

doi:10.25143/ISBN-978-9984-793-38-2_13-245



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE



Mākslu terapija

dažādām klientu / pacientu grupām

Rakstu krājums

Mākslu terapija

dažādām klientu / pacientu grupām



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Mākslu terapija

dažādām klientu / pacientu grupām

Rakstu krājums

Sastādītājas

K. Mārtinsone, E. Krevica

Rīga • RSU • 2014

UDK 615.851.8:7

M 32

Mākslu terapija dažādām klientu / pacientu grupām / Sast. K. Mārtinsone,
E. Krevica. – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2014. – 382 lpp.

Sastādītājas un projekta vadītājas:

Dr. psych. asoc. profesore Kristīne Mārtinsone, Rīgas Stradiņa universitātes maģistra studiju programmas “Mākslas terapija” vadītāja, sertificēta mākslas terapeite, supervizore

Mg. scal. sc. Edīte Krevica, Rīgas Stradiņa universitātes maģistra studiju programmas “Mākslas terapija” pasniedzēja, sertificēta mākslas terapeite

Recenzentes:

Dr. psych. profesore Guna Svence, Rīgas Pedagoģijas un izglītības vadības akadēmija

Dr. psych. profesore Irina Plotka, Baltijas Psiholoģijas un menedžmenta augstskola

Dr. med. docente Velga Sudraba, Rīgas Stradiņa universitāte

Redaktores:

Linda Pētersone, Regīna Jozauska

Makets:

Ilze Stikāne

Vāka dizains:

Līga Veide-Nedviga, Mikus Čavarts

IPN vadītājs: Tenis Nigulis

IPN vec. red.: Aija Lapsa

RSU IPN Nr. 13-245

© Rīgas Stradiņa universitāte, 2014
Dzirčiema iela 16, Rīga, LV-1007

ISBN 978-9984-793-38-2

SATURS

Priekšvārds	9
I. MĀKSLU TERAPIJAS PROFESIONĀLĀS ATTĪSTĪBAS JAUTĀJUMI	
Rehabilitācijas ideja un komandas loma <i>G. Bērziņa, A. Vētra</i>	13
Ārstniecības personu pedagoģiskā kompetence <i>M. Puķīte</i>	23
Aktuālās profesionālās darbības un attīstības problēmas mākslu terapijā <i>K. Mārtinsone</i>	32
Mākslu terapijas prakses novērtējums Latvijā <i>I. Paiča, K. Mārtinsone, V. Karkuva</i>	48
Mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanās Latvijā <i>E. Akmane, K. Mārtinsone</i>	62
Mākslas terapeita profesionālās darbības organizācija <i>S. Hartmane</i>	76
Supervīzija mākslu terapijas izglītības un pakalpojumu attīstībai Latvijā <i>K. Mārtinsone, I. J. Mihailovs, S. Mihailova</i>	87
Mākslu terapija un psiholoģija: robežas un krustpunkti <i>S. Mihailova, K. Mārtinsone, I. J. Mihailovs</i>	94
II. MAĢISTRA DARBU IETVAROS VEIKTO PĒTĪJUMU PĀRSKATI MĀKSLU TERAPIJĀ	
Rīgas Stradiņa universitātes mākslas terapijas profesionālajā maģistra studiju programmā no 2009. līdz 2013. gadam aizstāvēto maģistra darbu analīze <i>E. Vilka, K. Mārtinsone</i>	100
1. pielikums. 2013. / 2014. akadēmiskajā gadā profesionālajā maģistra studiju programmā “Mākslas terapija” aizstāvētie darbi	113

Pārskats par mākslas terapijas profesionālā maģistra studiju programmas vizuāli plastiskās mākslas terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam	
<i>Z. Veitnere, I. Grīnberga, M. Mazkalne, K. Mārtinsone</i>	115
1. pielikums. 2009.–2013. gadā aizstāvētie maģistra darbi vizuāli plastiskās mākslas terapijā	121
2. pielikums. 2009.–2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas vizuāli plastiskās mākslas terapijā	124
Pārskats par mākslas terapijas profesionālā maģistra studiju programmas deju un kustību terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam	
<i>Z. Kušnareva, S. Silniece, L. Ķince, K. Mārtinsone</i>	152
1. pielikums. 2009.–2013. gadā aizstāvētie maģistra darbi deju un kustību terapijā	160
2. pielikums. 2009.–2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas deju un kustību terapijā	162
Pārskats par mākslas terapijas profesionālā maģistra studiju programmas mūzikas terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2006. līdz 2013. gadam	
<i>S. Šuriņa, Dž. Eglīte, K. Mārtinsone</i>	186
1. pielikums. 2010.–2013. gadā aizstāvētie maģistra darbi mūzikas terapijā	192
2. pielikums. 2010.–2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas mūzikas terapijā	193
Pārskats par mākslas terapijas profesionālā maģistra studiju programmas drāmas terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2010. līdz 2012. gadam	
<i>S. Meluškāne, D. Lindiša, K. Mārtinsone</i>	203
1. pielikums. 2010.–2012. gadā aizstāvētie maģistra darbi drāmas terapijā	208
2. pielikums. 2010.–2012. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas drāmas terapijā	209

