

Rūta Marija PURVINAITĖ, Rugilė BRUŽAITĖ

MENO TERAPIJOS ĮTAKA GYVENIMO KOKYBEI SERGANT PSICHIKOS LIGA

Anotacija. Straipsnyje, remiantis atlikto tyrimo SF-36 (Gyvenimo kokybės įvertinimo klausimynas) rezultatais, siekiama atskleisti meno terapijos kaip psichinio harmonizavimo priemonės reikšmę, sprendžiant psichikos sutrikimais sergančių žmonių komunikacijos problemas, gerinant jų gyvenimo kokybę, kūrybinės saviraiškos potyrius. Tyrimu siekta nustatyti ir įvertinti psichikos ligomis sergančių pacientų, kuriems stacionare buvo taikyta meno terapija, gyvenimo kokybės pokyčius.

Apklausti 212 psichikos ligomis sergantys Kauno miesto psichiatrijos ligoninių stacionare, kur vykdomi užimtumo ir meno terapijos užsiėmimai, besigydantys pacientai. Rinkti demografiniai, pagrindiniai psichikos ligos anamnezės duomenys.

Šio tyrimo pasirinkimą nulėmė aplinkybė, kad Lietuvoje dar nebuvo tirta psichiniais sutrikimais sergančių žmonių aplinka, skatinanti socialinį bei kultūrinį gyvenimą, jų gydymo procese taikomos meno terapijos reikšmė.

Stacionaro pacientai vidutiniškai dalyvavo $11,05 \pm 0,29$ užsiėmimų. Moterų ir vyrų motyvacija dažniausiai buvo vidutiniška, diagnozė tam įtakos neturėjo. Funkcinių rodiklių pokyčiai (fizinė funkcija, veiklos apribojimas dėl emocinės būklės, psichikos sveikata, energingumas / gyvybingumas, bendras sveikatos suvokimas, sveikatos pokytis) statistiškai patikimai skyrėsi tiriamojoje ir kontrolinėje grupėse. Gauti duomenys parodė, kad į strategijos įgyvendinimo programą turėtų būti įtraukta meno terapija.

Esminiai žodžiai: psichikos liga, meno terapija, gyvenimo kokybė.

Įvadas

Psichinę sveikatą lemia teigiama emocinė ir dvasinė būseną, suteikianti žmogui galimybę džiaugtis gyvenimo pilnatvę, saviraiškos galimybe. Psichinėmis ligomis sergantys žmonės dažniausiai neigiamai suvokia savo ligą, tai siejama su depresinės simptomatikos ir savęs nuvertinimo atsiradimu (Grube, 2002), negatyvia visuomenės reakcija.

Pastaraisiais metais Europos Sąjungoje siekiant gyventojų psichikos sveikatos gerinimo buvo sukurta nemažai specifinių iniciatyvų. Europos šalis rūpintis savo gyventojų psichine sveikata skatina ne tik pacientų prarandamas darbo našumas, bet ir kitos ne mažiau svarbios problemos, pavyzdžiui, jų socialinė atskirtis, diskriminacija, gyvenimo kokybės pablogėjimas. Bloga psichikos sveikata jau dabar sukelia rimtų ekonominių, sveikatos ir socialinių padarinių, nes dėl senstančios visuomenės ir pokyčių joje susirgimų atvejų daugėja.

Lietuvoje jau keletą metų kalbama apie būtinybę reformuoti psichikos sveikatos paslaugas, siekiant socialinės, psichologinės gerovės. 2007 m. balandžio 3 d. Seime patvirtinta Lietuvos psichikos sveikatos strategija, kuri parengta siekiant sukurti tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teiktų visapusišką pagalbą asmenims, varginamiems psichikos ir elgesio sutrikimų. Pagrindiniai šios strategijos principai yra žmogaus teisių užtikrinimas, modernios, vartotojų poreikius atitinkančios paslaugos; biopsichosocialinio modelio plėtros pusiausvyra, autonomijos ir dalyvavimo skatinimas, nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymas nespacializuotose sveikatos priežiūros įstaigose, psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija kaip neatsiejamos ir prioritetinės sveikatos, švietimo bei socialinės apsaugos strategijų įgyvendinimo dalys (Davidonienė, 2007).

