tai buvo laikas be priklausomybių, be skausmo. Pacientams gavosi ir patiems prieiti išvadų ir palyginti praeitį su dabartimi. Pacientai pastebėjo, jog, pasirodo, gali būti gera ir be alkoholio, o prisiminimai veikia kaip to irodymas. Nors dažnu atveju šios refleksijos nevedė į gilesnę analizę ar pokytį, jos

veikė kaip emocinis saugumas. Tai atitinka požiūrį, kad vienas iš terapijos tikslų – sukurti saugią erdvę, kurioje žmogus gali atsipalaiduoti ir pajusti ryšį su savimi irgi gali būti terapinis tikslas.



Nr. 50

### **Izoliacija. (Povandeninis laivas, kalėjimas)**

Tai sunki tema, kurią ne kiekvienas drįsta reflektuoti. Vis dėlto dailės terapijos metu izoliacijos ir įkalinimo naratyvas natūraliai iškilo per daugybę pacientų išgyvenimų: „noriu atostogų – negaliu“, „noriu bendrauti su vaikais – neįmanoma“, „noriu pasikeisti – negaliu“. Visus šiuos pasisakymus vienijo bendras jausmas – įkalinimas, izoliacija.

Tema labiausiai atsiskleidė per kelis pacientus, kurie atvirai prabilo apie kalėjimą – tiek kaip tiesioginę patirtį, tiek kaip metaforą. Toks atvirumas paskatino visą grupę reflektuoti.

Kalėjimas – tiesioginis, tačiau dažnai nutylimas simbolis. Unikali dailės terapijos vertė čia pasireiškia tuo, kad per piešinį galima apie tai kalbėti netiesiogiai. Kai kalėjimas nupiešiamas, jis tarsi atskiriamas nuo savęs – atsiranda vietos diskusijai ir nepatogioms emocijoms reikštis.

Pacientai, kurie yra buvę kalėjime, akcentavo izoliacijos jausmą ir bejėgiškumą – nieko negali pakeisti, niekas nebepriklauso nuo tavęs. Jie patys savarankiškai iškėlė mintį, kad alkoholio vartojimo sutrikimas taip pat yra vidinis kalėjimas, iš kurio negali išeiti. Nuostabu tai, kad daugelis iš grupės galėjo su tuo tapatintis – ypač buvę sovietų armijos kariai, kurie turėjo panašių patirčių. Gilią izoliacijos emociją perteikė vieno paciento refleksija apie tarnybą povandeniniame laive (žr. pav. nr. 50). Kiti kalėjė pacientai pritarė – tai yra dar baisesnė patirtis nei pats kalėjimas, nes tai – dviguba izoliacija. Kalėjimas kilometro gylyje vandenyno dugne. Baimė, neapibrėžtumas, jausmas, kad nieko negali pakeisti ar padaryti – visa tai skambėjo kaip paralelė alkoholio priklausomybės būsenai. Dažnas tokias būsenas tarp alkoholio problemas turinčių žmonių patvirtina ir literatūra (Marilyn Spiller, 2020).

Ši tema tapo svarbi visai grupei – ji nebuvo primesta iš išorės, o iškilo natūraliai, per bendrus jausmus, patirtis ir piešinius, kurie tapo saugia erdve refleksijai. Turint omenyje bendras aplinkybes, visus vienija bendras įkalinimas - pati ligoninė ir priklausomybė.

### 2.2.3 Refleksijų užbaigimai

Paskutinės refleksijos sesijos metu pacientai atsakinėjo į du klausimus: 1. „Ką tau reiškia šis prisiminimas šiandien?“ 2. „Ką sau palinkėtum?“ Šių klausimų tikslas – sukurti ryšį tarp praeities, dabarties ir ateities, atpažinti resursus bei formuluoti intenciją ateičiai. Daugelis pacientų įvardijo, kad prisiminimai jiems reiškia stiprybės šaltinį, priminimą apie buvusią gyvenimo vertę. Net jei ne visi gebėjo tai išsakyti žodžiais, emocijos (ašaros, rūpestis) rodė, kad tai svarbu.

Palinkėjimuose dažniausiai skambėjo noras mesti gerti, atkurti ryšį su vaikais, grįžti namo. Tai atitinka sveikimo procese svarbų elementą – tikslo formulavimą, kuris susijęs su savi-efektyvumo jausmo stiprinimu (Kadden & Litt, 2011). Tokie palinkėjimai rodo vidinį motyvacijos daigą, kuris yra būtinas sėkmingai reabilitacijai. Taip pat pastebėta, kad pacientai savo norą grįžti į „geresnius laikus“ sieja su namų ir šeimos vertybėmis – tai dažnas pasveikimo orientyras tarp asmenų, gydomų dėl priklausomybių (Laudet & White, 2008).

### 2.2.4 Tyrėjo išvalgos iš dienoraščio

#### Pirmas kontaktas

Terapeuto darbas prasideda kur kas anksčiau nei pats užsiėmimas. Prieš kiekvieną sesiją reikia tinkamai paruošti patalpas, paruošti priemones, paslėpti nereikalingus dirgiklius. Ligoninės personalas būna paruošęs sąrašą pacientų, kuriems galima taikyti dailės terapiją, tačiau beveik niekada į pirmą užsiėmimą pacientai neateina savo noru laiku. Pasak jų, čia turbūt bus piešimo būrelis, ir jie net nenori vargintis. Tad vienas pagrindinių dailės terapeuto darbų būna prieš užsiėmimą praeiti pro visas palatas, surasti priskirtus žmones, papasakoti jiems apie dailės terapijos paslaugą, paskatinti dalyvauti ir paraginti ateiti. Be rankų grupė atsiranda ir papildomai norinčių ateiti žmonių, ne iš sąrašo, tuomet reikia eiti ir su gydytojais suderinti, ar išreiškęs norą pacientas gali dalyvauti tokio pobūdžio užsiėmime.