III. MĀKSLU TERAPIJAS PRAKSE

Zīmējumu sērijas skalas adaptācijas pirmais posms Latvijā <i>D. Dzene, E. Dakse, K. Mārtinsone</i>	222
Mākslas terapijas formālo elementu skala: tās pielietojums dažādās klientu / pacientu grupās <i>S. Čiganovska, L. Veide-Nedviga, K. Mārtinsone</i>	238
Mākslā balstītās izvērtēšanas instrumenta “Putna ligzdas zīmējums” adaptācijas pirmais posms Latvijā <i>N. Šķone, K. Mārtinsone</i>	246
Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modelis mākslas terapijā uz mākslu balstītas izvērtēšanas procesā: piemērs ar vardarbībā cietušu bērnu <i>I. Džilna-Šilova, K. Mārtinsone, A. Upmale</i>	259
Mākslas terapija pacientiem ar <i>anorexia nervosa</i> <i>D. Visnola, A. Upmale</i>	280
Mākslas terapija pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem <i>E. Krevica</i>	292
Individualizētās mūzikas terapijas izvērtēšanas profila emocionālās un sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalu adaptācijas pirmais posms un to specifisko iezīmju noteikšana pacientiem ar uzvedības traucējumiem <i>J. Duhovska, K. Mārtinsone</i>	312
Mūzikas terapija bērniem ar autiskā spektra traucējumiem <i>S. Barsineviča</i>	322
Komunikatīvo pamatiemaņu attīstīšana mūzikas terapijā bērniem ar smagiem psihofizioloģiskiem traucējumiem <i>A. Beļska, J. Denisjuka</i>	330
Mūzikas terapija pirmsskolas vecuma bērnam ar specifiskiem runas un valodas traucējumiem: gadījuma analīze <i>L. Enģele</i>	341
Mūzikas terapija rehabilitācijā: neiroloģija <i>M. Paipare, J. Duhovska</i>	350

Drāmas terapija pacientiem ar Pārkinsona slimību trauksmes simptomu mazināšanai <i>R. Garnaka, K. Mārtinsone</i>	363
Drāmas terapija darbā ar ambulatorajiem psihiatrijas pacientiem <i>A. Šteina, E. Vilka</i>	375
Autoru alfabētiskais rādītājs	382

PRIEKŠVārds

Mākslas terapeits ir speciālists, kas ir ieguvis profesionālo maģistra grādu veselības aprūpē un mākslas terapeita kvalifikāciju, un strādā veselības, izglītības vai aprūpes palīdzības jomā, veicot savu profesionālo darbību patstāvīgi vai multi-profesionālas komandas sastāvā. **Mākslas terapeita izglītību Rīgas Stradiņa universitātē var iegūt** četrās specializācijās – vizuāli plastiskajā mākslas terapijā, deju un kustību terapijā, mūzikas terapijā (no 2006. gada) un drāmas terapijā (no 2007. gada) un Liepājas universitātē – mūzikas terapijā (no 2003. gada). Šajā laika posmā studijas ir beiguši gandrīz 130 mākslas terapeitu, kuri jau ir spējuši pietiekami veiksmīgi apliecināt sevi profesionālajā praksē.

Kopš mākslas terapeita profesijas izveides Latvijā mākslas terapijas studiju programmas mācībspēki, studenti un absolventi rūpējas par profesijas attīstību, mākslas terapeita profesijas atpazīstamību gan profesionāļu, gan potenciālo klientu / pacientu vidū, par augstu profesionālo standartu uzturēšanu un mākslas terapeita pakalpojuma kvalitātes paaugstināšanu, kas mūsdienās saistāms ar uz pierādījumiem balstītu prakses veidošanu un praksē veiktiem pētījumiem. **Šis rakstu krājums ir uzlūkojams kā mēģinājums dalīties ar savu pieredzi, kā arī aicinājums citu profesiju pārstāvjiem uz sadarbību.**