Tarp psichikos sutrikimų, kurių našta visuomenei nuolat auga, vyrauja šizofrenija. Šizofrenija yra viena sunkesnių psichinių ligų, charakterizuojama asmenybės, mąstymo, suvokimo ir emocijų sutrikimu, apsunkinančiu ne tik sergančiojo, bet ir jo artimųjų gyvenimą. Remiantis globalios ligos naštos tyrimu, šizofrenija lemia aukštą invalidumo lygį, sudaranti apie 1,1 proc. visų prisitaikymo prie ligos gyvenimo metų (DALY – *disability – adjusted life years*) ir 2,8 proc. metų gyvenant su negalia (YLD – *years lived with disability*) (Rossler ir kt., 2005). Pasaulio sveikatos ataskaitoje (The WHO World Health Report, 2001) šizofrenija užima aštuntą vietą pasaulyje, vertinant ilgą prisitaikymo prie ligos gyvenimo metų trukmę, didžiulius ligos gydymo kaštus, tiesioginį ir netiesioginį ligos naštos poveikį sergančiajam bei jį slaugantiems artimiesiems.

Šizofrenija, psichiatrija – šie žodžiai nuolat lydinčios sergantįjį, jo artimuosius – veria jį kaip durklas ir atriboja nuo normalaus gyvenimo tėkmės (Champion, 2000), sukelia psichologinių ir emocinių sunkumų (Ruddy ir kt., 2005), nulemia pakitimus įvairiose žmogaus gyvenimo ir veiklos srityse. Požiūris į psichikos sutrikimus tebėra stigmatizuotas, išivaizduojama, kad psichiniai ligoniai yra silpnesni žmonės, visam laikui patekę į gyvenimo nuošalę (Sučylaitė, 2006). Teigiamas visuomenės požiūris į šią ligą sergančiuosius nėra formuojamas. Protinės sveikatos būklė yra susijusi su tokio vystymosi nesėkmėmis, kai netenkama galimybės aktyviai tenkinti pagrindinių žmogaus poreikių (Juodraitis, 2004) ir blogėja gyvenimo kokybė.

Kompleksiškai gydant psichikos sutrikimus, taikant modernios psichinės sveikatos priežiūros komponentus – farmakoterapiją, psichoterapiją, psichologinę ir socialinę reabilitaciją (Pūras, 2003) – gali būti naudingas meno terapijos metodas. Meno terapija leidžia pažinti sergančiojo vidinį pasaulį negrėsmingu būdu – per terapinį bendravimą ir dailės priemones.

Meno terapija yra naudinga gydant psichikos sutrikimus, nes suteikia galimybę išreikšti agresyvius jausmus socialiai priimtina forma, pagreitina terapijos procesą, kūrybinė produkcija gali būti panaudojama diagnostikai ir interpretacijai, skatina atsirasti vidinės kontrolės ir tvarkos jausmus, geriau suvokti formas ir spalvas, stiprina savo vertės pajautimą, meninę kompetenciją (Survilaitė, 2002).

Menas globaliaja prasme ir poveikiu žmogaus psichinei saviraiškai nulemia pakitimus įvairiose žmogaus gyvenimo ir veiklos srityse. Medicinoje jis atlieka humanitarinės kultūros funkciją, suaktyvindamas žmogaus intelektą išryškinančius žodinius, matematinius, erdvinius, meninius, vidinius gebėjimus (Rodrigues ir kt., 2001). Meno terapija padeda atgauti pasitikėjimą savimi, taip pat lygiagrečiai veikia kaip energijos reguliatorius, padedantis pacientui įgauti atsvarą panaudojant vidines jėgas (Rubin, 2001).

Naudojant terminą „meno terapija“, nereikėtų maišyti sąvokų „menas“ ir „terapija“. Meno terapijoje menas suvokiamas kaip galimybė pacientui „kažką daryti“. Sąvokoje „kažką daryti“ galima išvelgti daug potekstų, t. y. kažką daryti su simptomais, kažką daryti esant psichinės būsenos nepajėgumui, kažką daryti, kad pacientas savo asmeninės kančias ir sunkumus galėtų išreikšti (Schiltz, 2006). Gydymo ir prevencijos požiūriu meno terapija yra mokslinis metodas, kurio esmė – sukurti palankius saviraiškos būdus, skatinant, stimuliuojant paciento kūrybines galimybes ir sugebėjimus.

Meno terapija yra vertinga gydant psichikos sutrikimus, kai derinamos meno priemonės ir psichoterapijos technika (Sharma ir kt., 2001). Tai gali lemti psichinės sveikatos pagerėjimą, ypač negatyvių ir bendrų ligos simptomų, sunkiausiai pasiduodančių farmakologinei intervencijai, sumažėjimą. Meno terapija leidžia sukelti paslėptus vidinius išteklius, kuriems veikiant potencialiai pagerėja emocinė būsena, kasdienė veikla, gydomi sutrikimai, kurie sunkiai paveikiami tradiciniais gydymo metodais (Survilaitė, 2006).

Tyrimų, analizuojančių meno terapijos poveikį, įvairiose šalyse atlikta nemažai, tačiau dėl pasirinktų skirtingų vertinimo kriterijų juos sudėtinga apdoroti ir pateikti kliniškai reikšmingas išvadas (Odell-Miller ir kt., 2006).