Vienu atveju susidarė mažesnė grupė iš 4 pacientų. Vyrai visai juokėsi ir neketino eiti į tokio pobūdžio veiklą. Po ilgų raginimų, kaip jie patys tarpusavyje išsireiškė: „Einam paprikolinsim“. Taigi pajuokavę atėję pacientai buvo labai nustebę terapiniu procesu, galiausiai labai stipriai įsitraukė ir su nekantrumu atėjo kitą dieną. Dažniausia praktika tokia ir būdavo – pirmo užsiėmimo metu reikia raginti ir kalbinti dalyvauti, o antro užsiėmimo metu, atėjus terapeutui, pacientai jau patys laukė su nekantrumu pradėti užsiėmimą.

## Grupės dinamika ir elgesio modeliai

Dailės terapijos procesas ŪAP skyriuje buvo ganėtinai sudėtingas. Pacientų emocijos dažnai būdavo arba labai nugesintos, arba labai stipriai išreikštos. Esant 6–8 žmonių grupei, darėsi labai sunku suvaldyti situaciją, buvo nuolatinio „vakarėlio“ jausmas. Pacientai juokauja, kalbasi tarpusavyje, nesiklauso nurodymų. Kol vieni yra labai geros nuotaikos, kiti gali būti stipriai nugesinti, kas sukuria labai ekvivalentišką atmosferą. Nepaisant raginimų nesinaudoti mobiliaisiais įrenginiais, pacientai vistiek atsiliepdavo į skambučius užsiėmimo metu ir kalbėdavo, trukdydami visai grupei. Nuolatos vaikščiodavo, reikėdavo nuolatos prašyti pacientų grįžti į procesą ir netrukdyti grupės draugams. Atsirasdavo pacientų, kurie eidavo mokinti kitus, kaip piešti, nurodinėdavo, aiškindavo, ką daryti. Didelis iššūkis terapeutui. Žinoma, toks elgesys nebuvo pas daugumą, tačiau užtenka vieno paciento, kuris nesilaiko tvarkos, kad išbalansuotų visą grupę. Tačiau buvo ir pacientų, kurie „užstojo“ terapinį procesą ir padėdavo terapeutui/tyrėjui suvaldyti situaciją.

Išbalansuoti grupę netyčia gali ir pats terapeutas. Vieno užsiėmimo metu tyrėjas/terapeutas atėjo su megztiniu, ant kurio didelėmis raidėmis parašyta „OVOKO“. Pacientams užkliuvo užrašas ir kažkas jį perskaitė kaip „VODKA“. Prasidėjo alkoholio tema, kurią sustabdyti buvo begalo sunku, pacientai šūkavo „VODKA“, „VODKA“. Iš šios patirties tik dar kartą galima pamatyti, kaip svarbu yra pašalinti nereikalingus dirgiklius užsiėmimo metu. Išjungti muziką, uždaryti duris, idealiau atveju užsirakinti arba saugoti duris, kad nebūtų vaikstoma terapijos metu. Taip pat vengti stimuliuojančios atributikos, ypač susijusios su ligos specifika.



*Nr. 51*

## Sėkmės istorija

Vienas pirmųjų užsiėmimų tema – „Mano medis“. Pasitaikė slogesnė grupė. Vienas iš pacientų apskritai atsisakė piešti. Kadangi grupė buvo ramesnė, tyrėjas kaip terapeutas galėjo skirti

daugiau laiko pacientui, jo raginimui ir skatinimui. Pacientas argumentavo, jog atsisako piešti, nes paprasčiausiai nemoka, kad jo rankos yra sutvertos dirbti sunkius šaltkalvio darbus, o ne piešti. Atsisakė ir tapyti, ir piešti pieštukais ir flomasteriais, atrodė, jog problema net ne priemonėse, o apskritai popieriaus lapuose.

Po kelių minučių svarstymų tyrėjas pasiūlė pacientui kitokį priėjimą: „Jeigu visą gyvenimą buvote šaltkalvis, padarykite skulptūrą savo rankomis, čia ir dabar.“ Pacientas kiek pasimetė, nes akivaizdžiai nėra tam reikalingų priemonių. Tyrėjas pasiūlė pasitelkti kūrybiškumą ir naudoti viską, ką tik mato – daiktus, kėdes, stalus – ką tik mato akys. Pacientas kiek sutriko ir nustebo, kaip pats minėjo, visai nesitikėjo, kad taip galima. Papildomai raginti net nereikėjo, paantrinant, kad tikrai galima. Pacientas pradėjo kurti. Jis krovė įvairius daiktus, eksperimentavo ir galiausiai sukūrė laikinąją skulptūrą. Jo akys švytėjo. Pastačius palmę iš įvairių daiktų, pacientas pradėjo vartyti knygas ir rinktis, ką norėtų paskaityti gulėdamas po palmę. Pacientas sukūrė ne tik kūrinį, bet ir visą siužetą (žr. pav. nr. 51). Refleksijos metu pacientas buvo netekęs žado, kaip pats įvardijo, jautėsi labai gerai ir labai kūrybiškai, kad apskritai taip gavosi padaryti ir kad ligoninės personalas leidžia tokius dalykus. Jis jautėsi įgalintas ir pajėgus kurti.

Tačiau ši sėkmės istorija tik prasidėjo. Iš pažiūros slogi ir rami grupė buvo tiek nustebinta, kad ligoninėje galima taip daryti ir kad tai nėra dailės būrelis, o tikras kūrybinis terapinis procesas. Grupės dinamika visiškai pasikeitė, dauguma pacientų labai atsipalaidavo ir iškart pradėjo eksperimentuoti su priemonėmis, nesivaržė. Labai pagerėjo visų pacientų nuotaikos, palmės skulptūra tapo visos grupės kelrodė žvaigždė. Po refleksijų natūraliai gavosi sudėti visų darbus į vieną vietą aplink palmę. Grupės nariai jautė kažkokį bendrumo ir atradimo jausmą, tokį stiprų, kad paprašė leisti įamžinti šią akimirką, nusifotografuojant su savo kūriniais. Paprastai dailės terapijos metu reikėtų vengti tokių situacijų arba bent jau atsiklausti visų dalyvių, ką jie apie tai mano. Tačiau šioje grupėje visi dalyviai vienbalsiai prie skulptūros stovėjo ir visi kartu fotografavosi su savo darbais. Pacientai norėjo įamžinti šią atradimų ir naujų patirčių akimirką su grupės draugais.

