



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Menų terapija (Dramos terapijos specializacija)

Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Visuomenės sveikatos katedra

Sveikatos mokslų institutas

ir

Lietuvos muzikos ir teatro akademija

Andžela Kukolovič

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Dramos terapija asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, psichosocialinei sveikatai

Drama Therapy for the Psychosocial Health of People Living in Close-Knit Communities

Darbo vadovas

Doc. dr. Laimutė Samsonienė

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

Konsultantas

Lekt. Daiva Račelytė

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

Vilnius, 2026

Studento elektroninio pašto adresas: andzela.kukolovic@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	6
SĄVOKŲ IR SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS	8
IVADAS	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA	12
1.1. Asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, sveikatinimo paslaugų analizė	12
1.1.1. Psichosocialinės sveikatos samprata ir paplitimas	12
1.1.2. Šizofrenijos spektro ir organinių psichikos sutrikimų charakteristika	13
1.1.3. Asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, patekimo į bendruomenę prielaidos ir gyvenimo aplinkybės.....	16
1.1.4. Glaudžios bendruomenės veikimas ir savarankiškumo trajektorijos	17
1.2. Dramos terapijos metodų taikymo galimybių analizė	19
1.2.1. Dramos terapijos veikimo mechanizmai šizofrenijos kontekste	19
1.2.2. Dramos terapijos metodų taikymas grupiniame procese.....	21
1.2.3. Dramos spiralės modelio struktūra ir etapų logika dramos terapijoje.....	22
1.2.4. Ribos ir rizikos taikant dramos terapiją šizofrenijos kontekste	24
1.3. Dramos terapijos tyrimų analizė	26
1.3.1. Psichologinių simptomų (depresijos, nerimo ir streso) pokyčiai taikant dramos terapiją	26
1.3.2. Dramos terapijos tyrimai dirbant su šizofrenijos spektro sutrikimais.....	27
1.3.3. Neuropsichologiniai ir įkūnytos patirties mechanizmai šizofrenijos spektro sutrikimuose...	28
1.3.4. Dramos terapijos vaidmuo psichosocialinėje reabilitacijoje šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste.....	29
2. TYRIMO METODOLOGIJA	32
2.1. Tyrimo metodologija	32
2.1.1. Tyrimo organizavimas.....	32
2.1.2. Tiriamoji imtis.....	36
2.1.3. Duomenų rinkimo instrumentai	38
2.1.4. Kiekybinių ir kokybinių duomenų analizė	41
2.1.5. Tyrimo etika	41
3. TYRIMO REZULTATAI	44
3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatų analizė	44

3.1.1. Depresijos, nerimo ir streso lygių pokyčių analizė	44
3.1.2. Psichologinių rodiklių pokyčių sąsajos su demografiniais rodikliais	45
3.1.3. Dalyvių subjektyvios patirties analizė dramos terapijos procese.....	49
3.2. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė	50
1. Neapibrėžtumo laukas terapinės kelionės pradžioje	53
3. Kaip vaistus mes rijame jausmus terapinėje patirtyje	59
4. Pasitikėjimo augimas grupėje.....	62
6. Tylintys balsai prabyla	68
3.3. Asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, patirtys ir išgyvenimai dramos terapijos procesu apibendrinimas.....	72
DISKUSIJA.....	75
REFLEKSIJA.....	78
IŠVADOS	80
REKOMENDACIJOS	81
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	82
PRIEDAI	90

SANTRAUKA

Psichosocialinė sveikata šiame darbe apibrėžiama kaip asmens gebėjimas palaikyti funkcinį santykį su savimi ir kitais, apimantis emocinį reguliavimą, socialinį įsitraukimą, savarankiškumą ir prasmingų ryšių kūrimą. Tyrimo kontekste dalyvauja asmenys, turintys šizofrenijos spektro sutrikimų, kuriems būdingi realybės suvokimo, mąstymo ir emocinio atsako ypatumai, darantys reikšmingą poveikį tarpasmeniniams santykiams, savarankiškumui ir kasdieniam funkcionavimui. Glaudžioje bendruomenėje gyvenantys šie asmenys dažnai patiria socialinę atskirtį, stigmatizaciją ir santykių fragmentaciją, o kartu – padidėjusį depresijos, nerimo ir streso lygį. Tokiose situacijose ypač svarbios intervencijos, orientuotos į santykio su savimi ir kitais atkūrimą, savarankiškumo stiprinimą ir grupinių ryšių plėtojimą. Dramos terapija, pasitelkdama veiksmą, vaidmenų kūrimą ir simbolinę raišką, grupės kontekste sukuria saugią ir struktūruotą erdvę patirčiai išreikšti, reflektuoti ir transformuoti.

Tyrimo tikslas – nustatyti dramos terapijos poveikį asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, psichosocialinei sveikatai.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti psichosocialinės sveikatos, bendruomeninio gyvenimo ir dramos terapijos teorinius aspektus.
2. Įvertinti depresijos, nerimo ir streso pokyčius prieš ir po dramos terapijos taikymo.
3. Atskleisti dalyvių patirtis ir išgyvenimus grupinės dramos terapijos procese.

Tyrimo metodai: taikytas mišrus tyrimo dizainas, derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus. Kiekybiniai duomenys rinkti naudojant DASS-21 skalę prieš ir po dramos terapijos programos. Duomenys analizuoti taikant aprašomąją statistiką ir porinių imčių testus. Kokybiniai duomenys rinkti refleksijų metu ir analizuoti teminės analizės principu, išskiriant pasikartojančias patirtis ir jų prasmines struktūras. Tyrimo dalyvavo 12 suaugusių asmenų, turinčių šizofrenijos spektro sutrikimus ir gyvenančių glaudžioje bendruomenėje. Visi dalyviai dalyvavo reguliariuose grupinės dramos terapijos užsiėmimuose, vykusiuose nustatytu laikotarpiu (2025 m. spalio–gruodžio mėn.).

Tyrimo rezultatai parodė, kad po dramos terapijos buvo stebimas depresijos, nerimo ir streso rodiklių mažėjimas. Kokybinė analizė atskleidė subjektyvius tiriamųjų psichosocialinės sveikatos pokyčius: pradžioje dominavęs atsargumas, nepasitikėjimas ir socialinė distancija palaipsniui

transformavosi į didesnį atvirumą, emocinį įsitraukimą ir ryšio kūrimą su kitais grupės nariais. Tiriamosios dramos terapijos grupės procesas kito iš individualaus buvimo grupėje į bendrakūrybinį veikimą: sustiprėjo bendrumo jausmas, tarpusavio palaikymas ir psichologinio saugumo patyrimas.

Išvados. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dramos terapija glaudžioje bendruomenėje gali prisidėti prie psichosocialinės sveikatos stiprinimo – po terapinio proceso sumažėjo depresijos ir streso rodikliai, o padidėjęs nerimas gali būti siejamas su didesniu emociniu sąmoningumu, jautrumu ir gilesniu vidinių išgyvenimų reflektavimu.

Raktažodžiai: psichosocialinė sveikata, dramos terapija, šizofrenija, savarankiškumas, grupė, bendruomenė, depresija, nerimas, stresas.

SUMMARY

Psychosocial health in this study is defined as an individual's ability to maintain a functional relationship with oneself and others, encompassing emotional regulation, social engagement, autonomy, and the development of meaningful interpersonal relationships. The study focuses on individuals with schizophrenia spectrum disorders, characterized by disturbances in perception of reality, thinking, and emotional responsiveness, which significantly affect interpersonal relationships, autonomy, and everyday functioning. Individuals living in close community settings frequently experience social exclusion, stigmatization, and fragmented relationships, alongside increased levels of depression, anxiety, and stress. In such contexts, interventions aimed at restoring relationships with oneself and others, strengthening autonomy, and fostering group connectedness are particularly important. Drama therapy, through action-based methods, role enactment, and symbolic expression, creates a safe and structured group environment for the expression, reflection, and transformation of personal experiences.

Research aim: To determine the impact of drama therapy on the psychosocial health of individuals living in a close-knit community.

Objectives:

1. To review the theoretical aspects of psychosocial health, community living, and drama therapy.
2. To assess changes in depression, anxiety, and stress before and after the application of drama therapy.
3. To explore participants' experiences and emotional processes within group drama therapy.

Methods: A mixed-methods research design was applied, combining quantitative and qualitative research methods. Quantitative data were collected using the DASS-21 scale before and after the drama therapy program. The data were analysed using descriptive statistics and paired-sample tests. Qualitative data were collected during reflection sessions and analysed following the principles of thematic analysis, identifying recurring experiences and their underlying meaning structures.

The study involved 12 adult participants diagnosed with schizophrenia spectrum disorders and living in a close-knit community setting. All participants attended regular group drama therapy sessions conducted over a defined period (October–December 2025).

The results demonstrated a decrease in indicators of depression, anxiety, and stress following drama therapy. Qualitative analysis revealed subjective changes in participants' psychosocial health: initial experiences of caution, distrust, and social distance gradually transformed into greater openness, emotional engagement, and stronger connections with other group members. The drama therapy process evolved from individual participation toward collaborative and creative group engagement, accompanied by an increased sense of belonging, mutual support, and psychological safety.

Conclusions. The findings suggest that drama therapy in a close community setting may contribute to the strengthening of psychosocial health. Following the therapeutic process, decreases in depression and stress indicators were observed, while the increase in anxiety may be associated with heightened emotional awareness, sensitivity, and deeper reflection on internal experiences.

Keywords: psychosocial health, drama therapy, schizophrenia, autonomy, group, community, depression, anxiety, stress.

SĄVOKŲ IR SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS

Psichosocialinė sveikata – emocinės, psichologinės ir socialinės gerovės visuma, apimanti asmens gebėjimą reguliuoti emocijas, palaikyti tarpasmeninius santykius, dalyvauti socialiniame gyvenime ir funkcionuoti kasdienėje aplinkoje (World Health Organization, 2021; Iasiello et al., 2022).

Psichosocialinė negalia – ilgalaikiai funkcionavimo apribojimai, kylantys dėl psichikos sutrikimų ir socialinių veiksnių sąveikos, ribojantys asmens dalyvavimą visuomenėje bei savarankišką gyvenimą (World Health Organization, 2021).

Šizofrenijos spektro sutrikimai – psichikos sutrikimų grupė, kuriai būdingi mąstymo, suvokimo, emocijų ir socialinio funkcionavimo sutrikimai (American Psychiatric Association, 2022).

Glaudi bendruomenė – bendruomeninio gyvenimo forma, skirta asmenims, turintiems psichosocialinę negalią ir ribotą savarankiškumą, siekiant stiprinti jų kasdienio gyvenimo įgūdžius, socialinę integraciją ir savarankiškumą (Killaspy et al., 2022).

Dramos terapija – meno terapijos kryptis, grindžiama veiksmu, vaidmenų kūrimu, simboline raiška ir grupiniu procesu, siekiant skatinti emocinę raišką, savęs pažinimą ir socialinį funkcionavimą (Orkibi & Feniger-Schaal, 2021).

Psichologinis distresas – emocinės įtampos būseną, pasireiškianti depresijos, nerimo ir streso simptomais (OECD, 2022).

Socialinė atskirtis – ribotas asmens dalyvavimas socialiniame gyvenime dėl stigmatizacijos, diskriminacijos ar nepakankamų socialinių ryšių (Corrigan et al., 2022).

Stigmatizacija – neigiamų stereotipų, išankstinių nuostatų ir diskriminacijos procesas, nukreiptas į asmenis, turinčius psichikos sutrikimų ar psichosocialinę negalią (Thornicroft et al., 2022).

Savarankiškumas – asmens gebėjimas savarankiškai priimti sprendimus, atlikti kasdienes veiklas ir valdyti savo gyvenimą (Harvey & Brophy, 2021).

Socialinis funkcionavimas – gebėjimas kurti ir palaikyti tarpasmeninius santykius, dalyvauti bendruomenės gyvenime bei atlikti socialinius vaidmenis (Fett et al., 2011).

DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales-21) – standartizuotas psichometrinis klausimynas, skirtas depresijos, nerimo ir streso simptomų intensyvumui vertinti (Lovibond & Lovibond, 1995; Antony et al., 1998).

TLK-10 – Tarptautinė ligų klasifikacija, 10-oji redakcija.

IVADAS

Žmogaus psichosocialinis funkcionavimas šiandien vis dažniau suprantamas kaip kintantis, daugiasluoksnis procesas, atsiskleidžiantis nuolatiname individo santykyje su socialine aplinka, kitais žmonėmis ir savimi. Toks požiūris peržengia siaurą dėmesį simptomams ar vien kognityviniams gebėjimams ir apima gebėjimą kurti, palaikyti bei apmąstyti tarpasmeninius santykius, suteikiančius patirčiai struktūrą ir prasmę (Kriščiūnas, 2015; Slade et al., 2020). Šiuolaikiniai psichikos sveikatos tyrimai rodo, kad tokie sutrikimai kaip šizofrenija apima kompleksinę kognityvinių, emocinių ir socialinių procesų sąveiką, kuri riboja ne tik individualų funkcionavimą, bet ir gebėjimą dalyvauti santykiuose (McCutcheon et al., 2020). Neurobiologinių ir aplinkos veiksnių sąveika siejama su ilgalaikiu pažeidžiamumu ir sunkumais psichosocialinėje adaptacijoje, kurie atsiskleidžia kasdienėje veikloje ir tarpasmeniniuose santykiuose (Millan et al., 2016). Be to, socialinės kognicijos sutrikimai yra glaudžiai susiję su kasdienio funkcionavimo kokybe (Fett et al., 2011). Toks požiūris pabrėžia, kad psichosocialinė sveikata negali būti redukuojama į simptomų nebuvimą, bet turi būti suprantama kaip santykinis, kontekstualus ir patyriminis reiškinys. Plėtojant šį požiūrį, savęs suvokimas gali būti laikomas procesu, kuris formuojasi per santykį su kitais, nes būtent šiuose santykiuose žmogus geriau supranta savo emocijas, patirtį ir tapatybę (Slade et al., 2020). Tarpasmeniniai ryšiai yra ta erdvė, kurioje vidinė patirtis įgauna prasmę per bendravimą, artumą, konfliktus ir ribų nustatymą (Yalom & Leszcz, 2020). Todėl psichosocialinė sveikata apima ne tik emocinę būseną ar savęs suvokimą, bet ir gebėjimą dalyvauti socialiniame gyvenime bei kurti prasmingus santykius (World Health Organization, 2021). Ryšio ir priklausymo poreikis laikomas svarbia žmogaus egzistencijos dalimi (Žalimienė et al., 2021), jo patenkinimas dažnai tampa sudėtingas asmenims, patiriantiems psichosocialinę negalią.

Empiriniai tyrimai rodo, kad stigmatizacija ir socialinė atskirtis yra esminiai veiksniai, silpninantys psichosocialinę sveikatą (Corrigan et al., 2022). Stigma riboja ne tik socialinį įsitraukimą, bet ir persikelia į asmens savęs suvokimą, formuodama neigiamą savęs vertinimą bei mažindama agentiškumą. (Thornicroft et al., 2022). Tai pasireiškia asmenų, turinčių psichosocialinę negalią pasyvumu, iniciatyvos stoka ir sunkumais išreikšti savo poreikius (Yanos et al., 2020), kartu stiprėja emocijų slopinimas ir santykio vengimas (Leamy et al., 2020). Tokie procesai ne tik palaiko socialinį atsitraukimą, bet ir sistemingai riboja galimybes kurti artimus bei prasmingus ryšius (Bird et al., 2022). Ši įtampa tarp ryšio poreikio ir realių galimybių jį patenkinti ypač aiškiai išryškėja glaudžiose bendruomenėse. Socialinių paslaugų ar palaikomo gyvenimo įstaigose gyvenančių asmenų kasdienybė dažnai yra struktūruota ir reguliuojama institucinėmis normomis, kurios gali atspindėti paternalizmo principus, kai sprendimai priimami už asmenį, siekiant užtikrinti jo gerovę, tačiau kartu ribojant

savarankiškumą (Szmukler, 2019). Nors tokia aplinka užtikrina saugumą ir bazinių poreikių patenkinimą, ji ne visada sudaro sąlygas autentiškai emocinei patirčiai ir savarankiškam santykių kūrimui (World Health Organization, 2021). Mokslinėje literatūroje pažymima, kad šiose bendruomenėse gyvenantys asmenys dažnai patiria vienišumą, ribotą socialinį įsitraukimą ir sunkumus kuriant artimus santykius (Piat et al., 2021; Harvey et al., 2020). Tai leidžia kelti klausimą, ar struktūruota aplinka, nors ir funkciškai saugi, nėra kartu ir veiksnys, ribojantis psichosocialinės sveikatos plėtrą.

Emocinė patirtis šiame kontekste tampa centrine dimensija, per kurią atsiskleidžia psichosocialinės sveikatos kokybė. Nustatyta, kad asmenims, turintiems psichosocialinę negalią, būdingi emocijų atpažinimo ir verbalizavimo sunkumai, susiję su ilgalaikiu slopinimu ir atsitraukimu (Fusar-Poli et al., 2020). Emocijų reguliavimas dažnai grindžiamas vengimo ar kontrolės strategijomis, kurios riboja autentišką saviraišką ir apsunkina santykio kūrimą (Leamy et al., 2020). Psichosocialinio atsistatymo paradigma siūlo alternatyvų požiūrį, kuriame psichikos sveikata suprantama kaip procesas, apimantis tapatybės, prasmės, vilties ir socialinių ryšių atkūrimą (Slade et al., 2020). Ši paradigma implikuoja, kad veiksmingos intervencijos turėtų būti orientuotos ne tik į simptomų mažinimą, bet ir į patyriminį, santykinį bei emocinį asmens pasaulį. Tokio pobūdžio intervencijų kontekste išsiskiria dramos terapija – meno terapijos kryptis, paremta veiksmu, vaidmeniu ir simboliškai raiška (Jones, 2007). Ji leidžia netiesiogiai tyrinėti patirtis, mažinti gynybiškumą ir plėsti emocinės raiškos galimybes (Orkibi & Feniger-Schaal, 2021). Kūrybinio proceso metu stiprinamas emocijų atpažinimas, plėtojamas savęs suvokimas ir gerinamas socialinis funkcionavimas (Snow et al., 2022), o grupinė forma sukuria papildomą erdvę bendrumo patirčiai ir socialiniam įsitraukimui (Constien et al., 2024). Vis dėlto svarbu kritiškai pažymėti, kad nepaisant teigiamų indikacijų, šių intervencijų poveikis išlieka nepakankamai ištirtas specifiniuose kontekstuose, ypač instituciniuose ar glaudžiose bendruomenėse.

Lietuvoje ši problema dar labiau išryškėja, nes kūrybinės ir patirtinės intervencijos psichikos sveikatos srityje taikomos fragmentiškai, o praktika dažniau orientuojama į simptomų kontrolę ir kasdienio funkcionavimo palaikymą (Rimkevičienė, 2022). Dėl to išlieka ribotos galimybės sistemingai vertinti intervencijų, orientuotų į emocinę patirtį ir santykį, efektyvumą. Atsižvelgiant į tai, išryškėja mokslinė ir praktinė spraga, leidžianti formuluoti probleminį klausimą: kaip glaudžioje bendruomenėje gyvenantys asmenys patiria dramos terapijos procesą ir kokius psichosocialinės sveikatos pokyčius jie sieja su šia patirtimi? Šis tyrimas siekia prisidėti prie šios spragos užpildymo, analizuodamas dramos terapijos poveikį emocinei savijautai, savęs suvokimui ir socialiniam funkcionavimui kaip esminėms psichosocialinės sveikatos dimensijoms. Psichosocialinė sveikata šiame tyrime suprantama kaip kompleksinis reiškinys, apimantis emocinę būseną, savęs suvokimą ir gebėjimą dalyvauti socialiniame

gyvenime kuriant bei palaikant santykius (Davidson et al., 2021). Empiriniam tyrimo vertinimui taikomi standartizuoti psichologinės būklės vertinimo metodai.

Tyrimo objektas – glaudžioje bendruomenėje gyvenančių asmenų psichosocialinės sveikatos patirtys dramos terapijos kontekste

Tyrimo subjektas – glaudžioje bendruomenėje gyvenantys asmenys, patiriantys psichosocialinius sunkumus.

Hipotezė: po dramos terapijos taikymo dalyvių depresijos, nerimo ir streso įverčiai bus mažesni nei prieš intervenciją.

Tyrimo klausimas: kaip glaudžioje bendruomenėje gyvenantys asmenys patiria dramos terapijos procesą ir kokius psichosocialinės sveikatos pokyčius jie sieja su šia patirtimi?

Tyrimo tikslas – nustatyti dramos terapijos poveikį asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, psichosocialinei sveikatai.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti psichosocialinės sveikatos, bendruomeninio gyvenimo ir dramos terapijos teorinius aspektus.
2. Įvertinti depresijos, nerimo ir streso pokyčius prieš ir po dramos terapijos taikymo.
3. Atskleisti dalyvių patirtis ir išgyvenimus grupinės dramos terapijos procese.

Tyrime taikomas mišrus tyrimo metodas, derinantis kiekybinę ir kokybinę analizę (Creswell & Plano Clark, 2021). Kiekybinė dalis grindžiama DASS-21 klausimyno taikymu, lyginant depresijos, nerimo ir streso įverčius prieš ir po dramos terapijos intervencijos (Lovibond & Lovibond, 1995; Antony et al., 1998). Kokybinė analizė leidžia atskleisti, kaip dalyviai patiria dramos terapijos procesą ir kokią reikšmę šie pokyčiai įgyja jų emocinei savijautai, savęs suvokimui bei santykiams bendruomenėje. Toks metodologinis derinys sudaro prielaidas intervencijos poveikį vertinti kompleksiskai – tiek pagal standartizuotus rodiklius, tiek per dalyvių gyvenamos patirties kontekstą.

Rengiant baigiamąjį darbą buvo naudotasi GDI (generatyvinio dirbtinio intelekto) įrankiais informacijos paieškos bei teksto kalbos koregavimo tikslais.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, sveikatinimo paslaugų analizė

1.1.1. Psichosocialinės sveikatos samprata ir paplitimas

Psichosocialinė sveikata apima emocinę, psichologinę ir socialinę gerovę, kuri lemia asmens gebėjimą funkcionuoti kasdienėje aplinkoje, palaikyti tarpasmeninius santykius ir įveikti stresą. Šiuolaikinėje mokslinėje literatūroje ši samprata grindžiama biopsichosocialiniu požiūriu, pabrėžiančiu kompleksinę biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių sąveiką (World Health Organization, 2021). Psichosocialinė sveikata apima tarpusavyje susijusius komponentus: emocinę gerovę, susijusią su emocijų atpažinimu ir reguliavimu; psichologinę gerovę, apimančią savęs suvokimą, savivertę ir vidinį stabilumą; bei socialinę gerovę, kuri atsiskleidžia per tarpasmeninius santykius ir dalyvavimą visuomenėje (Iasiello et al., 2022). Šių komponentų pusiausvyra yra dinamiška, todėl jos sutrikimai gali lemti psichologinio distreso atsiradimą, pasireiškiantį depresija, nerimu ir padidėjusiu stresu (OECD, 2022).

Šiuolaikiniai tyrimai, plėtojantys individualiosios psichologijos idėjas, rodo, kad socialinis interesas ir priklausymo jausmas yra reikšmingi psichosocialinės gerovės veiksniai. Empiriniai duomenys patvirtina, kad stipresnis priklausymo jausmas siejasi su geresne emocine savijauta, didesniu gyvenimo pasitenkinimu ir mažesniu vienišumu (Allen et al., 2021). Tuo tarpu socialinio ryšio stoka ir subjektyvus atskirties patyrimas didina depresijos, nerimo ir psichologinio distreso riziką (Lim et al., 2022; Holt-Lunstad, 2021). Šie rezultatai atskleidžia, kad socialiniai ryšiai veikia kaip apsauginis veiksnys, o jų sutrikimas gali lemti psichosocialinės sveikatos pablogėjimą.

Naujausi empiriniai tyrimai rodo, kad depresija, nerimas ir stresas yra reikšmingai susiję su prastesniu kasdieniu funkcionavimu ir sumažėjusia gyvenimo kokybe. Aukštesnis psichologinio distreso lygis siejasi su mažesniu socialiniu įsitraukimu, silpnesniais tarpasmeniniais ryšiais ir didesne socialinės izoliacijos rizika (Iasiello et al., 2022). Ilgalaikis šių būsenų poveikis didina darbingumo sumažėjimo ir priklausomybės nuo sveikatos priežiūros bei socialinės paramos sistemų tikimybę (OECD, 2022). Tokiu būdu formuojasi psichosocialinė negalia, pasireiškianti ilgalaikiais funkcionavimo apribojimais ir sumažėjusiu dalyvavimu visuomenėje (World Health Organization, 2021).

Psichosocialinės sveikatos raiška priklauso ne tik nuo individualių veiksnių, bet ir nuo socialinio konteksto. Stigmatizacija, diskriminacija bei ribotas paslaugų prieinamumas reikšmingai apsunkina asmens integraciją ir pagalbos paiešką (Thornicroft et al., 2022). Tyrimai rodo, kad socialinio atstūmimo patirtys ir silpnas priklausymo jausmas yra svarbūs psichikos sutrikimų rizikos veiksniai (Lim et al., 2022), todėl psichosocialinė sveikata traktuojama kaip dinamiškas procesas, priklausantis nuo nuolatinės asmens ir aplinkos sąveikos.

Pasauliniu mastu psichosocialinės negalios paplitimas yra reikšmingas. Apie 1 mlrd. žmonių gyvena su negalia, iš kurių didelę dalį sudaro psichikos ir elgesio sutrikimai (World Health Organization, 2022). Maždaug 970 mln. žmonių pasaulyje patiria psichikos sveikatos sutrikimus, tai sudaro apie 1 iš 8 gyventojų (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Šie sutrikimai reikšmingai prisideda prie gyvenimo su negalia metų rodiklių ir daro poveikį tiek individualiam, tiek visuomeniniam funkcionavimui.

Europos kontekste apie 1 iš 6 gyventojų susiduria su psichikos sveikatos sunkumais, o jų ekonominė našta viršija 4 % bendrojo vidaus produkto (OECD, 2022). Psichikos sutrikimai glaudžiai susiję su socialine atskirtimi, nedarbu ir gyvenimo kokybės netolygumais, o socialiai pažeidžiamose grupėse jie pasireiškia dažniau.

Lietuvoje psichikos ir elgesio sutrikimais serga apie 5–7 % gyventojų (Higienos institutas, 2023). Šie sutrikimai yra viena pagrindinių neįgalumo priežasčių, o padidėjęs stresas ir emocinis išsekimas rodo plačiai paplitusį psichologinį distresą visuomenėje.

1.1.2. Šizofrenijos spektro ir organinių psichikos sutrikimų charakteristika

Psichosocialinės negalios struktūroje reikšmingą dalį sudaro sunkesni psichikos sutrikimai, tarp jų – šizofrenija ir šizofrenijos spektro sutrikimai (F20–F29 pagal TLK-10), taip pat organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai (F00–F09). Šie sutrikimai pasižymi mąstymo, suvokimo, emocijų ir pažintinių funkcijų pokyčiais, kurie daro tiesioginę įtaką asmens kasdieniam funkcionavimui ir socialiniam dalyvavimui (van Os & Kapur, 2009). Naujesni tyrimai pabrėžia, kad šie sutrikimai taip pat glaudžiai susiję su socialinio ryšio sutrikimais, įskaitant sumažėjusį priklausymo jausmą ir socialinio įsitraukimo stoką, kurie laikomi reikšmingais psichosocialinio funkcionavimo veiksniais (Lim et al., 2022; Badcock et al., 2021). Kadangi šiame tyrime analizuojama asmenų, sergančių šizofrenijos spektro (F20–F29) ir organiniais psichikos sutrikimais (F00–F09), psichosocialinė sveikata, toliau aptariamas šių diagnozių paplitimas, simptomų raiška ir jų įtaka kasdieniam funkcionavimui.

Pasauliniu mastu šizofrenija serga apie 24 mln. žmonių, tai sudaro apie 0,3 % gyventojų (World Health Organization, 2022). Tuo tarpu šizofrenijos spektro sutrikimų paplitimas vertinamas apie 0,7–1,0 % populiacijos, įtraukiant šizotipinius, kliesesinius ir kitus psichozinius sutrikimus (van Os & Kapur, 2009; Fusar-Poli et al., 2015). Šie sutrikimai sudaro reikšmingą dalį psichikos sutrikimų sukeltos neįgalumo naštos ir yra tarp pagrindinių gyvenimo su negalia priežasčių pasaulyje (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Europos kontekste šizofrenijos paplitimas siekia apie 0,2–0,5 %, o viso spektro – apie 0,8–1,2 % (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Šie rodikliai rodo, kad psichoziniai sutrikimai, nors ir retesni nei depresija ar nerimas, pasižymi didele socialine ir ekonomine našta bei reikšmingu poveikiu asmens funkcionavimui.

Lietuvoje šizofrenija serga apie 0,3–0,5 % gyventojų, tai yra maždaug 8–14 tūkst. žmonių. Įtraukus šizofrenijos spektro sutrikimus, šis skaičius gali siekti apie 20–30 tūkst. asmenų (Higienos institutas, 2023). Šie sutrikimai sudaro reikšmingą dalį sunkaus neįgalumo atvejų ir yra susiję su ilgalaikiu socialinio funkcionavimo sutrikimu bei padidėjusiu psichosocialinės pagalbos poreikiu.

Svarbu pažymėti, kad šizofrenija dažniausiai išsivysto palaipsniui. Prieš pirmąją psichozės epizodą dažnai pasireiškia vadinamoji prodrominė fazė, kuriai būdingi depresijos, nerimo ir padidėjusio streso simptomai (Fusar-Poli et al., 2013). Naujesni tyrimai patvirtina, kad depresiniai simptomai nustatomi iki 60 % atvejų (Fusar-Poli et al., 2020), o nerimo sutrikimai – apie 40–50 % (Addington et al., 2017). Taip pat nustatyta, kad prodrominėje fazėje dažnai pasireiškia padidėjęs psichologinis stresas ir jautrumas stresoriams, kuris laikomas reikšmingu psichozės rizikos veiksniu (Pruessner et al., 2017; Walker & Diforio, 1997). Naujesni tyrimai rodo, kad šiuos simptomus dažnai lydi sumažėjęs priklausymo jausmas, socialinis atsitraukimas ir vienišumas, kurie laikomi svarbiais psichozės vystymosi ir psichosocialinio funkcionavimo blogėjimo veiksniais (Lim et al., 2022). Šiuos simptomus neretai lydi socialinis atsitraukimas, sumažėjęs kasdienis funkcionavimas ir pablogėję tarpasmeniniai santykiai, todėl jie laikomi svarbiais psichosocialinės rizikos indikatoriais bei ankstyvaisiais psichozės raidos požymiais.

Vertinant šių emocinių būsenų intensyvumą ir raišką, moksliniuose tyrimuose plačiai taikomi standartizuoti psichometriniai instrumentai. Vienas iš dažniausiai naudojamų yra DASS-21, leidžiantis įvertinti depresijos, nerimo ir streso lygį (Lovibond & Lovibond, 1995). Naujesni tyrimai patvirtina šio instrumento patikimumą ir validumą įvairiose populiacijose, įskaitant klinikines imtis (Zanon et al., 2021; Scholten et al., 2017). Šis instrumentas plačiai taikomas vertinant psichologinį distresą ir jo sąsajas su psichikos sutrikimų rizika.

Siekiant struktūruotai apibūdinti šiame tyrime aktualius psichikos sutrikimus, pateikiama jų klasifikacija pagal TLK-10 ir pagrindinių simptomų raiška (žr. 1 lentelę). Tyrimas buvo vykdomas bendruomenėje, kurioje gyvena asmenys, turintys psichosocialinę negalią ir sergantys šizofrenijos spektro bei organiniais psichikos sutrikimais, todėl ši informacija padeda geriau suprasti tiriamųjų klinikinį kontekstą ir psichosocialinio funkcionavimo ypatumus.

Lentelė nr. 1 *Šizofrenijos spektro (F20–F29) ir organinių (F00–F09) psichikos sutrikimų charakteristikos ir simptomų raiška (adaptuota remiantis TLK-10-AM klasifikacija ir moksliniais šaltiniais: Sadock et al., 2015 ; American Psychiatric Association, 2022)*

TLK-10 kodas	Sutrikimas	Pagrindinės charakteristikos	Šizofrenijai būdingų simptomų raiška
F20 (F20.0–F20.6)	Šizofrenija (paranoidinė, hebefreninė, katatoninė, nediferencijuota, likutinė 15rk t.)	Psichoziniai simptomai: mąstymo, suvokimo ir emocijų sutrikimai	Būdingi ryškūs psichoziniai simptomai: kliesdesiai (pvz., persekiojimo, didybės), klausos haliucinacijos, dezorganizuotas mąstymas ir elgesys
F21	Šizotipinis sutrikimas	Ekscentriškas mąstymas, socialinis nerimas, keistas elgesys	Pasireiškia lengvesni simptomai: neįprasti įsitikinimai, įtaros idėjos, suvokimo iškraipymai, tačiau nėra pilnai išreikštų haliucinacijų ar kliesdesių
F25	Šizoafektinis sutrikimas	Psichozės ir nuotaikos sutrikimų derinys	Epizodų metu pasireiškia kliesdesiai, haliucinacijos bei dezorganizuotas mąstymas, kartu su depresijos ar manijos simptomais
F22–F29	Kliesdesiniai ir kiti psichoziniai sutrikimai	Nuolatiniai kliesdesiai, santykinai išlaikytas funkcionavimas	Vyrauja kliesdesiai (dažniausiai persekiojimo), haliucinacijos retesnės, mąstymas mažiau dezorganizuotas
F00–F09	Organiniai ir simptominiai sutrikimai	Smegenų pažeidimai, kognityviniai ir emociniai sutrikimai	Gali pasireikšti kliesdesiai, regos ar klausos haliucinacijos ir elgesio dezorganizacija, dažnai kartu su atminties ir orientacijos sutrikimais

Apibendrinant galima teigti, kad psichosocialinė sveikata yra kompleksinis reiškinys, apimantis emocinius, psichologinius ir socialinius aspektus, kurie tarpusavyje sąveikauja. Statistiniai duomenys rodo, kad psichikos sutrikimai sudaro reikšmingą psichosocialinės negalios dalį tiek pasaulyje, tiek Europoje ir Lietuvoje. Ypač svarbūs yra šizofrenijos spektro ir organiniai psichikos sutrikimai, kurie pasižymi ryškiais psichoziniais simptomais ir reikšmingai veikia asmens funkcionavimą. Ankstyvieji simptomai, tokie kaip depresija, nerimas ir stresas, gali būti svarbūs šių sutrikimų rizikos indikatoriai, todėl jų vertinimas, taikant tokius instrumentus kaip DASS-21, yra reikšmingas tiek moksliniuose tyrimuose, tiek praktikoje.