2007–2008 m. Kaune buvo atliktas praktinis klinikinis tyrimas, naudojant struktūrizuotą anketą (SF-36 klausimyną – Gyvenimo kokybės įvertinimo skalę). Šio tyrimo pasirinkimą nulėmė aplinkybė, kad Lietuvoje dar nebuvo nagrinėta psichikos sutrikimais sergančių žmonių aplinka, skatinanti socialinį bei kultūrinį gyvenimą, jų gydymo procese taikomos užimtumo bei meno terapijos reikšmė. Atsitiktinės atrankos būdu atlikta pacientų imties apklausa, gauti duomenys padėjo apibrėžti terapijos ir meno terapijos sąlytį, nustatyti, ar meno terapija veikia sergančiuosius psichologiniame lygmenyje, ar sumažina konfliktus jiems adaptuojantis socialinėje aplinkoje

(Rosen, 2007), ypač, kai yra ryškus atotrūkis tarp deklaruojamos sveikatos sistemos savybių ir realybės, kur vyrauja stiprus socialinės apsaugos pasipriešinimas.

Tyrimo tikslas – ištirti ir įvertinti psichikos sutrikimais sergančių žmonių, kuriems kompleksiniame gydyme taikyta ir meno terapija, gyvenimo kokybę ir jos pakitimus taikant tarptautinę sveikatos apžvalgos klausimyną.

Tyrimo metodika:

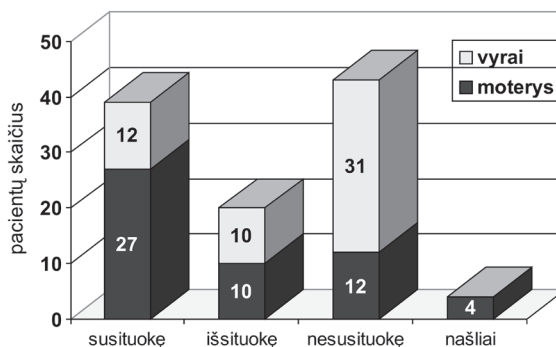
1. Apklausta 212 psichikos ligomis sergančių pacientų, gydytų Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinikoje, Kauno apskrities ligoninės padalinyje – Psichiatrijos ligoninėje ir Žiegždrių psichiatrijos ligoninėje.
2. Pacientai buvo grupuojami į tiriamuosius, kuriems kompleksiniame gydyme taikyta ir meno terapija, ir kontrolinius, kurie meno terapijos užsiėmimuose nedalyvavo.
3. Tiriamųjų pacientų apklausa vykdyta gydant stacionare, prieš pradedant taikyti meno terapiją ir po jos. Kontrolinės grupės pacientai apklausti stacionare tiriamosios grupės apklausos laiko intervalu.
4. Apklausa buvo naudojama SF-36 (*short form 36 health survey*) – trumpa 36 klausimų sveikatos būklės anketa. Tai daugiamatis, bendros sveikatos būklės nustatymo klausimynas, kuriuo vertinama: fizinė funkcija (FF-10 klausimų), veiklos apribojimas dėl fizinės būklės (AF-4 klausimai), veiklos apribojimas dėl emocinės būklės (AE-3 klausimai), socialinis bendravimas (SB-2 klausimai), psichikos sveikata (PS-5 klausimai), energingumas / gyvybingumas (E / G-4 klausimai), skausmas (S-2 klausimai), bendras sveikatos suvokimas (BSS-5 klausimai) ir sveikatos pokytis (SP-1 klausimas).
5. Anketinės apklausos duomenys buvo apdorojami koduojant juos skaitine išraiška, vertinant kiekvienos skalės duomenis, kur didesnis skaitmuo reiškė geresnę savijautą, sveikatą.
6. Duomenų apdorojimui naudota programinio paketo „MsOffice“ dalis – dinamičių lentelių skaičiavimo programa „MsExcel“ ir statistinė programa SPSS 13.0.

Tiriamieji asmenys. Tiriamojoje grupėje dalyvavo 106 pacientai: 53 vyrai (50 proc.), 53 moterys (50 proc.). Kontrolinę grupę sudarė 106 pacientai: 46 vyrai (43,4 proc.), 60 moterų (56,6 proc.).

Bendras pacientų amžiaus vidurkis: $43,71 \pm 1,29$ metai ($\bar{x} \pm SE$). Vyrų $43,3 \pm 1,72$ metai, moterų $44,11 \pm 1,94$ metai. Statistiškai patikimo skirtumo, tiriamųjų grupėje tarp vyrų ir moterų amžiaus vidurkių nėra ($p = 0,75$)*.