Tokia patirtis parodo, kokią įtaką gali turėti grupinė terapija. Kaip vieno žmogaus atradimai gali užvesti ir įkvėpti visą grupę.

## **2.2.5 Tyrėjo vaidmuo, subjektyvumas ir apribojimai**

Tyrėjo motyvacija. Vienas iš tyrėjo tikslų buvo pasirinkti temą, su kuria turėtų kuo mažiau asmeninio sąlyčio. Tyrėjo artimoje aplinkoje nėra atvejų su akivaizdžiomis alkoholio vartojimo problemomis, tad tyrėjas galėjo išlikti labiau nešališkas temos atžvilgiu. Kiekvienais metais

blogėjanti alkoholio vartojimo situacija šalyje dar labiau paskatino tyrėją gilintis į šią temą ir, nors kiek galimai, prisidėti prie statistikos gerinimo.

Tokio tyrimo metu iškyla natūralus klausimas: ar tyrėjas gali būti tuo pačiu metu ir terapeutas? Toks priėjimas turi savų pliusų ir savų minusų. Viena pagrindinių problemų – kai terapeutą asmeniškai ar giliai paliečia pacientų istorijos, refleksijos, atsiranda rizika būti neabejingu, išskirti vieną pacientą iš kito, susieti su pacientais. To išvengti labai padėjo keletas aktyviai naudojamų priemonių. Nuolatos pildomas tyrėjo dienoraštis, kuriame terapeutas galėjo tiksliai įsivardinti, kaip kada jautėsi, ir pabandyti reflektuoti. Intervizijos su kitais dailės terapijos kolegomis, aptarti savo rūpesčio taškus ir išgirsti nuomonę iš šalies. Taip pat viena labai veiksmingų priemonių buvo atšalimo laikotarpis – pravedus užsiėmimą ir surinkus bei užfiksavus visą medžiagą, grįžti prie tyrimo ir tiriamųjų tik po kurio laiko, kada emocijos nurimsta ir susistabilizuoja. Tokiu būdu galima tirti pacientus ir jų patirtis labiau iš šalies, kaip tyrėjui ir turėtų priklausyti.

Pagrindinis pliusas, esant tyrėjo ir terapeuto susivienijimui, tai galėjimas perleisti emocijas per save ir fiksuoti tyrėjo dienoraštyje, kokios tos emocijos buvo. Taip pat tyrėjas tampa tyrimo dalimi, kurio įžvalgos gali būti tikros ir nesuvaldintos. Svarbu jas atskirti ir tiksliai įvardyti, kad tyrėjo jausmas yra tyrėjo, o ne absoliutus.

Nuo kai kurių istorijų tyrėjui atsiriboti buvo ypač sunku, buvo ir ašarų iš tyrėjo pusės, ne užsiėmimų metu. Kai kurių pacientų istorijos ypač skaudžios, ir kartais susitapatinimo išvengti nepavyko. Vėlgi, tam padėjo tokios priemonės kaip tyrėjo dienoraštis, asmeninė terapija bei interviu. Šio tyrimo metu taip pat gelbėjo didelė pacientų kaita. Labai stipri emocija, kuri buvo vakar, šiandien nebetrukdo procesui, nes pacientas išrašytas ir jau turi naujas istorijas ir naujas patirtis.

## **2.2.6 Tyrimo ribotumai ir pasiūlymai tolimesniems tyrimams**

Vienas pagrindinių ribotumų buvo galimų dailės terapijos sesijų kiekis. Dėl skyriaus specifikos pacientai čia neužsibūna, tad vos pacientai pabando dailės terapiją, jie jau būna išrašomi iš ligoninės. Dauguma pacientų pirmą kartą išbando dailės terapiją ir per kelias sesijas tik pradeda suprasti, kas tai yra ir kaip tai veikia. Tad atliekant tokį ar panašų tyrimą ateityje, reikėtų planuoti sesijas kuo arčiau viena kitos – kiekvieną dieną arba kas antrą, kad pacientai spėtų dalyvauti daugiau užsiėmimų. Rekomenduojama organizuoti uždarymo sesijas sekmadienį, nes pacientai dažniausiai būna išrašomi pirmadieniais. Išties surinkti testinę grupę tokiame skyriuje būtų sudėtinga, geriau veiktų atvira grupė, kur žmonės nuolatos kinta.

Taip pat, jeigu būtų galimybės suteikti testinį dailės terapijos lankymą, panašiai kaip veikia dienos stacionaras, tai būtų labai naudinga. Jei pacientai išbando dailės terapiją, kol yra ligoninėje, galėtų būti sukurtos sąlygos, kad jie galėtų tęsti užsiėmimus ir po išrašymo, tokiu būdu būtų galima stebėti paciento kaitą ir poveikį tolesniam progresui.

Patalpos. Šio tyrimo metu dailės terapijos patalpos buvo sukurtos iš esamo užimtumo kambario. Pagrindinė problema buvo darbo vietos. Su didesnėmis grupėmis sunku užtikrinti, kad kiekvienas turėtų savo privačią piešimo erdvę, stalą. Piešimas privačiai prie savo stalo užtikrina gilesnį pabuvimą su savo mintimis ir darbu, kas leidžia nueiti į gilesnį terapinį procesą. Tuo tarpu šio tyrimo atveju, prie didesnių stalų vienu metu sėdėjo ir 3, ir 5 žmonės. Atsiranda rizika, kad temos gali kartotis, nes sąmoningai ar nesąmoningai yra kopijuojami kitų darbai. Galbūt vienam pacientui reikia šiek tiek daugiau laiko pabūti su tema, tačiau pamatęs, ką pradėjo piešti kitas, nesąmoningai pradės kartoti arba bus užvestas netinkamu keliu. Taip pat atsiranda įvairūs lyginimai, kas gali sukelti kompleksus.