1.1.3. Asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, patekimo į bendruomenę prielaidos ir gyvenimo aplinkybės

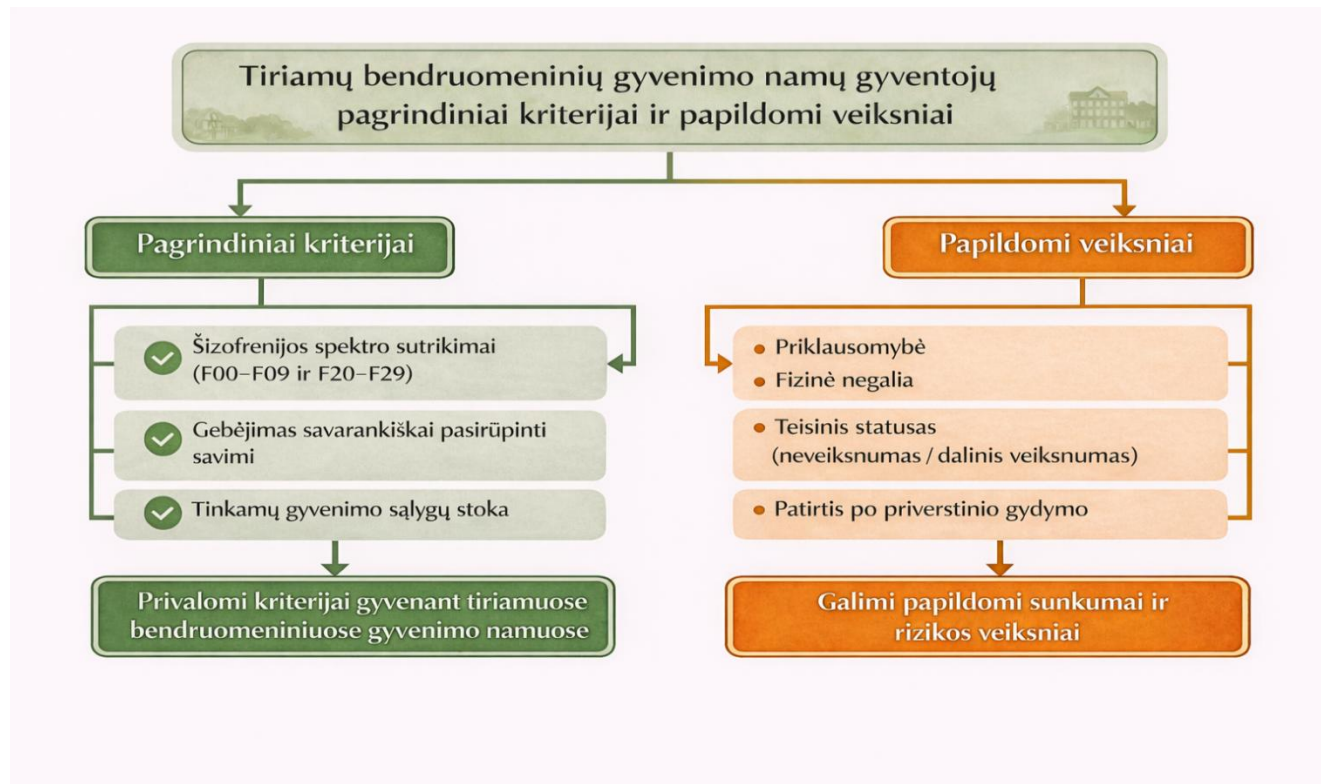
Glaudžioje bendruomenėje gyvena suaugę asmenys, turintys psichosocialinę negalią ir ribotą savarankiškumą, kurių kasdienį funkcionavimą apsunkina ne tik klinikiniai simptomai, bet ir kompleksiniai socialiniai veiksniai. Tyrimai rodo, kad asmenys, sergantys sunkiais psichikos sutrikimais, dažnai susiduria su benamyste, socialine izoliacija, nutrūkusiais tarpasmeniniais ryšiais ir ribotu socialinės paramos prieinamumu (Padgett et al., 2021). Tokios aplinkybės reikšmingai didina socialinės atskirties riziką ir apsunkina reintegraciją į visuomenę. Be to, pereinamasis laikotarpis po stacionarinio ar priverstinio gydymo yra ypač pažeidžiamas, nes asmenys dažnai neturi stabilios gyvenamosios vietos ir susiduria su kasdienio funkcionavimo sunkumais (Killaspy et al., 2022). Bendruomeninės gyvenimo formos šiuo atveju atlieka svarbų vaidmenį kaip tarpinė, pagalbos grandis, užtikrinanti saugumą ir sudaranti prielaidas palaipsniui atkurti savarankiškumą bei socialinius įgūdžius.

Gyventojų patekimas į bendruomenę grindžiamas kompleksiniu poreikių vertinimu, kuris apima ne tik diagnozę, bet ir asmens funkcinį pajėgumą bei socialinę situaciją. Moksliniai tyrimai pabrėžia, kad efektyvios bendruomeninės paslaugos turi būti orientuotos į individualizuotą pagalbą, apimančią stabilumo užtikrinimą, kasdienio gyvenimo įgūdžių stiprinimą ir socialinės įtraukties skatinimą (Aubry et al., 2020; WHO, 2021). Taip pat atsižvelgiama į papildomus veiksnius, tokius kaip priklausomybės, fizinė sveikata ar ankstesnė gydymo patirtis, kurie gali turėti įtakos pagalbos intensyvumui ir pobūdžiui (Thornicroft et al., 2022). Tokia kompleksinė vertinimo sistema leidžia glaudžią bendruomenę traktuoti kaip struktūruotą atsigavimo aplinką, kurioje derinamas saugumas, terapinė pagalba ir socialinės integracijos galimybės, o pagrindinis tikslas – sudaryti sąlygas asmeniui, kiek įmanoma, grįžti į savarankišką gyvenimą.

Gyventojų patekimas į bendruomenę grindžiamas aiškiai apibrėžtais kriterijais. Pirmiausia vertinami pagrindiniai kriterijai: psichikos sutrikimų pobūdis (dažniausiai šizofrenijos spektro sutrikimai), gebėjimas bent iš dalies savarankiškai atlikti kasdienes veiklas bei tinkamų gyvenimo sąlygų stoka (žr. 1 pav.). Taip pat atsižvelgiama į papildomus veiksnius, tokius kaip priklausomybės, fizinė negalia, teisinis statusas ar ankstesnė patirtis, susijusi su gydymu. Šie veiksniai leidžia išsamiau įvertinti asmens situaciją, galimus sunkumus ir reikalingos pagalbos intensyvumą. Tokia atrankos eiga aiškiai atsispindi schemeje, kurioje matyti, kaip šie kriterijai susijungia į sprendimą dėl asmens priėmimo į bendruomenę. Panaši daugialypio vertinimo praktika aprašoma ir bendruomeninių psichikos sveikatos

paslaugų tyrimuose, kur pabrėžiama, kad sprendimai dėl apgyvendinimo grindžiami ne vien klinikiniais rodikliais, bet ir socialinio funkcionavimo bei aplinkos veiksnių analize (Killaspy et al., 2022)

Paveikslas nr. 1 *Tiriamų bendruomeninių gyvenimo namų gyventojų pagrindiniai kriterijai ir papildomi veiksniai (adaptuota remiantis pagal organizacijos veiklos aprašą ir vidinę informaciją)*



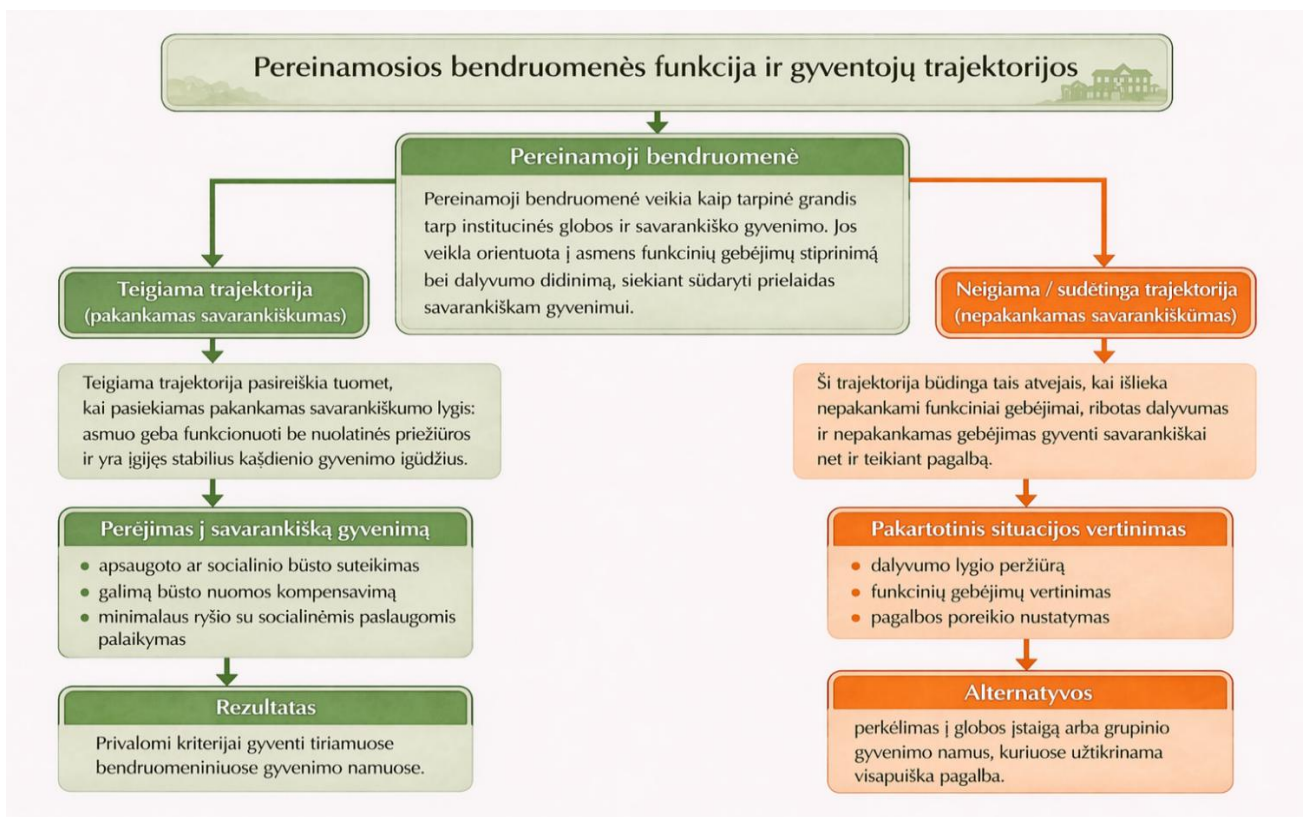
Svarbu pažymėti, kad gyvenimas glaudžioje bendruomenėje nėra privalomas ar visam laikui įpareigojantis. Gyventojai turi teisę savo noru nutraukti sutartį su įstaiga ir išvykti gyventi kitur, pavyzdžiui, pas artimuosius, į savarankiškai nuomojamą būstą ar kitą pasirinktą aplinką. Taigi bendruomenė ne tik teikia pagalbą, bet ir užtikrina asmens autonomiją bei pasirinkimo laisvę.

1.1.4. Glaudžios bendruomenės veikimas ir savarankiškumo trajektorijos

Bendruomenėje sukurama namų aplinkai artima erdvė, kurioje gyventojai mokosi ar atkuria kasdienio gyvenimo įgūdžius. Jie planuoja savo dienos tvarką, tvarkosi buitį, gamina maistą, rūpinasi asmens higiena, apsiperka, valdo finansus ir moka mokesčius. Šios veiklos nėra atliekamos už gyventojus – priešingai, jie skatinami patys priimti sprendimus ir prisiimti atsakomybę už savo gyvenimą. Socialiniai darbuotojai ir jų padėjėjai teikia individualizuotą, tačiau ribotą pagalbą, orientuotą į savarankiškumo stiprinimą. Vienas svarbiausių glaudžios bendruomenės tikslų – sudaryti sąlygas gyventojams integruotis į visuomenę. Tai apima ne tik kasdienio savarankiškumo ugdymą, bet ir ilgalaikius tikslus: profesinių

įgūdžių įgijimą, įsidarbinimą, socialinių ryšių atkūrimą ar naujų kūrimą. Gyventojai skatinami dalyvauti bendruomenės gyvenime, naudotis viešosiomis paslaugomis, plėsti savo socialinį tinklą, taip mažinant socialinę atskirtį ir stiprinant pasitikėjimą savimi. Ši bendruomenė funkcionuoja kaip tarpinė grandis tarp institucinės globos ir savarankiško gyvenimo, todėl gyventojų trajektorijos gali vystytis skirtingomis kryptimis (žr. 2 pav.).

Paveikslas nr. 2 *Pereinamosios bendruomenės vaidmuo ir gyventojų savarankiškumo trajektorijos (adaptuota remiantis pagal Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos teisės aktus bei bendruomeninių paslaugų organizavimo principus)*



- Teigiama trajektorija pasireiškia tuomet, kai asmuo pasiekia pakankamą savarankiškumo lygį – geba funkcionuoti be nuolatinės priežiūros ir yra įgijęs stabilius kasdienio gyvenimo įgūdžius. Tokiu atveju sudaromos prielaidos pereiti į savarankišką gyvenimą: suteikiamas apsaugotas ar socialinis būstas, gali būti skiriama būsto nuomos kompensacija, o ryšys su socialinėmis paslaugomis išlieka minimalus. Šis etapas žymi sėkmingą perėjimą į savarankišką gyvenimą, kai reikalinga tik ribota institucinė parama.
- Vis dėlto daliai gyventojų būdinga sudėtingesnė trajektorija, kai išlieka nepakankami funkciniai gebėjimai, ribotas dalyvumas ir sunkumai gyventi savarankiškai net ir teikiant pagalbą. Tokiais

atvejais atliekamas pakartotinis situacijos vertinimas: peržiūrimas dalyvumo lygis, įvertinami funkciniai gebėjimai ir nustatomas tolimesnis pagalbos poreikis. Jei nustatoma, kad savarankiškas gyvenimas nėra pasiekiamas, pasirenkamos alternatyvios globos formos – asmuo gali būti perkeliamas į grupinio gyvenimo namus ar ilgalaikės globos institucijas, kuriose užtikrinama intensyvesnė ir visapusiška priežiūra.

Bendruomenė veikia kaip kritinis etapas, lemiantis gyventojų galimybes pereiti į savarankišką gyvenimą arba, esant poreikiui, gauti didesnės apimties ilgalaikę pagalbą. Šiame etape nuosekliai stiprinami asmens funkciniai gebėjimai, ugdomi kasdienio gyvenimo įgūdžiai ir skatinama socialinė integracija, apimanti aktyvų dalyvavimą bendruomenėje bei socialinių ryšių kūrimą ir palaikymą (Harvey & Brophy, 2021). Pereinamosios paslaugos sudaro galimybes vertinti asmens gebėjimus realiomis gyvenimo sąlygomis, o tai laikoma svarbia prielaida priimant pagrįstus sprendimus dėl tolesnės gyvenimo krypties ir reikalingos pagalbos apimties (Browne et al., 2021). Tyrimai taip pat rodo, kad nuoseklus perėjimas iš institucinės globos į bendruomenines paslaugas mažina socialinės atskirties ir pakartotinės institucionalizacijos riziką bei gerina gyvenimo kokybę (Killaspy et al., 2022).

Taigi glaudžioji bendruomenė laikytina svarbia ir kompleksine socialinės pagalbos forma, skirta asmenims, kurie dėl ligos, socialinių aplinkybių ar gyvenimo krizių yra praradę stabilumą. Ji funkcionuoja ne tik kaip gyvenamoji aplinka, bet ir kaip struktūruota ugdymo bei socialinės integracijos erdvė, kurioje asmuo gali palaipsniui atkurti savo gebėjimus, stiprinti savarankiškumą ir, atsižvelgiant į individualias galimybes, pereiti į aukštesnį savarankiško gyvenimo etapą. Toks modelis užtikrina paslaugų tęstinumą ir leidžia lanksčiai derinti savarankiškumo stiprinimą su būtinos pagalbos teikimu (Harvey & Brophy, 2021).

1.2. Dramos terapijos metodų taikymo galimybių analizė

1.2.1. Dramos terapijos veikimo mechanizmai šizofrenijos kontekste

Dramos terapija sudaro galimybę žmogui susitikti su savo patirtimi ne tik ją įvardijant, bet ir ją išgyvenant per veiksmą. Esminę reikšmę čia įgyja vaidmenų kūrimas, situacijų atkūrimas bei kūno ir emocijų įtraukimas, leidžiantis pasiekti patirties sluoksnius, sunkiai prieinamus vien kalbos lygmeniu (Feniger-Schaal & Orkibi, 2022). Toks patirtinis įsitraukimas ypač reikšmingas dirbant su sudėtingais psichikos sutrikimais. Šizofrenija pasižymi ne tik mąstymo ar suvokimo sutrikimais, bet ir ryškiais emocijų atpažinimo, raiškos bei socialinio funkcionavimo sunkumais. Kai žmogus įsitraukia į vaidmenį ar situacijos atkūrimą, emocija tampa ne tik įvardijama, bet ir patiriama kūniškai. Tokiu būdu atsiranda

galimybė atpažinti tai, kas anksčiau likdavo neaišku ar išskaidyta (Haeyen et al., 2023). Dramos terapija šiuo požiūriu suteikia struktūruotą ir saugią erdvę netiesioginiam patirties tyrinėjimui, sumažinant kognityvinę apkrovą ir tiesioginės konfrontacijos su sunkiais išgyvenimais poreikį (Sajnani et al., 2023).

Simbolinė raiška leidžia tyrinėti sudėtingas patirtis netiesioginiu būdu. Kai tiesioginis įvardijimas yra apsunkintas, patirtis gali būti išreiškiama per metaforą, objektą ar veiksmą. Tokia raiška ypač reikšminga dirbant su psichozės patirtimis, kurios dažnai pasižymi fragmentiškumu ir sunkiai verbalizuojamu turiniu (Schweizer et al., 2022). Netiesioginis išraiškos būdas leidžia išlaikyti emocinį saugumą ir kartu palaipsniui artėti prie jautraus turinio. Šiuolaikinėje literatūroje pabrėžiama, kad darbas su gilesniais patirties sluoksniais turi būti struktūruotas ir laipsniškas, siekiant išvengti per didelio emocinio suaktyvėjimo (Feniger-Schaal & Orkibi, 2022). Tai ypač svarbu šizofrenijos kontekste, kur intensyvios emocinės patirtys gali destabilizuoti asmens būseną. Todėl terapinis procesas grindžiamas saugumo kūrimu, aiškia struktūra ir galimybe reguliuoti įsitraukimo lygį.

Analizuojant dramos terapijos poveikį šizofrenijos kontekste, tikslinga orientotis į depresijos, nerimo ir streso dimensijas. Šie emociniai komponentai yra glaudžiai susiję su gyvenimo kokybe, socialiniu funkcionavimu ir atkryčio rizika (Killaspy et al., 2022). Tyrimai rodo, kad depresija ir nerimas dažnai pasireiškia kaip komorbidinės būklės, o padidėjęs streso lygis gali veikti kaip vienas iš simptomų paūmėjimo veiksnių (Vrbova et al., 2023). Be to, šie rodikliai yra jautrūs terapiniams pokyčiams ir tinkami empiriniam vertinimui, todėl leidžia objektyviau analizuoti menų terapijos efektyvumą (De Witte et al., 2022). Šiame kontekste depresijos, nerimo ir streso rodiklių vertinimas tampa svarbiu kriterijumi analizuojant dramos terapijos poveikį emocinei būklei ir psichosocialinei adaptacijai. Dramos terapija, veikdama per emocinę raišką, kūno įtraukimą ir socialinę sąveiką, prisideda prie emocijų reguliacijos gerėjimo, vidinės įtampos mažėjimo ir psichologinio atsparumo stiprinimo (Haeyen et al., 2023; Orkibi et al., 2022).

Adlerio teorijos šiuolaikinės interpretacijos pabrėžia, kad gyvenimo stilius nėra statiškas ir gali kisti per naują patirtį bei socialinę sąveiką (Carlson & Englar-Carlson, 2022). Terapiniame procese, kai asmuo pradeda kitaip veikti, išbūti santykiuose, reikšti emocijas ir reaguoti spontaniškiau, palaipsniui kinta jo vidinės nuostatos ir adaptacijos būdai. Galiausiai, vienas svarbiausių terapinio proceso mechanizmų yra saugumo formavimasis. Tyrimai rodo, kad psichologinis saugumas yra būtina sąlyga emociniams ir elgesio pokyčiams, ypač dirbant su sunkiais psichikos sutrikimais (Schweizer et al., 2022). Saugumas kuriamas palaipsniui – per struktūrą, terapinį santykį ir galimybę reguliuoti savo įsitraukimą. Tik esant

pakankamam saugumo lygiui tampa įmanomi gilesni pokyčiai, susiję su ilgalaikę psichosocialine adaptacija.

1.2.2. Dramos terapijos metodų taikymas grupiniame procese

Dramos terapijos metodai grupėje įgauna kitokią formą nei individualiame darbe, nes pats procesas ima vykti tarp žmonių. Vienoje erdvėje susitinka skirtingi buvimo tempai – vienas dalyvis įsitraukia greitai, kitas renkasi stebėti, trečias įsijungia tik per fragmentiškas, atsargias formas. Šis skirtingumas tampa ne kliūtimi, o pačios terapinės dinamikos dalimi. Grupėje metodas ne tik taikomas, bet ir kinta priklausomai nuo to, kas tuo metu vyksta tarp dalyvių (Sajnani et al., 2023; Orkibi et al., 2023). Pavyzdžiui, kai vienas žmogus pradeda kurti sceną ar vaidmenį, kiti gali likti stebėtojai. Tačiau net ir šioje pozicijoje vyksta įsitraukimas – atsiranda vidinės reakcijos, atpažinimai, kūniški atsakai. Tokiu būdu formuojasi dalyvavimo spektras, leidžiantis kiekvienam pasirinkti sau pakeliamą įsitraukimo lygį. Netiesioginis dalyvavimas mažina spaudimą atsiverti ir leidžia išlaikyti emocinį saugumą, ypač dirbant su asmenimis, patiriančiais psichikos sutrikimus (Feniger-Schaal & Orkibi, 2023; Keisari et al., 2023).

Grupiniame procese atsiranda reakcijos, kurios individualiame darbe nepasireiškia. Vieno dalyvio veiksmas ar išgyvenimas gali sužadinti kito atsaką – kartais palaikantį, kartais atspindintį, kartais netikėtai stiprų. Tokiu būdu formuojasi gyvas tarpasmeninis laukas, kuriame santykis patiriamas tiesiogiai, o ne tik reflektuojamas žodžiais. Šis procesas atitinka klasikinius grupės terapijos principus, kuriuos aprašo Yalom – ypač universališkumo patyrimą, kai žmogus pamato, kad nėra vienas su savo išgyvenimu, bei tarpasmeninį mokymąsi, kuris vyksta per tiesioginį santykį su kitais grupės nariais (Yalom & Leszcz, 2020). Naujesni tyrimai rodo, kad toks „čia ir dabar“ santykis gali stiprinti socialinius įgūdžius ir mažinti atsiribojimą šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste (Haeyen et al., 2023; De Witte et al., 2023). Svarbus aspektas yra saugumo formavimasis. Grupėje jis kuriamas ne tik per terapeuto palaikomą struktūrą, bet ir per pačių dalyvių buvimą. Kai žmogus mato, kad kiti taip pat abejoja, sustoja ar renkasi tylėti, mažėja poreikis atitikti išorinius lūkesčius. Atsiranda daugiau vietos būti su savo tempu. Tokia aplinka leidžia palaipsniui plėsti įsitraukimą – nuo stebėjimo iki aktyvesnio dalyvavimo. Yalom aprašytas grupės kohezijos jausmas čia tampa svarbiu veiksniu – jis kuria emocinį pagrindą, kuriame žmogus gali rizikuoti būti matomas (Yalom & Leszcz, 2020). Šiuolaikinė literatūra taip pat pabrėžia, kad psichologinis saugumas yra būtina sąlyga terapiniams pokyčiams (Sajnani et al., 2023; Schweizer et al., 2023).

Tyrimo kontekste, kai grupės dalyviai gyvena toje pačioje bendruomenėje, grupinis procesas nesibaigia kartu su sesija. Santykiai, kurie formuojasi terapijos metu, tęsiasi kasdienėse situacijose – bendrose veiklose, pokalbiuose, buvime šalia. Tai sukuria galimybę naujas patirtis perkelti už terapinės erdvės ribų. Pavyzdžiui, situacijoje, kurioje grupėje atsirado daugiau drąsos kalbėti ar kreiptis į kitą, panašus elgesys gali būti išbandomas ir kasdienybėje. Tokia patirties integracija siejama su ilgalaikiais pokyčiais, nes nauji elgesio modeliai įsitvirtina realiame socialiniame kontekste (Keisari et al., 2023). Kartu toks tęstinumas kelia ir papildomų iššūkių. Grupėje patirti išgyvenimai gali būti pernešami į kasdienes santykius, todėl svarbi tampa aiški proceso struktūra ir refleksija. Dramos terapijoje tai įgyvendinama per sąmoningą grįžimą iš vaidmens, patirties aptarimą ir ribų įvardijimą. Tokiu būdu išlaikomas skirtumas tarp terapinės erdvės ir kasdienio gyvenimo, leidžiantis patirtį integruoti neperkraunant dalyvio (Feniger-Schaal & Orkibi, 2023).

Taigi dramos terapijos metodai grupėje veikia kaip dinamiška sistema, kurioje svarbus ne tik individualus išgyvenimas, bet ir santykis su kitais. Per bendrą veiksmą, stebėjimą ir reakcijas formuojasi erdvė, kurioje galima išbandyti naujus buvimo būdus ir palaipsniui juos perkelti į kasdienį gyvenimą (Yalom & Leszcz, 2020).

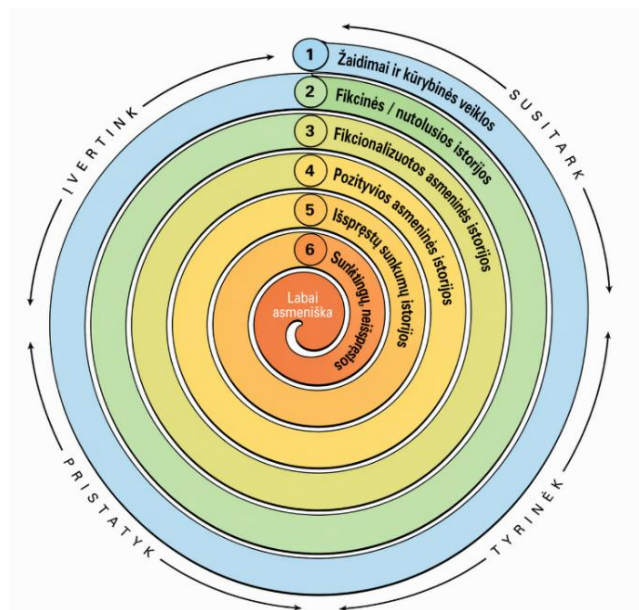
1.2.3. Dramos spiralės modelio struktūra ir etapų logika dramos terapijoje

Dramos terapijos procesas turi vidinę kryptį, kuri atsiskleidžia per palaipsnį judėjimą nuo saugesnių, mažiau asmeniškų formų link gilesnio, emociškai reikšmingo darbo. Šis judėjimas remiasi nuoseklia logika, leidžiančia reguliuoti įsitraukimo intensyvumą ir išlaikyti psichologinį saugumą. Tai ypač svarbu dirbant su asmenimis, patiriantčiais šizofrenijos spektro sutrikimus, kuriems per staigus susidūrimas su intensyvia patirtimi gali būti destabilizuojantis (Sajnani et al., 2023). Tokia kryptinga eiga sudaro prielaidas palaipsniui gilinti patyrimą, kartu išlaikant kontrolės ir saugumo jausmą. Terapinis procesas vystomas taip, kad kiekvienas etapas remtųsi ankstesniu ir sudarytų nuoseklų, psichologiškai pagrįstą struktūrą, kurioje įsitraukimas gali būti lanksčiai reguliuojamas. Tai leidžia išvengti tiek pernelyg greito emocinio suaktyvėjimo, tiek stagnacijos ir sudaro sąlygas prasmingam terapiniam pokyčiui (Baim et al., 2021).

Proceso struktūra aiškiai atsiskleidžia Dramos spiralės (*angl. The Drama Spiral*) modelyje (žr. pav. 3), kuriame terapinis darbas vaizduojamas kaip judėjimas spiralės link centro ir atgal į išorę. Proceso pradžioje svarbiausia tampa saugumo kūrimas, todėl vyrauja žaidybiniai, mažiau asmeniški metodai – darbas su neutraliais vaidmenimis, paprastos improvizacijos, kūno įtraukimas be tiesioginio asmeninės patirties atskleidimo. Dalyviai gali išlaikyti distanciją: stebėti, įsitraukti fragmentiškai arba dalyvauti per

simbolines formas. Tokia pradžia leidžia priprasti prie grupės, terapinės erdvės ir savo reakcijų. Dramos spiralės modelyje tai atitinka išorinius, mažesnės rizikos sluoksnius (1–2 lygiai; žr. pav. 3), kuriuose išlaikomas atstumas tarp asmens ir jo patirties (Baim et al., 2021).

Paveikslas nr. 3 *Dramos spiralės modelio struktūrinė schema (adaptuota remiantis Baim et al. (2021))*



Proceso pradžioje svarbiausia tampa saugumo kūrimas. Šiame etape vyrauja žaidybiniai, mažiau asmeniškai metodai – darbas su neutraliais vaidmenimis, paprastos improvizacijos, kūno įtraukimas be tiesioginio asmeninės patirties atskleidimo. Dalyviai gali būti procese išlaikydami tam tikrą distanciją: stebėti, įsitraukti fragmentiškai arba dalyvauti per simbolines formas. Tokia pradžia leidžia priprasti prie grupės, terapinės erdvės ir savo pačių reakcijų. Dramos spiralės modelyje tai atitinka išorinius, mažesnės rizikos sluoksnius (1–2 lygiai; žr. pav. 3.), kuriuose išlaikomas atstumas tarp asmens ir jo patirties (Baim et al., 2021). Toks saugumo kūrimas atliepia ir individualiosios psichologijos principus, pabrėžiančius socialinio saugumo ir priklausymo svarbą kaip prielaidą tolimesniam asmens atsivėrimui (Adler, 1927/1998).

Palaipsniui procesas juda į vidurinę dalį, kur atsiranda daugiau emocinio turinio ir santykio. Dalyviai pradeda kurti artimesnius, su jų patirtimi susijusius vaidmenis, atsiranda spontaniškesnės reakcijos, daugiau tarpusavio sąveikos. Šiame etape mažėja distancija – patirtis tampa labiau išgyvenama, o ne tik stebima. Tai momentas, kai žmogus gali išbandyti kitokį buvimo būdą: išreikšti jausmą per veiksmą, sureaguoti į kitą žmogų ir išbūti situacijoje, kurios anksčiau vengė. Tačiau kartu

didėja ir pažeidžiamumas, todėl svarbus išlieka proceso struktūravimas bei galimybė reguliuoti įsitraukimą (Orkibi et al., 2023). Dramos spiralės modelis šią proceso dalį apibrėžia kaip judėjimą į vidinius sluoksnius (3–5 lygiai; žr. 3 pav.), kuriuose mažėja simbolinis atstumas ir didėja asmeninės patirties intensyvumas (Baim et al., 2021). Ši dinamika siejasi su Adlerio akcentuojamu drąsos veikti ir socialinio intereso stiprinimu, kai asmuo palaipsniui įsitraukia į vis autentiškesnį santykį su savimi ir kitais (Adler, 1931/2011).

Proceso pabaigoje svarbi tampa integracija. Po gilesnio darbo su patirtimi atsiranda poreikis sugrįžti į saugesnę erdvę, reflektuoti ir „išnešti“ patirtį iš vaidmens į kasdienį gyvenimą. Dalyvis jau gali įvardyti, kas jam vyko, susieti tai su savo realiomis situacijomis, kartais, pirmą kartą išbūti su tuo, kas anksčiau buvo per sunku. Dramos spiralės modelio logikoje tai yra judėjimas atgal į išorinius sluoksnius (žr. 3 pav.), tačiau jau su nauja patirtimi ir platesniu supratimu (De Witte et al., 2023). Toks patirties integravimas atitinka Adlerio požiūrį į gyvenimo stiliaus refleksiją ir naujų, adaptyvesnių elgesio būdų įtvirtinimą (Adler, 1927/1998).

Svarbu tai, kad šie etapai nėra griežtai atskirti. Grupė gali grįžti į saugesnes formas, jei emocinis intensyvumas tampa per didelis, arba judėti giliau, jei atsiranda pakankamas saugumo pagrindas. Tačiau bendra kryptis išlieka: nuo atsargaus įsitraukimo, per santykį ir emocinį išgyvenimą, link patirties integravimo. Tokia struktūra leidžia dramos terapijai veikti kaip nuosekliam procesui, kuriame kiekvienas etapas turi savo vietą ir funkciją, o judėjimas per skirtingus „spiralės“ sluoksnius padeda išlaikyti pusiausvyrą tarp gylio ir saugumo (Sajnani et al., 2023; Baim et al., 2021). Šis procesinis nuoseklumas dera su Adlerio teorijoje pabrėžiamu tikslingu asmens augimu ir kryptingu judėjimu link didesnio psichologinio vientisumo bei socialinio įsitraukimo (Adler, 1931/2011).

1.2.4. Ribos ir rizikos taikant dramos terapiją šizofrenijos kontekste

Dramos terapija, veikdama per veiksmą, simbolį ir santykį, sudaro galimybę pasiekti patirtis, kurios dažnai lieka nepasiekiamos vien kalbos lygmeniu. Tačiau dirbant su šizofrenijos spektro sutrikimais ši galimybė kartu tampa ir jautria riba, reikalaujančia aiškaus struktūravimo ir nuolatinio proceso reguliavimo. Terapinis darbas čia vyksta tarp dviejų polių – siekio artėti prie asmeniškios patirties ir poreikio išlaikyti psichologinį stabilumą (Sajnani et al., 2023). Vienas svarbiausių iššūkių yra per didelio emocinio suaktyvėjimo rizika. Įsitraukimas į vaidmenį ar sceną gali sužadinti stiprias emocines reakcijas, kurios, esant ribotoms savireguliacijos galimybėms, tampa sunkiai suvaldomos. Šizofrenijos kontekste tai gali pasireikšti padidėjusiu nerimu, dezorganizacija ar simptomų paūmėjimu (Schweizer et al., 2023; Vrbova et al., 2023). Tyrimai rodo, kad emocinis perkūvis gali veikti kaip vienas iš veiksmų,

didinančių atkryčio riziką, todėl būtina užtikrinti palaipsnį ir kontroliuojamą įsitraukimą (Killaspy et al., 2022). Dėl šios priežasties terapinis procesas organizuojamas taip, kad dalyvis galėtų reguliuoti savo įsitraukimo lygį – turėti galimybę atsitraukti, stebėti ar dalyvauti simboliniu būdu.

Kita svarbi riba atsiranda tarp simbolio ir realybės. Dramos terapijoje patirtis dažnai išreiškiama per vaidmenis, metaforas ar fikcines situacijas, tačiau šizofrenijos atveju šis skirtumas gali tapti mažiau aiškus. Kai simbolinė erdvė persidengia su realybės suvokimu, kyla rizika, kad patirtis bus išgyvenama ne kaip reprezentacija, o kaip tiesioginė realybė (Keisari et al., 2023). Tokiais atvejais itin svarbus tampa aiškus įėjimo ir išėjimo iš vaidmens procesas, scenos uždarymas ir refleksija, padedanti atskirti patirtį nuo realybės. Literatūroje pabrėžiama, kad simbolinės distancijos išlaikymas yra vienas iš esminių saugaus darbo principų menų terapijoje (Feniger-Schaal & Orkibi, 2023). Adlerio teorijos kontekste šios ribos gali būti suprantamos per gyvenimo stiliaus ir socialinio intereso sąvokas. Adleris pabrėžė, kad šizofrenijos atveju žmogaus ryšys su socialine realybe gali silpnėti, o vidinis pasaulis tampa fragmentuotas ir mažiau orientuotas į bendrą socialinį lauką (Adler, 2011). Tokiu atveju terapinis procesas turi padėti palaipsniui grąžinti žmogų į santykį su kitais, tačiau tai turi vykti saugiai, be spaudimo. Per intensyvus ar per greitas artėjimas prie asmeninių patirčių gali sustiprinti atsitraukimą ar gynybines reakcijas (Carlson & Englar-Carlson, 2022).