Viens no mākslu terapijas studiju programmas uzdevumiem ir pilnveidot maģistrantu pētniecisko kompetenci, kas ir nozīmīga arī turpmākajā profesionālajā darbībā, lai mākslas terapeits pamatotu savu profesionālo darbību un piekoptu uz pierādījumiem balstītu praksi. Kā nozīmīgs notikums studiju programmas pilnveidošanai un mākslas terapeitu profesionālās darbības tālākai attīstībai minams **Erasmus Mūzizglītības programmas ietvaros īstenotais starptautiskais projekts** “Mākslu terapija ar dažādām klientu / pacientu grupām”. Projekts tika realizēts no 2012. gada 30. jūnija līdz 9. jūlijam, sadarbojoties Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas fakultātes profesionālās maģistra studiju programmas “Mākslas terapija” mācībspēkiem un studentiem ar Liepājas Universitātes un vairāku ārvalstu augstskolu – *Lithuanian University of Educational sciences* (Lietuva), *Tallin University* (Igaunija), *Hogeschool Arnhem Nijmegen* (HAN) (Nīderlande), *Queen Margaret University* (Lielbritānija), *University of Leeds* (Lielbritānija), *Leeds Metropolitan University* (Lielbritānija), *Universitāt Witten Herdecke* (Vācija) – mācībspēkiem un mākslu terapijas studiju programmu studentiem.

Projekta ietvaros realizētā 10 dienu intensīvā izglītojošā programma sekmēja teorētisku un praktisku pieredzes apmaiņu, pilnveidojot prasmes darbā ar dažādām klientu / pacientu grupām atbilstoši mākslu terapijas specializācijai, klienta / pacienta problēmām un resursiem, multidisciplināras komandas darba iepazīšanu praksē, kā arī tālākas profesionālas sadarbības veicināšanu starptautiskā vidē, sekmējot diskusiju un padziļinot izpratni par mūsdienu tendencēm mākslu terapijas jomā projekta partnervalstīs.

Viens no projekta rezultātiem ir rakstu krājumu izveidošana un izdošana angļu un latviešu valodā, apkopojot Latvijas un ārvalstu mākslas terapeitu esošo pieredzi darbā ar dažādām klientu / pacientu grupām, raksturojot mākslu terapijas specializāciju specifiku un iespējas. Saskaņā ar projektā izvirzītajiem mērķiem, 2013. gadā Rīgas Stradiņa universitātē izdeva rakstu krājumu “*Arts Therapies for Different Client / Patient Groups*”, kas ir labi novērtēts ne tikai Latvijā, bet arī projekta partnervalstīs. Projekts dalībniekiem sniedza iespēju savstarpēji profesionāli bagātināties. Tā laikā tika saņemtas pozitīvas ārvalstu dalībnieku atsauksmes, kas deva pārliecību, ka mūsu izvēlētais mākslu terapijas attīstības ceļš var kļūt par ideju avotu arī partnervalstu mākslas terapeitu profesijas un izglītības attīstībai.

Uz rakstu krājumu “Mākslu terapija dažādām klientu / pacientu grupām” var raudzīties gan kā uz minētā projekta rezultātu, tostarp apliecinot projekta rezultātu ilgtspēju un iezīmējot ceļu nākamjiem projektiem, gan arī kā uz neatkarīgu izdevumu jau ar integrētu līdzšinējo pieredzi par sasniegto profesijā, gan arī kā vēstījumu par idejām, vajadzībām un mērķiem profesijas attīstībai nākotnē. Jautājumiem, kas saistīti ar profesionālo attīstību – darbu multiprofesionālā komandā, profesionālo kompetenču paaugstināšanu, mākslas terapeita profesionālo identitāti, mākslas terapeita profesionālās darbības organizācijas un supervīzijas nozīmi –, ir veltīta rakstu krājuma pirmā daļa.

Atsaucoties uz minētā projekta sniegto iespēju gūt informāciju par aktualitātēm mākslas terapeita profesionālajā darbībā dažādās Eiropas valstīs, kā kopīgs profesijas attīstības virziens ir izkristalizējusies uz pierādījumiem balstītas prakses un praksē veiktu pētījumu attīstīšana mākslu terapijas efektivitātes apliecināšanai un rezultātu iz(no)vērtēšanai, t. sk. akcentējot gan pētniecības darbu izstrādi studiju procesa laikā, gan profesionālajā darbībā. Tas sasaucas ar veselības aprūpes jomā aktuālo prasību pēc prakses, kas ir orientēta uz rezultātu, un vajadzību pēc skaidri aprakstāmiem pacientu izvērtēšanas un novērtēšanas rezultātiem pirms un pēc mākslu terapijas. Tādēļ otrā un trešā šī rakstu krājuma daļa ir veltīta gan veikto pētījumu apkopojumam (pārskatam par veiktajiem pētījumiem maģistra darba izstrādes ietvaros laika posmā no 2009. gada, kad ir aizstāvējušies pirmie mākslas terapijas maģistranti, līdz 2013. gadam), gan piedāvā detalizētāku ieskatu mākslas terapeitu praktiskajā darbībā. Pētījumi atspoguļo plašu klientu / pacientu loku veselības, sociālās aprūpes un izglītības vidē, aprakstot mākslu terapijas iespējas