Tyrimo laikas. Savaitgaliai dažnai būna pacientų lankymo dienos. Idealiu atveju artimieji turėtų būti informuoti apie vykstančius užsiėmimus ir lankyti pacientus jų laisvu metu. Tačiau ne visi pacientai nusprendžia dalyvauti dailės terapijoje iš anksto, ne visi informuoja savo artimuosius. Taip pat ligoninėje yra griežtas grafikas, kada yra pietūs, įvairios procedūros ir pertraukos. Tolimesniuose tyrimuose reikėtų labai atidžiai atsižvelgti į lankymo valandas, norint išvengti nereikalingo chaoso grupėje, kai vienas ar keli dalyviai palieka grupę vidury užsiėmimo, taip nesudalyvaudami patys ir išblaškydami kitus grupės draugus.

Temos ir priemonės. Šis tyrimas apsiribojo vos keliomis temomis – saugia tema „Mano medis“ ir resursine tema „Prisiminimas“. Priemonės buvo pasirinktos laisvai. Esant tiek mažai temų ir laisvam priemonių pasirinkimui, tyrimas gali trūkti dinamiškesnės informacijos. Daugiau skirtingų temų ar izoliavimas su konkrečiomis priemonėmis, kaip „Šiandien tik su moliu“ arba „Tapyba rankomis“, galėtų atnešti daugiau žinių apie šiuos pacientus. Rekomendacija tolimesniems tyrimams – išbandyti daugiau priemonių ir temų.

Rusų kalba. Nemažai skyriaus pacientų buvo rusakalbiai. Kadangi dauguma pacientų vyresni, jie suprato rusų kalbą be problemų, tačiau buvo įvairių atvejų. Tad terapeuto darbas tampa vertėjavimas tarp pacientų ir jų refleksijų išklausymas svetima kalba. Tyrėjas gerai mokėjo rusų kalbą, tačiau tai svarbus aspektas, kurį reikia įsivertinti ateityje ruošiant panašaus pobūdžio tyrimus.

### 2.2.7 Rezultatų apibendrinimas

Empirinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad dailės terapija – net ir taikoma itin sudėtingoje klinikinėje aplinkoje, tokioje kaip Ūminių alkoholinių psichozių skyrius – gali tapti prasminga priemone pacientų emocinei saviraiškai, refleksijai bei vidiniam gijimo procesui. Tyrimas parodė, kad net labai sunkios būklės pacientai geba įsitraukti į meninę veiklą, jei jiems suteikiama saugi, palaikanti aplinka ir aiškos, neverbalinės raiškos galimybės.

Analizuojant pacientų sukurtus vaizdus ir refleksijas, paaiškėjo, kad dailės terapija padeda į paviršių iškelti gilius emocinius sluoksnius: kaltę, ilgesį, traumas, troškimą būti priimtam ar sveikti. Išskirtinai svarbus buvo dailės kaip medijos neverbalinis pobūdis – jis leido reikšti tai, ko pacientai nebūtų gebėję įvardyti žodžiais. Dažnai meninė saviraiška tapdavo pirmuoju žingsniu link ligos suvokimo ir pripažinimo, kas ypač svarbu dirbant su giliai neigime esančiais asmenimis. Pastebėta, kad pacientų darbuose dominavo tiek destruktivūs, tiek vilties kupini simboliai, o vizualinių darbų grupių analizė atskleidė emocinę dinamiką tarp ilgesio, kaltės, izoliacijos ir troškimo atkurti santykius. Grupinė refleksija veikė kaip veidrodis – pasakojimai skatino atpažinimo efektą, stiprino tarpusavio ryšį ir leido pacientams jaustis ne vienišiams.

Apibendrinant, galima teigti, kad kokybinio atvejo tyrimo rezultatai pagrindžia dailės terapijos veiksmingumą dirbant su psichozių būklę patiriančiais priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis. Terapinis procesas padeda ne tik įgalinti pacientą simboliškai išreikšti vidinį chaotizmą, bet ir kurti naujus prasminius ryšius su savo praeitimi, dabartimi bei siekiama ateitimi. Tyrimas rodo, kad net esant fragmentuotai verbalinei raiškai, vaizdinė kalba tampa galingu įrankiu terapinei kelionei pradėti.

### 3 Išvados

1. Literatūros analizė parodė, kad alkoholio vartojimo sutrikimas yra kompleksinis biopsichosocialinis sutrikimas, kurio gydymui reikalingas daugiasluoksnis požiūris. Dailės terapija išsiskiria kaip veiksmingas būdas padėti pacientams, turintiems verbalinės raiškos sunkumų, ypač vėlyvose priklausomybės stadijose. Tyrimai rodo, kad kūrybinis procesas ne tik padeda reflektuoti emocijas, bet ir daro tiek psichinį tiek biologinį poveikį sveikatai.

2. Analizuojant pacientų kūrybą nustatyta, kad jų dailės terapijos kūriniai buvo riboti dailės raiškos požiūriu, tačiau gilūs turiniu. Dominuojantis emocinis uždarumas, fragmentiška kompozicija ir silpna linijinė raiška atspindėjo vidinį nesaugumą bei apatiją. Formos elementai (linijos, spalvos, kompozicija) rodė jų užsisklendimą, depresyvumą ir regresiją. Pasikartoję simboliai (vanduo, vaikas, saulė, tuštuma ir kt.) atskleidė temas: savasties pažeidžiamumą, jausmų chaosą, trauminę kaltę, ilgesį ir viltį. Teminės grupės (gamtos, šeimos, kelionės, destruktijos, tuštumos, abstrakcijos) patvirtino, jog pacientų emocinė būseną svyruoja tarp gyvenimo ir destruktijos polių.