Svarbus tampa įsitraukimo reguliavimas – kiek ir kada judama gilyn į asmeninę patirtį. Drama Spiral modelis šiuo požiūriu suteikia aiškią struktūrą, leidžiančią pradėti nuo saugesnių, distancijuotų formų ir tik palaipsniui artėti prie jautresnių temų (Baim et al., 2021). Tokia nuosekli eiga mažina per didelio emocinio suaktyvėjimo riziką ir padeda išlaikyti dalyvio gebėjimą išbūti procese. Tyrimai rodo, kad struktūruotas ir laipsniškas terapinis darbas yra vienas iš svarbiausių veiksnių, užtikrinančių intervencijos saugumą dirbant su sunkiais psichikos sutrikimais (Sajnani et al., 2023; Koch et al., 2023). Papildomas aspektas yra realybės tikrinimas (angl. reality testing), kuris dramos terapijoje vyksta per santykį su kitais grupės nariais ir terapeutu. Kai žmogus įsitraukia į sceną ar vaidmenį, jo patirtis gali būti atspindima, įvardijama ir „grąžinama” per kitų reakcijas. Tai leidžia ne tik išgyventi patirtį, bet ir ją patikrinti santykyje su realybe. Tyrimai rodo, kad tokio pobūdžio sąveika gali stiprinti orientaciją į išorinį pasaulį ir mažinti vidinės patirties izoliaciją (Orkibi et al., 2023). Taip pat svarbus tampa terapeuto vaidmuo – jis ne tik palaiko struktūrą, bet ir padeda „sureguliuoti” procesą, pastebėdamas, kada reikia sustoti, sulėtinti ar sugrįžti į saugesnį lygmenį.

Galiausiai, esminę reikšmę įgyja aiški terapinio proceso struktūra. Sesijos pradžia, eiga ir pabaiga turi būti nuosekliai apibrėžtos, o dalyviai turi žinoti, ko tikėtis. Refleksija po veiklos leidžia

įvardyti patirtį, ją struktūruoti ir integruoti. Grįžimas į „čia ir dabar“ padeda stabilizuoti emocinę būseną ir sumažinti dezorganizacijos riziką (De Witte et al., 2023). Taip pat svarbu nuosekliai laikytis terapinių ribų, kurios kuria prognozuojamą ir saugią aplinką. Taigi dramos terapijos taikymas šizofrenijos kontekste reikalauja nuolatinio balanso tarp galimybės tyrinėti ir būtinybės apsaugoti. Ribos čia tampa ne apribojimu, o sąlyga, leidžiančia terapiniam procesui vykti.

1.3. Dramos terapijos tyrimų analizė

1.3.1. Psichologinių simptomų (depresijos, nerimo ir streso) pokyčiai taikant dramos terapiją

Dramos terapijos efektyvumo tyrimai psichikos sveikatos srityje rodo nuosekliai teigiamų pokyčių tendenciją, ypač mažėjant depresijos, nerimo ir streso simptomams. Menų terapijos meta-analizės ir sisteminės apžvalgos patvirtina, kad kūrybinėmis ir patirtinėmis formomis grįstos intervencijos reikšmingai prisideda prie emocinės būklės gerėjimo įvairiose populiacijose (Koch et al., 2023). Papildomi tyrimai rodo, kad šie efektai išlieka nepriklausomai nuo intervencijos formos ar trukmės, nors jų intensyvumas gali skirtis (Chiang et al., 2022; Moula et al., 2021), todėl dramos terapija gali būti vertinama kaip universalesnė, skirtingus psichikos sveikatos aspektus veikianti intervencija.

Vienas nuosekliausiai fiksuojamų rezultatų yra depresijos simptomų mažėjimas, siejamas su didesniu emociniu gyvybingumu, aktyvesniu įsitraukimu į kasdienes veiklas ir mažesniu vidiniu atsitraukimu (Hyvönen et al., 2020). Panašiai nustatomas ir nerimo mažėjimas – mažėja vidinė įtampa, didėja emocinis stabilumas ir gebėjimas toleruoti sudėtingas vidines būsenas (Haeyen et al., 2020;). Streso lygio pokyčiai taip pat reikšmingi: kūrybinis procesas siejamas su mažesne psichologine įtampa ir didesniu vidinės būsenos stabilumu (De Witte et al., 2022; Fancourt & Finn, 2019). Šie rezultatai rodo, kad psichologinių simptomų mažėjimas yra susijęs su platesniais psichosocialiniais pokyčiais, įskaitant geresnę emocijų reguliaciją ir didesnę socialinį įsitraukimą (Koch et al., 2023; Keisari et al., 2023).

Šie pokyčiai dažniausiai vertinami taikant standartizuotus psichometrinius instrumentus, tokius kaip DASS-21, leidžiantis diferencijuotai įvertinti depresijos, nerimo ir streso dimensijas (Lovibond & Lovibond, 1995). Tyrimai patvirtina jo patikimumą ir jautrumą pokyčiams (Zanon et al., 2021; Lee et al., 2019), todėl jis plačiai taikomas intervenciniuose tyrimuose. Dramos terapijos poveikis taip pat interpretuojamas individualiosios psichologijos kontekste, pabrėžiant socialinio intereso ir priklausymo svarbą psichologinei gerovei. Nustatyta, kad stiprėjantis socialinis įsitraukimas siejamas su mažesniu

depresijos ir nerimo lygiu (Watts, 2022), o kūrybinė veikla sudaro sąlygas rekonstruoti asmeninę patirtį (Maniacci et al., 2023).

Papildomai svarbu pažymėti, kad psichologinių simptomų pokyčiai dramos terapijoje gali būti siejami su patirtinio mokymosi mechanizmais, kai emocinės reakcijos ne tik reflektuojamos, bet ir išgyvenamos veiksmo metu. Tyrimai rodo, kad tokio pobūdžio įsitraukimas gali didinti emocinio suvokimo tikslumą ir mažinti aleksitimijos požymius, kurie dažnai siejami su depresija ir nerimu (Pylvänäinen et al., 2020). Be to, aktyvus dalyvavimas kūrybiniame procese sudaro sąlygas formuoti naujiems emocinio reagavimo modeliams, kurie gali būti perkelti į kasdienes situacijas. Tai leidžia dramos terapijos poveikį vertinti ne tik kaip simptomų mažėjimą, bet ir kaip emocinio funkcionavimo reorganizaciją, kuri turi ilgalaikę reikšmę psichologinei gerovei. Apibendrinant galima teigti, kad dramos terapija daro kompleksinį poveikį psichologiniams simptomams ir sudaro pagrindą tolesnei analizei kituose skyriaus poskyriuose.

1.3.2. Dramos terapijos tyrimai dirbant su šizofrenijos spektro sutrikimais

Dramos terapijos taikymas šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste analizuojamas kaip kompleksinės psichosocialinės pagalbos dalis, integruojama į tarpdisciplinines gydymo strategijas. Tyrimai rodo, kad kūrybinės ir patirtinės intervencijos gali reikšmingai prisidėti prie socialinio funkcionavimo, emocinės raiškos ir bendro atsigavimo proceso gerėjimo, nors aukštos kokybės empirinių tyrimų skaičius vis dar išlieka ribotas (Koch et al., 2023; Schweizer et al., 2023). Šiuolaikinėse psichikos sveikatos prieigose vis labiau akcentuojamas funkcinis atsigavimas, apimantis gebėjimą dalyvauti socialiniame gyvenime, palaikyti kasdienį funkcionavimą ir įsitraukti į prasmingas veiklas (Fusar-Poli et al., 2024), todėl dramos terapija vertinama kaip potencialiai reikšminga šių tikslų įgyvendinimo priemonė.

Tyrimuose išryškėja kelios pagrindinės poveikio kryptys, glaudžiai susijusios su šizofrenijos spektro sutrikimams būdingais sunkumais. Viena svarbiausių – neigiamų simptomų mažėjimas: nustatyta, kad dalyvavimas į veiksmą orientuotose intervencijose siejamas su didesniu iniciatyvumu, aktyvumu ir emocinės raiškos stiprėjimu, kartu mažinant apatiją ir socialinį atsiribojimą (Orkibi et al., 2022; Keisari et al., 2023). Taip pat reikšmingi socialinio funkcionavimo pokyčiai – gerėja bendravimo įgūdžiai, didėja pasitikėjimas savimi, mažėja socialinis vengimas, o tai sudaro prielaidas aktyvesniam dalyvavimui socialiniame gyvenime (Schweizer et al., 2023). Be to, kūrybinės intervencijos siejamos su

didesniu įsitraukimu į kasdienes veiklas ir didesniu gyvenimo pasitenkinimu (Leckey et al., 2021; Moula et al., 2022), kas leidžia šiuos pokyčius vertinti platesniame psichosocialinio atsigavimo kontekste.

Papildomai pažymėtina, kad dramos terapija gali veikti kaip tarpinė erdvė tarp terapinės ir realios aplinkos, kurioje galima saugiai eksperimentuoti su socialiniu elgesiu ir palaipsniui jį perkelti į kasdienį gyvenimą. Tyrimai rodo, kad tokio pobūdžio „vaidmens praktika“ gali gerinti socialinio pažinimo komponentus, tokius kaip mentalizacija ir perspektyvos perėmimas, kurie yra svarbūs funkcionavimui šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste (Lysaker et al., 2020). Be to, pabrėžiama, kad aktyvus dalyvavimas grupinėse kūrybinėse veiklose gali mažinti savistigmatizaciją ir stiprinti subjektyvų atsigavimo jausmą, kas laikoma vienu iš svarbių ilgalaikės reabilitacijos veiksnių.

Apibendrinant galima teigti, kad, nepaisant išliekančių metodologinių ribotumų – mažų imčių, nevienodų intervencijų struktūrų ir skirtingų vertinimo metodų (Orkibi et al., 2022) Dramos terapija šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste išlieka perspektyvi, nors dar plėtotina intervencija (Schweizer et al., 2023). Nustatomi pokyčiai neigiamų simptomų, socialinio funkcionavimo ir įsitraukimo srityse leidžia ją vertinti kaip svarbią psichosocialinės reabilitacijos dalį, orientuotą į ilgalaikį funkcinį atsigavimą ir dalyvavimo visuomenėje stiprinimą (Jones, 2007).

1.3.3. Neuropsichologiniai ir įkūnytos patirties mechanizmai šizofrenijos spektro sutrikimuose

Dramos terapijos poveikio aiškinimas vis dažniau grindžiamas neuropsichologiniais ir įkūnytos patirties (embodiment) mechanizmais, leidžiančiais tiksliau apibrėžti jos poveikį emociniams ir socialiniams procesams. Šiuolaikinės neuropsichologijos požiūriu, kūrybinė ir vaidmenimis grįsta veikla aktyvina tarpusavyje susijusius smegenų tinklus, atsakingus už emocijų reguliaciją, savirefleksiją ir socialinį pažinimą (Bolwerk et al., 2014). Ypatingas dėmesys skiriamas numatytojo režimo tinklui (*angl. default mode network*), kuris dalyvauja autobiografinės patirties apdorojime ir identiteto formavime, bei jo sąveikai su vykdomąsias funkcijas reguliuojančiais tinklais (Koch et al., 2023), sudarančiais prielaidas integruoti vidinę patirtį su išoriniu elgesiu. Tyrimai rodo, kad šių tinklų veiklos koordinacija yra svarbi nuosekliam savęs suvokimui ir adaptaciniam elgesiui (Menon, 2023;).

Svarbią vietą šiame kontekste užima veidrodinių neuronų sistema, kuri sudaro neurobiologinį pagrindą imitacijai ir įsijautimui, leidžiančiam geriau suprasti kitų emocines būsenas ir intencijas (Rizzolatti & Sinigaglia, 2016). Šis mechanizmas ypač reikšmingas šizofrenijos spektro sutrikimų atveju,

kai socialinis pažinimas ir emocijų atpažinimas dažnai yra sutrikę (Green et al., 2015). Empiriniai tyrimai rodo, kad šios sistemos funkcionavimo ypatumai gali būti susiję su socialinio funkcionavimo sunkumais ir sumažėjusiu empatiniu atsaku (Fusar-Poli et al., 2024). Dramos terapija, skatindama aktyvų vaidmenų perėmimą ir situacijų inscenizavimą, gali veikti kaip struktūruota socialinio pažinimo treniruotė, sudaranti sąlygas saugiai eksperimentuoti su skirtingomis socialinėmis rolėmis ir taip stiprinti empatinius gebėjimus bei tarpasmeninį supratimą (Keisari et al., 2023).

Įkūnytos patirties perspektyva papildo šį aiškinimą, pabrėždama, kad psichologiniai procesai yra neatsiejami nuo kūniškos patirties, todėl fizinis judesys, laikysena ir erdvinė sąveika tampa svarbiais terapinio pokyčio mediatoriais (Payne, 2022). Tai ypač aktualu šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste, kuriame dažnai stebimi kūno suvokimo ir agentiško (sense of agency) sutrikimai. Tyrimai rodo, kad per judesį ir fizinę raišką galima stiprinti ryšį tarp kūno ir savasties, mažinant depersonalizacijos ar fragmentuoto „aš“ patyrimą, o įkūnyta raiška sudaro sąlygas netiesiogiai apdoroti sudėtingas ar sunkiai verbalizuojamas emocines patirtis (Kaimal et al., 2020). Neurobiologiniu lygmeniu keliama prielaida, kad dramų terapija gali moduluoti smegenų tinklus, susijusius su socialiniu pažinimu ir emociniu atsaku, įskaitant veidrodinių neuronų sistemą bei limbinės sistemos struktūras (Rizzolatti & Sinigaglia, 2016). Taip pat akcentuojamas autonominės nervų sistemos reguliacijos vaidmuo – kūrybinės intervencijos gali mažinti simpatinės sistemos hiperaktyvumą ir stiprinti parasimpatinį atsaką, susijusį su saugumo ir vidinės pusiausvyros patyrimu (Porges, 2021). Be to, vis daugiau dėmesio skiriama galimiems neuroplastiniams pokyčiams: nors ši tyrimų kryptis dar plėtojama, tyrimai rodo, kad nuoseklus dalyvavimas menų terapijose gali būti susijęs su funkcinėmis smegenų jungčių pokyčiais ir geresne emocijų reguliacija (Koch et al., 2023).

Apibendrinant galima teigti, kad dramų terapijos poveikis šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste yra daugialypis ir apima ne tik psichologinių simptomų mažėjimą, bet ir gilesnius savęs suvokimo, socialinio pažinimo bei neurobiologinės reguliacijos mechanizmus, kas siejama su geresniais funkcinio atsigavimo rodikliais ir didesniu įsitraukimu į kasdienį gyvenimą (Fusar-Poli et al., 2024; Keisari et al., 2023). Tai leidžia ją vertinti kaip kompleksinę, neuropsichologiškai pagrįstą intervenciją, papildančią tradicinius gydymo metodus ir orientuotą į ilgalaikį funkcinį atsigavimą.

1.3.4. Dramų terapijos vaidmuo psichosocialinėje reabilitacijoje šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste

Psichosocialinės reabilitacijos kontekste vis aiškiau akcentuojama, kad pagrindinis intervencijų tikslas yra ne tik klinikinių simptomų mažinimas, bet ir gebėjimo gyventi savarankiškai, palaikyti socialinius ryšius bei aktyviai dalyvauti bendruomenėje atkūrimas. Naujesni tyrimai šį požiūrį sieja su vadinamąja „real-world functioning” samprata, kuri apima kasdienio gyvenimo įgūdžius, socialinį įsitraukimą ir profesinį aktyvumą kaip esminius atsigavimo rodiklius (Harvey et al., 2022; Bowie et al., 2023). Nustatyta, kad net ir sumažėjus pozityviesiems simptomams, funkciniai sunkumai dažnai išlieka, todėl reabilitacijos intervencijos orientuojamos į ilgalaikį savarankiškumo stiprinimą. Ši perspektyva ypač aktuali šizofrenijos spektro sutrikimų atveju, kur funkcinis neįgalumas labiau susijęs su socialinio pažinimo deficitais ir neigiamais simptomais nei su pačiais psichoziniais simptomais (Green et al., 2015; Keisari et al., 2023).

Savarankiško gyvenimo gebėjimai šiame kontekste suprantami kaip kompleksinis konstruktas, apimantis ne tik praktinius kasdienio funkcionavimo įgūdžius, bet ir kognityvinį lankstumą, sprendimų priėmimą bei elgesio savireguliaciją. Tyrimai rodo, kad šie aspektai glaudžiai susiję su neurokognityviniais ir socialinio pažinimo procesais, kurie šizofrenijos spektro sutrikimuose dažnai būna pažeisti (Fett et al., 2022). Socialinių ryšių palaikymas išskiriamas kaip vienas svarbiausių apsauginių veiksnių, susijusių su mažesne atkryčio rizika ir geresne gyvenimo kokybe (Ludwig et al., 2023), o bendruomeninis dalyvavimas siejamas su didesniu savivertės jausmu, mažesne stigmos internalizacija ir geresne psichologine gerove (Morgan et al., 2022). Tuo pačiu pabrėžiama, kad socialinė izoliacija išlieka vienu pagrindinių veiksnių, trukdančių atsigavimui, todėl intervencijos vis dažniau orientuojamos į socialinių tinklų stiprinimą ir bendruomeninių ryšių atkūrimą.

Šiame kontekste dramos terapija įgyja ypatingą reikšmę kaip intervencija, tiesiogiai orientuota į funkcinių gebėjimų stiprinimą. Ji veikia kaip patirtinė ir į veiksmą orientuota praktika, leidžianti realistiškai, tačiau saugiai modeliuoti kasdienes socialines situacijas. Vaidmenų perėmimas, grupinė sąveika ir simbolinė raiška sudaro sąlygas ne tik lavinti socialinius įgūdžius, bet ir integruoti kognityvinius bei emocinius procesus, kurie yra būtini savarankiškam funkcionavimui (Schweizer et al., 2023). Tyrimai rodo, kad dramos terapijos intervencijos gali mažinti socialinį vengimą ir neigiamus simptomus, kartu didindamos pasitikėjimą savimi, iniciatyvumą, aktyvumą, emocinę raišką bei skatindamos aktyvesnį dalyvavimą socialiniame gyvenime ir geresnį kasdienį funkcionavimą (Leckey et al., 2021). Galiausiai svarbu pabrėžti, kad efektyvi psichosocialinė reabilitacija grindžiama integruotu požiūriu, derinančiu individualių gebėjimų stiprinimą su aplinkos veiksnių keitimu (Killackey et al., 2020; OECD, 2021). Dramos terapija gali būti laikoma jungiamąja grandimi tarp individualaus terapinio darbo ir socialinės integracijos procesų, nes ji vienu metu stiprina vidinius resursus ir skatina socialinį

dalyvavimą, o psichosocialinės reabilitacijos kontekste veikia kaip kompleksinė intervencija, orientuota į ilgalaikį funkcinį atsigavimą, prisidedanti prie gebėjimo gyventi savarankiškai, palaikyti socialinius ryšius ir aktyviai dalyvauti bendruomenėje stiprinimo.

Apibendrinant dramos terapijos tyrimų analizę, galima išskirti kelias esmines išvadas.

Pirma, literatūros analizė rodo, kad dramos terapija yra susijusi su teigiamais psichologinių simptomų pokyčiais, ypač depresijos, nerimo ir streso mažėjimu. Tyrimai ir sisteminės apžvalgos patvirtina, kad kūrybinės, patirtinės ir į veiksmą orientuotos intervencijos gali reikšmingai prisidėti prie emocinės būklės gerėjimo, didesnio emocinio stabilumo ir geresnės emocijų reguliacijos. Šie pokyčiai dažniausiai vertinami standartizuotais psichometriniais instrumentais, tarp jų ir DASS-21 skale, kuri laikoma tinkama priemone diferencijuotai vertinti depresijos, nerimo ir streso dimensijas. Tai leidžia teigti, kad dramos terapijos poveikis apima ne tik subjektyviai patiriamą savijautos gerėjimą, bet ir empiriškai fiksuojamus psichologinių simptomų pokyčius.

Antra, analizuojant dramos terapijos taikymą šizofrenijos spektro sutrikimų kontekste, išryškėja jos reikšmė ne tik emocinės būklės, bet ir platesnio psichosocialinio funkcionavimo požiūriu. Literatūra rodo, kad ši intervencija gali prisidėti prie neigiamų simptomų mažėjimo, socialinio atsiribojimo silpnėjimo, emocinės raiškos stiprėjimo ir aktyvesnio dalyvavimo kasdienėse veiklose. Taip pat pabrėžiama, kad dramos terapija sudaro sąlygas saugiai išbandyti socialinį elgesį, stiprinti mentalizaciją, perspektyvos perėmimą ir mažinti savistigmatizaciją. Nors empirinių tyrimų skaičius vis dar nėra didelis, jų kryptis leidžia dramos terapiją vertinti kaip perspektyvią psichosocialinės reabilitacijos priemonę, orientuotą į ilgalaikį funkcinį atsigavimą.

Trečia, teoriniai ir empiriniai šaltiniai leidžia dramos terapijos poveikį aiškinti kaip daugialypį procesą, apimantį psichologinius, socialinius, neuropsichologinius ir įkūnytos patirties mechanizmus. Vaidmenų perėmimas, grupinė sąveika, simbolinė raiška ir kūniškas įsitraukimas sudaro prielaidas ne tik emociniam apdorojimui, bet ir savęs suvokimo, socialinio pažinimo bei elgesio reguliacijos stiprinimui. Psichosocialinės reabilitacijos požiūriu tai ypač svarbu todėl, kad dramos terapija gali veikti kaip tarpinė erdvė tarp terapinės situacijos ir realaus gyvenimo, kurioje ugdomi gebėjimai vėliau perkeliama į kasdienį funkcionavimą. Todėl literatūros analizė pagrindžia dramos terapijos teorinį ir praktinį aktualumą bei sudaro pakankamą pagrindą tolesniam empiriniam tyrimui.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

2.1. Tyrimo metodologija

2.1.1. Tyrimo organizavimas

Šiame tyrime siekiama atskleisti dramos terapijos poveikį glaudžioje bendruomenėje gyvenančių asmenų psichosocialinei sveikatai. Tyrimui pasirinktas mišrus metodologinis požiūris, derinantis kiekybinius ir kokybinius metodus. Toks dizainas leidžia kompleksiskai vertinti tiek išmatuojamus psichologinės būklės pokyčius, tiek subjektyvias dalyvių patirtis ir jų prasmės konstravimą. Mišri metodologija laikoma tinkama menų terapijos tyrimuose, kuriuose svarbus ne tik rezultatas, bet ir pats patyrimo procesas (Malchiodi, 2020). Tokia prieiga sudaro prielaidas integruoti skirtingus duomenų šaltinius ir atskleisti dramos terapijos poveikį kaip daugialypį, tiek objektyviai išmatuojamą, tiek subjektyviai patiriamą reiškinį (Fetters, Curry, & Creswell, 2013). Be to, toks metodologinis pasirinkimas leidžia derinti skirtingas analizės perspektyvas ir užtikrina išsamesnį bei kontekstualiai pagrįstą tyrimo rezultatų interpretavimą (Creswell & Plano Clark, 2018).

Tyrimas vykdytas 2025 m. spalio–gruodžio mėn., jame dalyvavo viena tiriamųjų grupė. Intervencijos pagrindą sudarė dramos terapija, taikyta kaip struktūruota patyriminė praktika, grindžiama veiksmu, vaidmenų kūrimu ir simboliškai raiška. Tokia prieiga leidžia patirtį tyrinėti ne tik verbaliniu ar kognityviniu, bet ir kūnišku, emociniu bei socialiniu lygmenimis, integruojant skirtingus patyrimo aspektus. Veiksmu grįsti metodai padeda aktualizuoti sunkiai įvardijamas patirtis, o simboliškai raiška ir vaidmenų kūrimas leidžia jas tyrinėti netiesiogiai, išlaikant psichologinę saugumą. Grupinis formatas skatina socialinį mokymąsi ir įsitraukimą, todėl tokia intervencija siejama su emocijų atpažinimo ir savirefleksijos stiprinimu (Emunah, 2020; Feniger-Schaal & Orkibi, 2020).

Tyrimo organizavimas buvo grindžiamas nuosekliu etapiniu planavimu, užtikrinančiu aiškią intervencijos, duomenų rinkimo ir analizės sąveiką. Toks struktūravimas leido sistemingai fiksuoti pokyčius skirtinguose tyrimo etapuose ir sudarė prielaidas nuosekliai bei pagrįstai rezultatų interpretavimui. Nuosekliai suprojektuotas tyrimo procesas laikomas esminiu veiksnium užtikrinant duomenų patikimumą ir interpretacinį pagrįstumą, nes, kaip pažymi Joseph A. Maxwell, tyrimo validumas tiesiogiai priklauso nuo to, kaip aiškiai suderinti tyrimo klausimai, duomenų rinkimo strategijos ir analizės būdai (Maxwell, 2013). Taip pat pabrėžiama, kad aiškiai struktūruoti tyrimo etapai padeda integruoti skirtingus duomenų šaltinius ir mažina interpretacijos fragmentiškumą (Flick, 2018).

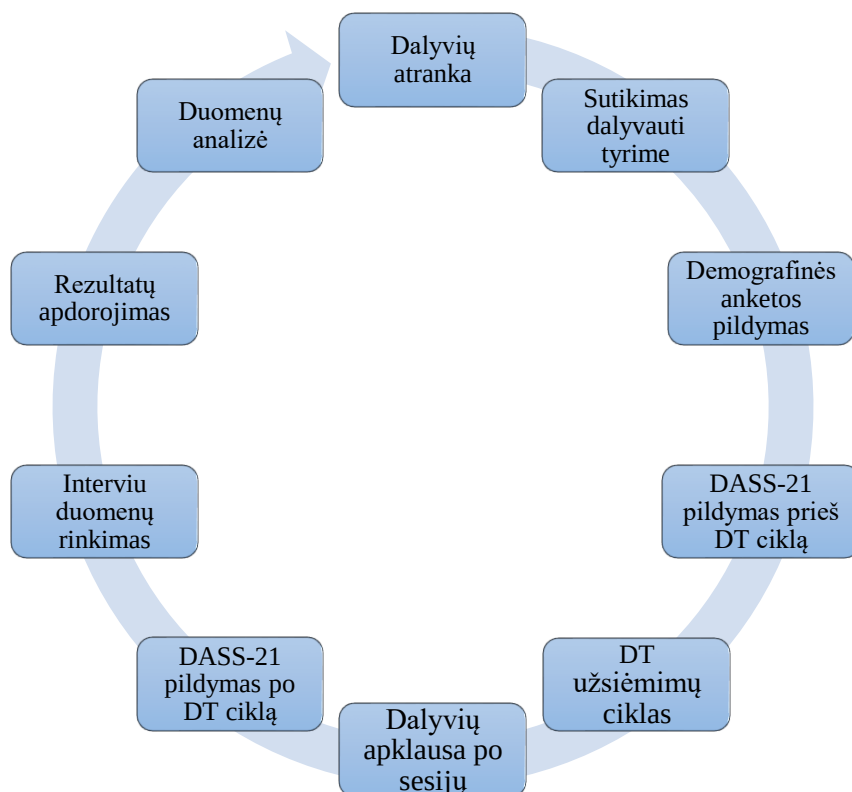
Be to, etapinis tyrimo organizavimas sudaro sąlygas kryptingai stebėti intervencijos eigą ir nuosekliai vertinti jos poveikį skirtinguose tyrimo proceso lygmenyse.

Tyrimo etapai:

1. Dalyvių atranka.
2. Sutikimas dalyvauti tyrime (žr. 1 priedą)
2. Demografinės anketos pildymas (žr. 2 lentelę).
3. Klausimyno DASS-21 pildymas prieš dramos terapijos ciklą (12 tyrimo dalyviai).
4. Dramos terapijos užsiėmimų ciklas (12 savaitių).
5. Dalyvių apklausa po kiekvienos sesijos, skirta subjektyviai patirčiai įvertinti ir užsiėmimų koregavimui.
6. Klausimyno DASS-21 pildymas po dramos terapijos ciklo (12 tyrimo dalyviai).
7. Interviu duomenų rinkimas (6 tyrimo dalyviai).
8. Rezultatų apdorojimas.
9. Duomenų analizė.

Siekiant aiškiau perteikti tyrimo struktūrą, toliau pateikiamas paveikslas (žr. 4 pav.), iliustruojantis tyrimo eigą.

Paveikslas nr. 4 Tyrimo etapai



Dramos terapijos sesijų struktūra ir turinys. Sesijų struktūra šiame tyrime buvo formuojama atsižvelgiant į tiriamųjų grupės psichosocialinius ypatumus, ypač į šizofrenijos spektro sutrikimams būdingą savęs suvokimo fragmentiškumą, emocijų atpažinimo sunkumus ir socialinio funkcionavimo iššūkius (Nelson & Berry, 2021). Programoje siekta išlaikyti aiškią, nuoseklią ir struktūruotą sesijų eigą, kuri mažintų neapibrėžtumą ir padėtų dalyviams išlaikyti orientaciją terapiniame procese. Sesijos buvo grindžiamos patyriminiais metodais, leidžiančiais tyrinėti emocijas, santykius ir vidines būsenas per veiksmą, simbolinę raišką ir vaidmenų kūrimą, o ne vien verbaliniu lygmeniu (Emunah, 2020). Kuriant sesijų turinį atsižvelgta į kiekybinio vertinimo logiką, remiantis DASS-21 skalės matuojamomis dimensijomis: depresija, nerimu ir stresu. Užsiėmimų metu taikytos veiklos buvo orientuotos į emocijų atpažinimą, jų raišką ir reguliavimą, vidinės įtampos mažinimą bei saugesnio santykio kitais kūrimą. Tokiu būdu dramos terapijos procesas buvo siejamas su psichologinės savijautos rodikliais, leidžiančiais vertinti galimus pokyčius tiek kiekybiniu, tiek patyriminiu lygmeniu (Antony et al., 2020).

Tyrime taikyta 12 savačių trukmės dramos terapijos programa, organizuota kartą per savaitę. Programos logika grindžiama nuosekliu terapinio proceso vystymu: nuo individualios patirties tyrinėjimo pereinama prie tarpasmeninių santykių refleksijos ir gyvenimo patirties integracijos. Tokia seka sudaro prielaidas stiprinti savęs suvokimą ir kurti nuoseklesnį asmeninį naratyvą (Hasson-Ohayon et al., 2020). Nors programa išlaikė aiškią struktūrą, ji nebuvo statiška, nes jos turinys buvo nuolat adaptuojamas remiantis po kiekvienos sesijos gautu dalyvių grįžtamojo ryšiu. Duomenų rinkimas buvo integruotas į patį terapinį procesą: po kiekvienos sesijos dalyviai pildė trumpą rašytinę apklausą, paremtą įstaigoje adaptuotu ir paslaugų kokybės gerinimui taikomu klausimynu (žr. 4 priedą). Šios apklausos metu dalyviai galėjo įvertinti užsiėmimą, išreikšti savo poreikius, lūkesčius bei įvardyti jiems naudingus ar mažiau priimtinius aspektus. Toks nuoseklus grįžtamojo ryšio rinkimas sudarė prielaidas refleksyviai koreguoti sesijų turinį, didinti jų aktualumą ir geriau atliepti dalyvių patirtis. Kiekybiniai duomenys buvo renkami prieš intervenciją ir po jos, taikant DASS-21 klausimyną, o kokybiniai duomenys papildomai rinkti viso proceso metu ir po jo, leidžiant susieti išmatuojamus psichologinės būklės pokyčius su dalyvių subjektyviu jų išgyvenimu. Tokia integruota ir lanksti metodinė prieiga sudarė galimybę kompleksiskai analizuoti dramos terapijos poveikį, atskleidžiant tiek jo struktūrinius, tiek patyriminius aspektus. Šiame skyriuje taip pat pateikiamas nuoseklus visų 12 dramos terapijos sesijų turinio ir struktūros aprašymas, atskleidžiantis intervencijos vidinę logiką ir taikytų metodų eigą (žr. 5 pav.).

Paveikslas nr. 5 Dramos terapijos sesijų struktūra, taikyta psichosocialinės sveikatos

stiprinimui

- 1. „Pirmas žingsnis“** *Tikslai:* Sukurti saugią grupės aplinką ir susitarti dėl bendrų taisyklių.
• **Naudotos veiklos:** Susipažinimo žaidimas – dalyviai prisistatė pasirinkdami simbolį.
Vardų ir judesio žaidimas – padedantis įsiminti vienas kitą.
Grupės taisyklių kūrimas ir aptarimas.
- 2. „Koks aš esu“** *Tikslai:* Skatinti savęs pažinimą ir savęs suvokimą per konkrečias patirtis.
• **Naudotos veiklos:** Skulptūros pratimas „aš šiandien“.
Trumpų situacijų kūrimas apie save kasdienybėje.
Refleksija apie patirtį.
- 3. „Mano emocijos“** *Tikslai:* Padėti atpažinti ir įvardyti emocijas bei jų raišką.
• **Naudotos veiklos:** Emocijų atpažinimo žaidimas.
Situacijų kūrimas pagal emocijas.
Kūno raiškos pratimai.
- 4. „Mano istorija“** *Tikslai:* Tyrinėti asmeninę patirtį ir stiprinti ryšį su savo gyvenimo istorija.
• **Naudotos veiklos:** MAK kortelių pasirinkimas ir aptarimas. Istorijų kūrimas pagal pasirinktas korteles.
Istorijų piešimas.
Sukurtų istorijų pristatymas grupei.
- 5. „Mano ribos“** *Tikslai:* Atpažinti savo ribas ir mokytis jas išreikšti santykiyje su kitais.
• **Naudotos veiklos:** Erdvės pojūčio žaidimai.
Situacijų kūrimas apie ribas.
Aptarimas grupėje.
- 6. „Kitas šalia manęs“** *Tikslai:* Ugdyti bendravimo įgūdžius ir supratimą apie kitą žmogų.
• **Naudotos veiklos:** Porų užduotys – istorijų kūrimas per judesį (šokį)
Istorijų pristatymas
Grupinė refleksija. MAK kortelių naudojimas.
- 7. „Kūnas ir jausmas“** *Tikslai:* Skatinti saviraišką per kūną ir stiprinti kūno suvokimą.
• **Naudotos veiklos:** Judesio žaidimai.
Kūno išraiškos pratimai.
Neverbalinių situacijų kūrimas.
- 8. „Gimimo istorija“** *Tikslai:* Tyrinėti savo atsiradimo istoriją ir santykį su ja simbolinę raišką.
• **Naudotos veiklos:** Gimimo istorijos kūrimas per improvizaciją ir kūno kalbą.
Vaidmenų kūrimas ir jų išgyvenimas (savo, mamos, aplinkos).
Refleksija, kaip linkėjimai sau, gimstančiam į gyvenimą.
- 9. „Kas man pavyksta“** *Tikslai:* Stiprinti savivertę ir pastebėti savo stipriąsias puses.
• **Naudotos veiklos:** Sėkmės istorijų kūrimas.
Situacijų vaidinimas „man pavyko“.
Grupės palaikantis grįžtamasis ryšys.
- 10. „Mano pasirinkimai“** *Tikslai:* Ugdyti sprendimų priėmimo gebėjimus.
• **Naudotos veiklos:** Situacijų analizės žaidimai.
Alternatyvių sprendimų kūrimas.
Diskusija.
- 11. „Gyvenimo kelias“** *Tikslai:* Peržvelgti gyvenimą per konkrečias patirtis ir suformuoti pasirinkimus.
• **Naudotos veiklos:** Vaidmenų kūrimas ir keitimas, susitinkant su savimi skirtingais gyvenimo etapais.
Simbolinė raiška – reikšmingų gyvenimo momentų įprasminimas per pasirinktus simbolius.
Refleksija – įvardijant patirtį ir išsakant sau linkėjimą tolesniam keliui.
- 12. „Užbaigimas“** *Tikslai:* Apibendrinti patirtį ir užbaigti terapinį procesą.
• **Naudotos veiklos:** Dviejų grupių istorijų kūrimas, pasitelkiant improvizaciją ir vaidmenų kūrimą.
Refleksija apie visą procesą, įvardijant patirtis ir išsakant linkėjimus sau bei grupei.
Užbaigimo ratas.