un resursus gan dažādu simptomu mazināšanai, gan dažādu psiholoģisko stāvokļu uzlabošanai. Rakstu krājumā ir apkopoti ne tikai secinājumi, bet ieskicēti arī tālākie pētniecības jautājumi.

Rakstu krājuma autori ir veselības aprūpes un citu nozaru speciālisti, Rīgas Stradiņa universitātes un Liepājas Universitātes mācībspēki, kuri atbilstoši savai specialitātei un kompetencēm informē un diskutē par jautājumiem, kas būtiski mākslas terapeitu profesionālajai pilnveidei un praktiskās darbības veidošanai, savukārt mākslas terapeiti iepazīstina ar savu praktiskās pieredzes apkopojumu, strādājot ar dažādām klientu / pacientu grupām. Autori savos darbos integrējuši pētniecības principus, kā arī raksturo savu pieredzi, mākslu terapijas metodes un tehnikas.

Būtisks ieguldījums profesijas attīstībai ir mākslā balstīto instrumentu (formālo elementu skala, zīmējumu sērija, putna ligzdas zīmējums, individualizētās mūzikas terapijas profila emocionālās un sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas skala) adaptācija Latvijā un Lābana kustību analizē balstītā instrumenta konstruēšana, kas īstenota maģistra darbu pētījumos. Šo darbu konsultanti bija paši iz(no)vērtēšanas instrumentu izstrādātāji. Šajā rakstu krājumā lasītājam tiek piedāvāti mākslā balstīto izvērtēšanas instrumentu – “Zīmējumu sērija” (D. Dzene, E. Dakse, 2013, pēc *Cohen*, 1983, *Cohen*, *Mills*, 1998) un “Mākslas terapijas formālo elementu skala” (S. Čiganovska, L. Veide-Nedviga, 2013, pēc *Gantt & Tabone*, 1998), “Putna ligzda” (N. Šķone, pēc *Kaiser*, 1996), individualizētās mūzikas terapijas izvērtēšanas profila emocionālās un sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas skala (J. Duhovska, pēc *Baxter et al.*, 2007) – adaptācijas rezultāti. Ar Latvijā veikto pētījumu rezultātiem ir iepazīstināti minēto izvērtēšanas instrumentu, kuru attīstība turpinās, autori. Krājumā raksturota arī mākslā balstīta iz(no)vērtēšanas instrumenta “Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modelis” (Dzilna-Šilova, Mārtinsone, Upmale, 2013, 2012, *Lusebrink*, 1990) lietošana gan mākslā balstītai iz(no)vērtēšanai, gan mākslas terapijas virzības atspoguļošanai ar piemēriem praksē.

Rakstu krājums ir paredzēts mākslas terapeitiem, mākslu terapijas studentiem, dažādu nozaru profesionāļiem, kas strādā kopā ar mākslas terapeitiem, kā arī profesionāļiem, kuri vēlas sadarboties ar mākslas terapeitiem. Jācer, ka rakstu krājums nodrošinās plašākas profesionāļu sabiedrības informēšanu par daudzveidīgajām mākslu terapijas iespējām dažādās klientu / pacientu grupās, kā arī sekmēs sadarbību ar veselības, sociālās aprūpes un izglītības nozaru pārstāvjiem.

Vēlamies pateikties visiem rakstu krājuma tapšanā iesaistītajiem par interesi un nesavtīgu darbu, turklāt lielākajai daļai autoru pienākas patiesa pateicība par interesantu un radošu sadarbību mākslas terapijas studiju laikā. Kā studiju programmas docētājas ar lepmumu varam atzīmēt savu studentu, tagad jau praktizējošu mākslas terapeitu, progresu un kopā priecāties par sasniegumiem. Vislielākā pateicība rakstu krājuma recenzentēm – profesoriem Gunai Svencei un Irīnai Plotkai un docentei Velgai Sudrabai – par atbalstu un ieteikumiem, lai krājums būtu pilnīgāks

un iespējami kvalitatīvā veidā atrastu ceļu pie lasītāja. Tas arī nebūtu iespējams bez izpalīdzīgajiem un atsaucīgajiem Rīgas Stradiņa universitātes izdevniecības un poligrāfijas daļas darbiniekiem.