3. Dailės terapijos procesas su ūminių alkoholinių psichozų pacientais pasižymi žemu pradiniu motyvacijos lygiu, stipriu emociniu nestabilumu ir dideliu išorinių trikdžių poveikiu, todėl reikalauja aktyvaus, struktūruoto ir lankstaus vedimo. Grupėse dažnai pasireiškia dėmesio išskaidymas, elgesio kontrolės sunkumai, o nedideli dirgikliai gali sukelti regresą. Nepaisant to, individualus paciento įsitraukimas gali paskatinti visos grupės aktyvumą, sustiprinti bendrystės jausmą ir sukurti terapinį proveržį net riboto laiko sąlygomis.

## 4 Rekomendacijos praktikuojantiems terapeutams

Remiantis tyrimo duomenimis bei praktine patirtimi, dailės terapijos taikymas ūmių alkoholinių psichozijų skyriuje turi būti ypač jautrus, struktūruotas ir prisitaikantis prie specifinių pacientų poreikių bei skyriaus aplinkos. Dailės terapijos praktikai, ketinantys dirbti šioje srityje, turėtų atsižvelgti į keletą esminių rekomendacijų.

Visų pirma, rekomenduojama formuoti mažas – ne didesnes nei 5–6 asmenų – terapines grupes. Didesnės grupės apsunkina emocinio saugumo užtikrinimą, trikdo dėmesio išlaikymą ir apsunkina refleksijos eigą. Mažesnė grupė leidžia terapiniam darbui būti gilesniam, o kiekvienam dalyviui – matomam ir girdimam.

Ypatingai svarbus yra glaudus bendradarbiavimas su skyriaus personalu. Tik personalas gali padėti įvertinti paciento psichologinę ir fizinę būklę, jų stabilumą bei galimybes dalyvauti grupiniuose užsiėmimuose. Terapinis procesas gali būti ne tik neefektyvus, bet ir kenksmingas, jei į užsiėmimą pateks pacientas, šiuo metu nepajėgus saugiai ir konstruktyviai įsitraukti.

Rekomenduojama labai atsargiai pasirinkti dailės terapijos temas. Nors tokios temos kaip „vaikai“, „šeima“ ar „tėvų santykiai“ gali būti stiprūs vidiniai resursai, jos taip pat gali tapti pernelyg stimuliuojančios ir išprovokuoti emocinį perkrovimą ar net panikos reakcijas. Prieš pasirenkant temą svarbu įvertinti grupės psichoemocinį lygį ir pasirengimą dirbti su giliomis vidinėmis patirtimis.

Dailės terapijos užsiėmimas turėtų būti preciziškai derinamas su kitomis skyriaus veiklomis – procedūromis, lankymo laiku ar personalo pertraukomis. Netikėti pacientų išėjimai, vėlavimai ar papildomi trikdžiai vidury sesijos gali suardyti terapinį procesą, ypač su emociškai pažeidžiama grupe.

Terapijos sesijos metu būtina palaikyti aiškią struktūrą ir nuoseklų vedimą. Chaotiškos, neapibrėžtos sesijos greitai gali pavirsti į vadinamąjį „vakarelį“, kurio metu ne tik nesusidaro terapinis laukas, bet ir išauga tarpusavio trukdymų, dėmesio išsibastymo rizika. Praktikas turi gebėti jautriai ir laiku reaguoti – kai kuriuos pacientus reikės aktyviai skatinti įsitraukti, o kitus – švelniai stabdyti ir grąžinti į procesą.

Svarbu skatinti pacientus eksperimentuoti su įvairiomis dailės priemonėmis. Dažnas pasyvumas ir nesaugumo jausmas verčia pacientus pasirinkti tik saugiausias ir labiausiai kontroliuojamas priemones, tokias kaip pieštukas ar flomasteris. Tačiau būtent darbas su netikėtomis, jautriai turtingesnėmis medžiagomis (pvz., dažais, moliu) gali paskatinti gilesnę emocinę raišką ir terapinį proveržį.

Praktikai turėtų žinoti, kad visi pacientai grupėje turi bendrą problemą – priklausomybę nuo alkoholio – todėl tai gali tapti galingu jungiančiu faktoriumi. Per refleksijas natūraliai atsiranda

kolektyvinio atpažinimo momentai, kuomet vieno paciento istorija tampa artima kitiems. Šie bendri išgyvenimai padeda kurti saugumo ir priklausymo jausmą, o tai ypač svarbu žmonėms, kurie dažnai patyrę socialinę izoliaciją ir stigmą.

Dailės terapijos procesas ūmių būklių skyriuje – tai darbas tarp chaoso ir galimybių. Jis reikalauja kantrybės, kūrybingumo ir aukšto profesinio sąmoningumo. Vis dėlto, kaip rodo tyrimo rezultatai, net trumpas kontaktas gali sužadinti svarbias refleksijas, viltį, o kartais – ir pirmą nedrąsų žingsnį į pokytį.