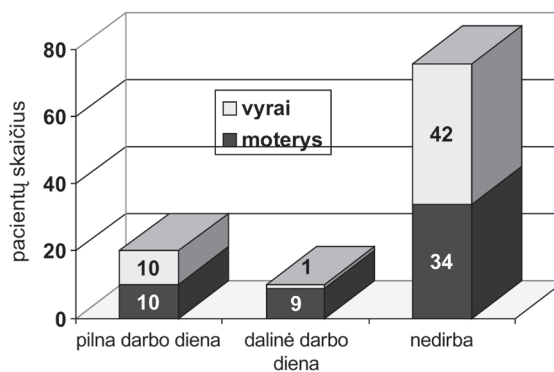
* Duomenys skaičiuoti naudojant Stjudento t kriterijų nepriklausomoms imtims.

Šeiminė padėtis (1 pav.): tiriamųjų grupėje daugiau moterų yra ištekejusių (50,9 proc.), o vyrų – nesusituokusių (58,5 proc.).



1 pav. Tiriamųjų šeiminė padėtis

Tiriamųjų darbinis užimtumas (2 pav.): mūsų tiriamųjų grupėje daugiausia pacientų nedirbo – 71,4 proc., dirbančių pilną darbo dieną buvo tik 18,9 proc., o nepilną – 9,4 proc.



2 pav. Tiriamųjų darbinis užimtumas

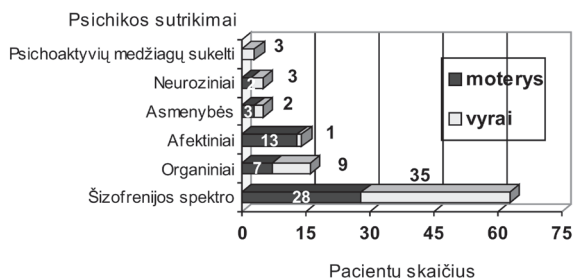
Vidutiniškai pacientai gydymo įstaigoje praleido $33,7 \pm 0,96$ ($\bar{x} \pm SE$) dienas. Vyrų – $35,62 \pm 1,62$, moterų – $31,79 \pm 0,97$ dienas. Vyrų gydymo įstaigoje išbuvo daugiau dienų nei moterų ($p = 0,045$)*.

Vidutinė susirgimo trukmė $11,88 \pm 0,97$ metai. Vyrų $14,60 \pm 1,55$ metai, moterų $9,16 \pm 0,5$ metai. Vyrų susirgimo trukmė yra ilgesnė nei moterų ($p = 0,005$)*.

Vidutinis ligos paūmėjimo epizodas $8,03 \pm 0,66$. Vyrų – $9,55 \pm 1,08$, moterų – $6,51 \pm 0,71$. Vyrų vidutinis ligos paūmėjimo epizodas yra didesnis nei moterų ($p = 0,021$)*.

Vidutinis stacionarizavimo epizodas $7,53 \pm 0,69$. Vyrų – $9,38 \pm 1,13$, moterų – $5,68 \pm 1,72$. Vyrų vidutinis stacionarizavimo epizodas yra didesnis nei moterų ($p = 0,007$)*.

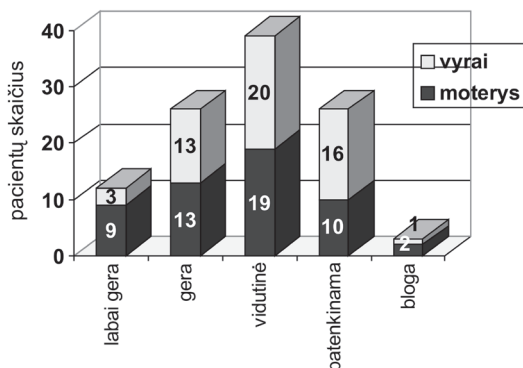
Pacientai grupuoti pagal psichikos sutrikimų diagnozes (3 pav.). Gausiausią tiriamųjų grupę sudarė šizofrenijos spektro psichikos sutrikimais sergantys pacientai.



3 pav. Tiriamųjų psichikos sutrikimai

Vidutinis meno terapijos užsiėmimų skaičius – $11,05 \pm 0,29$ ($\bar{x} \pm SE$). Moterų – $11,25 \pm 0,32$. Vyrų – $10,85 \pm 0,49$. Vyrų ir moterų užsiėmimų skaičius statistškai patikimai nesiskyrė ($p = 0,49$)*. Minimalus vyrų užsiėmimų skaičius buvo 4 užsiėmimai, moterų – 6 užsiėmimai, o maksimalus vyrų – 20, moterų – 18.

Motyvaciją meno terapijai pacientai dažniausiai įvertino kaip vidutinę – 36,8 proc., kitos motyvacijų grupės pasiskirstė taip: labai gera – 11,3 proc., gera – 24,5 proc., patenkinama – 24,5 proc, bloga – 0,03 proc. (4 pav.).