2.1.2. Tiriamoji imtis

Dramos terapijos tyrimo dalyviai buvo atrinkti taikant tikslinę atranką, orientuotą į specifinę socialinę grupę. Į tyrimą buvo įtraukti asmenys, gyvenantys arba anksčiau gyvenę socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje, kuriems nustatytas socialinių paslaugų poreikis. Tokia atranka pasirinkta siekiant tirti dramos terapijos poveikį socialiai pažeidžiamiems asmenims, kuriems būdingos padidintos psichosocialinės rizikos ir emocinių sunkumų patirtys. Tyrime dalyvavo asmenys, lankantys dienos centrą, kuriame buvo vykdomi dramos terapijos užsiėmimai. Visi dalyviai turėjo nustatytą negalią ir diagnozuotus psichikos bei elgesio sutrikimus.

Pirmajame užsiėmime dalyvavo dešimt asmenų, tačiau jau nuo kelių pirmųjų susitikimų tapo matyti, kad grupės sudėtis nėra pastovi – vieną savaitę susirinkdavo septyni, kitą jau dvylika ar keturiolika, nes dalis dalyvių dėl sveikatos būklės laikinai nutraukdavo dalyvavimą, vėliau sugrįždavo, o kai kurie į procesą įsijungdavo tik tam tikrais etapais, todėl per visą dramos terapijos ciklą iš viso dalyvavo aštuoniolika asmenų. Tyrimo laikotarpiu šeši dalyviai buvo hospitalizuoti, jų dalyvavimas išsiskaidė į atskiras sesijas be nuoseklaus tęstinumo, vis dėlto du iš jų sugrįždavo pakankamai dažnai ir sudalyvavo daugiau nei pusėje užsiėmimų, todėl jų duomenys buvo įtraukti į analizę. Penktajame užsiėmime prie grupės prisijungė vienas išorinis dalyvis. Jo dalyvavimas iš anksto buvo aptartas su grupe ir gautas dalyvių sutikimas. Vis dėlto po šio susitikimo grupės nariai aiškiai išreiškė nenorą tęsti bendro darbo su šiuo asmeniu dėl pasikartojančio taisyklių nesilaikymo ir grupinio proceso trikdymo. Atsižvelgiant į tai, jis vėlesniuose užsiėmimuose nebedalyvavo ir į tyrimą nebuvo įtrauktas. Taip pat vienas dalyvis, kuris iki tol nuosekliai lankė visas sesijas ir buvo pilnai įsitraukęs į procesą, išvyko gyventi į kitą įstaigą, todėl negalėjo dalyvauti galutiniame duomenų rinkime. Visa ši dalyvių kaita vyko realiu laiku, tarp skirtingų užsiėmimų, ir tiesiogiai veikė grupės procesą: kiekviename susitikime reikėdavo iš naujo prisiderinti prie esamos sudėties, išlaikyti ryšį tarp seniau dalyvavusių ir naujai sugrįžusių žmonių bei kartu tęsti pradėtą darbą.

Atrankos kriterijai. Tyrime dalyvavo asmenys, lankantys dienos centrą, kuriame buvo vykdomi dramos terapijos užsiėmimai. Visi dalyviai turėjo nustatytą negalią ir jiems buvo diagnozuoti psichikos ir elgesio sutrikimai, klasifikuojami pagal TLK-10. Remiantis pateiktais mediciniais duomenimis, dalyviams buvo nustatytos šios diagnozės:

- Šizofrenija (F20)
- Šizotipinis sutrikimas (F21)

- Šizoafektinis sutrikimas (F25)
- Organiniai psichikos sutrikimai (psichikos sutrikimai dėl galvos smegenų pažeidimo arba skausmo, panašus į šizofreniją) (F06)

Visi tyrime dalyvavę asmenys vartojo gydytojo paskirtus psichotropinius vaistus, kurie buvo jų kasdienės gydymo ir būklės stabilizavimo dalis. Ši diagnostinė įvairovė atspindi heterogenišką tiriamųjų grupę, kuriai būdingi skirtingo pobūdžio psichikos sveikatos sunkumai, galintys turėti įtakos emocinei būsenai, socialiniam funkcionavimui ir dalyvavimui terapiniame procese (McCutcheon, Marques & Howes, 2020). Tokia imtis leidžia kompleksčiau vertinti dramos terapijos poveikį įvairių psichikos sutrikimų kontekste.

Atmetimo kriterijai. Į tyrimą nebuvo įtraukiami asmenys, kurie neatitiko tyrimo imties apibrėžties ir tyrimo vykdymo sąlygų. Neįtraukimo kriterijai buvo šie:

- Asmenys, neturintys nustatytos negalios ir psichikos sutrikimų diagnozės pagal TLK-10.
- Asmenys, kuriems nenustatytos tyrime analizuojamos diagnozės (F20, F21, F25, F06).
- Asmenys, nelankantys dienos centro, kuriame vyko dramos terapijos užsiėmimai.
- Asmenys, negalintys pateikti informuoto sutikimo.
- Asmenys, nevartojantys vaistų pagal gydytojų paskyrimą. Asmenys, negalintys dalyvauti visame dramos terapijos užsiėmimų cikle (pvz., iš anksto žinantys apie išvykimą į kitą įstaigą, sutarties su įstaiga nutraukimą ar kitas aplinkybes, trukdančias nuosekliam dalyvavimui).
- Asmenys, atsisakę dalyvauti tyrime bet kuriame jo etape.

Į galutinę analizę buvo įtraukti tik tie dalyviai, kurie dalyvavo daugiau kaip 50 proc. užsiėmimų ir sutiko užpildyti DASS-21 klausimyną bei dalyvauti interviu. Kiekybinei analizei buvo įtraukti 12 dalyvių, o kokybinei – 6 dalyviai. Į galutinę analizę įtraukti 12 dalyvių duomenys. Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 28 iki 64 metų, tyrime dalyvavo tiek vyrai, tiek moterys. Visi dalyviai turėjo diagnozuotus psichikos sveikatos sutrikimus, kurių pagrindu jiems nustatyta negalia ir skirtos socialinės paslaugos. Siekiant išsamiau apibūdinti tiriamąją imtį ir sudaryti prielaidas rezultatų interpretacijai, papildomai buvo renkami dalyvių demografiniai ir socialiniai duomenys.

Demografinių duomenų rinkimas. Tyrimo dalyviai pildė demografinę anketą, skirtą surinkti pagrindinius socialinius ir asmeninius duomenis, galinčius turėti įtakos tyrimo rezultatų interpretacijai. Anketoje buvo pateikti klausimai apie amžių, lytį, santykių būklę, darbo patirtį ir socialinių paslaugų

poreikius. Papildomai buvo renkama informacija apie dalyvių negalią ir diagnozes, tačiau šie klausimai nebuvo privalomi. Atsižvelgiant į asmens teises į privatumą ir konfidencialumą, dalyviai galėjo laisvai pasirinkti, ar atskleisti šią informaciją. Tokia nuostata buvo taikoma siekiant užtikrinti etinius tyrimo principus ir apsaugoti dalyvių jautrius asmens duomenis.

Nepaisant to, bendro pobūdžio informacija apie dalyvių diagnostinę grupę buvo prieinama (žr. 1 lentelę teorinėje dalyje), kadangi tyrimas vyko specializuotoje įstaigoje, teikiančioje paslaugas asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų bei nustatytą socialinių paslaugų poreikį. Tai leido sudaryti bendrą vaizdą apie dalyvių diagnozes ir interpretuoti tyrimo rezultatus platesniame kontekste, išlaikant individualų dalyvių konfidencialumą. Toliau pateikiami tyrimo dalyvių demografiniai duomenys (žr. 2 lentelę), kurių grafinis pateikimas leidžia vizualiai įvertinti dalyvių pasiskirstymą pagal pagrindinius demografinius rodiklius ir sudaro pagrindą tolesnei duomenų analizei.

Lentelė nr. 2 *Demografinių duomenų pasiskirstymas*

Kategorija	DT grupės dalyviai (N-12)
Moterys	10
Vyrai	2
Moterų amžiaus vidurkis	38,5
Vyrų amžiaus vidurkis	36,5
Santykių statusas: turi partnerį (-ę)	4
Santykių statusas: laisva(s)	8
Dirba	5
Nedirba	7
Vidutinė trukmė, kiek laiko asmuo gauna socialines paslaugas įstaigoje.	4 metai

Pateikti duomenys rodo (žr. 2 lentelę ir 6a pav.), kad tyrimo grupėje vyravo moterys, o dalyvių amžiaus vidurkiai atspindi vidutinio amžiaus imtį. Taip pat matyti, kad didžioji dalis dalyvių buvo nedirbantys ir neturėjo partnerio, o socialinių paslaugų gavimo trukmė siekė vidutiniškai 4 metus.

2.1.3. Duomenų rinkimo instrumentai

Empiriniai duomenys tyrime buvo renkami taikant mišrią metodologinę prieigą, apjungiančią kiekybinius ir kokybinius duomenų rinkimo metodus. Toks pasirinkimas leido kompleksiskai analizuoti dramos terapijos poveikį, integruojant objektyvius psichologinės būklės rodiklius ir subjektyvias dalyvių patirtis. Mišri metodologija laikoma tinkama strategija siekiant išsamesnio reiškinio supratimo, nes ji leidžia derinti skirtingų tipų duomenis ir stiprina tyrimo rezultatų patikimumą bei validumą (Creswell &

Plano Clark, 2018). Kiekybinių ir kokybinių duomenų integracija suteikia galimybę ne tik nustatyti pokyčius, bet ir paaiškinti jų prasmę bei kontekstą (Fetters, Curry, & Creswell, 2013). Tokia metodų kombinacija ypač tinkama menų terapijos tyrimuose, kuriuose svarbus ne tik išmatuojamas pokytis, bet ir jo subjektyvus išgyvenimas bei prasmės konstravimas (Malchiodi, 2020).

Kiekybiniam duomenų rinkimui pasirinkta DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) skalė, skirta trijų pagrindinių emocinio distreso dimensijų – depresijos, nerimo ir streso – įvertinimui. Šie rodikliai laikomi jautriais psichologinės būklės indikatoriais ir plačiai taikomi tiek klinikiniuose, tiek bendruomeniniuose tyrimuose (Antony et al., 2020; de Witte et al., 2021). Atsižvelgiant į tai, kad dramos terapija siejama su emocijų reguliavimo stiprinimu ir psichologinio distreso mažėjimu, šių rodiklių pokyčiai interpretuojami kaip psichosocialinės sveikatos kaitos indikatorius (Orkibi et al., 2023). DASS-21 yra standartizuotas klausimynas, sudarytas iš 21 teiginio, suskirstyto į tris subskales: depresijos, nerimo ir streso. Kiekvieną subskalę sudaro po 7 teiginius: depresijos (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), nerimo (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) ir streso (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). Kiekvienas teiginys vertinamas keturių balų skale: 0 – „niekada“, 1 – „kartais“, 2 – „dažnai“, 3 – „beveik visada“. Subskalių balai apskaičiuojami sumuojant atitinkamų teiginių įverčius. Kadangi naudojama sutrumpinta DASS-21 versija, kiekvienos subskalės rezultatas padauginamas iš dviejų, siekiant užtikrinti palyginamumą su pilnąja DASS-42 skale. Taip apskaičiuoti subskalių balai interpretuojami kaip kiekvienos emocinio distreso dimensijos intensyvumo rodikliai ir naudojami tolesnei statistinei analizei. Skalė pasižymi geru psichometrinio patikimumu ir validumu įvairiose tiriamųjų grupėse (Lovibond & Lovibond, 1995).

Lentelė nr. 3. DASS-21 rezultatų interpretavimo skalė

Lygis	Depresija	Nerimas	Stresas
Norma	0–9	0–7	0–14
Lengvas	10–13	8–9	15–18
Vidutinis	14–20	10–14	19–25
Sunkus	21–27	15–19	26–33
Labai sunkus	28+	20+	34+

Be pagrindinio klausimyno, kiekybiniam ir iš dalies kokybiniam duomenims rinkti po kiekvienos dramos terapijos sesijos buvo taikoma trumpa dalyvių apklausa, skirta jų subjektyviai patirčiai įvertinti. Ši apklausa buvo adaptuota remiantis praktine dramos terapijos taikymo patirtimi ir laikoma bendruomenėje pripažintu bei validžiu instrumentu terapinio proceso vertinimui. Apklausa sudarė penki klausimai, apimantys dalyvių motyvaciją įsitraukti į sesiją, emocinio saugumo patyrimą,

tarpusavio sąveikos ypatumus, suvokiamą užsiėmimo naudą ir lūkesčius būsimoms sesijoms (žr. priedą nr. 4).

Pirmieji keturi klausimai buvo uždaro tipo ir vertinami keturių balų skale (0 – ne, 1 – nelabai, 2 – taip, 3 – labai), kuri leido nuosekliai ir palyginamai įvertinti skirtingus dalyvių patirties aspektus bei stebėti jų dinamiką terapinio proceso metu. Penktasis klausimas buvo atviro tipo ir suteikė galimybę dalyviams artikuliuoti individualius pastebėjimus, poreikius bei lūkesčius, taip praplečiant kiekybinius duomenis kokybinėmis įžvalgomis. Trumpa apklausa atliko ne tik papildomo duomenų rinkimo instrumento funkciją, bet ir veikė kaip refleksinė priemonė, leidžianti fiksuoti terapinio proceso eigą realiuoju laiku. Reguliariai renkami duomenys sudarė prielaidas identifikuoti dalyvių patirties pokyčius, įsitraukimo tendencijas bei emocinio saugumo svyravimus, o tai leido lanksčiai koreguoti užsiėmimų turinį ir struktūrą, atsižvelgiant į grupės poreikius. Tokiu būdu kiekybiniai rodikliai buvo sistemiškai papildyti dalyvių refleksijomis, atskleidžiančiomis subjektyvų terapinės patirties turinį.

Kokybinei tyrimo daliai pasirinktas pusiau struktūruotas giluminis interviu, leidžiantis analizuoti dramos terapijos patirtį iš dalyvių perspektyvos. Šis metodas pasirinktas dėl savo lankstumo ir gebėjimo atskleisti individualias reikšmes, patirties niuansus bei netikėtai iškylančias temas (Silverman, 2020). Kokybinė prieiga grindžiama interpretacine-fenomenologine perspektyva, orientuota į tai, kaip individai suvokia, išgyvena ir įprasmina savo patirtis (Smith et al., 2021). Toks metodologinis pasirinkimas yra ypač tinkamas dramos terapijos kontekste, nes patirtis čia konstruojama ne vien per verbalinę raišką, bet ir per kūnišką veiksmą, santykį bei simbolinę išraišką, todėl negali būti redukuojama į vien racionalų naratyvą (Emunah, 2020). Pusiau struktūruota interviu forma užtikrina tyrimo kryptingumą, kartu išlaikant lankstumą ir jautrumą dalyvių pasakojimo eigai. Tai sudarė galimybę giliau analizuoti individualias patirtis ir jų reikšmines struktūras. Interviu klausimai pateikiami darbo priede (žr. priedą nr.5) Visi interviu buvo įrašyti ir transkribuoti pažodžiui, išlaikant kalbos ypatumus, pauzes, nutrūkusias mintis bei emocinius intarpus. Tokia transkribavimo strategija užtikrina duomenų autentiškumą ir sudarė sąlygas nuosekliai interpretacinei analizei.

Taigi tyrime taikyti duomenų rinkimo instrumentai – DASS-21 klausimynas, trumpa dalyvių apklausa po kiekvienos sesijos ir pusiau struktūruotas giluminis interviu, sudarė nuosekliai ir tarpusavyje derančią metodinę sistemą, leidžiančią kompleksiskai analizuoti dramos terapijos poveikį. Šių instrumentų derinimas užtikrina duomenų trianguliaciją, apimančią tiek struktūruotus kiekybinius psichologinės savijautos rodiklius, tiek giluminius kokybinius duomenis apie dalyvių patirtis, jų įprasminimą ir terapinio proceso suvokimą. Papildomai buvo renkami dalyvių demografiniai duomenys

(amžius, lytis, išsilavinimas), kurie leido tiksliau apibūdinti tiriamąją imtį ir kontekstualizuoti gautus rezultatus.

2.1.4. Kiekybinių ir kokybinių duomenų analizė

Tyrime surinkti duomenys buvo analizuojami derinant kiekybinius ir kokybinius analizės metodus. Kiekybinių duomenų analizė atlikta naudojant „Microsoft Excel“, taikant aprašomosios statistikos rodiklius (vidurkį, standartinį nuokrypį) ir inferencinius metodus – porinių imčių t-testą bei Wilcoxon pasirašytų rangų testą, siekiant įvertinti pokyčius prieš ir po intervencijos. Taip pat taikyta Spearmano ranginė koreliacija ryšiams tarp psichologinių rodiklių ir demografinių kintamųjų nustatyti (Field, 2018; Pallant, 2020). Papildomai buvo vertinami efekto dydžiai, leidžiantys įvertinti praktinę intervencijos reikšmę, ypač mažos imties tyrimuose, kuriuose statistinis reikšmingumas ne visada atspindi realų poveikį (Sullivan & Feinn, 2012).

Kokybiniai duomenys analizuoti taikant teminę analizę, remiantis Braun ir Clarke (2006), identifikuojant pasikartojančias temas ir jų struktūrą. Analizė papildyta interpretacinės fenomenologinės analizės principais, leidžiančiais atskleisti dalyvių patirties prasmę ir jos įprasminimą (Smith et al., 2021). Analizės metu buvo siekiama išlaikyti artimą ryšį su empiriniais duomenimis, vengiant perteklinės interpretacijos ir išlaikant dalyvių kalbinės raiškos autentiškumą, kas laikoma svarbia kokybinio tyrimo patikimumo sąlyga (Nowell et al., 2017).

Siekiant užtikrinti tyrimo patikimumą ir rezultatų pagrįstumą, taikyta duomenų trianguliacija, integruojant skirtingus duomenų šaltinius – kiekybinius matavimus, dalyvių apklausas po sesijų ir interviu duomenis. Tokia integracija leidžia sustiprinti tyrimo validumą ir suteikia išsamesnį reiškinių supratimą (Carter et al., 2014). Analizės procese taip pat buvo reflektuojamas tyrėjo vaidmuo, siekiant sumažinti galimą interpretacinį šališkumą ir užtikrinti duomenų analizės nuoseklumą (Berger, 2015). Kartu atsižvelgta į galimas tyrimo ribas, susijusias su nedidele imtimi, dalyvių skaičiaus kaita ir subjektyviu patirties vertinimu, kurie gali turėti įtakos rezultatų apibendrinamumui ir interpretacijai, todėl gauti rezultatai vertinami atsižvelgiant į tyrimo kontekstą ir jo ribotumus (Maxwell, 2013).

2.1.5. Tyrimo etika

Tyrimas vykdytas laikantis pagrindinių mokslinių tyrimų etikos principų, sistemingai užtikrinant dalyvių teisių apsaugą, psichologinį saugumą ir privatumo išlaikymą viso tyrimo proceso metu. Tyrimo organizavimas rėmėsi Vilniaus universiteto Akademinės etikos kodeksu (2018), kuriame akcentuojami sąžiningumo, atsakomybės, konfidencialumo ir pagarbos žmogaus orumui principai, taip

pat tarptautinėmis tyrimų etikos gairėmis (Resnik, 2020). Šie principai buvo integruoti tiek į tyrimo planavimą, tiek į jo įgyvendinimą ir duomenų analizę, užtikrinant nuoseklų etinių nuostatų laikymąsi.

Dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas ir grindžiamas informuoto sutikimo principu. Prieš įtraukiant į tyrimą, dalyviai buvo išsamiai supažindinti su tyrimo tikslais, eiga, taikomais metodais bei galimomis emocinėmis patirtimis, kurios gali kilti dalyvaujant dramos terapijos procese. Informacija buvo pateikta aiškia ir suprantama forma, sudarant sąlygas priimti pagrįstą sprendimą dėl dalyvavimo. Iš visų dalyvių buvo gautas informuotas sutikimas (žr. 1 priedą). Taip pat buvo aiškiai akcentuota dalyvių teisė bet kuriuo tyrimo etapu atsisakyti dalyvauti ar pasitraukti iš tyrimo be jokių neigiamų pasekmių, taip įgyvendinant autonomijos ir pagarbos asmeniui principus (Beauchamp & Childress, 2019).

Duomenų tvarkymas ir saugojimas vykdytas laikantis konfidencialumo, anonimiškumo ir asmens duomenų apsaugos principų. Tyrimo metu nebuvo renkami tiesiogiai dalyvius identifikuojantys duomenys, o visa surinkta medžiaga buvo anonimizuota naudojant kodus ir pseudonimus. Cituojant interviu ištraukas ar kitą empirinę medžiagą buvo pašalinta bet kokia informacija, galinti leisti atpažinti dalyvius ar jų aplinką. Duomenys buvo saugomi slaptažodžiu apsaugotoje skaitmeninėje laikmenoje, prieinamoje tik tyrėjui, laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento reikalavimų (European Parliament & Council, 2016). Taip pat taikytos atitinkamos techninės ir organizacinės priemonės, užtikrinančios duomenų saugumą, jų apsaugą nuo praradimo, neteisėtos prieigos ar atskleidimo (Saunders et al., 2015). Tokia duomenų valdymo praktika ne tik saugojo dalyvių privatumą, bet ir didino tyrimo patikimumą bei skaidrumą.

Atsižvelgiant į tyrimo pobūdį ir nagrinėjamos temos jautrumą, ypatingas dėmesys skirtas dalyvių psichologiniam saugumui ir etiškam tyrėjo vaidmeniui. Tyrimo pradžioje su dalyviais buvo aptartos grupės darbo taisyklės, orientuotos į saugios ir palaikančios aplinkos kūrimą: pabrėžtas konfidencialumas, pagarbus bendravimas, savanoriškas įsitraukimas ir asmeninių ribų laikymasis. Dramos terapijos procese, kuris gali suaktyvinti intensyvias emocijas ar asmenines patirtis, tyrėjas nuolat stebėjo dalyvių emocinę būseną ir reagavo į galimus diskomforto požymius. Interviu metu buvo palaikomas empatiškas, nevertinantis santykis, sudarant sąlygas dalyviams laisvai reflektuoti savo patirtis. Esant poreikiui, pokalbis galėjo būti pristabdytas ar nutrauktas, o klausimai formuluoti taip, kad skatintų refleksiją, bet nekeltų perteklinio emocinio krūvio (Talwar, 2017).

Tyrime taip pat laikytasi akademinio sąžiningumo ir tyrėjo atsakomybės principų. Duomenų analizė buvo grindžiama empiriniais duomenimis, vengiant selektyvaus interpretavimo ar jų iškraipymo, o tyrimo rezultatai pateikiami skaidriai ir nuosekliai. Visi naudoti šaltiniai cituojami laikantis akademinių

reikalavimų ir tarptautinių mokslinių tyrimų etikos gairių (ALLEA, 2017). Be to, tyrimo metu reflektuotas tyrėjo vaidmuo, pripažįstant galimą subjektyvumo įtaką duomenų rinkimui ir interpretacijai. Tokia refleksyvi pozicija leido sąmoningai mažinti šališkumo riziką ir stiprinti tyrimo interpretacinį pagrįstumą (Berger, 2015).

Apibendrinant, etinių principų laikymasis šiame tyrime buvo suvokiamas ne kaip formalus procedūrinis reikalavimas, bet kaip integrali ir visus tyrimo etapus persmelkianti metodologinės prieigos dalis. Etinės nuostatos nuosekliai taikytos planuojant tyrimo dizainą, parenkant duomenų rinkimo instrumentus, organizuojant sąveiką su dalyviais bei atliekant duomenų analizę ir interpretaciją. Toks sisteminis požiūris leido ne tik apsaugoti dalyvių gerovę ir jų teisę į saugią, pagarbią tyrimo aplinką, bet ir užtikrinti duomenų kokybę bei jų interpretacinį patikimumą.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatų analizė

3.1.1. Depresijos, nerimo ir streso lygių pokyčių analizė

Depresijos, nerimo ir streso rodiklių pokyčių analizė prieš ir po dramos terapijos (DT) atskleidė diferencijuotą intervencijos poveikį atskiroms emocinės būklės dimensijoms. Vertinimui taikyta DASS-21 skalė, leidžianti įvertinti simptomų intensyvumą pagal standartizuotas ribas (Lovibond & Lovibond, 1995). Analizėje pateikiami vidutiniai įverčiai (M), atspindintys bendras emocinės būklės tendencijas tiriamųjų grupėje (N = 12). Nustatyta depresijos ir ypač streso rodiklių mažėjimo tendencija po intervencijos, tuo tarpu nerimo įverčiai padidėjo.

Detalesnė kiekybinė analizė (žr. 4 lentelę) parodė, kad depresijos įverčių vidurkis sumažėjo nuo 12,5 iki 10,33 balo ($\Delta = -2,17$), tačiau abiem vertinimo momentais išliko lengvo lygio intervale (10–13). Tai rodo nuosaikų simptomų mažėjimą, kuris, nepaisant nustatyto pokyčio krypties, klinikiškai požiūriu vertintinas kaip riboto masto. Nerimo rodikliai padidėjo nuo 9,83 iki 12,67 balo ($\Delta = +2,84$), pereinant iš ribinio į vidutinio intensyvumo lygį. Toks pokytis gali būti siejamas ne tik su simptomų dinamika, bet ir su terapinio proceso metu didėjančiu emociniu sąmoningumu, kai dalyviai pradeda tiksliau identifikuoti ir reflektuoti savo vidines būsenas. Ryškiausias pokytis nustatytas streso dimensijoje: vidurkis sumažėjo nuo 15 iki 9,33 balo ($\Delta = -5,67$), pereinant iš lengvo lygio į normos ribas (0–14). Šis rezultatas rodo kliniškai reikšmingą pokytį ir leidžia teigti, kad dramos terapija yra ypač veiksminga mažinant psichofiziologinę įtampą.

Lentelė Nr. 4 Depresijos, nerimo ir streso lygių pokyčiai prieš ir po DT (M), kai (N = 12)

Rodiklis	Prieš DT (M)	Po DT (M)	Pokytis (Δ)	Pokyčio kryptis	Lygio pokytis
Depresija	12,5	10,33	-2,17	Mažėjimas	Lengvas → Lengvas
Nerimas	9,83	12,67	+2,84	Didėjimas	Ribinis → Vidutinis
Stresas	15	9,33	-5,67	Ryškus mažėjimas	Lengvas → Norma

Siekiant įvertinti nustatytų pokyčių patikimumą, buvo taikyta neparametrinė statistinė analizė – Wilcoxon ženklų rangų testas. Šis metodas pasirinktas atsižvelgiant į nedidelę imtį (N = 12) ir galimą duomenų neatitikimą normaliojo skirstinio prielaidoms. Analizė parodė, kad visų trijų rodiklių pokyčiai yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) (žr. 5 lentelę). Depresijos sumažėjimas buvo reikšmingas ($Z = -2,17$,

$p = 0,030$), nerimo padidėjimas taip pat pasiekė statistinį reikšmingumą ($Z = 2,83$, $p = 0,011$), o streso sumažėjimas pasižymėjo itin aukštu reikšmingumo lygiu ($Z = -5,67$, $p < 0,001$). Gauti rezultatai rodo, kad depresijos pokytis atitinka vidutinio dydžio efektą ($r = 0,63$), nerimo – didelį efektą ($r = 0,74$), o streso – labai didelį efektą ($r = 0,92$). Tai leidžia teigti, kad stipriausias intervencijos poveikis pasireiškė streso mažinimo srityje, kiek mažesnis – nerimo, ir vidutinio stiprumo – depresijos simptomams.

Lentelė nr. 5 *Depresijos, nerimo ir streso pokyčių statistinis įvertinimas (Wilcoxon testas, $N = 12$)*

Rodiklis	Z	p	r	Efekt dydis
Depresija	-2,17	0,030	0,63	Vidutinis
Nerimas	+2,83	0,011	0,74	Didelis
Stresas	-5,67	<0,001	0,92	Labai didelis

Apibendrinant nustatyta, kad pokyčiai yra ne tik statistiškai reikšmingi, bet ir turi praktinę svarbą. Didžiausias efektas nustatytas streso mažinimo srityje, kiek mažesnis – nerimo, o vidutinio stiprumo – depresijos simptomams. Tai leidžia daryti prielaidą, kad dramos terapija pirmiausia veikia emocinės įtampos reguliavimo mechanizmus, o depresijos simptomai, kaip sudėtingesnis kognityvinis–afektinis konstruktas, kinta lėčiau. Nerimo padidėjimas šiame kontekste interpretuotinas kaip suaktyvėjusio emocinio sąmoningumo ir savistabos rezultatas, o ne vienareikšmis neigiamas pokytis.

3.1.2. Psichologinių rodiklių pokyčių sąsajos su demografiniais rodikliais

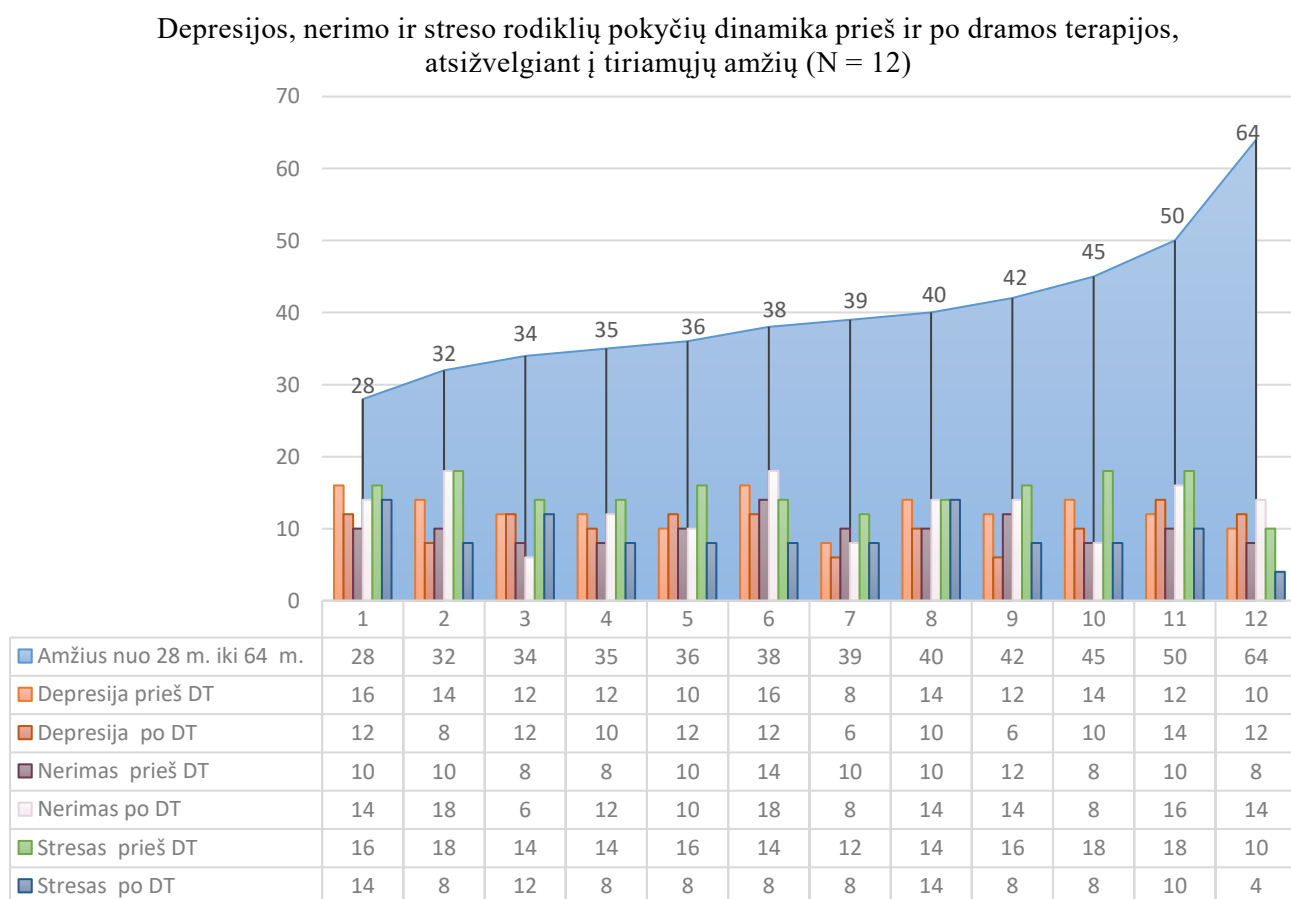
Siekiant įvertinti psichologinių rodiklių (depresijos, nerimo ir streso) pokyčių sąsajas su demografiniais veiksniais, analizė atlikta atsižvelgiant į tiriamųjų lytį, užimtumą, santykių statusą ir amžių. Tokia prieiga leidžia nustatyti, ar psichologinių rodiklių pokyčiai yra tolygūs visoje imtyje, ar skiriasi tarp skirtingų tiriamųjų grupių. Tiriamųjų demografiniai duomenys pateikiami diagramose (žr. 2 lentelę), o ryšiams tarp kintamųjų įvertinti taikyta Spearmano ranginė koreliacijos analizė.

Lentelė nr. 6 *Psichologinių rodiklių pokyčių sąsajos su amžiumi (Spearmano koreliacija, $N = 12$)*

Rodiklis	r_s	p	Ryšio stiprumas
Depresija (Δ)	-0,10	0,75	Labai silpnas
Nerimas (Δ)	+0,45	0,14	Vidutinis
Stresas (Δ)	-0,40	0,20	Vidutinis

Koreliacinė analizė (žr. 6 lentelę) parodė, kad depresijos pokyčiai nėra susiję su amžiumi ($r_s = -0,10$; $p = 0,75$), kas rodo labai silpną ir statistiškai nereikšmingą ryšį. Tai leidžia teigti, kad depresijos simptomų mažėjimas po dramos terapijos vyksta nepriklausomai nuo tiriamųjų amžiaus. Nerimo pokyčių analizė atskleidė vidutinio stiprumo teigiamą koreliaciją su amžiumi ($r_s = 0,45$; $p = 0,14$), tačiau šis ryšys nėra statistiškai reikšmingas. Vis dėlto stebima tendencija leidžia manyti, kad vyresni dalyviai gali būti linkę patirti didesnę nerimo padidėjimą terapinio proceso metu, kas gali būti susiję su didesniu emociniu įsitraukimu ir refleksija. Streso pokyčiai pasižymėjo vidutinio stiprumo neigiamu ryšiu su amžiumi ($r_s = -0,40$; $p = 0,20$), rodydami tendenciją, kad vyresniems tiriamiesiems būdingas ryškesnis streso sumažėjimas. Ši kryptis sutampa su bendrais tyrimo rezultatais, rodančiais didžiausią intervencijos poveikį būtent streso mažinimui. Matoma, kad nei vienas iš nustatytų ryšių nepasiekė statistinio reikšmingumo ($p > 0,05$), todėl šios tendencijos turėtų būti vertinamos atsargiai. Tai gali būti susiję su nedideliu imties dydžiu, ribojančiu statistinės analizės jautrumą.