## 5 Literatūros sąrašas

- Abbing, A., Baars, E. W., de Sonnevile, L., Ponstein, A. S., & Swaab, H. (2019). The effectiveness of art therapy for anxiety in adult women: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 10*(MAY). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01203/FULL>
- Abrahao, K. P., Salinas, A. G., & Lovinger, D. M. (2017). Alcohol and the Brain: Neuronal Molecular Targets, Synapses, and Circuits. *Neuron, 96*(6). <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.10.032>
- Aletraris, L., Paino, M., Edmond, M. B., Roman, P. M., & Bride, B. E. (2014). The Use of Art and Music Therapy in Substance Abuse Treatment Programs. *Journal of Addictions Nursing, 25*(4). <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000048>
- Algimantas Urbelis. (n.d.). *etiologija - Visuotinė lietuvių enciklopedija*. Retrieved 20 May 2025, from <https://www.vle.lt/straipsnis/etiologija/>
- Aliyev, N. A., & Aliyev, Z. N. (2021). Modern Approach towards Clinical Evaluation and Treatment of Alcohol Psychoses. *Addiction Research and Adolescent Behaviour, 4*(1), 01–09. <https://doi.org/10.31579/2688-7517/027>
- Ambrose, G., Das, K., Fan, Y., & Ramaswami, A. (2020). Is gardening associated with greater happiness of urban residents? A multi-activity, dynamic assessment in the Twin-Cities region, USA. *Landscape and Urban Planning, 198*. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2020.103776>
- American Art therapy Association. (2022). *About Art Therapy - American Art Therapy Association*. <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- American Psychiatric association. (2020). *Psychiatry.org - Healing Through Art*. <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/healing-through-art>
- Art Therapy Resources. (2023). *Effective Counselling Approaches Used in Art Therapy*. <https://arttherapyresources.com.au/counselling-approaches/>
- Aurelijus Veryga. (2019). *V-457 Dėl Meno terapeuto veiklos reikalavimų patvirtinimo*. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/e2631330674c11e99684a7f33a9827ac?jfwid=1en8xjbl6>
- Bagdonaitė, N. (2022). *Psichologinė priklausomų nuo alkoholio moterų tapatumo kūrimo grindžiamoji teorija: vidinė atskirtis kuriant iliuzinį tapatumą*. <https://www.lituanistika.lt/content/95285>
- Benveniste, D. (2005). Recognizing defenses in the drawings and play of children in therapy. *Psychoanalytic Psychology, 22*(3). <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.395>

- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47(5), 949–957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- Cambridge Health Alliance. (2008). *Addiction & the Humanities*, Vol. 4(8) – “What I look like when I’m drinking:” The production of self-portraits during art therapy for substance abuse – BASIS (The Brief Addiction Science Information Source). <https://basisonline.org/2008/11/19/addiction-the-humanities-vol-48-what-i-look-like-when-im-drinking-the-production-of-self-portraits-during/>
- Camille Renzoni. (2020). *An Overview of Gestalt Therapy | What Conditions Does Gestalt Therapy Treat?* <https://www.therecoveryvillage.com/treatment-program/addiction-therapies/gestalt-therapy/>
- Campbell, M., Decker, K. P., Kruk, K., & Deaver, S. P. (2016). Art Therapy and Cognitive Processing Therapy for Combat-Related PTSD: A Randomized Controlled Trial. *Art Therapy : Journal of the American Art Therapy Association*, 33(4). <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1226643>
- Castillo-Carniglia, A., Pear, V. A., Tracy, M., Keyes, K. M., & Cerdá, M. (2019). Limiting Alcohol Outlet Density to Prevent Alcohol Use and Violence: Estimating Policy Interventions Through Agent-Based Modeling. *American Journal of Epidemiology*, 188(4), 694. <https://doi.org/10.1093/AJE/KWY289>
- Ceara Rossetti. (2020). *Relating Through Art*. <https://www.relatingthroughart.com/relating-through-art-blog/art-therapy-the-expressive-therapies-continuum>
- Darewych, O. (2014). The Bridge Drawing with Path Art-Based Assessment: Measuring The Bridge Drawing with Path Art-Based Assessment: Measuring Meaningful Life Pathways in Higher Education Students Meaningful Life Pathways in Higher Education Students. *Expressive Therapies Dissertations Graduate School of Arts and Social Sciences*. [https://digitalcommons.lesley.edu/expressive\\_dissertations](https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_dissertations)
- Deak, J. D., Miller, A. P., & Gizer, I. R. (2019). Genetics of alcohol use disorder: a review. *Current Opinion in Psychology*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.07.012>
- Ewald, D. R., Strack, R. W., & Orsini, M. M. (2019). Rethinking Addiction. *Global Pediatric Health*, 6. <https://doi.org/10.1177/2333794X18821943>
- Feen-Calligan, H. (2007). The Use of Art Therapy in Detoxification from Chemical Addiction. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/08322473.2007.11432289>

- Forever Drawn. (2023). *What Does My Child's Drawing Mean?*  
<https://foreverdrawn.com/blogs/journal/what-does-your-childs-drawing-mean-a-guide?srsltid=AfmBOorSPyi2jFzK6i8Aflumw9gbv-9nTw4Y11MIF27tbsbiH2VTbspX>
- Han, B., Jia, Y., Hu, G., Bai, L., Gains, H., You, S., He, R., Jiao, Y., Huang, K., Cui, L., & Chen, L. (2024). The effects of visual art therapy on adults with depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(5).  
<https://doi.org/10.1111/INM.13331>,
- Hanes, M. J. (2007). *ERIC - EJ777018 - 'Face-to-Face' with Addiction: The Spontaneous Production of Self-Portraits in Art Therapy*, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2007.  
<https://eric.ed.gov/?q=%e2%80%9cFace-to-Face%e2%80%9d+With+Addiction%3a+The+Spontaneous+Production+of+Self-Portraits+in+Art+Therapy&id=EJ777018>
- Harding, B. (2021). The Boat as Symbol of the Self. *Journal of Sandplay Therapy*, 30(2).  
<https://doi.org/10.61711/JST.2021.30.2.355>
- Heather Tompkins. (2024). *Staff Perspective: Crayons Aren't Just for Kids - Art Therapy in Addiction Treatment* | Center for Deployment Psychology. <https://deploymentpsych.org/blog/staff-perspective-crayons-aren%E2%80%99t-just-kids-art-therapy-addiction-treatment#>
- İlhan, M. N., & Yapar, D. (2020). Alcohol consumption and alcohol policy. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(5), 1197. <https://doi.org/10.3906/SAG-2002-237>
- Jacobi, Jolande. (2013). *Complex, archetype, symbol in the psychology of C.G. Jung*.
- Joschko, R., Klatte, C., Grabowska, W. A., Roll, S., Berghöfer, A., & Willich, S. N. (2024). Active Visual Art Therapy and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 7(9). <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2024.28709>
- Jurgita Lapienytė. (2018). *Statistikos departamentas skelbia naują alkoholio suvartojimo statistiką: geriamie šiek tiek mažiau ir už brangiau* | Verslas | 15min.lt.  
<https://www.15min.lt/verslas/naujiena/finansai/statistikos-departamentas-skelbia-nauja-alkoholio-suvartojimo-statistika-geriamie-siek-tiek-maziau-662-979288>
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12). <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2011.07.032>
- Kaminskaite, M., Jokubka, R., Janaviciute, J., Lelyte, I., Sinkariova, L., Pranckeviciene, A., Borutaite, V., & Bunevicius, A. (2021). Epistatic effect of Ankyrin repeat and kinase domain containing 1 – Dopamine receptor D2 and catechol-o-methyltransferase single nucleotide polymorphisms on the risk for hazardous use of alcohol in Lithuanian population. *Gene*, 765, 145107. <https://doi.org/10.1016/J.GENE.2020.145107>