4 pav. Motyvacija meno terapijai

Rezultatai

Apklausus pacientus pagal SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną, skaičiuoti šie funkciniai rodikliai: fizinė funkcija (FF), veiklos apribojimas dėl fizinės (AF), emocinės būklės (AE), socialinis bendravimas (SB), psichikos sveikata (PS), energingumas / gyvybingumas (E / G), skausmas (S), bendras sveikatos suvokimas (BSS), sveikatos pokytis (SP) (1 lentelė). Minėtų funkcijų vertinimas koduotas skaitine išraiška, kur didesnė reikšmė reiškia geresnę savijautą, sveikatą. Kiekvienai funkcijai pateikti pirmieji (I) ir pakartoto (II) anketavimo duomenys bei pateiktas funkcijų skaitinių reikšmių vidurkių ($\bar{x}$) su standartiniu nuokrypiu (S) skirtumo statistinis patikimumas (p). Pacientai grupuoti pagal lytį, išskirtos tiriamoji ir kontrolinė grupės. Duomenys skaičiuoti naudojant *Wilcoxon Signed Ranks* testą.

Funkcinių rodiklių pokyčiai (*delta*) apskaičiuoti iš antrojo (II) atėmus pirmojo (I) anketavimo duomenis (2 ir 3 lentelės). 3 lentelėje pateiktos kontrolinės ir tiriamosios grupių funkcinių rodiklių pokyčių (*delta* $\bar{x}$) su standartiniu nuokrypiu (S) skaitinės reikšmės ir jų skirtumo tarp grupių statistinis patikimumas (p). 2 lentelėje išskirtos vyrų ir moterų grupės bei pateiktas funkcijų pokyčių skirtumo tarp kontrolinės bei tiriamosios grupių statistinis patikimumas pagal lytį. Hipotezės tikrintos naudojant *Mann-Whitney* testą.

Funkcinių rodiklių pokyčių ryšiai: gauti duomenys rodo, kad psichikos sveikatos pokytis (*delta* PS) yra statistiškai patikimai susijęs su energingumo / gyvybingumo pokyčiu (*delta* E / G) (tiriamojoje (T) ir kontrolinėje (K) grupėse: $p = 0,000$), bendro sveikatos suvokimo pokyčiu (*delta* BSS) (T – $p = 0,012$, K – $p = 0,001$) ir sveikatos pasikeitimo pokyčiu (*delta* SP) (tik tiriamiesiems – $p = 0,001$). Veiklos apribojimo dėl emocinės funkcijos pokytis (*delta* AE) yra statistiškai patikimai susijęs su veiklos apribojimo dėl fizinės būklės funkcijos pokyčiu (*delta* AF) (T – $p = 0,000$, K – $p = 0,006$) ir bendro sveikatos suvokimo pokyčiu (*delta* BSS) (T – $p = 0,001$, K – $p = 0,004$). Socialinio bendravimo funkcijos pokytis (*delta* SB) statistiškai patikimai susijęs su fizinės sveikatos (FF) (T ir K – $p = 0,000$), psichinės sveikatos (PS) (T – $p = 0,000$, K – $p = 0,001$), energingumo / gyvybingumo (E / G) (tik tiriamiesiems – $p = 0,000$), skausmo (S) (T – $p = 0,003$, K – $p = 0,035$) bei bendro sveikatos suvokimo (BSS) (T – $p = 0,001$, K – $p = 0,000$) funkcijų pokyčiais. Šių kintamųjų tarpusavio priklausomybės analizei naudoti Spearmano koreliacijos koeficientai.

Rezultatų aptarimas. Šis tyrimas, kuriame naudotas SF-36 gyvenimo kokybės klausimynas, pirmas toks Lietuvoje. Juo siekta įvertinti meno terapijos poveikį psichikos sutrikimais sergantiems pacientams stacionarinio gydymo etape.