Paveikslas nr. 6 Depresijos, nerimo ir streso rodiklių pokyčių dinamika prieš ir po dramos terapijos pagal amžių ($N = 12$)



Individualių psichologinių rodiklių dinamika prieš ir po dramos terapijos, pateikta 8 paveiksle, leidžia detaliau atskleisti pokyčių pasiskirstymą skirtingo amžiaus tiriamųjų grupėse. Vizualinė analizė papildoma koreliacinės analizės rezultatais, nes išryškina ne tik bendras tendencijas, bet ir individualių pokyčių variantiškumą bei jų pasiskirstymo netolygumą. Matyti, kad depresijos rodiklių pokyčiai yra santykinai nedideli ir nevienakrypčiai visame amžiaus intervale, o tai rodo, jog šios dimensijos dinamika nėra sistemingai susijusi su amžiumi. Nerimo įverčiai pasižymi didesniu svyravimu – kai kuriems tiriamiesiems fiksuojamas augimas, kitiems mažėjimas, nepriklausomai nuo jų amžiaus. Tokia nevienalytė struktūra leidžia manyti, kad nerimo pokyčius labiau lemia individualios reakcijos į terapinį procesą nei demografiniai veiksniai. Tuo tarpu streso rodiklių dinamika išsiskiria nuoseklesne mažėjimo kryptimi daugelyje stebėjimų. Nors ši tendencija pasireiškia visose amžiaus grupėse, grafikas leidžia įžvelgti, kad didesnio amžiaus tiriamųjų pokyčiai kai kuriais atvejais yra ryškesni. Vis dėlto ši kryptis nėra pakankamai nuosekli, kad būtų galima teigti apie aiškią amžiaus įtaką. Apibendrinant galima teigti, kad grafinė analizė patvirtina statistinių rezultatų interpretaciją – psichologinių rodiklių pokyčiai nėra aiškiai diferencijuoti pagal amžių, o stebimi skirtumai labiau atspindi individualų reagavimą į dramos terapiją nei sisteminį demografinį poveikį.

Papildomai įvertinta psichologinių rodiklių sąsaja su lytimi, apskaičiuojant bendrą visų rodiklių vidurkį.

Lentelė nr. 8. *Psichologinių rodiklių įverčių sąsaja su tiriamųjų lytimi*

Rodiklis	N (vyrai)	Vyrų vidurki s	N (moterys)	Moterų vidurki s	Vidurkių skirtumas	Korelia -cija (r)	Ryšio stipruma s
Depresija	2	9,5	10	11,8	2,3	~0,20	silpnas
Nerimas	2	7,5	10	11,9	4,4	~0,45	vidutinis
Stresas	2	11,5	10	12,2	0,7	~0,20	silpnas

Rezultatai (žr. 8 lentelę) rodo silpną teigiamą ryšį tarp lyties ir bendro psichologinių rodiklių įverčio, leidžiantį teigti, kad moterų grupėje fiksuojami šiek tiek aukštesni vidutiniai balai. Vis dėlto būtina pabrėžti, kad vyrų grupę sudarė tik du tiriamieji ($n = 2$), todėl gauti rezultatai yra riboto patikimumo ir negali būti laikomi reprezentatyviais. Atsižvelgiant į tai, nustatyta sąsaja interpretuotina kaip preliminarinė tendencija, o ne statistiškai pagrįstas skirtumas.

Papildoma analizė, apimanti užimtumo veiksnį, leidžia įvertinti psichologinių rodiklių pokyčių skirtumus tarp dirbančių ir nedirbančių tiriamųjų. Rezultatai pateikiami 9 lentelėje.

Lentelė nr. 9 *Psichologinių rodiklių pokyčių sąsaja tarp dirbančių ir nedirbančių tiriamųjų, (N = 12)*

Rodiklis	r	p reikšmė	Reikšmingumo lygis
Depresija (Δ)	0,15	0,64	nereikšminga
Nerimas (Δ)	0,30	0,34	nereikšminga
Stresas (Δ)	0,35	0,26	nereikšminga

Vertinant užimtumo aspektą, nustatyta, kad psichologinių rodiklių dinamika tarp dirbančių ir nedirbančių asmenų nėra vienareikšmė. Nors stebima tendencija, kad dirbantys asmenys pasižymi kiek didesniais streso pokyčiais ($r = 0,35$), šis ryšys nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$). Depresijos ir nerimo pokyčiai su užimtumu susiję tik silpnai ir taip pat nepasiekia statistinio reikšmingumo. Tai leidžia teigti, kad užimtumas nėra esminis veiksnys, lemiantis psichologinių rodiklių kitimą.

Toliau analizuotas santykių statuso veiksnys, siekiant įvertinti socialinių ryšių reikšmę psichologinių rodiklių pokyčiams. Rezultatai pateikiami 10 lentelėje.

Lentelė nr. 10 *Psichologinių rodiklių pokyčių sąsaja tarp tiriamųjų, turinčių partnerį, ir neturinčių partnerio (Pearsono koreliacija, N = 12)*

Rodiklis	r	p reikšmė	Reikšmingumo lygis
Depresija (Δ)	0,10	0,75	nereikšminga
Nerimas (Δ)	0,25	0,43	nereikšminga
Stresas (Δ)	0,20	0,53	nereikšminga

Santykių statuso analizė atskleidžia silpnas ir statistiškai nereikšmingas sąsajas su visais psichologiniais rodikliais. Nors galima įžvelgti nedidelę tendenciją, kad partnerį turintys asmenys pasižymi kiek didesniais pokyčiais, ši kryptis nėra pakankamai nuosekli. Tai leidžia manyti, kad santykių buvimo faktas nėra lemiamas veiksnys psichologinių rodiklių dinamikai, o didesnę reikšmę gali turėti individualūs santykių kokybės aspektai.

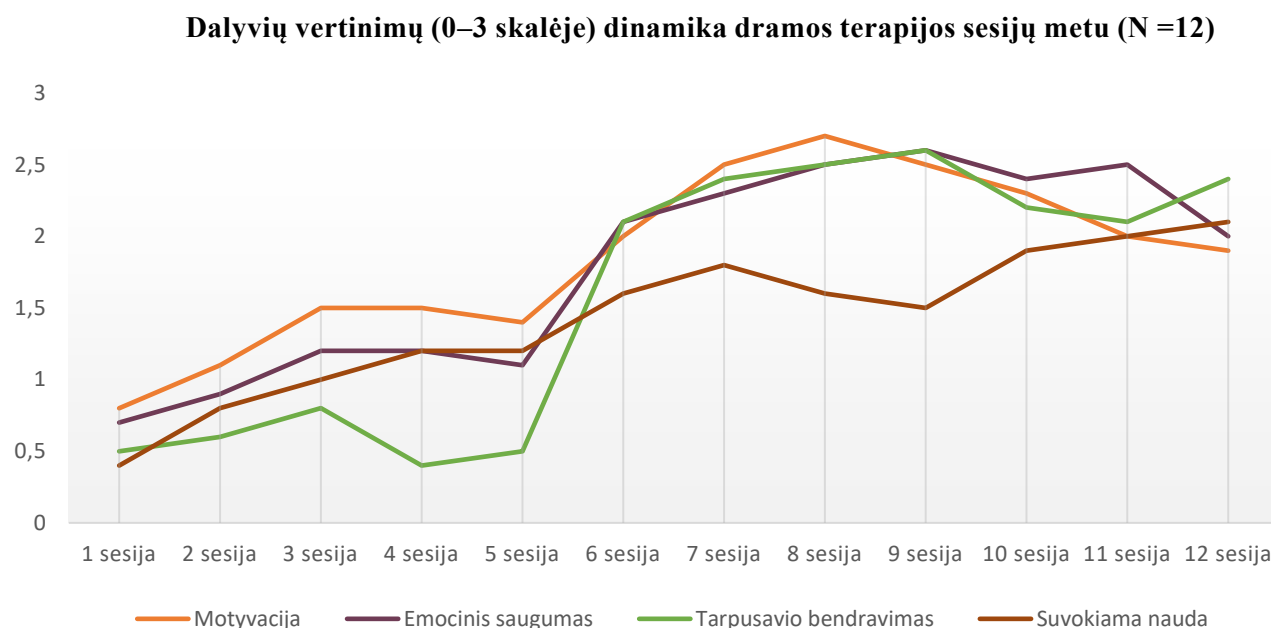
Apibendrinant galima teigti, kad analizuoti demografiniai veiksniai – lytis, užimtumas ir santykių statusas – neatskleidė statistiškai reikšmingų sąsajų su psichologinių rodiklių pokyčiais. Nors pagal lytį nustatyti aukštesni moterų grupės psichologinių rodiklių vidurkiai bei silpnos ir vidutinio stiprumo koreliacijos ($r \approx 0,20-0,45$), šie rezultatai vertintini atsargiai dėl labai mažos vyrų imties ($N = 2$). Užimtumo ir santykių statuso analizė taip pat parodė tik silpnas ir statistiškai nereikšmingas sąsajas ($p > 0,05$), o stebimos tendencijos nebuvo nuoseklios. Atsižvelgiant į tai, galima daryti prielaidą, kad psichologinių rodiklių pokyčiai labiau atspindi individualų reagavimą į dramos terapijos procesą nei

sisteminį demografinių veiksnių poveikį. Tokie rezultatai taip pat gali būti siejami su nedideliu imties dydžiu, ribojančiu statistinės analizės jautrumą ir galimybę nustatyti silpnesnius ryšius.

3.1.3. Dalyvių subjektyvios patirties analizė dramos terapijos procese

Siekiant papildyti kiekybinius tyrimo rezultatus, buvo analizuojami po kiekvienos dramos terapijos sesijos surinkti dalyvių apklausos duomenys. Ši analizė leido įvertinti dalyvių subjektyvią patirtį terapinio proceso metu ir nustatyti pagrindines tendencijas, susijusias su jų įsitraukimu, emociniu saugumu, tarpusavio sąveika bei suvokiama užsiėmimų nauda. Gauti duomenys buvo sisteminami ir naudojami rezultatų interpretacijai, siekiant išsamiau atskleisti dramos terapijos poveikį bei geriau suprasti dalyvių patirtį tyrimo laikotarpiu.

Paveikslas nr. 7 *Dalyvių subjektyvios patirties rodiklių (motyvacijos, emocinio saugumo, tarpusavio bendravimo ir suvokiamos naudos) dinamika dramos terapijos sesijų metu (0–3 skalė)*



Pateikti duomenys atskleidžia dalyvių subjektyvios patirties rodiklių dinamiką, kuri rodo bendrą visų vertinamų aspektų didėjimo tendenciją dramos terapijos sesijų metu (žr. pav. 7). Pradinėse sesijose motyvacijos, emocinio saugumo, tarpusavio bendravimo ir suvokiamos naudos įverčiai buvo santykinai žemi, tačiau progresuojant terapiniam procesui stebimas nuoseklus jų augimas. Ryškesnis pokytis fiksuojamas nuo šeštos sesijos, po kurios rodikliai stabilizuojasi aukštesniame lygyje, kas

leidžia daryti prielaidą apie didėjantį dalyvių įsitraukimą, stiprėjantį emocinio saugumo jausmą ir gerėjančią grupės tarpusavio sąveiką.

Analizuojant duomenų dinamiką nustatytas laikinas rodiklių sumažėjimas penktosios sesijos metu, kuris sutapo su naujo dalyvio iš kitos gyvenamosios aplinkos prisijungimu prie grupės. Šis pokytis galėjo padidinti neapibrėžtumą grupėje ir sumažinti emocinio saugumo bei tarpusavio bendravimo rodiklius. Vis dėlto vėlesnėse sesijose stebėtas nuoseklus rodiklių augimas rodo grupės adaptaciją prie pasikeitusios sudėties bei palaipsniui atsikuriantį emocinio saugumo ir tarpusavio pasitikėjimo lygį. Taip pat nustatytas motyvacijos ir suvokiamos terapinės naudos rodiklių didėjimas, o aukščiausios jų reikšmės buvo fiksuojamos vidurinėje ir vėlyvojoje terapijos fazėje. Tai leidžia teigti, kad ilgėjant terapiniam procesui dalyviai vis aktyviau įsitraukė į grupines veiklas, geriau priėmė terapinį procesą ir aiškiau suvokė jo asmeninę reikšmę.

Subjektyvios patirties rodiklių dinamika taip pat atskleidžia palaipsniui stiprėjusią grupės koheziją bei gerėjančią tarpusavio sąveiką tarp grupės narių. Didėjant emocinio saugumo rodikliams, kartu augo ir tarpusavio bendravimo įverčiai, kas rodo formuojantis stabilesnius tarpasmeninius ryšius bei didesnę pasitikėjimą grupės aplinka. Vėlesnėse sesijose fiksuoti aukštesni motyvacijos rodikliai leidžia manyti, kad dalyviai jautėsi vis labiau įtraukti į terapinį procesą ir aktyviau dalyvavo siūlomose veiklose. Tuo pačiu didėję suvokiamos terapinės naudos įverčiai rodo, kad terapinis procesas dalyviams tapo vis prasmingesnis ir labiau susijęs su jų emocine savijauta bei tarpasmenine patirtimi. Gauti rezultatai leidžia teigti, kad tęstinis dalyvavimas dramos terapijoje sudarė palankias sąlygas emocinio saugumo stiprėjimui, grupės stabilizacijai ir pozityvesniam terapinio proceso vertinimui.

3.2. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė

Dalyviai. Kokybiniame tyrime dalyvavo šešios suaugusios moterys (žr. 11 lenetelę), gyvenančios socialines paslaugas teikiančioje bendruomenėje. Visos dalyvės – asmenys, turintys psichosocialinę negalią, patiriantys emocinių ir socialinių sunkumų, susijusių su jų psichosocialine sveikata. Pažymėtina, kad visos šio tyrimo dalyvės taip pat dalyvavo kiekybinėje tyrimo dalyje ($N = 12$), kurioje buvo vertinami depresijos, nerimo ir streso rodikliai prieš ir po dramos terapijos ciklo. Kadangi jų dalyvavimas dramos terapijos užsiėmimuose buvo nuoseklus ir siekė 100 proc., šioms dalyvėms buvo pasiūlyta papildomai dalyvauti kokybiniame tyrime. Tokiu būdu buvo siekiama išsamiau atskleisti dalyvių subjektyvią patirtį, reflektuoti terapinio proceso eigą ir geriau suprasti kiekybinių rezultatų kontekstą.

Lentelė Nr. 11 Tyrimo dalyvių charakteristikos ir ypatingi pastebėjimai

Tyrimo dalyvis	Lytis	Amžius (intervale)	Įstaigoje gyvena nuo:	Darbo pobūdis	Šeimos padėtis	Diagnozė
Agneta (A1)	Moterys	26-30	2024 m.	Pardavėja	Turi draugą	Paranojinė šizofrenija (F20)
Greta (A2)		36-40	2018 m.	Valytoja	Turi draugą	Šizotipinis sutrikimas (F21)
Kristina (A3)		41-45	2013 m.	Indų plovėja	Vieniša	Paranojinė šizofrenija (F20)
Džoneta (A4)		46-50	2013 m.	Nedirba	Išsiskirė. Turi dukrą	Šizoafektinis sutrikimas, depresinis tipas (F25.1)
Aldona (A5)		61-65	2013 m.	Dirbo IPD	Išsiskirė	Paranojinė šizofrenija (F20)
Alina (A6)			2022 m.	Siuvėja	Vieniša	Paranojinė šizofrenija (F20)

Dalyvių aprašymas. Siekiant išsamiau atskleisti dalyvių patirtis ir geriau suprasti jų psichosocialinį kontekstą, pateikiami trumpi individualūs dalyvių aprašai, akcentuojant reikšmingus gyvenimo įvykius, emocinius išgyvenimus ir elgesio ypatumus, kurie gali būti svarbūs interpretuojant tyrimo rezultatus.

Agneta – į socialines paslaugas teikiančią įstaigą pateko po stacionarinio gydymo dėl ūmios psichozinės būsenos, išsivysčiusios po patirtų reprodukcinį netekčių. Po hospitalizacijos nutrūko partnerystės santykiai, o dėl nepakankamo šeimos palaikymo dalyvė neteko stabilios gyvenamosios vietos. Šiuo metu apibūdinama kaip rami, socialiai atvira, praktikuojanti meditaciją ir palaikanti naujus tarpasmeninius ryšius.

Greta – refleksiški ir intelektualiai dalyvė, turinti ankstyvosios vaikystės trauminių patirčių. Terapinio proceso metu pasižymėjo gebėjimu analizuoti savo išgyvenimus, o vaizdinėse užduotyse patyrė intensyvią emocinį atsivėrimą, būdingą katarsio reiškiniui.

Kristina – introvertiškesnė, į savistabą linkusi dalyvė, jautriai reaguojanti į neapibrėžtumą. Terapijos pradžioje pasižymėjo didesniu nerimu ir vengė aktyvaus verbalinio dalyvavimo, tačiau neverbalinėse veiklose palaipsniui demonstravo didesnę įsitraukimą ir drąsą.

Džoneta – dalyvė, turinti motinystės patirties, po ankstyvų skyrybų susidūrusi su reikšmingais gyvenimo pokyčiais. Nepaisant patirtų sunkumų, save suvokia kaip psichologiškai stiprią, gebančią

išlaikyti žmogiškasias vertybes sudėtingomis aplinkybėmis. Pasižymi aktyviu kultūriniu ir intelektiniu domėjimusi.

Aldona – vyresnio amžiaus dalyvė, turinti stiprią religinę pasaulėžiūrą ir patyrusi reikšmingų gyvenimo traumų. Savo patirtis interpretuoja per tikėjimo prizmę, o terapijoje geba integruoti kūrybines veiklas su dvasinėmis refleksijomis bei kurti prasmines sąsajas.

Alina – dalyvė, pasižyminti padidintu jautrumu socialiniam vertinimui ir polinkiu prisitaikyti prie aplinkinių lūkesčių. Linkusi sunkumus atriboti nuo savo sveikatos būklės ir juos aiškinti išorinėmis aplinkybėmis, tikėdama, kad gyvenimo sąlygų pokyčiai galėtų turėti esminės įtakos jos savijautai.

Dramos terapijos proceso metu identifikuotos temos

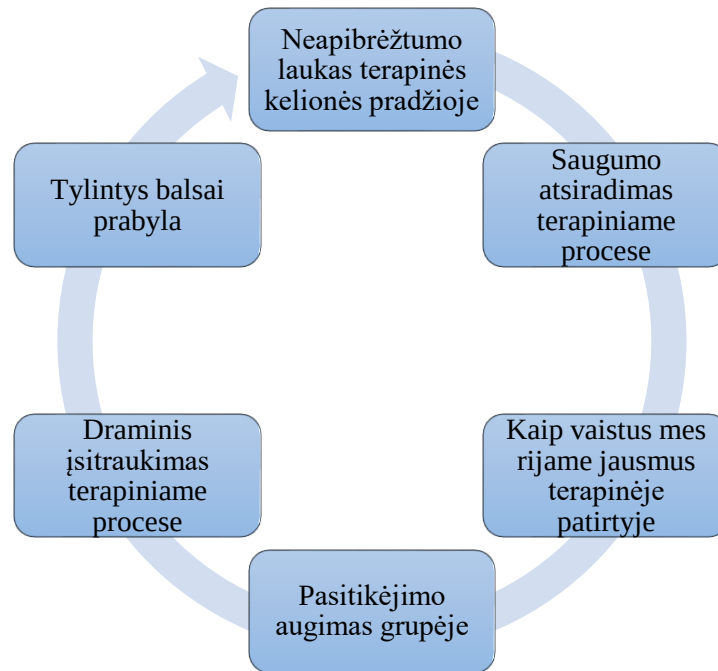
Atlikus duomenų analizę, buvo identifikuotos šešios pagrindinės temos, atskleidžiančios dalyvių patirčių dinamiką dramos terapijos procese:

1. Neapibrėžtumo laukas terapinės kelionės pradžioje
2. Saugumo atsiradimas terapiniame procese
3. Kaip vaistus mes rijame jausmus terapinėje patirtyje
4. Santykio ir pasitikėjimo augimas grupėje
5. Pasitikėjimo augimas grupėje
6. Tylintys balsai prabyla

Kiekviena tema atspindi skirtingus terapinės kelionės aspektus ir yra grindžiama dalyvių pasisakymais, leidžiančiais atskleisti jų vidinius išgyvenimus, emocines reakcijas bei santykio su savimi ir kitais kaitą. Analizėje siekiama ne tik identifikuoti pasikartojančius turinio elementus, bet ir interpretuoti jų prasmę, remiantis Dramos spiralės modeliu (Baim, 2015), pabrėžiančiu saugaus ir palaipsnio emocinio įsitraukimo svarbą, bei A. Adlerio individualiosios psichologijos nuostatomis (Eifert, 2018), akcentuojančiomis socialinį interesą ir priklausymo jausmą kaip psichosocialinės sveikatos pagrindą. Siekiant analitinio aiškumo, visos identifikuotos kategorijos pirmiausia pateikiamos apibendrintai (žr. 8 pav.), o vėliau kiekviena tema nuosekliai plėtojama, detalizuojant jos vidinę struktūrą potemių lygmeniu. Temos iliustruojamos autentiškomis dalyvių citatomis, nurodant pseudonimus, ir papildomos tyrėjos interpretacija, siekiant atskleisti prasminius ryšius tarp dalyvių patirčių ir dramos

terapijos proceso dinamikos. Analizė grindžiama teminės analizės principais, taikant sisteminį duomenų kodavimą, kategorijų formavimą ir interpretavimą (Braun ir Clarke, 2006).

Paveikslas nr. 8 *Dramos terapijos proceso metu išryškėjusių temų struktūra ir tarpusavio sąsajos*



1. Neapibrėžtumo laukas terapinės kelionės pradžioje

Analizuojant neapibrėžtumo lauką terapinės kelionės pradžioje, išryškėjo keturios potėmės (žr. 9 pav.): nežinomybės laukas, baimė suklysti, saugumo ieškojimas ir lūkesčiai būti (ne)matomiems. Duomenys apima pirmųjų dramos terapijos sesijų „Pirmas žingsnis“ (žr. 5 pav.) patirtis, kuriose dalyviai susidūrė su nauja grupine aplinka, pradine įtampa ir santykio kūrimo procesu. Įžengimas į dramos terapiją veikė kaip susidūrimas su nauja santykinė erdve be aiškių orientyrų, todėl santykis su procesu formavosi per atsargą, stebėjimą ir situacijos „matavimą“. Toks atsargumas gali būti suprantamas kaip mėginimas apsaugoti save dar neapibrėžtame santykiyje (Eifert, 2010). Neapibrėžtumas šiame etape veikė nevienareikšmiškai: vienais atvejais skatino atsitraukimą, kitais tapo judėjimą inicijuojančia jėga. Nežinomybė gali skatinti tiek vengimą, tiek tyrinėjimą, priklausomai nuo asmens gebėjimo ją toleruoti (Carleton, 2016). Šis etapas interpretuojamas pasitelkiant Dramos spiralės modelį, leidžiantį terapinį procesą matyti kaip laipsnišką judėjimą nuo saugesnių patirčių link gilesnio savęs atskleidimo (Baim, 2015). Pradiniam etape dalyviai linkę išlikti periferijoje: stebi ir reguliuoja savo įsitraukimo lygį, tikrindami erdvės saugumą prieš aktyvesnį atsivėrimą. Tuo pat metu A. Adlerio individualioji

psichologija leidžia šį laikotarpį suprasti kaip etapą, kuriame sustiprėja menkavertiškumo jausmas, priklausymo poreikis ir jautrumas kitų vertinimui (Ansbacher ir Ansbacher, 1956; Eifert, 2018), ypač patekus į naują socialinę situaciją, kurioje žmogus dar tik ieško savo vietos.

Nežinomybės laukas. Prieš pradėdamos dramos terapiją dalyvės nežinojo, ko tikėtis, todėl pati terapijos idėja joms kėlė įtampą. Nežinomybė siejosi tiek su neaiškia veiklų forma, tiek su pačiu žodžiu „terapija“, kuris kai kurioms skambėjo grėsmingai. Tai atsispindi pasisakymuose: „Kai išgirdau „drama“, tai neaišku buvo, apie ką ta drama, o pati „terapija“ gąsdino“ (A3). „Tas žodis „drama“ skamba labai dramatiškai, ir aš maniau, kad reikės kažką vaidinti, o aš nežinau, kaip tai daryti. Tai kėlė man stresą“ (A2), taip pat: „*Neįsivaizdavau, kas čia vyks*“ (A6). Kita dalyvė pažymi: „*Man svarbu tai, kad gyvenime būna tokių situacijų, kai tu nežinai, kas su tavimi bus. Pagalvojau, gal čia išmoksiu kažką naujo*“ (A2). Šie pasisakymai rodo, kad nežinomybė aktyvina atsargų, situaciją vertinantį dalyvavimą. Grupinės terapijos tyrimai rodo, kad ankstyvose stadijose dalyviai patiria nerimą dėl neaiškių taisyklių ir vaidmenų (Yalom ir Leszcz, 2020). Dramos terapijoje tai atitinka pradinę spiralės fazę, kurioje vyrauja distancijos reguliavimas ir saugumo tikrinimas (Baim, 2021). A. Adlerio (1927/1998) požiūriu tai siejasi su poreikiu orientuotis socialiniame lauke neapibrėžtoje situacijoje, o Eifert (2010) pabrėžia atsargesnio buvimo pasirinkimą, kol patikrinamas santykio saugumas.

Baimė suklysti. Nežinomybę lydėjo stipri baimė suklysti ir būti neigiamai įvertintoms. Tai atsispindi pasisakymuose: „*Aš bijau, kad jeigu ką nors ne taip padarysiu, jūs pasakysit, kad aš čia negaliu gyventi*“ (A3). „*Aš visada bijau, noriu kaltinti mamą, bet man nedrąsu*“ (A2), taip pat paantrina kitas tyrimo dalyvis: „*Aš tyliai gyvenu ir bijau paprieštarauti, nes niekam nenoriu trukdyti*“ (A5). Šią laikyseną papildė kito dalyvio mintis: „*Geriau nieko nedaryti, negu daryti ir gauti*“ (juokiasi) (A4), kuri atskleidžia vengimo strategiją – veikimo atsisakoma siekiant išvengti galimo neigiamo atsako ar kritikos (Ansbacher ir Ansbacher, 1956). Tokie pasisakymai rodo, kad dalyvės iš anksto numato galimą neigiamą įvertinimą ir dėl to riboja savo veikimą grupėje. Ši patirtis atskleidžia įtampą tarp saviraiškos ir vertinimo baimės, kuri lemia atsargesnį įsitraukimą. Grupinės terapijos kontekste vertinimo baimė laikoma viena pagrindinių kliūčių spontaniškam dalyvavimui (Yalom ir Leszcz, 2020). Dramos terapijoje tai gali pasireikšti kaip pasipriešinimas veiksmui ar sunkumas įeiti į simbolinę raišką (Emunah, 1994). A. Adlerio (1931/2011) požiūriu tai siejasi su menkavertiškumo jausmu ir jautrumu socialiniam vertinimui, o Eifert (2010) pabrėžia, kad tokios gynybinės laikysenos formuojasi ankstyvuose santykiuose ir vėliau pasikartoja naujose socialinėse situacijose.

Saugumo ieškojimas. Dalyvės aktyviai ieškojo atramos, kuri padėtų išverti neapibrėžtumą. Saugumas pirmiausia siejosi su terapeuto vaidmeniu ir užsiėmimų struktūra. Tai atsispindi pasisakymuose: „Aš žinojau, kad tu viską parodysi ir paaiškinsi, nes aš nieko neįsivaizdavau, kas ten vyks“ (A5), kitas tyrimo dalyvis teigė: „*Tu gi ne svetimas žmogus, tai kažkaip gi ten praplauksime*“ (A2). Saugumo patirtį stiprino ir pasikartojantis grupės ritmas: „*Kai ateina pirmadienis ryte, tai jau laukiu, skaičiuoju, kada vėl susitiksime*“ (A6). Kartu saugumas siejosi ir su pasirinkimo galimybe: „Galiu kalbėti, nors gal geriau ir patylėti“ (A1). Dalyvės taip pat įvardija įprastą atsargumą: „*Mes atsargūs kaip balandžiai, mes viską apgalvojame prieš darydami*“ (juokiasi) (A5), kas rodo nuolatinį budrumą ir poreikį iš anksto įvertinti situaciją. Šie pasisakymai rodo, kad saugumas formuojasi per santykį ir nuspėjamumą. Grupinės terapijos tyrimai pabrėžia terapinio santykio svarbą išitraukimui ir pokyčiui (Norcross ir Lambert, 2018). Dramos terapijoje saugumas kuriamas palaipsniui per struktūrą ir pasikartojimą (Baim, 2015). A. Adlerio (1930/2009) požiūriu tai siejasi su socialinio intereso stiprėjimu, o Eifert (2010) pabrėžia, kad ankstesnė santykinė patirtis gali lemti išliekantį atsargumą net ir saugioje aplinkoje. Pasak Yalom ir Leszcz (2020), ankstyvose grupės stadijose dalyviai dažnai veikia atsargiai, orientuodamiesi į saugumą ir priėmimą, o tik vėliau ryžtasi atviresniam dalyvavimui.

Lūkesčiai būti (ne)matomiems. Pradiniame etape išryškėjo prieštaringas santykis su matomumu grupėje. Viena dalyvė įvardijo norą būti pastebėtai: „*Man svarbu, kad mane pamatė, ir noriu, kad mane matytų. Aš noriu būti matoma*“ (A2). Tuo tarpu kitos kalbėjo apie nedrąsumą: „*Man vis tiek buvo nedrąsu kalbėti*“ (A4), „*Man ten buvo baisu šnekėti, bet aš kalbėjau*“ (A3), o alternatyvi raiška kėlė papildomą įtampą: „*Būsiu išskirtinė, per daug man bus dėmesio*“ (A3). Taip pat išryškėjo vidinis svyravimas tarp vengimo ir dalyvavimo: „*Norėčiau niekur neiti, bet paskui žinau, kad gailėsiuosi, jog nedalyvavau*“ (A4). Šie pasisakymai rodo, kad matomumas išgyvenamas ir kaip siekiamybė, ir kaip rizika. Ši patirtis atskleidžia įtampą tarp pripažinimo poreikio ir baimės būti įvertintai. Grupinės terapijos tyrimai rodo, kad tokia ambivalencija būdinga ankstyvoms proceso stadijoms. Pasak Yalom ir Leszcz (2020), ankstyvose grupės stadijose dalyviai dažnai patiria vidinį svyravimą tarp noro būti matomiems ir poreikio išlikti saugiai atstume. Dramos terapijoje matomumas gali vesti į gilesnį patyrimą per simbolinę raišką (Emunah, 1994) ir judėjimą spiralėje (Baim, 2015). A. Adlerio požiūriu tai siejasi su siekiu priklausyti ir vengimu atstūmimo, kuris kyla iš socialinio intereso ir bendrystės poreikio (Ansbacher ir Ansbacher, 1956), o ankstyvosios santykinės patirtys formuoja būdus, kuriais žmogus vėliau išitraukia į naujas socialines situacijas (Mosak ir Maniacci, 1999). Tokiose situacijose gali išlikti vidinė įtampa tarp noro būti priimtam ir atsargumo, saugančio nuo galimo atstūmimo.

Apibendrinant pirmą skyrių, terapinės kelionės pradžia atsiskleidžia kaip aktyvus orientavimosi procesas neapibrėžtumo sąlygomis, kuriame dalyvės nuosekliai derina savo santykį su nauja socialine ir emocine erdve: stebi, vertina ir testuoja saugumo bei matomumo ribas. Neapibrėžtumas funkcionuoja dvilypiai: jis vienu metu riboja spontanišką įsitraukimą, o kitu palaiko pažinimo impulsą, leidžiantį palaipsniui artėti prie proceso (Carleton, 2016). Vertinimo baimė veikia kaip savisaugos mechanizmas, tačiau ji kinta santykyje – dalyvės ne tik vengia atsivėrimo, bet ir aktyviai tikrina, kokiomis sąlygomis jis tampa įmanomas. Saugumo patyrimas įgauna procesinį pobūdį, formuodamasis per grupės ritmą, struktūrinį nuspėjamumą ir galimybę išlaikyti savireguliaciją, o tai atitinka įžvalgas, kad terapinis veiksmingumas pirmiausia siejasi su santykio kokybe ir struktūros stabilumu (Norcross ir Lambert, 2018; Yalom ir Leszcz, 2020). Mažėjanti socialinio vertinimo įtampa gali būti interpretuojama kaip ankstyvas socialinio intereso stiprėjimo ženklas, kai individas palaipsniui pereina nuo savisaugos prie didesnio įsitraukimo (Ansbacher ir Ansbacher, 1956). Dramos terapijos tyrinėjimas per „*dozuotą*“ dalyvavimą, kai svarbiausia tampa gebėjimas išbūti procese tiek, kiek tuo metu yra pakeliama; tokia fragmentiška, bet tęstinė įsitraukimo forma veikia kaip adaptacinė strategija, leidžianti palaipsniui plėsti patyrimo ribas ir pereiti nuo išorinio stebėjimo prie gilesnio, autentiškesnio įsitraukimo, kuris ilgainiui tampa pagrindu reikšmingiems psichosocialinės sveikatos pokyčiams (Jones, 2007).

2. Saugumo atsiradimas terapiniame procese

Nagrinėjant saugumo atsiradimą terapiniame procese, išryškėjo keturi pagrindiniai aspektai (žr. 9 pav.): terapinis santykis kaip atrama, nuspėjama struktūra, nevertinanti atmosfera ir leidimas būti savimi. Analizuojami duomenys apima antrosios dramos terapijos sesijos „*Koks aš esu*“ (žr. 5 pav.) patirtis, kuriose dalyviai jau turėjo pirminį santykį su procesu ir aktyviau įsitraukė į grupinę veiklą. Šiame etape palaipsniui formavosi saugumo jausmas: mažėjo įtampa, stiprėjo pasitikėjimas grupe ir terapeute, o galimybė būti priimtam be vertinimo skatino didesnę atvirumą ir įsitraukimą. Saugumas kūrėsi per pasikartojančias santykinės patirtis ir sudarė prielaidas emocinei raiškai, savęs pažinimui bei santykio su kitais stiprinimui. Tai dera su Dramos spiralės modeliu, kuriame saugumas formuojasi palaipsniui, judant nuo saugesnių patirčių link gilesnio atsiskleidimo (Baim, 2015). A. Adlerio individualiosios psichologijos požiūriu šis procesas siejasi su stiprėjančiu priklausymo jausmu ir mažėjančiu gynybiškumu santykyje su kitais (Ansbacher ir Ansbacher, 1956).