- Kaminskaite, M., Pranckeviciene, A., Bunevicius, A., Janaviciute, J., Jokubonis, D., Plioplyte, A., Lelyte, I., Sinkariova, L., & Jokubka, R. (2020). Validation of the Substance Use Risk Profile Scale in Lithuanian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12955-020-01527-5/FIGURES/3>
- Kang, S. J., Pei, C. Z., Lee, D. H., Ha, J. E., & Baek, K. H. (2023). A pilot randomized clinical trial of biomedical link with mental health in art therapy intervention programs for alcohol use disorder: Changes in NK cells, addiction biomarkers, electroencephalography, and MMPI-2 profiles. *PLOS ONE*, 18(5). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0284344>
- Kendra Cherry, Mse. (2024). *What Is Expressive Arts Therapy?* <https://doi.org/10.15547/TJS.2016.03.001>
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Link, B., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. (2010). Stigma and Treatment for Alcohol Disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 172(12), 1364. <https://doi.org/10.1093/AJE/KWQ304>
- Koob, G. F. (2024). Alcohol Use Disorder Treatment: Problems and Solutions. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 64(Volume 64, 2024), 255–275. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-PHARMTOX-031323-115847/CITE/REFWORKS>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis. *Neuropsychopharmacology* 2000 24:2, 24(2), 97–129. [https://doi.org/10.1016/s0893-133x\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/s0893-133x(00)00195-0)
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2009). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217. <https://doi.org/10.1038/NPP.2009.110>
- Kristen Fuller, M. (2022). *The Four Stages of Alcoholism: Pre, Early, Middle, & Late*. <https://alcohol.org/alcoholism-types/stages/>
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery Capital as Prospective Predictor of Sustained Recovery, Life satisfaction and Stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, 43(1), 2. <https://doi.org/10.1080/10826080701681473>
- Laura Mirabella. (2020). *Three Approaches to Art Therapy – Where Creativity Works*. <https://whererecreativityworks.com/three-approaches-to-art-therapy/>
- Lin, C., Cousins, S. J., Zhu, Y., Clingan, S. E., Mooney, L. J., Kan, E., Wu, F., & Hser, Y.-I. (2024). A scoping review of social determinants of health’s impact on substance use disorders over the life course. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 166, 209484. <https://doi.org/10.1016/J.JOSAT.2024.209484/ASSET/D79F1CDF-95D6-4B5D-AE06-CAD4B5852BA4/MAIN.ASSETS/GR2.JPG>

- Lusebrink, V. B. (2010). Assessment and Therapeutic Application of the Expressive Therapies Continuum: Implications for Brain Structures and Functions. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(4), 168–177.
- Mandić-Gajić, G., & Špirić, Ž. (2016). Posttraumatski stresni poremećaj i grupna art terapija: Samoizražavanje unutrašnjeg traumatskog sveta ratnih veterana. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(8). <https://doi.org/10.2298/VSP150512083M>,
- Marilyn Spiller. (2020). *Why Addicts Isolate Themselves | Alcohol Addiction MI*. <https://sanfordbehavioralhealth.com/2020/09/07/isolation-and-addiction/>
- Mccrady, B. S., Flanagan, J. C., & Johnson, R. H. (2021). The Role of The family in alcohol Use DisORDeR RecoveRy foR aDUITs. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.06>
- Megranahan, K., & Lynskey, M. T. (2017). Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review. *Arts in Psychotherapy*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.005>
- Micaha. (2024). *How Can Art Therapy Help Adults Address Childhood Trauma? - Flourish Psychology*. <https://flourishpsychologynyc.com/how-can-art-therapy-help-adults-address-childhood-trauma/>
- Michelle Carr. (n.d.). *The Surprising Revelations of Seeing the Sun in Your Dream - Dream Interpretation | Dream Analysis*. Retrieved 18 May 2025, from <https://dreamabout.io/dream/seeing-sun-in-dream/>
- mokslomedis.lt. (n.d.). *Indukcijos metodas | mokslomedis.lt*. Retrieved 19 May 2025, from <https://mokslomedis.lt/indukcijos-metodas/>
- Moonat, S., & Pandey, S. C. (2012). Stress, Epigenetics, and Alcoholism. *Alcohol Research : Current Reviews*, 34(4), 495. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3860391/>
- Mr. Purrington. (2020). *Water Is The Commonest Symbol For The Unconscious*. <https://carljungdepthpsychologysite.blog/2020/04/20/carl-jung-water/>
- NDFAuthors. (2015). *Learn to decode children's drawings - Novak Djokovic Foundation*. <https://novakdjokovicfoundation.org/learn-to-decode-childrens-drawings/>
- Ng, S. M., Rentala, S., Chan, C. L. W., & Nayak, R. B. (2020). Nurse-Led Body-Mind-Spirit Based Relapse Prevention Intervention for People with Diagnosis of Alcohol Use Disorder at a Mental Health Care Setting, India: A Pilot Study. *Journal of Addictions Nursing*, 31(4), 276–286. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000368>
- NTAKD. (2022). NTAKD. <https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/2022%20metinis%20%28galutinis%29.pdf>