1 lentelė

Funkcinių rodiklių vidurkiai ir jų skirtumų statistinis patikimumas

Funkcija	MOTERYS						VYRAI					
	Tiriamosios (n = 53)			Kontrolinės (n = 60)			Tiriamieji (n = 53)			Kontroliniai (n = 46)		
	I $\bar{X}, S$	II $\bar{X}, S$	P	I $\bar{X}, S$	II $\bar{X}, S$	P	I $\bar{X}, S$	II $\bar{X}, S$	P	I $\bar{X}, S$	II $\bar{X}, S$	P
FF	21,53 (4,36)	23,19 (4,48)	,000	22,93 (4,58)	24,15 (2,97)	,015	22,51 (6,55)	25,34 (4,15)	,000	25,02 (4,58)	26,39 (2,92)	,015
AF	0,77 (1,20)	1,36 (1,44)	,001	0,77 (1,28)	0,75 (1,13)	,478	1,21 (1,45)	1,72 (1,75)	,015	0,98 (1,13)	1,43 (1,13)	,006
AE	0,45 (0,82)	0,94 (0,97)	,007	0,40 (0,89)	0,43 (0,75)	,686	0,60 (1,04)	1,42 (1,49)	,000	0,93 (1,06)	0,93 (1,10)	1,000
SB	5,74 (2,13)	6,57 (2,16)	,003	5,02 (2,36)	5,42 (1,97)	,255	6,77 (2,42)	6,70 (2,11)	,855	6,46 (2,13)	5,96 (1,96)	,026
PS	15,66 (5,17)	18,06 (4,40)	,000	14,38 (3,82)	15,57 (3,81)	,025	17,47 (5,10)	19,58 (4,34)	,000	18,70 (3,98)	18,33 (4,00)	,476
E / G	10,94 (3,60)	13,04 (4,04)	,000	11,27 (3,64)	12,03 (3,18)	,034	13,34 (4,19)	14,57 (3,36)	,009	12,91 (4,17)	13,85 (3,72)	,027
S	6,81 (2,33)	7,75 (2,04)	,001	6,30 (3,15)	6,18 (2,59)	,719	7,77 (2,77)	8,34 (2,19)	,039	7,41 (2,51)	8,52 (2,13)	,001
BSS	12,04 (3,52)	13,75 (4,00)	,000	13,15 (2,80)	13,25 (2,68)	,220	13,70 (3,87)	15,62 (4,34)	,000	15,04 (3,48)	15,15 (3,41)	,404
SP	2,42 (1,32)	3,09 (1,15)	,000	2,28 (1,17)	2,37 (1,43)	,803	2,98 (1,20)	3,32 (1,12)	,084	2,50 (1,19)	2,70 (1,15)	,178

2 lentelė

Funkcinių rodiklių pokyčiai ir jų skirtumų statistinis patikimumas pagal lytį grupėse

Funkcinis rodiklis	MOTERYS			VYRAI		
	Tiriamosios (n = 53) delta $\bar{X}, S$	Kontrolinės (n = 60) delta $\bar{X}, S$	p	Tiriamieji (n = 53) delta $\bar{X}, S$	Kontroliniai (n = 46) delta $\bar{X}, S$	p
FF	1,66 (3,20)	1,22 (3,72)	0,357	2,83 (4,73)	1,37 (4,26)	0,091
AF	0,58 (1,23)	0,02 (0,95)	0,063	0,51 (1,45)	0,46 (0,98)	0,841
AE	0,49 (1,19)	0,03 (1,13)	0,031	0,81 (1,51)	0,00 (0,73)	0,001
SB	0,83 (2,23)	0,40 (2,37)	0,256	-0,08 (2,12)	-0,50 (1,47)	0,379
PS	2,40 (4,51)	1,18 (4,00)	0,047	2,11 (4,03)	-0,37 (3,56)	0,004
E / G	2,09 (3,23)	0,77 (3,27)	0,009	1,23 (3,30)	0,93 (2,76)	0,726
S	0,94 (1,81)	-0,12 (2,33)	0,009	0,57 (1,85)	1,11 (2,13)	0,335
BSS	1,72 (3,08)	0,10 (3,40)	0,045	1,92 (3,25)	0,11 (2,05)	0,001
SP	0,68 (0,85)	0,08 (1,32)	0,000	0,34 (1,30)	0,20 (1,09)	0,443

3 lentelė

Funkcinių rodiklių pokyčiai ir jų skirtumų statistinis patikimumas neišskiriant lyčių grupių

Funkcinis rodiklis	Tiriamoji grupė (n = 106) delta $\bar{X}$, S	Kontrolinė grupė (n = 106) delta $\bar{X}$, S	p
FF	2,25 (4,06)	1,28 (3,94)	0,049
AF	0,55 (1,34)	0,21 (0,98)	0,219
AE	0,65 (1,36)	0,02 (0,98)	0,000
SB	0,38 (2,21)	0,01 (2,07)	0,169
PS	2,25 (4,06)	0,51 (3,87)	0,001
E / G	1,66 (3,28)	0,84 (3,05)	0,043
S	0,75 (1,83)	0,42 (2,32)	0,168
BSS	1,82 (3,15)	0,10 (2,87)	0,000
SP	0,51 (1,11)	0,13 (1,22)	0,001

Literatūros duomenimis, 2005 m. Didžiojoje Britanijoje buvo atlikta meno terapijos tyrimų apžvalga, kur tiriamieji grupuoti pagal trumpą, vidutinį ir ilgą stebėjimo laikotarpius. Vertinant trumpo laikotarpio duomenis trūko statistinio patikimumo meno terapijos veiksmingumui įrodyti, tačiau ilgą laikotarpį trukęs tyrimas parodė ženklius rezultatus.