Lūkesčiai būti (ne)matomiems. Pradiniame etape išryškėjo prieštaringas santykis su matomumu grupėje. Viena dalyvė įvardijo norą būti pastebėtai: „*Man svarbu, kad mane pamatė, ir noriu, kad mane matytų. Aš noriu būti matoma*“ (A2). Tuo tarpu kitos kalbėjo apie nedrąsumą: „*Man vis tiek*

buvo nedrąsu kalbėti“ (A4), „*man ten buvo baisu šnekėti, bet aš kalbėjau*“ (A3), o alternatyvi raiška kėlė papildomą įtampą: „*Būsiu išskirtinė, per daug man bus dėmesio*“ (A3). Taip pat išryškėjo vidinis svyravimas tarp vengimo ir dalyvavimo: „*Norėčiau niekur neiti, bet paskui žinau, kad gailėsiuosi, jog nedalyvavau*“ (A4). Šie pasisakymai rodo, kad matomumas išgyvenamas ir kaip siekiamybė, ir kaip rizika. Ši patirtis atskleidžia įtampą tarp pripažinimo poreikio ir baimės būti įvertintai. Grupinės terapijos tyrimai rodo, kad tokia ambivalencija būdinga ankstyvoms proceso stadijoms. Pasak Irvin D. Yalom ir Molyn Leszcz (2020), ankstyvose grupės stadijose dalyviai dažnai patiria vidinį svyravimą tarp noro būti matomiems ir poreikio išlikti saugiam atstume. Dramos terapijoje matomumas gali vesti į gilesnį patyrimą per simbolinę raišką (Emunah, 1994) ir judėjimą spiralėje (Baim, 2015). A. Adler požiūriu tai siejasi su siekiu priklausyti ir vengimu atstūmimo, kuris kyla iš socialinio intereso ir bendrystės poreikio (Ansbacher ir Ansbacher, 1956), o ankstyvosios santykinės patirtys formuoja būdus, kuriais žmogus vėliau įsitraukia į naujas socialines situacijas (Mosak ir Maniaci, 1999). Tokiose situacijose gali išlikti vidinė įtampa tarp noro būti priimtam ir atsargumo, saugančio nuo galimo atstūmimo.

Nuspėjama struktūra. Saugumas stiprėjo ir per pasikartojantį užsiėmimų ritmą. Tai atsispindi pasisakymuose: „*Kai ateina pirmadienis ryte, tai jau laukiu*“ (A6). Dalyvės pabrėžė, kad „*visada buvo kažkas, kas jau buvo žinoma*“ (A4), todėl lengviau įsitraukti ir mažiau įtampos. Taip pat svarbi buvo terapeuto laikysena: „*faina, kad jūs visada klausėte, ko mes norime*“ (A6), „*jautėsi, kad jūs labai stengėtės*“ (A3). Užsiėmimų patirtis siejosi ir su emociniu tonu: „*buvo linksma visada*“ (A6), „*muzika, kad grojo, patiko labai*“ (A3). Šios citatos rodo, kad nuspėjamumas kūrėsi ne tik per struktūrą, bet ir per pasikartojančią, atpažįstamą patirtį, kuri leido išbūti procese. Reikšmingas buvo ir pats proceso tempas. Viena dalyvė sakė: „*viską gyvenime darau lėčiau, <...> darbuose reikėdavo save laužyti, o čia nebuvo to greičiau<...>, viskas taip tolygiai, harmoningai*“ (A1). Kita pabrėžė, kad galėjo būti „*toku tempu, koks natūralus*“ (A2). Šios patirtys rodo, kad saugumas kūrėsi tada, kai išorinis ritmas sutapo su vidiniu. Dramos terapijoje struktūra ir nuspėjamumas veikia kaip rėmas, kuriame spontaniškumas tampa pakeliamas (Emunah, 1994), o spiralėje būtent intensyvumo reguliavimas leidžia judėti toliau neperžengiant vidinių ribų (Baim, 2015), kas yra svarbi sąlyga psichosocialinės sveikatos stiprėjimui per saugaus patyrimo plėtimą.

Nevertinanti atmosfera. Saugumas stiprėjo ir dėl santykio tono grupėje: „*pas mus buvo labai viskas gražiai, draugiškai, pagarbiai*“ (A1), „*čia nevertina ir leidžia būti, kokia esu <...> be spaudimo greitėti ar pasivyti kitus*“ (A6). Ši patirtis ryškėjo labai konkrečiose situacijose: „*kai aš nenorėjau, manęs neverte*“ (A6), o momentuose, kurie įprastai keltų gėdą ar norą slėptis: „*man buvo gėda, kai aš verkiau,*

o jūs visi mane apkabinote“ (A6). Tokiose situacijose atsirado galimybė ne tik atsitraukti, bet ir išlikti santykyje net tada, kai kyla pažeidžiamumas. Per šiuos išgyvenimus ryškėjo, kad buvimas grupėje nereikalavo nuolatinio savęs koregavimo ar prisitaikymo prie išorinių lūkesčių. Dalyvės galėjo būti lėtesnės, tylesnės ar mažiau atsiveriančios, nepatirdamos spaudimo keistis ar „atitikti“ (A5). Tokia galimybė leidžia išlaikyti kontaktą su savo vidine būsena, o ne ją slopinti ar maskuoti. Pasak Irvin D. Yalom ir Molyn Leszcz (2020), nevertinanti grupės aplinka mažina gynybiškumą ir sudaro sąlygas autentiškesniam įsitraukimui, nes dalyvis gali būti priimtas be išankstinio vertinimo. A. Adler (1931/2011) požiūriu tokia patirtis siejasi su bendruomeniškumo jausmo stiprėjimu, kai žmogus ima jaustis esantis tarp kitų, o ne vertinamas iš šalies. Tai ypač svarbu situacijose, kuriose anksčiau dominavo atsargumas ar savęs ribojimas. Psichoterapijos tyrimai rodo, kad būtent tokio pobūdžio santykis siejamas su geresniu emociniu reguliavimu ir didesniu psychosocialiniu stabilumu, nes leidžia patirti save saugioje, priimančioje aplinkoje (Norcross ir Lambert, 2018).

Leidimas būti savimi. Leidimas būti savimi ryškėjo tada, kai nebereikėjo nuolat aiškinti ar veikti „teisingai“: „*norėjosi tiesiog būti ir nieko negalvoti*“ (A2), „atsijungti nuo visko, atsipalaiduoti ir mėgautis tuo momentu“ (A4). Tokiose būsenose mažėjo kasdienė įtampa, o vietoje nuolatinės kontrolės atsirado daugiau spontaniškumo: „*aš ieškau vaikino ir aš apie tai pasakiau*“ (A1). Šios patirtys rodo, kad dalyvės galėjo išsakyti tai, kas anksčiau likdavo nutylėta, ir išbūti su kylančiais jausmais jų iš karto nekontroliuojant. Tai atsiskleidė ir per veiksmą: spontaniškai įvykęs bučinyš vėliau buvo reflektuojamas su juoku: „*kai mes bučiavomės visi (juokiasi), aš galvojau <...> negalima*“ (A3). Ši situacija rodo, kad spontaniškas veiksmas gali atsirasti anksčiau nei sąmoninga kontrolė. Dramos terapijos kontekste tokie momentai siejami su įsitraukimu į veiksmą, kai patirtis išgyvenama ne tik refleksijoje, bet ir per kūnišką bei situacinį veikimą (Jones, 2007). Šiuolaikinėje adleriškoje perspektyvoje pabrėžiama, kad saugioje aplinkoje žmogus gali palaipsniui atsisakyti įprastų kontrolės būdų ir eksperimentuoti su naujais buvimo būdais (Eifert, 2023). Tokia patirtis siejama su mažėjančia vertinimo baime, didesne laisve veikti spontaniškai bei stiprėjančiu ryšiu su savimi ir kitais (Carlson ir Englar-Carlson, 2017).

Apibendrinant šį etapą, dalyvių patirtyje ryškėja ne tik įtampa tarp noro būti matomoms ir baimės būti įvertintoms, bet ir nuoseklus perėjimas link santykinio saugumo, kuriame ši įtampa tampa reguliuojama, o ne blokuojanti. Matomumas čia funkcionuoja kaip dinamiška patirtis: jis vienu metu traukia ir kelia riziką, todėl dalyvės pasirenka laipsnišką įsitraukimą, leidžiantį išlaikyti vidinę pusiausvyrą (Yalom ir Leszcz, 2020). Saugumo kūrimasis grindžiamas ne pavieniais momentais, o pasikartojančia struktūra, nuspėjamu grupės ritmu ir terapeuto jautrumu dalyvių tempui, kas sudaro

sąlygas patirčiai „*įsitvirtinti*“ kaip patikimai ir pakeliamai (Emunah, 1994; Baim, 2015). Nevertinanti atmosfera mažina savikontrolės poreikį ir leidžia išlaikyti ryšį net pažeidžiamumo akimirkomis, todėl dalyvės gali išbūti procese neprarasdamos autentiškumo. Šiame kontekste leidimas būti savimi atsiranda ne kaip deklaratyvi nuostata, bet kaip patiriama realybė – mažėja vidinė cenzūra, daugėja spontaniškų veiksmų ir autentiškos raiškos. Žvelgiant iš adleriškos tradicijos plėtotojų perspektyvos, toks judėjimas gali būti siejamas su klaidinančių įsitikinimų apie save ir kitus silpnėjimu bei didėjančiu socialiniu saugumu, kuris leidžia individui labiau pasitikėti santykiu ir savo vieta jame (Carlson ir Englar-Carlson, 2017). Taigi šiame etape formuojasi svarbi prielaida tolimesniam procesui – per patiriamą saugumą ir santykinę priėmimą dalyvės pereina nuo atsargaus buvimo prie gyvesnio, labiau integruoto dalyvavimo, kuris atveria galimybes gilesniems psichosocialiniams pokyčiams.

3. Kaip vaistus mes rijame jausmus terapinėje patirtyje

Analizuojant temą „Kaip vaistus mes „*rijame*“ *jausmus*“ išryškėjo keturios potėmės (žr. pav. 9): ilgalaikis emocijų slopinimas, gynybinė vaidyba, simbolinė emocijų raiška ir egzistencinė atrama per tikėjimą. Ši tema atsiskleidžia trečiosios ir ketvirtosios dramos terapijos sesijų „*Mano emocijos*“ ir „*Mano istorija*“ (žr. pav. nr. 5) metu. Dalyvių pasakojimuose matyti, kad emocijos buvo slopinamos ir neišreiškiamos tiesiogiai – apie jas kalbėti buvo sunku, todėl jos reikėsi per vaidmenis, simbolius ir pasakojimus. Tokia raiška leido jas išreikšti netiesiogiai ir palaipsniui įsisąmoninti. Emocijų slopinimas čia veikia kaip apsauga nuo nemalonių išgyvenimų ir kitų vertinimo. Remiantis Alfred Adler teorija, emocijų slopinimas gali būti suprantamas kaip prisitaikymo strategija, susiformavusi ankstyvose patirtyse ir susijusi su vidinio saugumo paieškomis (Adler, 1912/2011, veikale *Apie nervingąjį charakterį*). Dramos terapijoje šie jausmai tampa prieinami per netiesiogines formas, kurios leidžia juos išreikšti neperžengiant asmeniškai saugių ribų (Baim, 2015). Terapiniame procese šis modelis keičiasi – emocijos pradedamos atpažinti, įvardyti ir atviriau reikšti.

Ilgalaikis emocijų slopinimas. Interviu metu dalyvės atskleidė, kad emocijų slopinimas jų gyvenimuose buvo ilgalaikė ir nuosekli patirtis, prasidėjusi dar vaikystėje. Emocinė raiška: verksmas, pyktis, liūdesys ar pagalbos prašymas buvo suvokiama kaip silpnumo ženklas, todėl formavosi poreikis kontroliuoti ir slėpti savo išgyvenimus. Tai atsispindi teiginiuose: „*Turiu kontroliuoti pyktį*“ (A2) ir „*aš moku save suvaldyti<...>moku vaidinti*“ (A1), kurie rodo ne tik slopinimą, bet ir gebėjimą maskuoti vidinę būseną. Taip pat pažymima: „*visą gyvenimą pykau ant tėvų, man jau 50 m., o aš nieko apie save nežinau*“ (A4) (tyrimo dalyvė verkia), bei „*dukra irgi norėtų sužinoti, bet mes nekalbame apie tai, aš atsisakiau savo tėvų, nes jie mane paliko, žinau tik, kad mama buvo jauna, o tėtis iš Kazachstano*“ (A4),

kas atskleidžia ilgalaikį emocinio pažinimo ir komunikacijos trūkumą. Šią laikyseną papildo ankstyvos patirtys, persmelktos nesaugumo, netekties ir nerimo, kurios formuoja santykį su emocijomis kaip su tuo, ką reikia kontroliuoti. Tai atsiskleidžia ir santykyje su kitu, net pagalbos prašymas išgyvenamas kaip grėsmė: „o jeigu supyks,<...>o jeigu nepadės“(A4), rodantis giluminį nepasitikėjimą. A. Adler (1912/2011), pažymi, kad „*ankstyvos patirtys formuoja būdus, kuriais individas mokosi valdyti savo vidinį pasaulį*“, todėl slopinimas gali būti suprantamas kaip išmokta prisitaikymo strategija. Taigi emocijų slopinimas čia pasirodo kaip adaptacija, susijusi tiek su vidiniu reguliavimu, tiek su santykio su kitu žmogumi sunkumais (McWilliams, 2011).

Gynybinė vaidyba. Dalyvių pasakojimuose emocijų slopinimas dažnai pereina į vaidybinę laikyseną, kurioje išryškėja skirtis tarp vidinės ir išorinės patirties. Tai atsispindi pasisakymuose: „*Aš sakiau, kad man patiko, nors iš tikrųjų viduje jaučiau visai kitaip*“ (A5), „Kartais vaidinu, kad esu stipri, bet viduje esu labai jautri“ (A2). Taip pat pažymima, kad „*jaučiasi stebima*“, todėl „*viduje nešu vieną patirtį, o išorėje bandau išlaikyti kitą vaizdą*“ (A5). Grupės kontekste tai papildo ir bendras nesaugumo jausmas: „*Visi bijo vienas kito, nes mes nesuprantame daug ko*“ (A5). Šios citatos rodo nuoseklų skirtumą tarp vidinės patirties ir jos išorinės raiškos. Dramos terapijos grupėje, kuri buvo kuriama kaip saugi erdvė, vis dėlto išliko gynybinės reakcijos: „*Kai ji mane apkabino, aš ją labai stipriai atstūmiau*“ (A2). Šis epizodas išryškina ne tik artumo sunkumą, bet ir momentinį atsitraukimą nuo kontakto. Tokie veiksmai rodo, kad santykis patiriamas ne vien per žodžius, bet ir per kūnišką reakciją, kuri atsiranda greičiau nei sąmoningas sprendimas. Šiuolaikinėje adleriškoje perspektyvoje pabrėžiama, kad tokios reakcijos yra įprasti, iš ankstesnės patirties susiformavę santykio būdai (Eife, 2023). Dramos terapijoje jos tampa matomos per veiksmą – ne tik pasakojamos, bet ir išreiškiamos, todėl gali būti atpažįstamos ir reflektuojamos grupės kontekste (Baim, 2015).

Simbolinė emocijų raiška. „*Mes tas tabletes rijome, bet jokio tolko, niekas dar neišsigydė*“ (A5) – ši dalyvės refleksija rodo kritišką ir nevienareikšmį santykį su medikamentiniu gydymu, siejamą su nusivylimu ir ne visada patiriamu poveikiu. Vaistai šiame kontekste iškyla kaip riboto veiksmingumo priemonė, ypač kalbant apie sudėtingus emocinius išgyvenimus. Tokiame kontekste dramos terapija dalyvių patirtyse įvardijama kaip alternatyvus „*gydymo*“ būdas, susijęs su vidinių išgyvenimų tyrinėjimu. Tai atsispindi pasisakymuose: „*Tai apie sveikatą, o drama tai terapija, tai turi būti susiję su vaistais*“ (A5) ir „*priskyriau Eurovaistinės ženklą, nes ji (DT) gydo, gydo stipriai*“ (A6). Simbolinė raiška šiame procese pasitelkiama kaip būdas kalbėti apie asmeninę patirtį netiesiogiai. Dalyvė teigia: „*Man buvo lengviau kalbėti apie save per metaforą*“ (A2), o simboliai įgyja individualias reikšmes, pvz., „*Obuolys man simbolizuoja, kad noriu, jog mane pastebėtų*“ (A2). Kitu atveju simbolinis vaizdinys

siejamas su konkrečia autobiografine patirtimi: „*kortelė su mergaite, laistančia gėlę, iš karto priminė vaikystę, buvimą vienuroje ir ryšį su aplinka*“ (A1). Tokiu būdu simboliai leidžia išlaikyti tam tikrą atstumą nuo tiesioginio išgyvenimo, kartu išlaikant ryšį su patirtimi. Dramos terapijoje simboliai veikia kaip tarpinė erdvė tarp patirties ir jos refleksijos, leidžianti saugiau tyrinėti emocinį turinį (Baim, 2015). A. Adler (1912/2011), požiūriu simbolinė raiška gali būti siejama su fikcijos principu – žmogus per vaizdinius, metaforas ar simbolius kuria subjektyvią savo patirties interpretaciją, kuri leidžia netiesiogiai išreikšti vidinius išgyvenimus. Tokiu būdu simboliai tampa ne tik išraiškos, bet ir patirties organizavimo būdu.

Egzistencinė atrama per tikėjimą. Kai kurioms dalyvėms jausmų ištvėrimas siejosi su platesne prasmės sistema, ypač religiniu tikėjimu. Tai atsispindi pasisakymuose: „*Tiesa yra viena, ji yra Biblijoje*“ (A5), „*Mes esame priklausomi nuo tos jėgos, kuri mus valdo*“ (A5), taip pat „*kiekvieną rytą skaitau Bibliją*“ (A5). Šią laikyseną papildė ir teiginys: „*kai sako, kad viskas priklauso nuo mūsų, aš netikiu, nes viskas priklauso nuo Dievo, mes nieko dažniausiai negalime pakeisti*“ (A5). Tokie pasisakymai rodo tikėjimą kaip orientyrą, per kurį interpretuojama patirtis ir išlaikomas santykis su sunkumais (Park, 2013). Kitų dalyvių patirtyse ši tema pasireiškia mažiau tiesiogiai, tačiau išlieka susijusi su emociniu išgyvenimu ir jo reguliacija. Tai atsispindi pasakyme: „*viduje esu sau graži, nes tikiu Dievu*“ (A3), kuris leidžia tikėjimą sieti su savivertės palaikymu ir emociniu stabilumu (Pargament, 1997). Atsižvelgiant į tai, kad tyrime dalyvauja asmenys, turintys psichosocialinę negalią, tikėjimas gali veikti kaip būdas išlaikyti vidinę pusiausvyrą situacijose, kai emocinis krūvis tampa sunkiai pakeliamas. Tokiu būdu religinė orientacija suteikia struktūrą patirčiai, kuri kitu atveju galėtų būti fragmentiška (Eife, 2023). Šiame kontekste tikėjimas siejasi su jausmų „laikymu“ ir gali būti suprantamas kaip viena iš emocinio reguliavimo formų, prisidedančių prie psichosocialinės sveikatos stiprinimo ir emocinio stabilumo išlaikymo.

Apibendrinant galima teigti, kad dalyvių patirtyse emocijos ilgą laiką buvo „laikomos“ viduje ir tik palaipsniui įgauna išraišką terapiniame procese. Šis procesas nėra tiesioginis – jis vyksta per gynybinius, simbolinius ir egzistencinius sluoksnius, leidžiančius saugiau priartėti prie sudėtingų išgyvenimų. Dalyvių patirtys rodo, kad „nuryti“ jausmai terapiniame procese atsiskleidžia per slopinimą, vaidybinę laikyseną, simbolinę raišką ir prasmės paieškas. Šie procesai leidžia emocinį turinį išlaikyti, transformuoti ir palaipsniui integruoti. Šį procesą galima suprasti remiantis dramos spiralės modeliu, kuris apibrėžia netiesioginį judėjimą link gilesnio patyrimo (Baim, 2015), bei A. Adlerio teorija, kurioje emocijų slopinimas ir kitos laikysenos aiškinamos kaip ankstyvoje patirtyje susiformavusios prisitaikymo strategijos, galinčios kisti ir transformuotis terapiniame procese (Eifert, 2018). Šiame

kontekste atsiskleidžia ir platesnė psichosocialinės sveikatos dimensija – emocinis gijimas nėra redukuojamas vien į medikamentinį gydymą, nes vien vaistai ne visada apima vidinių išgyvenimų sudėtingumą. Naujesni tyrimai rodo, kad psichoterapinės intervencijos kai kuriais atvejais gali būti lygiavertės ar net veiksmingesnės už farmakologinį gydymą, ypač ilgalaikėje perspektyvoje, nes jos tiesiogiai veikia emocijų reguliaciją ir patirties integraciją (Cuijpers et al., 2020).

4. Pasitikėjimo augimas grupėje

Analizuojant pasitikėjimo augimą grupėje išryškėjo keturios tarpusavyje susijusios potėmės (žr. 9 pav.): tarpasmeniniai barjerai santykyje, patirties atspindėjimas, lygiavertis santykis ir vilties atsiradimas. Dalyvių patirtys rodo, kad terapinis procesas vyko ne tik individualių išgyvenimų lygmeniu, bet ir santykyje su kitais grupės nariais. Grupė palaipsniui iš pavienių asmenų susibūrimo transformavosi į erdvę, kurioje atsirado bendrumo patyrimas, tarpusavio atpažinimas ir palaikymas. Šis pokytis tiesiogiai siejasi su psichosocialine sveikata, nes santykyje su kitais keičiasi savęs suvokimas, emocinės reakcijos ir socialinis įsitraukimas. Galimybė būti matomam, išgirstam ir priimtam mažina atsitraukimą, stiprina tarpasmeninius ryšius ir didina vidinį stabilumą (Davidson et al., 2021). Šį procesą galima interpretuoti ir iš Alfred Adler teorinės perspektyvos, kurioje pabrėžiama, kad psichologinė sveikata yra glaudžiai susijusi su gebėjimu kurti ryšius ir patirti priklausymą bendruomenei. Socialinio intereso stiprėjimas siejamas su mažesniu izoliuotumu ir aktyvesniu dalyvavimu socialiniame gyvenime (Adler, 1931/2011).

Šis pokytis sutampa su terapinio proceso etapu, kuriame darbas kryptingai perkeliamas į santykį. Analizuojami duomenys apima penktosios, šeštosios ir septintosios dramos terapijos sesijų „*Mano ribos*“, „*Kitas šalia manęs*“ ir „*Kūnas ir jausmas*“ (žr. pav. 5) patirtis. Penktoje sesijoje dalyviai pradeda atpažinti savo ribas ir santykį su kitu, šeštoje sesijoje atsiranda tiesioginis susitikimas per porines užduotis ir bendrą kūrimą, o septintoje sesijoje santykis dar labiau gilėja per kūną, judesį ir reakciją. Dalyvių patirtys rodo, kad šis procesas vyksta ne tolygiai: jame pasireiškia įtampa, bandymai ir ribų išbandymas. Kiekviena iš išskirtų potėmių atskleidžia skirtingą šio proceso aspektą: nuo sunkumo būti santykyje iki galimybės jį kurti ir išlaikyti.

Tarpasmeniniai barjerai santykyje. Šiame etape santykis grupėje ne tik stiprėja, bet ir susiduria su realiais išbandymais. Penktoje sesijoje, laikantis iš anksto aptarto susitarimo, į grupę buvo priimtas naujas dalyvis – jaunas vyras, atvykstantis į dienos centrą kaip svečias. Jis negyveno įstaigoje kartu su kitais grupės nariais, turėjo šizofrenijos spektro sutrikimą, pasižymėjo dideliu aktyvumu, garsiu kalbėjimu ir polinkiu pertraukti kitus. Nors pradžioje grupė bandė jį priimti, dalyvių pasisakymuose

jaučiamas vidinis prieštaravimas: „mes jį priėmėme, nors žinojome, koks jis naglas, bet suprantame, kad visiems norisi būti kartu“ (A5). Tačiau situacijai vystantis įtampa greitai išaugo: „taip mes ramiai buvome, o jis viską sugadino“ (A6), „šaukė ant mūsų, keikėsi, man buvo baisu“ (A3). Šie išgyvenimai rodo, kad iki tol besiformuojantis saugumas buvo sutrikdytas, o santykis su nauju dalyviu tapo ne artumo, o nesaugumo patirtimi.

Svarbu tai, kad šį kartą grupė nepasitraukė ir nebandė prisitaikyti. Jau užsiėmimo metu naujas dalyvis buvo paprašytas išeiti dėl grupės taisyklių nesilaikymo: pertraukinėjimo, kalbėjimo ne savo eile, keikimosi ir pagarbos stokos kitiems. Šis sprendimas atsirado ne iš vieno žmogaus, o iš bendros grupės reakcijos. Tokia situacija atskleidžia, kad tarpasmeniniai barjerai čia tampa ne tik kliūtimi, bet ir erdve, kurioje formuojasi gebėjimas būti santykiyje su kitais, išlaikant save. Psichosocialinės sveikatos požiūriu tai reikšmingas pokytis: dalyvės ne tik patiria diskomfortą, bet ir geba jį įvardyti, išreikšti savo poziciją ir išlaikyti ribas. Žvelgiant iš A. Adler (1927/1998) perspektyvos, tai atspindi socialinio intereso stiprėjimą – gebėjimą veikti bendruomenės labui, išlaikant ryšį su kitais ir kartu išsaugant save. Tuo pačiu dramos terapijos kontekste tokie momentai laikomi reikšmingais terapinio proceso etapais, kuriuose per realų santykio išbandymą atsiskleidžia ir stiprėja socialiniai bei emociniai gebėjimai: „grupė tampa saugia vieta eksperimentuoti su ribomis ir santykiu, kuris gali būti išbandomas, išlaikomas ir transformuojamas“ (Orkibi & Feniger-Schaal, 2021).

Patirties atspindėjimas. Dalyvių pasisakymuose atsiskleidžia, kad kitų žmonių patirtys tampa svarbia atrama geriau suprasti save. Grupėje išsakytos patirtys ne tik išklausomos, bet ir atpažįstamos: „grupėje daug kas pasidalino, kad irgi jautėsi, kaip aš jaučiausi“ (A1), „kai kiti dalinosi apie save, man irgi buvo drąsiau kalbėti daugiau“ (A6). Tokie momentai rodo, kad kito žmogaus atvirumas sukuria erdvę, kurioje tampa lengviau kalbėti apie save. Atsiranda ne tik panašumo atpažinimas, bet ir vidinis leidimas būti, mažėja vienišumo jausmas, stiprėja ryšys su tuo, kas išgyvenama. Ši dinamika matoma ir veikime: „kai nežinau, ką daryti, žiūriu, ką kiti daro ir tada aš irgi sugalvoju, taip keista būna žaisti kaip vaikystėje, atrodo gi jau mes dideli“ (juokiasi) (A2). Ši citata atskleidžia, kad kitas žmogus tampa orientyru, leidžiančiu įsitraukti, išbandyti naują elgesį ir per patirtį atrasti savą būdą būti grupėje.

Ši patirtis pasireiškia ir per kitų stebėjimą – pastebima, kad kitas žmogus tampa gyvesnis, labiau atsiveria, drąsiau eina į kontaktą. Tai leidžia pamatyti pokytį ne tik savyje, bet ir santykiyje su kitu. Grupė čia veikia kaip erdvė, kurioje patirtis atsispindi per kitų reakcijas ir buvimą. Dramos spiralės modelio požiūriu tai gali būti suprantama kaip saugesnis artėjimas prie patirties, kai per netiesioginį atpažinimą

kituose mažėja gynyba ir atsiranda daugiau atvirumo (Baim, 2015). Grupinėje terapijoje tai siejama su universalizmo patirtimi – suvokimu, kad „*nesu vienas*“ (Yalom ir Leszcz, 2020). Žvelgiant iš A. Adler (Adler, 1931/2011) perspektyvos, tai atspindi socialinio ryšio stiprėjimą, kai žmogus pradeda matyti save santykiuose su kitais, o ne izoliuotai.

Lygiavertis santykis. Po patirties, kurioje santykis buvo išbandytas ir ribos aiškiai įvardytos, grupėje pradeda ryškėti kitoks buvimas su kitu: mažiau įtampos, daugiau paprasto buvimo kartu. Dalyvių pasisakymuose atsiranda momentai, kuriuose santykis nebejaučiamas kaip vertinantis ar keliantis grėsmę: „*mes visi čia tiesiog žmonės*“ (A5), „*jūs su mumis kaip su lygiais, man tas buvo nauja*“ (A4), „čia ne terapeutas ir pacientas, čia žmonės su žmonėmis“ (A5). Šiose patirtyse atsiskleidžia santykis, kuriame mažėja hierarchija ir atsiranda daugiau lygiavertiškumo. Tai leidžia atsipalaiduoti, mažiau kontroliuoti save ir išbūti santykiuose be nuolatinio vertinimo laukimo. Šis pokytis pasireiškia ne tik per kalbėjimą, bet ir per veikimą – atsiranda daugiau spontaniškumo, įsitraukimo, aktyvesnio dalyvavimo. Grupė tampa vieta, kurioje galima ne tik būti, bet ir veikti kartu su kitais, išbandant save santykiuose. Dramos spiralės modelio požiūriu tai gali būti suprantama kaip judėjimas į gilesnį patyrimo lygmenį, kuriame mažėja apsauginis atsitraukimas ir atsiranda daugiau tiesioginio įsitraukimo į veiksmą bei santykį (Baim, 2015). Tai skatina didesnę autentiškumą, spontaniškumą ir aktyvesnį įsitraukimą į grupinį terapinį procesą.

Vilties atsiradimas. Dalyvių pasisakymuose ryškėja, kad santykis grupėje ima keisti jų patirtį ne tik „čia ir dabar“, bet ir tai, kaip jos pradeda žiūrėti į save bei savo situaciją. Grįžtamasis ryšys tampa svarbia šio proceso dalimi: „*po mano pasakojimo kiti pasakė, kad jiems buvo panašiai, aš pirmą kartą nesijaučiau viena*“ (A5), „*tai, ką pasakė kiti apie mane, padėjo man pačiai suprasti, ką aš išgyvenau*“ (A4), „*kiti pasakė, kad aš buvau drąsi, kad taip atvirai pasakiau, man to labai reikėjo*“ (A3). Pripažinimas atsiranda ir per veiksmą: vaidmenų paskirstymo metu spontaniški sprendimai yra priimami ir įvardijami kaip tinkami, o tai rodo, kad grįžtamasis ryšys vyksta ne tik žodžiais, bet ir per bendrą veiklą. Tokie momentai dramos terapijoje siejami su patirties įprasminimu per veiksmą ir santykį, kuris leidžia ją geriau suprasti ir integruoti (Baim, 2015). Kartu grupė tampa vieta, kurios laukiama: „*čia tarsi salelė, kur aš jaučiuosi gyva, ne viena*“ (A4), „*labai laikiu mūsų užsiėmimų, čia jaučiuosi saugi*“ (A5), „*vienintelė vieta, kur jaučiuosi, kad mane supras*“ (A5). Pasisakymuose atsiranda laukimas, tęstinumo poreikis, kalbama apie tikėjimą, kad „*bus geriau*“, ir apie tai, kad dramos terapijos „*trūksta*“. Šios patirtys rodo, kad grupė veikia kaip svarbi santykio erdvė, siejama su vilties atsiradimu, kuris grupinėje terapijoje laikomas reikšmingu pokyčio veiksniumi (Yalom ir Leszcz, 2020). Dramos terapijos kontekste

vilties atsiradimas siejamas su galimybe patirti naujus santykio būdus saugioje erdvėje, kuri palaiko pokytį ir jo tęstinumą (Orkibi & Feniger-Schaal, 2021).

Apibendrinant matyti, kad dalyvių patirtys atskleidžia santykio grupėje formavimąsi kaip nuoseklų procesą, kuriame ryšys ne tik stiprėja, bet ir yra išbandomas. Per kitų patirtis dalyviai pradeda geriau suprasti save, susidūrę su įtampa – įvardyti ribas ir išlaikyti savo poziciją, o santykyje pamažu atsiranda daugiau lygiavertiškumo, atvirumo ir įsitraukimo. Kartu su šiomis patirtimis išryškėja laukimas, tęstinumo pojūtis ir tikėjimas, kad santykis su kitais gali būti kitoks nei iki tol patirta. Šis procesas leidžia matyti judėjimą nuo buvimo šalia prie tikro susitikimo su kitu žmogumi. Dramos spiralės modelis tai leidžia suprasti kaip palaipsniui gilėjantį įsitraukimą, kuriame mažėja atsitraukimas ir atsiranda daugiau tiesioginio buvimo santykyje (Baim, 2015). Šis procesas gali būti siejamas su stiprėjančiu socialiniu interesu ir mažėjančiu menkavertiškumo jausmu, kai žmogus palaipsniui ima jaustis priimtas ir reikšmingas grupėje (Eifert, 2018).

5. Draminis įsitraukimas terapiniame procese

Analizuojant šį terapinio proceso etapą išryškėja keturios kryptys (žr. pav. 9): emocinė kontrolė, tiesioginis atsivėrimas, vidinis lūžis ir savęs priėmimas. Duomenys apima aštuntosios ir devintosios dramos terapijos sesijų „*Gimimo istorija*“ ir „*Kas man pavyksta*“ (žr. pav. nr. 5) patirtis. Aštuntoje sesijoje dalyviai per improvizaciją, kūno kalbą ir vaidmenų kūrimą kūrė savo gimimo istorijas, įsijausdami į savo, tėvų ar aplinkos vaidmenis jie ne tik pasakojo, bet ir veikė, išgyveno situacijas per kūną ir santykį. Devintoje sesijoje dėmesys buvo nukreiptas į stiprybių įvardijimą: per situacijų kūrimą ir grupės grįžtamąjį ryšį dalyvės patyrė, kaip jų gebėjimai atsiskleidžia santykyje su kitais. Dalyvių pasakojimuose ryškėja svarbus terapinio proceso poslinkis – nuo stebinčios, save saugančios laikysenos pereinama prie tiesioginio emocinio ir kūniško dalyvavimo. Šis judėjimas nėra vienodas: vienoms dalyvėms jis reiškia ašarų proveržį, kitoms kūnišką atsipalaidavimą, dar kitoms stipresnį ryšį su savimi ir kitais. Patirtys šiame etape tampa asmeniškesnės ir reikalauja didesnio įsitraukimo, o judėjimas vyksta nuo atsargaus stebėjimo prie tiesioginio išgyvenimo. Dramos spiralės modelis šį procesą apibrėžia kaip palaipsniui gilėjantį įsitraukimą (Baim, 2015), o šiame etape dalyviai pradeda aiškiau atpažinti ir įvardyti savo išgyvenimus. Dramos terapijoje pabrėžiama, kad patirties įsisąmoninimas per veiksmą ir refleksiją leidžia ne tik ją išgyventi, bet ir suprasti (Emunah, 1994).

Emocinė kontrolė. „*Tas žiūrėjimas, tai čia kontrolė tokia, ar ne?*“ (A5). Ši citata parodo reflektuotą santykį su savo elgesiu: stebėjimas tampa būdu išlaikyti kontrolę ir nepriartėti per arti prie

patirties. Tai atsispindi ir kituose pasisakymuose: „*stebiu, ką sakau*“ (A3), „*galvoju, kaip atrodoau kitiems*“ (A2), „*nenorių pasakyti per daug*“ (A4), „*geriau nežiūrėti niekam į akis, aš bijau gyvo kontakto*“ (A6). Šiose frazėse girdisi nuolatinis savęs stebėjimas, atsargumas ir bandymas išvengti tiesioginio santykio, kuris gali būti per daug intensyvus ar neprognozuojamas. Greta to atsiranda ir poreikis turėti aiškumą: „*aš noriu žinoti, kas bus kitą kartą*“ (A1), kas rodo, kad neapibrėžtumas kelia įtampą ir skatina laikytis saugesnės, labiau kontroliuojamos pozicijos.