- Panțiru, I., Ronaldson, A., Sima, N., Dregan, A., & Sima, R. (2024). The impact of gardening on well-being, mental health, and quality of life: an umbrella review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/S13643-024-02457-9/FIGURES/2>
- Pénzes, I., van Hooren, S., Dokter, D., & Hutschemaekers, G. (2018). How Art Therapists Observe Mental Health Using Formal Elements in Art Products: Structure and Variation as Indicators for Balance and Adaptability. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.01611>
- Perälä, J., Kuoppasalmi, K., Pirkola, S., Härkänen, T., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Viertiö, S., Latvala, A., Koskinen, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2010). Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 200–206. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.109.070797>
- PPAPM. (2017). *Lithuania: Parliament Passes Alcohol Policy Measures - Movendi International*. <https://movendi.ngo/policy-updates/lithuania-parliament-passes-alcohol-policy-measures/>
- Psicothema. (2018). *Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study*. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2011.08.014>
- Quinn, P. (2024). Art therapy's engagement of brain networks for enduring recovery from addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2024.1458063/XML/NLM>
- Rahman, A., & Paul, M. (2023). *Delirium Tremens(Archived)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482134/>
- Regev, D., & Cohen-Yatziv, L. (2018). Effectiveness of art therapy with adult clients in 2018-What progress has been made? *Frontiers in Psychology*, 9(AUG), 378798. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.01531/BIBTEX>
- Rockville (MD). (2020). *Chapter 2—Influence of Substance Misuse on Families*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571087/>
- Shukla, A., Choudhari, S. G., Gaidhane, A. M., & Syed, Z. Q. (2022). Role of Art Therapy in the Promotion of Mental Health: A Critical Review. *Cureus*, 14(8), e28026. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.28026>
- Snoek, A., McGeer, V., Brandenburg, D., & Kennett, J. (2021). Managing shame and guilt in addiction: A pathway to recovery. *Addictive Behaviors*, 120. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106954>
- Soares, M. H., Rolin, T. F. de C., Machado, F. P., Ramos, L. K. F., & Rampazzo, A. R. P. (2019). Impact of brief intervention and art therapy for alcohol users. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0317>

- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social–Ecological Framework. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 35. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4872611/>
- Tamutienė, I. (2014). Alkoholio vartojimo ir priklausomybės nuo alkoholio sąvokų apibrėžties problematika: socialinės dimensijos įtraukties aspektas. *Kultūra Ir Visuomenė: Socialinių Tyrimų Žurnalas = Culture and Society: Journal of Social Research*. Kaunas; Vilnius: Vytauto Didžiojo Universitetas; *Versus Aureus Leidykla*, 2014, Nr. 5(2), 5(5(2)), 178–201. <https://doi.org/10.7220/2335-8777.5.2.8>
- TLK-10-AM. (2015). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija. 10 redakcija, Australų modifikacija (TLK-10-AM)*. <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
- US Department of Health and Human Services. (2016a). *THE NEUROBIOLOGY OF SUBSTANCE USE, MISUSE, AND ADDICTION*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424849/>
- Webb, A. J. (2023). The Therapeutic Power of Art: Exploring the Mechanisms Behind Art Therapy's Efficacy. *Authorea Preprints*. <https://doi.org/10.22541/AU.169531401.17663927/V1>
- White Light. (2024). *Role Of Art Therapy In Addiction And Mental Health*. <https://whitelightbh.com/resources/therapy/art/>
- Williams, C. G. (2024). The Role of Nostalgia in Coping with Trauma. *Psychology and Psychiatry: Open Access*, 8(5). <https://doi.org/10.4172/PPO.1000237>
- World Health Organization. (2018a). Global status report on alcohol and health 2018 Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. *Who.Int*, 478.
- Виктория Назаревич. (n.d.). *Sun Symbol - Назаревич Виктория - nazarevich-art*. Retrieved 18 May 2025, from <https://nazarevich-art.com/en/sun-symbol/>

## **6 Priedai**

### **Priedas nr. 1**

#### **TIRIAMOJO ASMENS INFORMAVIMO FORMA**

Tomas Aliukas atliks tyrimą, skirtą tirti Alkoholinių psichozių skyriaus pacientų patyrimus dailės terapijos procese.

Planuojamas tyrimo metodas - kokybinis tyrimas panaudojant pacientų refleksijas ir jų kurtus darbus. Tyrimo dalyvius parinks ligoninės/skyriaus personalas. Tyrimo duomenis bus panaudoti tik studijų tikslams, užsiėmimų medžiaga renkama anonimiškai ir gautų duomenų konfidencialumas garantuojamas. Asmeniniai duomenys nėra kaupiami.

Tyrimo dalyviai gali kreiptis į tyrėją iškilus neaiškumams ----- Tomas Aliukas.

Tyrėjas

Tomas Aliukas

**Priedas nr. 2**

**TIRIAMOJO ASMENS SUTIKIMO FORMA**

Aš, (tiriamąjo asmens vardas ir pavardė), sutinku dalyvauti ...*įrašyti mokslo įstaigos pavadinimą/fakultetą, studento Vardo Pavardaičio* atliekamojo apklausoje, skirtoje ... *įrašyti tyrimo pavadinimą...*

Tiriamąjo asmens vardas ir pavardė \_\_\_\_\_ (Parašas)

**Priedas nr. 3**

**Refleksijų protokolai**

| Anoniminis kodas | Trumpas piešinio aprašymas | Dalyvio išsakytos mintys | Piešinio nuotrauka | Atsakymai į uždarymo klausimus |
|------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------|
| <i>Pvz. P1G1</i> |                            |                          |                    |                                |