Vissirsnīgāko paldies par nozīmīgo ieguldījumu Latvijas mākslu terapijas attīstībā izsakām profesorei *Dr. habil. psych.* Ārijai Karpovai (1941–2012), kura bagātināja mūs ar savu pieredzi un zināšanām, aktīvi atbalstīja topošos un praktizējošos mākslas terapeitus. Viņa ne vien vairākkārt bija valsts pārbaudījumu komisijas priekšsēdētāja, bet arī veicināja Latvijas mākslu terapijas modeļa popularizēšanu un sekmēja tā atpazīstamību ārpus Latvijas, pārtulkojot Rīgas Stradiņa universitātes mācībspēku sagatavoto un 2012. gadā izdoto grāmatu “Mākslu terapija” krievu valodā. Tā iznāca 2014. gada sākumā Sankt-Pēterburgā izdevniecībā “Речь” un tiks prezentēta kopā ar šo rakstu krājumu. Ar pateicību jāatzīmē, ka šis nesavtīgais darbs bija starp viņas pēdējiem mūža veikumiem.

Pateicamies arī Rīgas Stradiņa universitātei, tās vadībai un akadēmiskajai saimei par atbalstu un līdzdalību, īstenojot mākslu terapijas studijas, kas samērā īsā laika posmā ir kļuvušas atpazīstamas un pieprasītas, par diskusijām, veidojot mākslu terapijas teorētisko pamatus un attīstot profesionālo praksi Latvijā, kas pakāpeniski ir iekļāvušies veselības aprūpes (pakalpojumu) sistēmā. Jau šobrīd daudzās ārstniecības iestādēs darbojas un, galvenais, ir pieprasīti Rīgas Stradiņa universitāti absolvējušie mākslas terapeiti.

Vēlamies izteikt cerību, ka iepriekš iesāktais darbs, iepazīstinot ar mākslas terapeitu veikumu, tiks turpināts, arvien atklājot jaunas lappuses daudzveidīgajā mākslu terapijas izziņas ceļā.

Veiksmi, daudz jaunu radošu ideju un uz satikšanos turpmākos projektos!

Rakstu krājuma sastādītājas –
Kristīne Mārtinsone,
Rīgas Stradiņa universitātes asociētā profesore,
profesionālās maģistra studiju programmas
“Mākslas terapija” direktore,
un
Edīte Krevica,
Rīgas Stradiņa universitātes pasniedzēja
un nodibinājuma “Centrs Valdardze” mākslas terapeite

I. MĀKSLU TERAPIJAS PROFESIONĀLĀS ATTĪSTĪBAS JAUTĀJUMI

REHABILITĀCIJAS IDEJA UN KOMANDAS LOMA

Guna Bērziņa, Anita Vētra

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

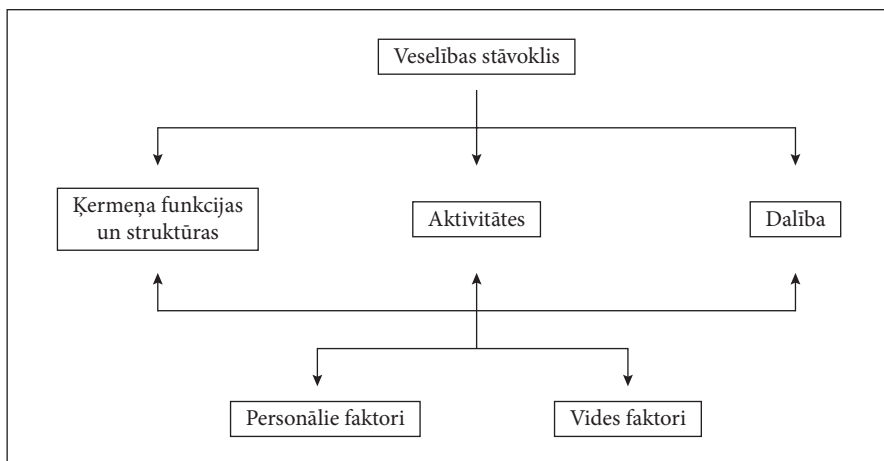
Pasaules Veselības organizācija definē jēdzienu “rehabilitācija” kā pasākumu kopumu, kas palīdz cilvēkiem ar invaliditāti sasniegt un uzturēt optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar vidi, kurā tie dzīvo (“*a set of measures, that assist individuals who experience, or are likely to experience disability achieve and maintain optimal functioning in interaction with their environments*”) [30]. Tāpēc vispirms būtu jānoskaidro, ko saprot ar invaliditāti, uz ko rehabilitācija ir vērsta, un tad jāapskata rehabilitācijas galvenie pamatprincipi.