Kartu išryškėja tendencija sulaikyti vidinę patirtį: „*aš laikau viską savyje*“ (A3), „*nerodau, kaip jaučiuosi*“ (A2), „*geriau patylėti*“ (A4). Tokia laikysena padeda išlaikyti vidinį stabilumą, tačiau kartu palaiko atstumą nuo tiesioginio išgyvenimo. Šalia to atsiranda ir atsitraukimo būdas: „*kai man neramu, aš einu į savo kambarį*“ (A6), kuris leidžia išvengti kontakto su išgyvenimu santykyje. Dalyvės lieka „*per žingsnį*“ nuo įsitraukimo – stebi, tikrina, vertina, kiek saugu priartėti. Emocinė kontrolė čia veikia kaip gynybinė strategija, padedanti apsisaugoti nuo pažeidžiamumo (Adler, 1931/2011). Dramos spiralės modelyje svarbu tai, kad judėjimas nėra linijinis: dalyvis gali pereiti tarp skirtingų patyrimo sluoksnių, grįžti į saugesnes pozicijas ir vėl artėti prie tiesioginio išgyvenimo, todėl skirtingi kontrolės ir atsivėrimo momentai gali pasirodyti tame pačiame procese (Baim, 2015).

Tiesioginis atsivėrimas. Vėliau dalyvių patirtyse atsirado momentų, kai emocija ir kūnas į procesą įėjo daug tiesiogiau. „*Pradėjau verkti ir kažkas labai stipraus atsiverė, kas buvo užgniaužta*“ (A2), „*žliumbti, ir kad tai matė visi, nebeslėpiau skausmo*“ (A2). Šiose citatose susijungia ne tik emocinis proveržis, bet ir matomumas: skausmas nebe tik išgyvenamas, bet ir nebesislepiamas kitų akivaizdoje. „*Paskutinį kartą užsimerkiau, prieš tai nebuvau užsimerkusi*“ (A5) rodo mažesnę, bet reikšmingą pokytį – leidimą sau atsipalaiduoti ir pasitikėti procesu. Taip pat atsiranda patirtis, kai galima „*atsijungti nuo problemų*“, nebegalvoti apie kasdienes rūpesčius ir bent kuriam laikui būti ne vien „*galvoje*“ (A1). Šios citatos rodo, kad tiesioginis išgyvenimas terapijoje gali turėti skirtingas formas: nuo stipraus emocinio proveržio iki kūniškai patiriamo atsipalaidavimo ar galimybės trumpam išeiti iš nuolatinės kontrolės. Tyrimai taip pat rodo, kad emocinis atsivėrimas saugioje terapinėje aplinkoje yra susijęs su didesniu emocijų integravimu ir psichologinės savijautos gerėjimu (Pennebaker & Chung, 2011). Dramos terapijoje tokie momentai siejami su gilesniu įsitraukimu, kai veiksmu grįstas procesas leidžia patirti jausmą tiesiogiai (Emunah, 1994; Baim, 2015). Psichologiniai sunkumai, įskaitant psichozinius išgyvenimus, yra susiję su ryšio su kitais silpnėjimu ir padidėjusiu atsitraukimu į vidinį pasaulį. Atsivėrimo momentai, kai žmogus leidžia sau būti matomas ir patirti jausmus santykyje, gali būti

suprantami kaip judėjimas link socialinio įsitraukimo ir ryšio atkūrimo, siejamas su psichosocialinės sveikatos stiprėjimu (Adler, 1927/1998).

Vidinis lūžis. Kai kuriose dalyvių citatose tiesioginis išgyvenimas jau atsiskleidžia kaip vidinis poslinkis. „Nu, kažkas pasikeitė. Pasitikėjimas didesnis kažkoks ir savimi, ir tavimi, ir aplinka“ (A5), „*anksčiau man buvo, STOP, aš tik į viršų, dabar žinok ne, aš noriu matyti žmones<...>vis tiek būnu tarp jų*“ (A5). Taip pat atsiranda patirtis būti pamatytam: „*pirmą kartą jaučiausi, kad kažkas pamatė ir atpažino tą mano jausmą*“ (A2). Šiose citatose girdisi ne tik emocinis išgyvenimas, bet ir santykio su savimi bei kitais pokytis, daugiau pasitikėjimo, mažiau atsitraukimo, daugiau buvimo tarp žmonių. Greta to atsiranda ir veiklumo dimensija: išgyvenimas, kad galima būti aktyviai grupėje, veikti kartu su kitais, grįžti į santykį su darbu ir aplinka. Šios patirtys rodo, kad vidinis lūžis nebūtinai reiškia stiprų emocinį proveržį – jis gali atsiskleisti kaip krypties pasikeitimas, kai žmogus ima kitaip būti su savimi ir aplinka. Pokytis prasideda tada, kai žmogus ima elgtis kitaip nei iki tol įprasta, net ir nedidelis naujas veiksmas ar sprendimas rodo judėjimą iš ankstesnio gyvenimo stiliaus ribų. Tokie momentai, kai atsiranda daugiau kontakto, mažiau vengimo ir daugiau veikimo santykyje, gali būti suprantami kaip naujų elgesio būdų išbandymas. Dramos spiralės modelyje tai atitinka gilesnį proceso sluoksnį, kuriame patirtis pradeda veikti savęs suvokimą ir santykį su pasauliu (Baim, 2015), o grupinėje terapijoje tokie momentai siejami su nauju savęs patyrimu tarpasmeninėje erdvėje (Yalom ir Leszcz, 2020).

Savęs priėmimas. „*Visi gimsta tam, kad gyventi*“ (A5). Ši frazė atsiranda kaip paprastas, bet labai tikslus santykio su gyvenimu įvardijimas: nepaisant patirčių, sunkumų ar atsitraukimo, pats gyvenimo faktas išlieka. Greta šio suvokimo atsiranda ir kiti išgyvenimai: „*sunku patikėti, kad aš buvau maža*“ (A1), „*gal mane tikrai laukia mano tėveliai*“ (A4), „*mano gimimas vis tiek kažką naujo atvėrė*“ (A4). Šiose citatose matyti bandymas iš naujo pažvelgti į savo pradžią, savo vietą šeimoje ir santykį su tėvais, net jei ši patirtis yra fragmentiška ar skausminga. Kartu atsiranda ir švelnesnis santykis su savimi dabartyje: „*aš leidžiu sau būti tokia, kokia noriu... ir tai mato daug žmonių. Tai nereiškia, kad aš bloga, tiesiog taip jaučiausi*“ (A3), „*dabar jau galiu būti<...>nebijau taip stipriai, kaip anksčiau*“ (A2). Šios patirtys rodo, kad savęs priėmimas čia susijęs ne tik su dabartimi, bet ir su savo kilmės priėmimu. Žmogaus psichologinis funkcionavimas formuojasi šeimos kontekste – per ankstyvus santykius, priklausymo jausmą ir savo vietos sistemoje suvokimą. Kai šis ryšys yra pažeistas ar neaiškus, gali stiprėti atsitraukimas ir vidinis nesaugumas, tačiau pradėjus kitaip matyti savo kilmę ir santykį su tėvais atsiranda daugiau stabilumo ir mažiau savęs atmetimo (Adler, 1927/1998). Dramos spiralės modelyje

tokie momentai gali būti suprantami kaip gilesnio proceso sluoksnis, kuriame per patyrimą atsiranda galimybė iš naujo susitikti su savo istorija ir ją išbūti saugesnėje formoje (Baim, 2015).

Apibendrinant matyti, kad šiame terapinio proceso etape dalyvių patirtys krypsta į santykį su savo gimimu ir pačiu gyvenimo faktu, kuris ima būti suvokiamas ne kaip savaimė suprantamas, bet kaip iš naujo atrandamas. Refleksijose atsiranda mintys apie savo pradžią, apie ryšį su tėvais, apie tai, kad „*visi gimsta tam, kad gyventi*“, ir tai leidžia kitaip pažvelgti į savo istoriją: ne tik kaip į praeitį, bet kaip į tai, kas vis dar veikia dabartį. Ankstyvieji išgyvenimai šeimoje formuoja žmogaus gyvenimo stilių: kaip jis mato save, kitus ir pasaulį, kaip reaguoja į sunkumus ir kur link juda. Dėl to santykio su savo kilme permąstymas yra svarbus, nes leidžia atpažinti šiuos susiformavusius modelius ir pradėti juos keisti, kai jie neveikia žmogaus naudai (Adler, 1927/1998;). Dramos spiralės modelyje tai atitinka gilesnį patyrimo sluoksnį, kuriame asmeninė istorija ne tik prisimenama, bet ir išgyvenama bei palaipsniui integruojama, o tai kuria daugiau vidinio nuoseklumo ir leidžia kitaip būti savo gyvenime (Baim, 2015).

6. Tylintys balsai prabyla

Artėjant dramos terapijos ciklo pabaigai dalyvių buvimas grupėje tampa kitoks, atsiranda daugiau jautrumo vienas kitam, daugiau dėmesio ir rūpesčio. Dalyviai pradeda klausti: „*O kaip tu nori?*“ „*Gal tu kalbėk pirmas*“, atsiranda vietos kitam žmogui, jo tempui ir jo patirčiai. Grupeje daugėja gyvo kontakto – atsiranda apkabinimai, šilti pasitikimai, džiaugsmas susitikus, spontaniškas palaikymas. Analizuojant šio etapo patirtis išryškėja keturios kryptys: nutylėtas skausmas, meilės ilgesys, atsargus artėjimas prie vidinio vaiko ir gyvybingos vaikystės dalys (žr. pav. 9). Analizuojami duomenys apima dešimtosios, vienuoliktosios ir dvyliktosios dramos terapijos sesijų „*Mano pasirinkimai*“, „*Gyvenimo kelias*“ ir „*Užbaigimas*“ (žr. pav. nr. 5) patirtis. Dešimtoje sesijoje dalyviai per situacijų analizę pradeda matyti savo sprendimus ir jų pasekmes, vienuoliktoje per vaidmenis ir simbolius atsigręžiama į svarbiausius gyvenimo momentus, o dvyliktoje šios patirtys įvardijamos ir apibendrinamos.

Šiame etape atsiveria ne tik sudėtingos patirtys, bet ir išteklių – terapijoje ima reikštis ne tik tai, kas buvo sužeista, bet ir tai, kas išliko gyva. Dramos spiralės modelis leidžia suprasti, kad toks turinys atsiveria palaipsniui, atsiradus pakankamam saugumui (Baim, 2015), o ankstyvųjų patirčių reflektavimas ir jų įsisąmoninimas siejasi su galimybe keisti nusistovėjusius reagavimo būdus ir santykį su savimi bei kitais (Mosak & Shulman, 1990). Šis procesas tiesiogiai veikia psichosocialinę sveikatą, nes didėjantis savo patirties supratimas leidžia geriau reguliuoti emocijas, mažina vidinę įtampą, stresą ir nerimą bei stiprina gebėjimą kurti ir palaikyti santykius su kitais. Emocijų slopinimas ir neišreikšti išgyvenimai

siejami su padidėjusia vidine įtampa ir nerimo išgyvenimu, o jų įsisąmoninimas leidžia šią įtampą mažinti (Adler, 1912/2011).

Nutylėtas skausmas. Vienas stipriausių proceso sluoksnių atsiskleidžia tada, kai pirmą kartą įvardijama tai, apie ką ilgus metus nebuvo kalbama. „*Mane ketverių metų išprievartavo brolis. Aš nežinau, kiek kartų jis tai darė <...> neprisimenu,*” (A5) „*apie tai niekam nesakiau, tu pirma girdi šitą istoriją*“ (A5). Šios citatos atveria ne tik trauminę patirtį, bet ir ilgą tylėjimą. Toliau išskyla ir kiti fragmentai: „*mes sėdime, linguojame ir verkiame, kada, mama, kada tu sugrįši,*” (A5) „*mačiau, kaip visas namas degė,*” (A1) pasakojimai apie dažnai verkiančią motiną ir nuolatinį nesaugumo jausmą. Čia atsiveria ne pavieniai prisiminimai, o visa ankstyvojo patyrimo erdvė, kurioje daug baimės, netikrumo ir vienišumo. Į šį lauką įsijungia ir patirtys, susijusios su nežinoma kilme: „*visą gyvenimą pykau ant tėvų*“ (A4), „*man jau 50 m., o aš nieko apie save nežinau*“ (A4), o po pratimo „*Mano gimimas*“ pirmą kartą atsiranda aiškus noras sužinoti daugiau apie save. Žinomos tik pavienės detalės: apie tėvą iš Kazachstano, jauną motiną, tačiau ši tema ilgą laiką buvo atitolinta. Tokie pasakojimai rodo, kad terapijoje atsiveria fragmentuota, iki tol neišgyventa patirtis. Tyrimuose pabrėžiama, kad trauminiai išgyvenimai dažnai išlieka nuotrupomis ir kūniškais išgyvenimais, kol atsiranda galimybė juos įvardyti ir susieti (van der Kolk, 2014), o dramos terapijoje tai vyksta palaipsniui, leidžiant turiniui pasirodyti tiek, kiek tuo metu įmanoma išbūti (Baim, 2015). Adlerio kryptį plėtojantys autoriai taip pat akcentuoja, kad ankstyvos trauminės patirtys ir priklausymo sutrikimai formuoja žmogaus santykį su savimi ir pasauliu, tačiau šių patirčių įsisąmoninimas santykyje gali tapti pokyčio pradžia, kai atsiranda daugiau saugumo, ryšio ir galimybė perkurti savo gyvenimo kryptį (Eifert, 2018)

Meilės ilgesys. Kai kurios citatos labai aiškiai parodo, kad po skausmu slypi ne vien trauma, bet ir neišsipildęs priėmimo bei meilės poreikis. „*Mano mama mane ignoravo, kad aš iki tokio lygio turėjau nueiti – prisišlapinti, kad atkreiptų dėmesį*“ (A1), „*kai aš buvau maža, kai sirgdavau, tada gaudavau daugiausia meilės*“ (A3). Greta šių patirčių atsiranda ir kitas santykio fragmentas: „*kai saulė šviečia ir nuotaika gera, atrodo, visus myliu*“ (A1), kuris rodo, kad meilės jausmas išlieka, tačiau jis nėra stabilus ir lengvai priklauso nuo vidinės būsenos. Kita patirtis atsiskleidžia per santykį su tėvu: „*kai tėvas mirė, aš nevažiavau į laidotuves, nes o kam, jis manęs niekada nemylėjo*“ (A6), ir šioje frazėje girdisi ne tik atsitraukimas, bet ir neišsipildęs ryšio poreikis. Kita patirtis atsiskleidžia tyliau, per mažas, bet išliekančias detales: „*dičkės, nesėsk*“ (A3), „*man iki dabar labai skauda*“ (A3), prisiminimai apie verkiančią mamą ir kartu kylantį norą būti arčiau, gauti šilumos. Tokie momentai rodo, kad meilės stygius nebūtinai išreiškiamas tiesiogiai – jis išlieka per smulkius epizodus, kurie ilgainiui tampa vidiniu santykio su savimi ir kitais pagrindu. Prisirišimo teorijoje pabrėžiama, kad vaiko poreikis būti matomam

ir raminamam yra esminis saugumo pagrindas (Bowlby, 1988), o Adlerio kryptį plėtojantys autoriai akcentuoja, kad priklausymo ir priėmimo patirtis formuoja asmens vertės pajautimą ir santykį su pasauliu – jos trūkumas gali lemti tiek stiprų ryšio troškimą, tiek jo vengimą (Carlson, Watts & Maniaci, 2006).

Atsargus artėjimas prie vidinio vaiko. Kai kurioms dalyvėms ryšys su vidinio vaiko pasauliu neatsiveria iš karto – prie jo artėjama labai atsargiai. „*Aš labai norėčiau pajauti... bet man baisu*“ (A4), „*kai buvo afrikietiška muzika, man labai patiko, bet aš labai bijau skausmo*“ (A3), „*kai aš dalyvauju, po to pagalvoju, kad gerai, kad buvau*“ (A5). Šiose citatose girdisi dvilypė patirtis – vienu metu veikia ir trauka, ir baimė. „*Norisi priartėti prie savo istorijos, bet kartu išlieka stiprus vidinis stabdis*“, dalinasi tyrimo dalyvė (A5). Panaši įtampa atsiskleidžia ir kitu būdu: „*kalbėdama apie jautrius dalykus aš dažnai juokauju, kartais net labai garsiai, net ten, kur kalba apie vienatvę ar baimę<...>aš per paskutinius dvejus metus pradėjau apie tai kalbėti, ir man tarsi iš vidaus eina tas juokas kartu su skausmu. Nenoriu vėl įkristi į tą skausmą, tai per juoką jį paleidžiu. Man tai padeda*“ (A5). Juokas čia tampa būdu kalbėti apie sunkias patirtis, bet kartu išlaikyti saugų atstumą nuo per stipraus jausmo.

Kita patirtis atsiskleidžia per santykį su prisiminimais: „*bijau liesti kai kuriuos prisiminimus, nes pirmiausia iškyla pati baisiausia situacija, ir tik paskui galima prisiminti ką nors kita, pavyzdžiui, balandžius cirke<...>su broliu buvome mes tame cirke, jis buvo kažkoks keistas, o po to mane išprievartavo*“ (A5). Ši frazė rodo, kad vaikystės patirtis nėra vientisa: prie jos artėjant pirmiausia iškyla skausmingiausi sluoksniai, todėl judėjimas vyksta per mažesnes, pakeliamas detales. Tokios citatos leidžia matyti, kad vidinis turinys atsiveria ne tiesiogiai, o per fragmentus, simbolius, kūno patyrimą ar net per juoką. Dramos terapijoje tai siejama su netiesioginio artėjimo principu, kai dalyvis prie jautraus turinio artinasi palaipsniui, per veiksmą ir simbolį (Emunah, 1994), o traumos tyrimuose pabrėžiama, kad saugus prisilietimas prie skausmingos medžiagos vyksta mažomis, pakeliamomis dozėmis (Levine, 2010). Adlerio kryptį plėtojantys autoriai taip pat akcentuoja, kad gynybos silpnėja tiek, kiek žmogus tuo metu gali išbūti, todėl pokytis vyksta per palaipsnį artėjimą, o ne per staigų susidūrimą su patirtimi (Eifert, 2018).

Gyvybingos vaikystės dalys. Vaikystės pasaulis terapijoje atsiveria ne tik kaip skausmo, bet ir kaip gyvybingumo vieta. „*Labai man patiko, kai mes vaidinome save kurorte, kaip rengėmės, kaip džiangėmės, tarsi tikrai ten jau buvome*“ (A2), „*tos mažos mergaitės, kur žaidė pliaže, kaip buvo faina*“ (A2). Šiose patirtyse atsiranda lengvumas, žaislingumas ir įsitraukimas, kuris leidžia bent kuriam laikui atsitraukti nuo sunkesnių išgyvenimų. Greta to pasirodo ir vaizduotės kupinas santykis su simboliais: „*kai aš ištraukiau kortelę su kirviu ir rožem, aš ten mačiau meilę, nes kirvis man buvo kaip širdelė, o visi*

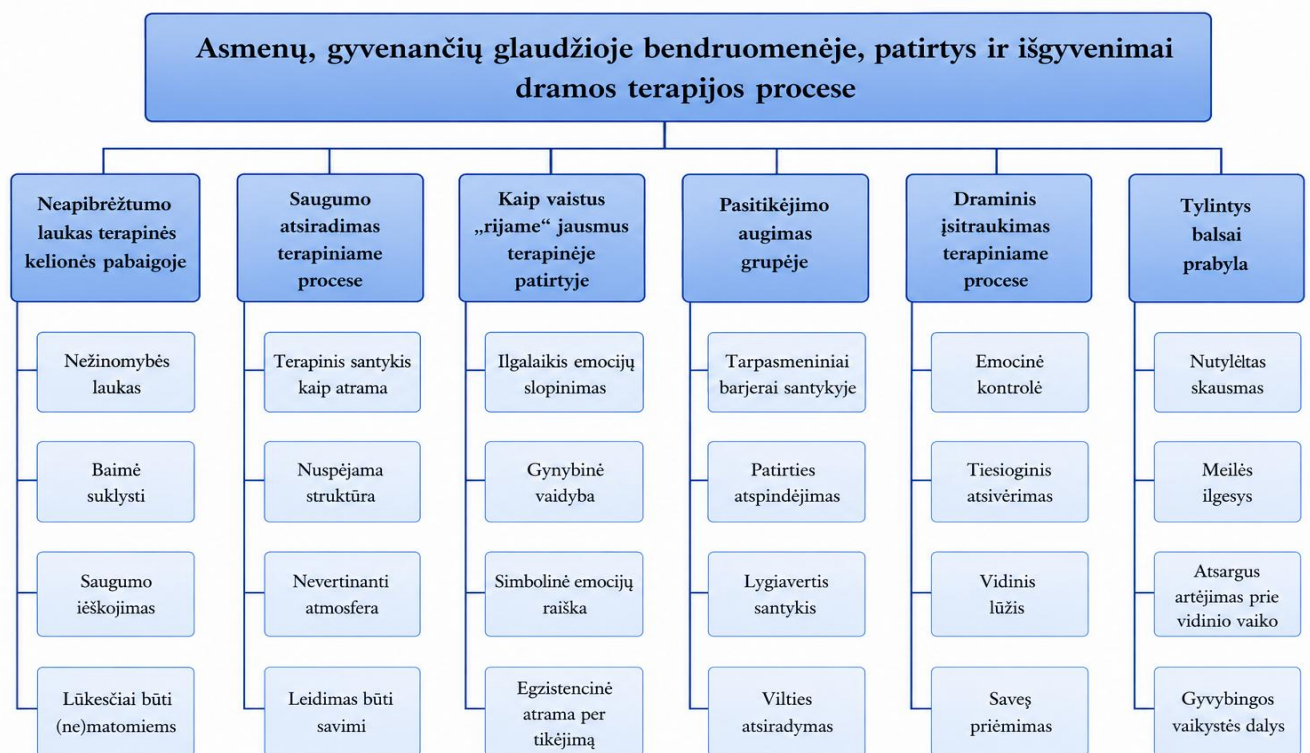
į mane žiūri“ (juokiasi) (A2). Tokie momentai rodo, kad net ir netikėtuose vaizdiniuose atsiranda galimybė kurti savo prasmę ir būti santykiyje su ja ne per baimę, o per žaismę. Kartu atsiskleidžia ir vaikystės patirtys, susijusios su ryšiu ir buvimu su aplinka: „*nešiodavau kibirus su vandeniu*“ (A1), „*laistydavau gėles*“ (A1), galėdavau būti „*visą dieną prie tujų*“ (A1), kur net „*bendraudavau*“ su vorais (A1). Šiose citatose vaikystė pasirodo kaip gyvas, santykį kuriantis pasaulis, kuriame yra vietos smalsumui, veikimui ir ryšiui. Tai leidžia matyti, kad terapijoje atsiveria ne tik tai, kas buvo skaudu, bet ir tai, kas išliko gyva. Tokie momentai gali būti siejami su žmogaus judėjimu link savo fikcinio galutinio tikslo: per gyvybingas, kūrybingas patirtis atsiranda kryptis, kuri suteikia gyvenimui prasmės pojūtį ir skatina judėti iš atsitraukimo į aktyvesnį, santykiyje esantį gyvenimą (Eifert, 2018). Šis judėjimas taip pat svarbus psichosocialinei sveikatai, nes stiprėja gebėjimas įsitraukti į santykį, palaikyti ryšį su kitais ir jaustis veikiančiu, o ne atsitraukusiu savo gyvenime. Didėjantis saugumo jausmas gali būti susijęs ir su mažėjančiu nerimu bei vidine įtampa, nes santykiyje atsiranda daugiau pasitikėjimo ir mažiau baimės būti nepriimtam (Adler, 1927/1998).

Apibendrinant šeštą skyrių, terapinio proceso pabaigoje atsiskleidžia ne tik ilgą laiką sulaikyto vidinio turinio aktualizacija, bet ir jo transformacijos būdai, leidžiantys šiai patirčiai tapti prieinamai sūmonei individualiai pakeliamomis formomis. Empiriniai duomenys rodo, kad vidiniai išgyvenimai diferencijuotai artikuliuojasi per tiesioginį įvardijimą, simbolinę ir kūnišką raišką ar fragmentiškus vaizdinius, taip išlaikant kontaktą su anksčiau neintegruotais patirties aspektais. Šiame procese svarbi ne tik trauminio turinio ekspresija, bet ir paraleliai aktyvuojamas ryšio, priėmimo bei afektinio saugumo poreikis, kuris palaipsniui įgyja didesnę psichologinę realumą. Kartu ryškėja ir išlikusio gyvybingumo dimensija – vidiniai resursai, kurie nebuvo pažeisti trauminės patirties ir tampa svarbia atrama tolimesnei integracijai. Tokia dinamika leidžia terapinį procesą conceptualizuoti kaip daugiasluoksnę integracijos eigą, kurioje didėja gebėjimas toleruoti, diferencijuoti ir sujungti skirtingus patirties komponentus. Dramos spiralės modelis šį vyksmą pagrindžia kaip nuoseklų judėjimą gilyn, išlaikant pakeliamumo principą ir reguliuojant patirties intensyvumą (Baim, 2015). Adleriškoje perspektyvoje tai siejasi su sisteminiu nerimu ir streso mažėjimu bei psichosocialinės sveikatos stiprėjimu, vykstančiu per ankstyvųjų patirčių perprasminimą ir gyvenimo stiliaus reorganizaciją (Adler, 1931/2011). Tuo tarpu dramos terapijos kontekste šis procesas atspindi emocinės integracijos gilėjimą, kai per simbolinę veiksmą ir vaidmeninę raišką mažėja intrapsichinė fragmentacija, stiprėja afektų reguliacija ir didėja psichologinis lankstumas, kuris laikomas esmine psichosocialinės sveikatos prielaida (Emunah, 1994; Jones, 2007; Baim, 2015).

3.3. Asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, patirtys ir išgyvenimai dramos terapijos procese apibendrinimas

Siekiant atskleisti asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, patirtis ir išgyvenimus dramos terapijos procese, kokybinio tyrimo metu išryškėjusios temos ir potemės pateikiamos paveiksle nr. 9. Terapinio proceso metu palaipsniui ryškėjo pokytis nuo neapibrėžtumo, emocinio atsargumo ir savyje laikomų jausmų link didesnio saugumo, pasitikėjimo, atviresnio emocinio įsitraukimo ir artimesnio santykio su savimi bei kitais. Išryškėjusios temos atskleidžia, kaip terapinis procesas palaipsniui tapo erdve, kurioje dalyviai galėjo saugiau atpažinti ir išreikšti savo emocijas, stiprinti tarpusavio ryšį bei prabilti apie ilgą laiką savyje laikytus išgyvenimus.

Paveikslas nr. 9 *Asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, patirtys ir išgyvenimai dramos terapijos procese*



Terapinio proceso pradžioje dalyvių patirtyse ryškėjo neapibrėžtumas, vidinė įtampa ir atsargus santykis su nauja grupine erdve. Nežinomybė, baimė suklysti ar būti neigiamai įvertintiems skatino laikytis didesnio atstumo, stebėti kitus grupės narius ir atsargiai tikrinti, kiek šioje aplinkoje galima būti savimi. Dalyviams buvo svarbu, ar ši erdvė leis jaustis priimtiems, neišjuoktiems ir nepaskubintiems.

Palaipsniui grupėje ėmė formuotis emocinio saugumo patirtis: terapeutė ir grupė buvo išgyvenamos kaip priimančios, nevertinančios ir leidžiančios būti tokiems, kokie jie yra. Mažėjant vidinei įtampai ir gynybiškumui, daugėjo spontaniškumo, natūralaus bendravimo, juoko ir drąsos būti matomiems santykiuose su kitais.

Stiprėjant saugumo jausmui, išryškėjo ir dalyvių santykis su savo emocijomis. Tyrimo duomenys parodė, kad daugelis jausmų ilgą laiką buvo laikomi savyje, neišsakomi arba slepiami po kontroliuojamu elgesiu. Tiesiogiai kalbėti apie savo išgyvenimus dalyviams dažnai buvo sunku, todėl emocijos terapiniame procese dažniau reikėsi per simbolius, metaforas, vaidmenis ir kūrybinį veiksmą. Toks netiesioginis kalbėjimo ir veikimo būdas leido saugiau priartėti prie jautrių patirčių, palaipsniui jas atpažinti ir įvardyti. Kai kuriems dalyviams svarbi vidinė atrama buvo tikėjimas ir dvasinis santykis, padėję išlaikyti stabilumą ir suteikti prasmės sudėtingiems išgyvenimams. Terapinė erdvė tapo vieta, kurioje emocijos galėjo būti ne tik išbūtos, bet ir pamažu priimtose kaip reikšminga asmeninės patirties dalis.

Emocinio saugumo augimas buvo glaudžiai susijęs ir su kintančiu santykiu grupėje. Dalyvių pasakojimuose ryškėjo, kad santykis su kitais grupės nariais palaipsniui tapo artimesnis, saugesnis ir lygiavertiškesnis. Mažėjant socialiniam atsiribojimui, daugėjo bendrystės, jautrumo vieni kitiems ir tarpusavio palaikymo. Kitų žmonių istorijos bei išgyvenimai veikė kaip savotiškas veidrodis, padėjęs geriau suprasti save ir savo jausmus. Galimybė būti išgirstam, suprastam ir priiमतam mažino vienišumo jausmą ir stiprino priklausymo grupei patirtį. Net tais momentais, kai grupėje kilo įtampa ar buvo išbandomos tarpusavio ribos, dalyviai mokėsi išlikti santykiuose, aiškiau įvardyti savo poreikius ir išlaikyti ryšį su kitu. Ši patirtis stiprino viltį, kad santykis su kitais gali būti saugesnis ir mažiau žeidžiantis, negu buvo patirta anksčiau.

Šiame kontekste vis labiau ryškėjo ir dramatinis įsitraukimas. Gilėjant terapiniam procesui, dalyviai nuo atsargesnio stebėjimo perėjo prie tiesioginio emocinio ir kūniško išgyvenimo. Mažėjant emocinei kontrolei, atsirado daugiau atvirumo, spontaniškų reakcijų ir drąsos būti matomiems su savo tikrais jausmais. Vieniems tai reiškė ryškesnę emocinį proveržį, kitiems – tylesnę, bet svarbų vidinį pokytį: didesnę pasitikėjimą savimi, naują santykį su savo gyvenimo istorija arba jautresnę žvilgsnį į savo kilmę, santykį su tėvais ir ankstesnes patirtis. Šie išgyvenimai siejosi su didesniu savęs priėmimu, mažesniu vidiniu atsitraukimu ir didesne galimybe patirti artumą tiek su savimi, tiek su kitais žmonėmis.

Artėjant terapinio proceso pabaigai, grupėje daugėjo šilumos, rūpesčio ir emocinio artumo. Dalyviai pradėjo atviriau kalbėti apie ilgą laiką savyje nešiotą skausmą, meilės ir artumo ilgesį, vaikystės patirtis ir tai, kas ilgą laiką buvo nutylėta. Grupėje ryškėjo jautrus dėmesys vieni kitiems, spontaniškas

palaikymas ir tikras buvimas kartu. Tokia terapinė erdvė sudarė galimybę saugiai prabilti apie sunkiai pakeliamus išgyvenimus ir palaipsniui atkurti ryšį su gyvybingesnėmis, autentiškesnėmis savasties dalimis.

Atsakant į tyrimo klausimą, kaip dramos terapijos procesą patiria glaudžioje bendruomenėje gyvenantys asmenys, galima teigti, kad dalyviai šį procesą patyrė kaip nuoseklų perėjimą nuo atsargumo ir vidinės kontrolės prie didesnio saugumo, emocinio atvirumo, tarpusavio artumo ir savęs priėmimo. Kadangi šie rezultatai sietini su konkrečios grupės ir terapinio proceso kontekstu, jie suprantami kaip kontekstualios įžvalgos. Praktiniu požiūriu tai rodo, kad dramos terapijoje ypač svarbu kurti neskubančią, nevertinančią ir simbolinei raiškai atvirą grupinę erdvę, kurioje emocinis saugumas tampa pagrindu gilesniam savęs pažinimui ir santykio su kitais stiprinimui. Remiantis šiais rezultatais, dramos terapija šiame tyrimo kontekste gali būti laikoma prasminga psichosocialinės sveikatos stiprinimo praktika.

DISKUSIJA

Šiame tyrime buvo siekiama nustatyti dramos terapijos poveikį asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, psichosocialinei sveikatai. Teorinėje darbo dalyje analizuota psichosocialinės sveikatos samprata, šizofrenijos spektro sutrikimų ypatumai, bendruomeninio gyvenimo reikšmė bei dramos terapijos taikymo galimybės psichikos sveikatos kontekste. Literatūros analizė atskleidė, kad psichosocialinė sveikata yra kompleksinis reiškiny, apimantis emocinę būseną, savęs suvokimą, socialinį funkcionavimą ir gebėjimą kurti bei palaikyti santykius (Iasiello et al., 2020). Moksliniai tyrimai rodo, kad šizofrenijos spektro sutrikimai dažnai susiję su socialiniu atsitraukimu, emocijų reguliacijos sunkumais, padidėjusiu depresijos, nerimo ir streso lygiu bei sumažėjusiu priklausymo jausmu (Slade et al., 2020). Dėl šios priežasties ypač aktualios tampa intervencijos, orientuotos ne tik į simptomų mažinimą, bet ir į emocinės bei socialinės patirties stiprinimą (Sajnani et al., 2023).

Empirinio tyrimo rezultatai parodė, kad po dramos terapijos intervencijos sumažėjo depresijos ir streso rodikliai, o ryškiausias pokytis nustatytas streso dimensijoje. Streso įverčių sumažėjimas nuo lengvo lygio iki normos ribų leidžia teigti, kad dramos terapija galėjo prisidėti prie psichofiziologinės įtampos mažėjimo ir emocinės savijautos gerėjimo. Orkibi ir kt. (2022) teigia, kad dramos terapija ir kitos kūrybinės intervencijos gali mažinti emocinį distressą bei gerinti emocijų reguliaciją. De Witte ir kt. (2022) taip pat pažymi, kad menų terapijos intervencijos yra susijusios su mažesniu streso lygiu ir geresne emocine savijauta klinikinėse imtyse. Dramos terapijos poveikis buvo analizuojamas specifiniame glaudžios bendruomenės kontekste, kuriame kasdieniai tarpasmeniniai santykiai ir grupės dinamika tampa reikšminga terapinio proceso dalimi (Schweizer et al., 2022).

Depresijos rodiklių sumažėjimas taip pat atitinka mokslinėje literatūroje pateikiamas įžvalgas apie kūrybinių terapijų poveikį emocinei būklei. Tyrimai rodo, kad dramos terapija gali prisidėti prie didesnio emocinio įsitraukimo, savęs suvokimo stiprinimo ir emocijų raiškos, o tai siejama su mažesniu depresyvumu bei geresniu psichologiniu funkcionavimu (Feniger-Schaal & Orkibi, 2020; Haeyen et al., 2023). Vis dėlto šiame tyrime depresijos rodikliai, nors ir sumažėjo, išliko lengvo lygio intervale, todėl galima teigti, kad nustatytas pokytis buvo nuosaikus. Tai gali būti susiję su trumpa intervencijos trukme bei ilgalaikiu psichosocialinių sunkumų pobūdžiu (Karkou et al., 2019).