Mūsų tyrimo stebėjimo laikotarpis vidutiniškai truko apie mėnesį, todėl gauti duomenys neatspindėjo maksimalių laukiamų rezultatų, nors rodė teigiamas tendencijas. Tiriamųjų moterų grupėje rastas statistiškai patikimas skirtumas tarp pirmojo (I) ir antrojo (II) anketavimo visų tirtų funkcinių rodiklių duomenų, kontrolinėje moterų grupėje statistiškai patikimai skyrėsi tik fizinės funkcijos (FF), psichinės sveikatos (PS) ir energingumo / gyvybingumo (E / G) duomenys. Tiriamųjų vyrų grupėje tarp I ir II anketų duomenų statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo tik tarp socialinio bendravimo funkcijos (SB) bei sveikatos pokyčio (SP) rodiklių. Šių rodiklių duomenis tiriamiesiems vyrams galėjo lemti jų šeiminė padėtis (dominavo neturintieji sutuoktinių) ir susirgimo eiga (ilgesnė trukmė, dažnesni paūmėjimai, didesnis stacionarizavimo skaičius nei tirtų moterų). Kontrolinėje vyrų grupėje tarp I ir II anketavimo duomenų nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp fizinės funkcijos (FF), veiklos apribojimo dėl fizinės funkcijos (AF), socialinio bendravimo (SB), energingumo / gyvybingumo (E / G) bei skausmo (S) funkcinio rodiklio (1 lentelė).

Lyginant tiriamosios ir kontrolinės grupės funkcinio rodiklio pokyčius (*delta*) nustatytas patikimas veiklos apribojimo dėl emocinės būklės (AE), psichinės svei-

katos (PS) ir bendrojo sveikatos suvokimo (BSS) funkcinį rodiklių skirtumas. Moterų grupėje be šių išvardytų funkcinį rodiklių, statistiškai patikimai skyrėsi ir energingumo / gyvybingumo (E / G), skausmo (S) bei sveikatos pasikeitimo (SP) pokyčiai (2 lentelė). Vertinant duomenis bendrai, neišskiriant grupių pagal lytį, tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių nustatytas statistiškai patikimas fizinės funkcijos (FF), veiklos apribojimo dėl emocinės būklės (AE), psichikos sveikatos (PS), energingumo / gyvybingumo (E / G), bendro sveikatos suvokimo (BSS) ir sveikatos pokyčio (SP) funkcinį rodiklių skirtumas (3 lentelė).

Gerėjant psichikos sveikatos rodikliui (PS), statistiškai patikimai didėja paciento energingumas / gyvybingumas (E / G), bendras sveikatos suvokimas (BSS), rodantis gerėjantį paciento subjektyvų bendrą savijautos vertinimą, ir sveikatos pokytis (SP), rodantis teigiamą paciento požiūrį į savo savijautos pokytį.

Vertinant funkcinį rodiklių pokyčius gautos statistiškai patikimos koreliacijos: mažėjant veiklos apribojimui dėl emocinės būklės (AE), gerėja ir bendras sveikatos suvokimas (BSS), rodantis, kad pacientas subjektyviai jaučia bendrą sveikatos pagerėjimą. Taip pat gerėjant šiam rodikliui, mažėja veiklos apribojimas dėl fizinės būklės (didėja AF rodiklis) – pacientas tampa aktyvesnis, veiklesnis.

Socialinio bendravimo funkcijos (SB) gerėjimas susijęs su fizine (FF) bei psichine sveikata (PS). Socialinės funkcijos rodiklis gerėja mažiau varginant skausmui (S), didėjant energingumui / gyvybingumui (E / G) ir esant geresniam bendram sveikatos suvokimui (BSS).

Išvados

Dėl kompleksinio gydymo pagerėjo visos tirtos pacientų diagnozių grupių funkcijos. Funkcinį pokyčių koreliacijos parodė, kad mažėjant veiklos apribojimui dėl emocinės būklės pacientas subjektyviai jaučia bendrą sveikatos pagerėjimą, gerėja jo fizinė savijauta, gyvenimo kokybė.

Funkciniai rodikliai – fizinė funkcija (FF), veiklos apribojimas dėl emocinės būklės (AE), psichikos sveikata (PS), energingumas / gyvybingumas (E / G), bendras sveikatos suvokimas (BSS), sveikatos pokytis (SP) – statistiškai patikimai pagerėjo taikant kompleksinį gydymą.