Invaliditāte

Jēdzienam “*disability*” angļu valodā nav vienotas nozīmes, un tas tiek lietots atkarībā no apskatāmās problēmas un konteksta. Arī tulkojums latviešu valodā ne vienmēr ir viennozīmīgs un neapstridams. Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijā (SFK) termina “*disability*” tulkojums ir “nespēja”, un to lieto kā visaptverošu terminu nevarības, aktivitātes un dalības ierobežojumu apzīmēšanai [2]. Savukārt Starptautiskās neveselības, nespējas un nevarības klasifikācijas ietvaros termins “nespēja” norāda uz aktivitāšu ierobežojumiem, kamēr uz dalības ierobežojumiem attiecina terminu “nevarība” (*handicap*) [32]. Tomēr 2010. gadā pieņemtajā Invaliditātes likumā šos personas funkcionēšanas ierobežojumus apzīmē ar jēdzienu “invaliditāte”, kas arī ir ilgstošu funkcionēšanas traucējumu apzīmēšanā visbiežāk lietotais termins [1].

Jēdziens “invaliditāte” tiek interpretēts dažādi, atkarībā no tā, kurš un kādam nolūkam to lieto. Piemēram, medicīniskais invaliditātes modelis attiecina invaliditātes problēmu uz personu un pieņem, ka to izraisījusi slimība, trauma vai kāds cits

veselības stāvoklis, un personai ir nepieciešama individuāla ārstēšana, ko nodrošina profesionāls medicīniskais personāls (medicīniskā aprūpe ir centrālā aktivitāte). Sociālais invaliditātes modelis ir izveidots kā pretstats medicīniskajam modelim, kur skaidri tiek nošķirts bojājums (“*impairment*”) no personas funkcionēšanas ierobežojumiem (“*disability*”). Otrā tiek uzskatīta par sociālu problēmu, kas nav attiecināma uz indivīdu, bet drīzāk uz dažādu stāvokļu kopumu. “Labdarības” pieeja invaliditātei nozīmē, ka personu ar funkcionēšanas ierobežojumu uztver kā upuri, ieguvēju no labdarības, kas ierobežo iespējas pieņemt patstāvīgu lēmumu [4]. PVO iesaka izmantot integrēto invaliditātes modeli, kas ietver gan medicīnisko, gan sociālo modeli un ir t. s. biopsihosociālais modelis [22]. Šis modelis ir Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (SFK) pamats, un tas attēlo indivīda (ar viņa veselības stāvokli) un apkārtējās vides mijiedarbību (sk. 1. att.) [8].



1. attēls. Mijiedarbība starp SFK komponentiem

SFK tika izveidota 2001. gadā [31]. Jaunās klasifikācijas uzdevumi bija izveidot universāli lietojamu valodu veselības aprūpes profesionāļiem, pētniekiem, likumdevējiem, pacientiem un pacientu organizācijām un veicināt visaptverošu veselības aprūpes pieeju [11]. Atšķirībā no iepriekšējās klasifikācijas traucējumu aprakstīšanai agrāk lietoto terminu “bojājums” (“*impairment*”; psiholoģiskas, fizioloģiskas vai anatomiskas struktūras vai funkcijas zudums vai anomālija) [9], aizstāja ar terminu “ķermeņa funkcijas un struktūras”. “Ķermeņa funkcijas” ir ķermeņa sistēmas fizioloģiskās funkcijas (iekļaujot psiholoģiskās funkcijas), un “ķermeņa struktūras” ir anatomiskas ķermeņa daļas, piemēram, orgāni, locekļi un to komponenti. “Nespēja” (“*disability*”) un “nevarība” (“*handicap*”) attiecināmi ir

aizstāts ar “aktivitātēm un līdzdalību” [31]. Starptautiskās neveselības, nespējas un nevarības klasifikācijas (SNNNK) kontekstā “nespēja” ir jebkurš aktivitātes ierobežojums vai trūkums, kas neļauj veikt šo aktivitāti tādā mērā, kas būtu uzskatāma par normālu. Savukārt “nevarība” ir bojājuma un nespējas izraisīts ierobežojums vai pilnīga nespēja līdzdarboties sabiedrībā tādā līmenī, kas būtu normāla attiecīgā vecuma un dzimuma indivīdam, ņemot vērā sociālos un kultūras faktorus [9]. “Aktivitātes” ir uzdevuma vai darbības izpilde, bet “līdzdalība” – spēja iesaistīties dažādās dzīves situācijās [31]. SFK lieto visaptverošu terminu “funkcionēšana” visu ķermeņa funkciju un struktūru, aktivitāšu un dalības apzīmēšanai, bet “invaliditāte” ir jēdziens ar pretēju nozīmi [8].