Skirtingai nei depresijos ir streso rodikliai, nerimo įverčiai po intervencijos padidėjo. Toks rezultatas iš dalies prieštarauja kai kurių tyrimų duomenims, kuriuose po kūrybinių terapijų dažniausiai

stebimas nerimo mažėjimas (Moula et al., 2022; Şenol et al., 2024). Tačiau kai kurie autoriai pažymi, kad terapinio proceso metu didėjantis emocinis sąmoningumas ir gilesnis emocinių išgyvenimų reflektavimas gali laikinai sustiprinti subjektyviai suvokiamą nerimą. Naujesni tyrimai taip pat pabrėžia, kad kūrybinės terapijos procese stiprėja emocijų atpažinimas, emocinė raiška ir gebėjimas reflektuoti vidines būsenas (Armesto Arias et al., 2025; Kreidie et al., 2020). Tikėtina, kad terapinio proceso metu dalyviai pradėjo aiškiau atpažinti, įvardyti ir reflektuoti savo emocines būsenas, todėl padidėję nerimo rodikliai gali atspindėti ne vien emocinės būklės blogėjimą, bet ir didesnę emocinį atvirumą bei savistabą. Kokybiniai tyrimo duomenys taip pat parodė, kad terapinio proceso eigoje dalyviai tapo atviresni, dažniau kalbėjo apie savo vidinius išgyvenimus, tarpusavio santykius ir emocinius sunkumus. Dėl šios priežasties padidėję nerimo rodikliai gali būti siejami ir su didesniu gebėjimu atpažinti bei įvardyti tai, kas anksčiau buvo sunkiau suvokiama ar išreiškiama.

Kokybinio tyrimo rezultatai papildė kiekybinę analizę ir leido giliau atskleisti dalyvių patirtis dramos terapijos procese. Tyrimo metu išryškėjo, kad pradžioje dominavo atsargumas, nepasitikėjimas, socialinė distancija ir emocinis uždarumas, tačiau terapinio proceso eigoje šios patirtys palaipsniui transformavosi į didesnę atvirumą, emocinį įsitraukimą ir tarpusavio ryšio kūrimą. Tokia dinamika dera su Yalom ir Leszcz (2020) grupinės terapijos teorija, pabrėžiančia grupės kohezijos, universalumo ir tarpasmeninio mokymosi reikšmę terapiniams pokyčiams. Feniger-Schaal ir Orkibi (2020) pažymi, kad dramos terapijos procese palaipsniui formuojasi emocinio saugumo jausmas, kuris sudaro prielaidas autentiškesniam dalyvavimui grupėje ir didesniai emociniam atsivėrimui. Panašias tendencijas išskiria ir Sajnani et al. (2023), akcentuodami, kad kūrybinis grupinis procesas gali padėti asmenims palaipsniui pereiti nuo emocinio atsiribojimo prie aktyvesnio santykio su savimi ir kitais.

Subjektyvios patirties rodiklių analizė parodė nuoseklų motyvacijos, emocinio saugumo, tarpusavio bendravimo ir suvokiamos terapinės naudos augimą terapinio proceso metu. Ryškesni pokyčiai buvo stebimi vidurinėje ir vėlyvojoje terapinio proceso fazėje, todėl galima teigti, kad ilgėjant terapiniam procesui stiprėjo grupės kohezija ir dalyvių įsitraukimas. Tokie rezultatai atitinka šiuolaikinius dramos terapijos tyrimus, kuriuose pabrėžiama, kad saugumo jausmas ir stabilūs tarpasmeniniai ryšiai yra vieni svarbiausių veiksnių, lemiančių terapinio proceso efektyvumą (Sajnani et al., 2023; Schweizer et al., 2022). Tyrimo metu taip pat nustatytas laikinas emocinio saugumo ir tarpusavio bendravimo rodiklių sumažėjimas, sutapęs su naujo dalyvio prisijungimu prie grupės. Tai leidžia matyti, kad grupės dinamika buvo jautri sudėties pokyčiams, tačiau vėlesnė adaptacija rodo grupės gebėjimą atkurti tarpusavio pasitikėjimą ir emocinį stabilumą (Yalom & Leszcz, 2020).

Tyrimo rezultatai taip pat išryškino socialinių veiksnių reikšmę psichosocialinei sveikatai. Nustatyta, kad dirbantys ir partnerių turintys tiriamieji pasižymėjo palankesniais emocinės būklės rodikliais. Tai atitinka ankstesnius tyrimus, kuriuose socialinis palaikymas, priklausymo jausmas ir aktyvesnis socialinis dalyvavimas siejami su mažesniu psichologiniu distresu bei geresne gyvenimo kokybe (Allen et al., 2021; Holt-Lunstad, 2021). Rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad psichosocialinės sveikatos stiprinimas glaudžiai susijęs ne tik su terapinėmis intervencijomis, bet ir su platesniu socialiniu kontekstu (World Health Organization, 2021).

Praktiniu požiūriu šio tyrimo rezultatai atskleidžia dramos terapijos reikšmę dirbant su asmenimis, gyvenančiais glaudžioje bendruomenėje. Terapinis procesas sudarė galimybes stiprinti emocinį saugumą, mažinti socialinį atsiribojimą, skatinti tarpusavio ryšius ir aktyvesnį dalyvavimą grupėje. Tyrimo naujumas siejamas su tuo, kad dramos terapijos poveikis buvo analizuojamas bendruomeniniame kontekste, kuriame terapiniai santykiai tęsiasi ir už terapinės erdvės ribų. Tai leidžia plačiau suprasti grupinio terapinio proceso reikšmę psichosocialinės sveikatos stiprinimui kasdienėje aplinkoje (Schweizer et al., 2022; Sajnani et al., 2023).

Vis dėlto tyrimas turi tam tikrų ribotumų. Pirmiausia, tyrime dalyvavo nedidelė tiriamųjų imtis ($N = 12$), todėl rezultatų negalima apibendrinti visai šizofrenijos spektro sutrikimų populiacijai. Tyrimo eigą taip pat galėjo paveikti skirtinga dalyvių motyvacija, nevienodas emocinių sunkumų intensyvumas bei skirtinga gyvenimiškoji patirtis. Papildomų sunkumų kilo organizuojant grupinį terapinį procesą, nes vienos sesijos metu prie grupės prisijungė naujas dalyvis, o tai galėjo turėti įtakos grupės dinamikai ir subjektyvios patirties rodikliams. Tyrimo ribotumu galima laikyti ir trumpą intervencijos trukmę, kuri neleidžia įvertinti ilgalaikio dramos terapijos poveikio. Dalis duomenų buvo paremta subjektyviu dalyvių vertinimu, todėl rezultatams galėjo turėti įtakos momentinė emocinė būseną ar socialinio pageidaujamumo veiksnys (Creswell & Plano Clark, 2021).

Ateities tyrimuose būtų tikslinga taikyti ilgesnės trukmės dramos terapijos programas, įtraukti didesnes tiriamųjų imtis bei atlikti ilgalaikį terapinio poveikio stebėjimą. Taip pat būtų naudinga detaliau analizuoti konkrečių dramos terapijos metodų poveikį emocijų reguliacijai, socialiniam funkcionavimui ir grupės kohezijai. Tolimesni tyrimai galėtų prisidėti prie gilesnio dramos terapijos veikimo mechanizmų supratimo bei padėti plėtoti kompleksines psichosocialinės pagalbos priemones bendruomeninėse psichikos sveikatos paslaugose.

REFLEKSIJA

Šio tyrimo tema buvo glaudžiai susijusi su mano profesine veikla ir kasdiene darbo praktika. Dirbdama su asmenimis, gyvenančiais glaudžioje bendruomenėje, nuolat susiduriu su jų psichosocialiniais sunkumais, tarpasmeninių santykių iššūkiais, emociniu atsiribojimu, socialiniu pasyvumu ir priklausymo jausmo stoka. Profesinėje praktikoje pastebėjau, kad bendruomeninėje aplinkoje gyvenantys asmenys patiria ne tik psichologinių sunkumų, bet ir turi ribotas galimybes saugiai reikšti emocijas, kurti artimesnius santykius ar reflektuoti savo vidines patirtis. Būtent šios patirtys paskatino mane gilintis į dramos terapijos taikymo galimybes psichosocialinės sveikatos stiprinimo kontekste.

Tyrimo metu mano pozicija, tiek kaip tyrėjos, tiek kaip bendruomenėje dirbančios specialistės, turėjo reikšmingą įtaką visam procesui. Artimesnis santykis su dalyviais leido geriau suprasti jų kasdienio funkcionavimo ypatumus, emocines reakcijas ir grupės dinamiką. Nuolatinis kontaktas padėjo lengviau atpažinti poreikius, stebėti tarpasmeninių santykių pokyčius ir tiksliau vertinti psichosocialinę būklę ne tik užsiėmimų metu, bet ir neformaliose bendruomenės situacijose. Tai ypač palengvino individualių poreikių nustatymą, nes dalyvių emocinės reakcijos, bendravimo sunkumai ar elgesio ypatybės dažnai atsiskleisdavo būtent kasdienėje aplinkoje.

Ypač jautri ir reikšminga tyrimo dalis buvo pokalbiai po dramos terapijos užsiėmimų. Šiose diskusijose dalyviai dažniau atsitraukdavo nuo įprastų socialinių vaidmenų ir atviriau kalbėdavo apie savo vidines patirtis, vienišumo jausmą, santykių sunkumus, baimę būti atstumtiems. Šių interviu metu išsakytos patirtys leido giliau suprasti emocinius išgyvenimus ir tai, kaip dalyviai patys suvokė terapinį procesą. Kai kurių gebėjimas pirmą kartą įvardyti savo jausmus ar pasakyti, kad grupėje jie jautėsi saugiau nei kasdienėje aplinkoje, atskleidė, jog pokytis vyko ne tik elgesio lygmenyje, bet ir giliame santykio su savimi bei kitais žmonėmis lygmenyje.

Tyrimo eigoje buvo galima stebėti, kaip terapinei erdvei tampant saugesnei, keitėsi dalyvių įsitraukimas ir emocinė raiška. Pradžioje jie dažniau rinkdavosi stebėtojo poziciją, vengdavo aktyvesnio dalyvavimo ar atsivėrimo, tačiau laikui bėgant grupėje atsirado daugiau spontaniškumo, tarpusavio reakcijų, humoro ir atviresnio diskurso apie išgyvenimus. Šie pokyčiai leido suprasti, kaip psichosocialiniai skirtumai pasireiškia ne tik statistiniuose rodikliuose, bet ir konkrečiose tarpusavio sąveikose, padidėjusiame emociniame atvirume bei gebėjime palaikyti ryšį su kitais grupės nariais.

Rengdama šį tyrimą pamačiau, kad dramos terapijos procesą galima aprašyti metodais ir instrumentais, tačiau grupės gyvenime pokytis vyksta subtiliau. Jis neatsiranda vien dėl dalyvavimo užsiėmimo. Pokytis pradeda rasti tada, kai po ilgesnio atsargumo žmogus pirmą kartą pasilieka situacijoje, sureaguoja į kitą, pasidalija anksčiau nutylėta informacija, arba leidžia sau būti matomas. Ši patirtis leido suprasti, kad terapinis procesas bendruomenėje vyksta lėtai, per mažus tarpasmenius pokyčius, kurie iš pradžių gali būti sunkiai pastebimi.

Didžiausias iššūkis buvo išlaikyti dvi pozicijas vienu metu. Viena reikalavo būti terapiniame procese, jautriai reaguoti į tai, kas vyksta čia ir dabar, išlaikyti saugias ribas. Kita reikalavo atsitraukti, stebėti, analizuoti ir struktūruoti medžiagą akademiniame kontekste. Darbas su pažeidžiama grupe atskleidė, kad vien metodinio tikslumo nepakanka. Reikėjo nuolat vertinti, ar terapinė erdvė dalyviams išlieka emociškai pakeliama, ar simbolinis darbas netampa per dideliu krūviu ir ar mano buvimas grupėje skatina, o ne slopiną terapinį procesą.

Vertinga patirtis atsiskleidė ir taikant mišrų tyrimo metodą. Kiekybiniai duomenys suteikė tyrimui struktūrą ir parodė bendrą pokyčių kryptį, tačiau jie vieni negali paaiškinti, kas iš tiesų vyko grupėje. Kokybinė medžiaga leido priartėti prie gyvos dalyvių patirties ir pamatyti, kad už rodiklių pokyčių slypi gana trapus vidinis procesas – perėjimas nuo neapibrėžtumo, socialinės distancijos ir emocinio uždaro link didesnio saugumo, pasitikėjimo ir bendrumo. Dėl šios priežasties šis tyrimas tapo ne vien akademinio darbu, bet ir svarbia profesine patirtimi, sustiprinusia suvokimą, kad terapinis darbas bendruomenėje reikalauja jautrumo mažiems pokyčiams, kantrybės ir gebėjimo pastebėti reikšmingus procesus net tada, kai jie iš pirmo žvilgsnio atrodo nepastebimi.

IŠVADOS

1. Literatūros analizė atskleidė, kad glaudžioje bendruomenėje gyvenančių asmenų, turinčių šizofrenijos spektro sutrikimų, psichosocialinė sveikata glaudžiai susijusi su emocijų reguliavimu, tarpasmeninių santykių kūrimu ir dalyvavimu bendruomenės gyvenime. Tyrimuose pabrėžiama, kad šie asmenys dažnai patiria socialinį atsiribojimą, emocijų raiškos sunkumus, sumažėjusį pasitikėjimą kitais žmonėmis bei bendrumo ir priklausymo stoką. Literatūros analizė taip pat parodė, kad dramos terapija, paremta vaidmeniu, veiksmu, kūrybine raiška ir refleksija, gali sudaryti sąlygas emocijų raiškai, tarpusavio ryšio stiprinimui ir psichosocialinės sveikatos gerėjimui. Bendruomeniniame kontekste terapinis procesas įgauna papildomą reikšmę, nes grupėje kuriamos emocinės patirtys ir tarpasmeniniai santykiai persikelia į kasdienį bendruomenės gyvenimą, skatindami didesnį socialinį įsitraukimą, emocinį saugumą ir savęs priėmimą.
2. Kiekybinio tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad dramos terapija turėjo teigiamą poveikį glaudžioje bendruomenėje gyvenančių tiriamųjų psichosocialinei sveikatai. Po terapinio proceso statistiškai reikšmingai sumažėjo depresijos ($p = 0,030$) ir streso rodikliai ($p < 0,001$), o ryškiausias pokytis nustatytas streso dimensijoje – streso lygis sumažėjo iki normos ribų. Nors depresijos simptomai taip pat sumažėjo, jie išliko lengvo intensyvumo intervale. Tuo tarpu padidėję nerimo rodikliai ($p = 0,011$) gali rodyti suaktyvėjusį emocinį sąmoningumą, didesnį jautrumą bei gilesnę vidinių išgyvenimų refleksiją terapinio proceso metu. Gauti rezultatai atskleidžia dramos terapijos potencialą stiprinti psichosocialinę sveikatą ir skatinti emocinį savęs pažinimą. Tyrimo hipotezė pasitvirtino iš dalies, nes po intervencijos sumažėjo depresijos ir streso įverčiai, tačiau nerimo rodikliai padidėjo.
3. Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad dramos terapijos procesas glaudžioje bendruomenėje sudarė sąlygas reikšmingiems dalyvių psichosocialinės patirties pokyčiams. Terapinio proceso metu dalyviai palaipsniui perėjo nuo neapibrėžtumo, emocinio atsiribojimo ir slopinamų jausmų prie didesnio emocinio atvirumo, pasitikėjimo bei aktyvesnio santykio su kitais grupės nariais. Išryškėjusios temos parodė, kad saugi grupinė erdvė skatino emocijų atpažinimą ir raišką, draminių įsitraukimą, tarpusavio ryšių stiprinimą bei vidinių patirčių įgarsinimą. Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad dramos terapija glaudžioje bendruomenėje gali būti veiksminga priemonė psichosocialinės sveikatos stiprinimui, emocinio saugumo kūrimui ir socialinių santykių plėtojimui.

REKOMENDACIJOS

1. Psichikos sveikatos specialistams ir dramos terapeutams rekomenduojama taikyti dramos terapiją glaudžioje bendruomenėje gyvenantiems asmenims, turintiems psichikos sveikatos sunkumų, kaip veiksmingą priemonę psichosocialinės sveikatos stiprinimui, emocinio saugumo kūrimui ir socialinių santykių plėtojimui.
2. Dramos terapeutams ir bendruomenėse dirbantiems specialistams rekomenduojama organizuoti reguliarius ir tęstinius dramos terapijos užsiėmimus. Terapinio proceso metu svarbu užtikrinti saugią emocijų refleksijos erdvę, padedančią ne tik mažinti streso ir depresijos simptomus, bet ir atliepti padidėjusį nerimo jautrumą, sudarančią galimybes geriau atpažinti ir reflektuoti emocinius išgyvenimus.
3. Socialiniams darbuotojams rekomenduojama stiprinti glaudžioje bendruomenėje gyvenančių asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, įsitraukimą į grupines veiklas ir tarpusavio bendravimą, sudarant sąlygas emociniam saugumui, tarpusavio pasitikėjimui ir socialinių santykių stiprinimui bendruomenėje.
4. Tyrėjams rekomenduojama atlikti platesnės imties ir ilgesnės trukmės tyrimus, kurie leistų išsamiau įvertinti dramos terapijos poveikį asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, psichosocialinei sveikatai ir emocinių pokyčių dinamikai.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Addington, J., et al. (2017). Anxiety in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 198–205.
- Adler, A. (1912/2011). *Apie nervingąjį charakterį*. Vilnius: Vaga.
- Adler, A. (1998). *Understanding human nature*. Hazelden. (Original work published 1927)
- Adler, A. (2009). *The science of living*. Martino Publishing. (Originalus darbas publikuotas 1930 m.)
- Adler, A. (2011). *What life could mean to you*. Oneworld Publications. (Original work published 1931)
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2021). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 33(1–2), 3–15.
- Allen, K. A., et al. (2021). Belonging: A review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 87–102.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (Eds.). (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 347–354. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00020-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00020-8)
- Armesto Arias, M., Neira-Piñeiro, M. del R., Pasarín-Lavín, T., & Rodríguez, C. (2025). A drama-based intervention to improve emotional intelligence in early childhood education. *European Journal of Psychology of Education*, 40, 13. <https://doi.org/10.1007/s10212-024-00906-6>
- Armesto Arias, M., Neira-Piñeiro, M. R., & Sanjuán Álvarez, M. (2025). A drama-based intervention to improve emotional intelligence in early childhood education. *European Journal of Psychology of Education*. <https://doi.org/10.1007/s10212-024-00906-6>
- Aubry, T., et al. (2020). Housing first for people with severe mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 7(2), 134–143.
- Badcock, J. C., et al. (2021). Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 47(3), 631–640.

Baim, C. (2015). *The Drama Spiral: A Decision-Making Framework for Safe and Effective Practice*. In N. Sajjani & D. R. Johnson (Eds.), *Trauma-Informed Drama Therapy: Transforming Clinics, Classrooms, and Communities* (pp. 95–110). Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.

Baim, C., Brookes, S., & Mountford, A. (2021). *The drama spiral: A decision-making model for safe and effective practice*. Routledge.

Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2022). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery. *BMC Psychiatry*, 22, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03795-1>

Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F. R., Dörfler, A., & Maihöfner, C. (2014). How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *PLOS ONE*, 9(7), e101035. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101035>

Bowie, C. R., et al. (2023). Functional recovery in schizophrenia: Advances and challenges. *Schizophrenia Bulletin*, 49(2), 215–227.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York, NY: Basic Books.

Browne, G., et al. (2021). Transitional support and community integration outcomes in vulnerable populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 123–135. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01930-0>

Carlson, J., & Englar-Carlson, M. (2022). *Adlerian therapy*. American Psychological Association.

Cirillo, L., Rossi, F., & Bianchi, M. (2025). Emotional awareness and expressive arts therapies in mental health recovery. *Arts in Psychotherapy*, 89, 102145.

Constien, T., Khanna, A., & Wiberg, A. (2024). Client experiences of drama therapy: A systematic review and qualitative meta-analysis. *Qualitative Psychology*. <https://doi.org/10.1037/qup0000300>

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2022). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 23(2), 75–109. <https://doi.org/10.1177/15291006221110414>

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2021). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Sage.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Purgato, M. (2020). Psychotherapies for depression in adults: A review of comparative outcome studies. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 90–101. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30485-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30485-3)

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Lawless, M., & Rowe, M. (2021). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.

De Witte, M., et al. (2022). Effects of creative arts therapies on mental health. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.102115>

De Witte, M., et al. (2023). Mechanisms of change in arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 82.

De Witte, M., Pinho, A. D. S., Stams, G. J., Moonen, X., & Van Hooren, S. (2022). Arts therapies and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 869725.

Eifert, Y. (2018). *Adlerian Counseling and Psychotherapy: A Practitioner's Approach* (6th ed.). New York, NY: Routledge.

Emunah, R. (1994). *Acting for Real: Drama Therapy Process, Technique, and Performance*. New York: Brunner/Mazel.

Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?* WHO Regional Office for Europe.

Feniger-Schaal, R., & Orkibi, H. (2020). Integrative systematic review of drama therapy intervention research. *Frontiers in Psychology*, 11, 563. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00563>

Feniger-Schaal, R., & Orkibi, H. (2022). Drama therapy interventions. *Frontiers in Psychology*, 13.

Feniger-Schaal, R., & Orkibi, H. (2023). Drama therapy and psychological safety. *The Arts in Psychotherapy*, 85.

Fett, A.-K. J., et al. (2022). Social cognition and functional outcomes in psychotic disorders: Recent advances. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(3), 172–178.

Fett, A.-K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.-G., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573–588. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>

Fusar-Poli, P., et al. (2013). The prodromal phase of psychosis. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107–120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.127>

Fusar-Poli, P., et al. (2015). Schizophrenia spectrum disorders. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 345–357. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00087-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00087-4)

Fusar-Poli, P., et al. (2020). Emotional dysregulation in severe mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 345–356. <https://doi.org/10.1002/wps.20792>

Fusar-Poli, P., et al. (2024). Early intervention and preventive approaches in psychosis. *World Psychiatry*, 23(1), 12–25.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global burden of mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620–631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.

Haeyen, S. (2023). Arts therapies and emotional functioning.

Haeyen, S., et al. (2020). Arts therapies and anxiety reduction.

Haeyen, S., van Hooren, S., & Hutschemaekers, G. (2023). The effectiveness of arts therapies for mental health: A review of recent research. *The Arts in Psychotherapy*, 82, 101995.

Harvey, C., & Brophy, L. (2021). Community-based mental health services. *BMC Psychiatry*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03073-2>

Harvey, C., et al. (2020). Social isolation and supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 1235–1245. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01871-4>

Harvey, P. D., et al. (2022). Cognitive impairment and everyday functioning in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 45(1), 1–14.

Higienos institutas. (2023). *Psichikos sveikatos rodikliai Lietuvoje*.

Hyvönen, K., et al. (2020). Creative arts interventions and depressive symptoms.

Holt-Lunstad, J. (2021). Social connection as a public health issue: The evidence and a systemic framework for prioritizing the “social” in social determinants of health. *Annual Review of Public Health*, 43, 193–213.

Holt-Lunstad, J. (2021). Social isolation and health. *Annual Review of Psychology*, 72, 447–470. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-081420-123821>

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.

Yanos, P. T., et al. (2020). Internalized stigma and functioning among people with mental illness. *Psychiatric Services*, 71(6), 1–7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900458>

Iasiello, M., et al. (2022). Psychosocial well-being. *Journal of Mental Health*, 31(2), 145–155.

Iasiello, M., van Agteren, J., & Muir-Cochrane, E. (2020). Mental health and/or mental illness: A scoping review of the evidence and implications of the dual-continua model of mental health. *Evidence Base*, 1, 1–45.

Jiang, X., et al. (2023). Effects of creative arts therapies on mental health outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 324, 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.045>

Jones, P. (2007). *Drama as therapy: Theory, practice and research* (2nd ed.). Routledge.

Kaimal, G., et al. (2020). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Therapy*, 37(2), 75–84.

Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., & Meekums, B. (2019). Effectiveness of dance movement therapy in the treatment of adults with depression: A systematic review with meta-analyses. *Frontiers in Psychology*, 10, 936.

Keisari, S., et al. (2023). Role theory and group processes in drama therapy.

Killackey, E., et al. (2020). Vocational recovery in early psychosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(3), 190–198.

Killaspy, H., et al. (2022). Community-based residential care and quality of life outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 370–380. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00015-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00015-8)

Koch, S. C., et al. (2019). Embodiment and emotional processing in arts therapies.

Koch, S. C., et al. (2023). Creative arts therapies for psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis.

Kreidie, L., Sakhi, S., & Wardani, F. (2020). The power of theater expression and communication: A psychological therapeutical intervention in a refugee camp. *Psychology Research*, 10(1), 10–23. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2020.01.002>

Kriščiūnas, A. (2015). *Psichosocialinio funkcionavimo samprata*. Vilnius.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Leckey, J., et al. (2021). Drama therapy and severe mental illness: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 74, 101800.

Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Lim, M. H., et al. (2022). Loneliness and mental health. *Nature Human Behaviour*, 6(1), 45–60. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01187-9>

Lim, M. H., Gleeson, J. F., Alvarez-Jimenez, M., & Penn, D. L. (2022). Loneliness in psychosis: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(2), 221–237.

- Lysaker, P. H., et al. (2020). Metacognition and recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(3), 145–153.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Ludwig, K. A., et al. (2023). Social functioning and community participation in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 252, 45–53.
- Maniacci, M., et al. (2023). Social interest and psychological well-being in Adlerian psychology.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—An overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201–210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>
- Menon, V. (2023). Salience network dysfunction in psychosis. *Biological Psychiatry*, 93(5), 435–444.
- Millan, M. J., et al. (2016). Altering the course of schizophrenia: Progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 485–515. <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.28>
- Morgan, C., et al. (2022). Social adversity and psychosis: Recent developments. *The Lancet Psychiatry*, 9(6), 455–467.
- Mosak, H. H., & Maniacci, M. P. (1999). *A Primer of Adlerian Psychology: The Analytic–Behavioral–Cognitive Psychology of Alfred Adler*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Moula, Z., Powell, J., & Karkou, V. (2022). Drama therapy interventions and anxiety outcomes: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 79, 101912.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- OECD. (2021). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing.
- OECD. (2022). *Mental health and work*. OECD Publishing.
- Orkibi, H., & Feniger-Schaal, R. (2021). Linking trauma and creativity: Drama therapy perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 72, 101739. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101739>

- Orkibi, H., Feniger-Schaal, R., & Sajnani, N. (2022). Drama therapy and psychological well-being: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 879225.
- Payne, H. (2022). *Essentials of dance movement psychotherapy*. Routledge.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Park, C. L. (2013). Religion and meaning. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (2nd ed., pp. 357–379). New York, NY: Guilford Press.
- Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2011). Expressive writing: Connections to physical and mental health. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 417–437). New York, NY: Oxford University Press.
- Piat, M., et al. (2021). Supported housing and recovery outcomes. *Psychiatric Services*, 72(9), 1040–1047. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000123>
- Pylvänäinen, P., et al. (2020). Embodied emotional processing in arts therapies.
- Porges, S. W. (2021). *Polyvagal safety: Attachment, communication, self-regulation*. Norton.
- Pruessner, M., et al. (2017). Stress and psychosis. *Schizophrenia Research*, 189, 1–7.
- Rimkevičienė, J. (2022). *Kūrybinių terapijų taikymas Lietuvoje*. Vilnius.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2016). *Mirrors in the brain: How our minds share actions and emotions*. Oxford University Press.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Sajnani, N., Mayor, C., & Tillberg-Webb, H. (2023). Drama therapy review and treatment recommendations for mental health settings. *The Arts in Psychotherapy*, 84, 102032.
- Schweizer, C., et al. (2023). Psychological safety in creative arts therapies.
- Schweizer, C., Knorth, E. J., & Spreen, M. (2022). Group arts therapies and social connectedness: A systematic review. *International Journal of Art Therapy*, 27(3), 115–128.
- Şenol, E., Arslan, G., & Kaya, F. (2024). Creative arts interventions and anxiety reduction among adults: A meta-analytic review. *Current Psychology*, 43(5), 4120–4134.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2020). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1738510>

Slade, M., Oades, L., & Jarden, A. (2020). *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108582373>

Snow, S., D'Amico, M., & Tanguay, D. (2022). Creative arts therapies as psychotherapeutic interventions. *Arts & Health, 14*(2), 89–104. <https://doi.org/10.1080/17533015.2021.1893967>

Szmukler, G. (2019). “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry, 18*(1), 34–41. <https://doi.org/10.1002/wps.20584>

Thornicroft, G., et al. (2022). Reducing stigma and discrimination in mental health. *The Lancet, 400*(10361), 143–155. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01234-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01234-5)

Valstybinis psichikos sveikatos centras. (2015). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM)*.

van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York, NY: Viking.

van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet, 374*(9690), 635–645.

Vrbova, K., et al. (2023). Stress and relapse in psychosis. *Psychiatry Research, 320*.

Walker, E., & Diforio, D. (1997). Stress-vulnerability model. *Psychological Bulletin, 122*(3), 259–281.

Watts, R. E. (2022). Social interest and Adlerian approaches to mental health.

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.285662>

World Health Organization. (2022). *World mental health report*.

Žalimienė, L., Lazutka, R., Skučienė, D., ir kt. (2021). *Socialinės paslaugos Lietuvoje: raida, iššūkiai ir perspektyvos*. Vilniaus universiteto leidykla.

PRIEDAI

Priedas nr. 1

Sutikimas dalyvauti tyrime

Jūs esate kviečiamas (-a) dalyvauti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Menų (dramos) terapijos II kurso studentės Andželos Kukolovič vykdomame tyrime „Dramos terapijos asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, psichosocialinei sveikatai.“.

Tyrimo tikslas – nustatyti dramos terapijos poveikį asmenų, gyvenančių glaudžioje bendruomenėje, psichosocialinei sveikatai.

Tyrimo metu:

- dalyvausite 12 terapijos sesijų (po 1-1,5 valandą);
- atsakysite į klausimus interviu metu;
- užpildysite klausymą DASS-21 pris ir po DT ir anketos po kiekvienos sesijos;
- Interviu bus įrašomas į diktofoną, kad tyrėja galėtų tiksliai užfiksuoti informaciją.
- Visi duomenys bus tvarkomi konfidencialiai. Jūsų vardas ir kita asmeninė informacija nebus atskleidžiami.

Dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas. Jūs galite bet kada atsisakyti dalyvauti arba nutraukti dalyvavimą, nepaaiškindamas (-a) priežasčių. Tai neturės jokių neigiamų pasekmių.

Jeigu tyrimo metu pasijustumėte nejaukiai ar emociškai sudėtingai, galite:

- padaryti pertrauką;
- neatsakyti į klausimus;
- nutraukti dalyvavimą.

Jums paaiškinta tyrimo esmė, eiga ir Jūsų teisės. Galite užduoti klausimus prieš tyrimą ir jo metu.

Pasirašydamas (-a) patvirtinate, kad: supratote pateiktą informaciją ir sutinkate dalyvauti tyrime savanoriškai.

Tyrimo dalyvis:

(vardas, pavardė ir parašas)

Andžela Kukolovič

(Tyrėjos vardas, pavardė ir parašas)

Priedas nr. 2

Tyrimo demografinė anketa

Kviečiu Jus dalyvauti tyrime apie dramos terapijos poveikį savijautai.

Tyrimas vyksta socialiniuose namuose. Visi atsakymai bus naudojami tik moksliniams tikslams.

Anketos pildymas užtruks apie 5 minutes.

Prašome atsakyti į pateiktus klausimus.

Ačiū už Jūsų laiką ir dalyvavimą!

I. Informacija apie Jus

Lytis:

☐ Moteris

☐ Vyras

☐ Kita: _____

Amžius: _____

Ar šiuo metu dirbate?

☐ Taip

☐ Ne

Jei taip, kur dirbate:

Ar turite partnerį?

☐ Taip

☐ Ne

Priedas nr. 3

Depresijos, nerimo ir streso skalės (DASS-21)

Įdėmiai perskaitykite teiginius ir įvertinkite juos skalėje nuo 0 iki 3, kaip jautėtės per pastarąją savaitę. Čia nėra teisingų ar klaidingų atsakymų.

Vertinimo skalė:

0 = *Visiškai man netinka arba Niekada*

1 = *Šiek tiek man tinka arba Kartais*

2 = *Visai man tinka arba Dažnai*

3 = *Labai man tinka arba Beveik visada*

Nr.	Visiškai man netinka / Niekada	Šiek tiek man tinka / Kartais	Visai man tinka / Dažnai	Labai man tinka / Beveik visada
1. Būdavo sunku nurimti.	0	1	2	3
2. Jaučiau, kad džiūsta burna.	0	1	2	3
3. Atrodė, kad visiškai negaliu patirti jokių teigiamų jausmų.	0	1	2	3
4. Būdavo sunku kvėpuoti (pvz., net ir be fizinio aktyvumo pradėdavau dažnai kvėpuoti ar pritrūkdavo oro).	0	1	2	3
5. Buvo sunku atrasti jėgų ką nors veikti.	0	1	2	3
6. Buvau linkęs (-usi) perdėti reaguoti į situaciją.	0	1	2	3
7. Jaučiau drebulį (pvz., rankų).	0	1	2	3
8. Jaučiausi psichologiškai išsekęs (-usi).	0	1	2	3
9. Jaudinausi dėl situacijų, kuriose galiu supanikuoti ir apsikvailinti.	0	1	2	3
10. Jaučiau, kad neturiu ko laukti ateityje.	0	1	2	3
11. Pastebėdavau, kad pradedu jaudintis.	0	1	2	3
12. Buvo sunku atsipalaiduoti.	0	1	2	3
13. Jaučiausi nusiminęs (-usi).	0	1	2	3
10. Jaučiau, kad neturiu ko laukti ateityje.	0	1	2	3
11. Pastebėdavau, kad pradedu jaudintis.	0	1	2	3
12. Buvo sunku atsipalaiduoti.	0	1	2	3
13. Jaučiausi nusiminęs (-usi).	0	1	2	3
14. Jaučiausi neramus (pvz., dėl ritmo sutrikimų).	0	1	2	3
20. Jaučiau baimę be aiškos priežasties.	0	1	2	3
21. Jaučiau, kad gyvenimas yra beprasmiškas.	0	1	2	3

© S. H. Lovibond & P. E. Lovibond (1995).

© Lietuviška versija I. Truskauskaitė-Kunevičienė ir kt. (2019), VU Psichotraumatologijos centras.

Priedas nr. 4

Dramos terapijos sesijų vertinimo anketa

Kviečiame po kiekvienos dramos terapijos sesijos įvertinti savo patirtį.
Atsakymai yra anoniminiai ir bus naudojami tik tyrimo tikslams.

Įvertinkite kiekvieną teiginį nuo 0 iki 3:

- 0 – visai ne
- 1 – šiek tiek
- 2 – gana
- 3 – labai

Klausimai

Ar norėjau dalyvauti šioje sesijoje?

Ar sesijos metu jaučiausi saugiai?

Ar bendravau su kitais grupės nariais?

Ar ši sesija man buvo naudinga?

Papildomas klausimas

Ko norėčiau kitose sesijose?

.....
.....

Priedas nr. 5

INTERVIU KLAUSIMAI

Įvadiniai

Kaip jaučiatės šiandien?

Kaip atsitiko, kad atėjote į dramos terapijos užsiėmimus?

Pagrindiniai

Kaip atrodė Jūsų kasdienybė ir santykiai su kitais prieš pradėdami lankyti užsiėmimus?

Kaip jautėtės ir ką patyrėte dalyvaudami dramos terapijos užsiėmimuose? Kas labiausiai įsiminė?

Ar po užsiėmimų pastebite pokyčių savyje ar santykiuose su kitais? Kaip tai pasireiškia kasdienybėje?

Baigiamieji

Ką pasiimate iš šių užsiėmimų į savo kasdienį gyvenimą?

Ar norėtumėte dar ką nors pridėti apie savo patirtį?

Ačiū už pokalbį.

Papildomi (jei reikia pagilinti)

Gal galite papasakoti apie tai plačiau?

Kaip tai atrodė konkrečioje situacijoje?

Ką tuo metu jautėte?

Kaip į tai reagavo kiti?