Funkcinį pokyčių koreliacijos parodė, kad mažėjant veiklos apribojimui dėl emocinės būklės, pacientas subjektyviai jaučia bendrą sveikatos pagerėjimą, gerėja jo fizinė savijauta, gyvenimo kokybė.

Net trumpalaikis meno terapijos kursas parodė teigiamus poslinkius, tačiau maksimalūs rezultatai priklauso nuo ilgalaikės taikymo trukmės. Manome, kad būtų tikslinga plėtoti meno terapiją, nes šis metodas įteikia raktą, kuriuo pacientas sugebėtų atsirakinti duris į savo neišsemiamų žmogiškųjų galimybių pasaulį, sumažintų socialinę atskirtį (Pūras, 2004). Sustiprintų bendruomenės psichologinį atsparumą ir išvaduotų tiek psichikos negalios paliestus žmones, tiek ir visą psichikos sveikatos priežiūros sritį iš ilgametės izoliacijos, stigmos ir prietarų nelaisvės. Kol psichikos sveikatos sistema nėra pajėgi pašalinti žmogiškosios nevilties priežasčių, nereikėtų priešintis metodams, kuriais žmogų bandoma išlaisvinti iš nevilties gniaužtų. Meno terapija nukreipia paciento kentėjimus ir psichoemocinius išgyvenimus į saviraišką, stimuliuojančią jo kūrybines galimybes ir sugebėjimus. Rašytojo, filosofo Antonino Artaudo žodžiais tariant, „žmonės tapė, rašė, drožė vien dėl to, kad iš pragaro galėtų ištrūkti“.

Literatūra

1. Champion M. La schizophrénie. Le trouble de l'association, de la personnalité // Schizophrénie. 2000, t. 18 (2), p. 1–4.
2. Davidonienė O. Seime patvirtinta psichikos sveikatos strategija // Nervų ir psichikos ligos. 2007, Nr. 3 (27), p. 2.
3. Grube M. Tolerance of ambiduity, art therapy and psychiatric illness // Psychiatriche Praxis. 2002, t. 29 (8) p. 431.
4. Juodraitis A. Asmenybės adaptacija: kintamųjų sąveika. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla, 2004, p. 24.
5. Odell-Miller H., Hughes P., Westcott M. An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems // Psychotherapy Research. 2006, t. 16 p. 39.
6. Pūras D. Lietuvos psichikos sveikatos politika ir paslaugų plėtros strategija: kai kurie sistemos vertinimo rezultatai // Psichiatrijos žinios. 2003, t. 25/26, p. 15–17.
7. Rodriguez J., Troll G. L'art-thérapie; Pratiques, techniques et concepts. France: Ellébore, 2001, p. 95.
8. Rosen A. Return from the vanishing point: a clinician's perspective on art and mental illness, and particularly schizophrenia // Epidemiol Psichiatr Soc. 2007, t. 2., p. 32.

9. Rossler W., Salize H. J., van Os J., Riecher-Rossler A. Burden of schizophrenia and other psychotic disorders // *Psychotherapy Research*. 2005, t. 14, p. 84–92.
10. Rubin J. A. *Approaches to art therapy: theory and technique*. USA: Brunner-Routledge, 2001, p. 123.
11. Ruddy R., Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia – like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005. Issue 4, CD003728.
12. Sharma T., Sheringham, J. Brain imaging: New Applications in Schizophrenia // *The institute magazine*. 2001, 3, p. 20–16.
13. Schiltz L. L'être-pour-soi et l'être-pour-autrui. Applications à la recherche en art thérapie // *Revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*. X, 94, p. 37–42.
14. Sučylaitė J. Poetikos terapija psichomatiniams sutrikimams koreguoti // *Nervų ir psichikos ligos*. 2006, t. 4 (24), p. 54–56.
15. Survilaitė D. Genialumas, liga ir meno terapija // *Psichologija tau*. 2002, 11–12, Nr. 6, p. 17.
16. Survilaitė D. Pacientų kūryba – menas, meno terapija ar jų profanacija? // *Psichiatrijos žinios*. 2006, t. 41, p. 26.
17. The WHO World Health Report. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001, p. 49.
18. www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2006-0341+0+DOC+PDF+V0//LT

Rūta Marija Purvinaitė – Kauno medicinos universiteto Filosofijos ir socialinių mokslų katedros lektorė; mokslinių interesų sritis – meno terapija psichiatrijoje; adresas: Kęstučio g. 27^a-7, LT-44312 Kaunas, Lietuva; el. paštas rutamarija.purvinaite@gmail.com

Rugilė Bružaitė – Kauno apskrities priklausomybės ligų centro gydytoja psichiatrė; mokslinių interesų sritis – meno terapija psichiatrijoje; adresas: Seinų g. 30-2, LT-44312 Kaunas, Lietuva; el. paštas r.bruzaitė@gmail.com