Otra SFK koncepta daļa ir “kontekstuālie faktori”, kas vispusīgi atspoguļo personas dzīves fonu. Šie faktori var gan pozitīvi, gan negatīvi ietekmēt personas funkcionēšanu.

Kontekstuālos faktoros iedala divās grupās [31]:

1. Vides faktori veido fizisko, sociālo un attieksmju vidi, kurā cilvēki dzīvo un pavada mūžu. Šie faktori attiecībā pret personu ir ārēji. No sociālā invaliditātes modeļa ir aizgūta ideja, ka apkārtējā vide ir viens no faktoriem, kas iespaido invaliditāti. Ar vides faktoriem SFK saprot ne tikai indivīda fizisko vidi (piemēram, mājas, darbavietu vai skolu), bet arī kontaktus ar apkārtējiem cilvēkiem, visas sociālās struktūras, valsts institūcijas t. sk. likumdošanas, formālos un neformālos noteikumus, attieksmes un ideoloģijas, kas var tieši vai netieši ietekmēt personas funkcionēšanu.
2. Personālie faktori ietver personas pazīmes, kas nav tieši saistītas ar personas veselības stāvokli, bet nodrošina tās iekšējos funkcionēšanas aspektus un dzīves fonu [31]. Tie atspoguļo atšķirības, kas vienmēr pastāvēs starp cilvēkiem [12]. Katrs cilvēks uztver invaliditāti citādi un arī citādi reaģē uz to [30], tādēļ klasifikācijā ietvertie personālie faktori ir daļa no kontekstuālajiem faktoriem, kas ir saistīti ne tikai ar individuālo veselības stāvokli, bet arī palīdz izskaidrot, kā indivīds uztver un pieņem slimību vai invaliditāti [27].

SFK izveidošana pavēra iespējas veidot jaunu pētniecības virzienu, kas pēdējās desmitgades laikā ir attīstījies un parādījis klasifikācijas pozitīvās un negatīvās īpašības [10]. SFK ir pierādījusi efektivitāti slimību iznākumu aprakstīšanā un salīdzināšanā. Tā tiek lietota vispusīgai datu iegūšanai un klīniskā stāvokļa aprakstīšanai pacientiem ar dažādām diagnozēm, dažādās aprūpes iestādēs, dažādās valodās un valstīs [10]. Klasifikāciju izmanto multidisciplinārās un interdisciplinārās komunikācijas uzlabošanai, turklāt, izmantojot to pacientu novērtēšanā, rehabilitācijas mērķu uzstādīšanā un rehabilitācijas iespēju plānošanā, var uzlabot arī uz pacientu vērstu, t. i., individuālu, rehabilitāciju [23]. Tāpat klasifikācijas izmantošana palīdz izšķirt multiprofesionālās komandas dalībnieku lomas un pamatot klīniskos lēmumus pacientu rehabilitācijā [18].

Netrūkst arī pētījumu, kas uzsver SFK nepilnības. *Bostan* ar līdzautoriem norādīja, ka, lai gan SFK var būt svarīga nozīme pacientu funkcionēšanas un veselības aprakstīšanā, tā tomēr neatbilst objektīvu mērījumu kritērijiem [6]. Vēl viena SFK sadaļa, kurā trūkst vienprātības, ir cilvēktiesību sadaļa [6; 18]. Cilvēktiesību aizstāvji pastāv uz to, ka būtu jāatzīst arī katra cilvēka iekšējā vērtība un unikalitāte. Lai gan atzīta par svarīgu, personālo faktoru sadaļa līdz šim nav klasificēta [13]. Arī SFK neiekļautais dzīves kvalitātes koncepts būtu jāņem vērā [8; 13]. Neskatoties uz trūkumiem, SFK tomēr ir iekļauta Pasaules Veselības organizācijas Starptautisko klasifikāciju saimē kā viena no pamatklasifikācijām, lai konsekventi aprakstītu dažādus veselības un veselības aprūpes aspektus [20]. SFK, tāpat kā Starptautisko slimību klasifikācija, kuras jaunāko versiju paredzēts publicēt 2015. gadā, tiek pastāvīgi pētīta un regulāri papildināta [16; 34], tādējādi veselības aprūpes un ar to saistītiem profesionāļiem tiek piedāvāta ne tikai strukturēta un multidimensionāla, bet arī uz pierādījumiem balstīta informācijas kodēšanas shēma [20].

Tieši uz šo SFK modeli ir balstīta pēdējā PVO izveidotā invaliditātes definīcija [29], kas skaidro invaliditāti kā indivīda ķermeņa struktūru bojājumu, viņa aktivitāšu un līdzdalības ierobežojumu mijiedarbībā ar viņa kontekstuālajiem faktoriem negatīvā aspektā [19].

Katra cilvēka invaliditātes pieredze, ko izraisa veselības stāvokļa, personālo un vides faktoru mijiedarbība, ļoti atšķiras. Bieži, runājot par invaliditāti, mēs ar to saprotam tādas “klasiskas” problēmas, kā pārvietošanās ratiņkrēslā, aklums vai kurlums. Tomēr invaliditāte skar arī bērnus ar iedzimtiem stāvokļiem, piemēram, bērnu cerebrālo trieku, jaunu karavīru, kurš uzkāpis uz kājnieku mīnas un zaudējis kāju, pusmūža sievieti ar reimatoīdo artrītu vai vecu cilvēku ar demenci. Invaliditāte var būt redzama vai neredzama, pārejoša vai pastāvīga, nemainīga, epizodiska vai deģenerējoša, sāpīga vai nesāpīga [29], tādējādi padarot šo vispārināto populāciju ļoti dažādu.

PVO dati, kas balstīti uz diviem vispasaules pētījumiem, parāda, ka pieaugušo populācijā pasaulē invaliditātes prevalence ir no 15,6 līdz 19,4% un smagu funkcionēšanas ierobežojumu prevalence – no 2,2 līdz 3,8% atkarībā no pētījumā [29]. Lai iegūtu pilnīgu ainu par invaliditāti un funkcionēšanu, ir jābūt zināmiem visiem funkcionēšanas un kontekstuālo faktoru aspektiem. Tomēr invaliditātes novērtēšanas iespējas un datu vākšanas metodes dažādās valstīs atšķiras, tādējādi tiek ietekmēti arī rezultāti [29]. Holistiskā pieeja invaliditātes problēmai sarežģī vispusīgas novērtēšanas un pierādījumu sintēzes procesu [21]. Minētais vēlreiz apstiprina vienotas datu iegūšanas, uzkrāšanas, analīzes, interpretācijas un salīdzināšanas sistēmas vajadzību [20].

Rehabilitācija

Rehabilitācija tiek definēta kā “visu līdzekļu izmantošana nespējas un invaliditāti izraisošo stāvokļu ietekmes samazināšanai un cilvēka optimālas sociālās integrācijas sasniegšanas veicināšanai” vai arī kā “aktīvs un dinamisks process, kura laikā cilvēks ar invaliditāti apgūst zināšanas un prasmes, lai sasniegtu maksimālu fizisku, psiholoģisku un sociālu funkcionēšanu” [14]. Lai gan šobrīd spēkā esošās definīcijas ir balstītas uz novecojušu izpratni par funkcionēšanas traucējumiem, vispārējais rehabilitācijas mērķis ir un paliek nemainīgs – dot iespēju cilvēkam ar invaliditāti dzīvot tā, kā viņš pats to vēlas [14]. Tādējādi rehabilitācija ietver dažādas pieejas un metodoloģijas, ko nodrošina veselības aprūpes un ar to saistītie profesionāļi [21] dažādos rehabilitācijas posmos, sākot no akūtās rehabilitācijas stacionārā, līdz pat pacienta integrācijai sabiedrībā, turklāt nodrošinot šo pakalpojumu nepārtrauktu pēctecību [26].

Problēmas, ko ar dažādām pieejām risina rehabilitācija, ietver plašu veselības stāvokļu spektru. Tomēr PVO neiesaka visu, ko var uztvert par invaliditātes mazināšanas līdzekļiem, saprast kā rehabilitāciju, piemēram, tādas sabiedrības iniciatīvas kā uzbraukuvju ierīkošana pie ieejām sabiedriskajās ēkās nebūtu jāuzskata par rehabilitācijas pasākumu [30]. Tāpēc, lai labāk izprastu rehabilitācijas būtību, ir jāapskata galvenie nozares pamatprincipi.

Pirmkārt, rehabilitācijas pamatā ir biopsihosociālā pieeja [14]. Parasti mēs meklējam veselības aprūpes profesionāļu palīdzību nevis tāpēc, ka mums ir slimība, bet gan tāpēc, ka šī slimība neļauj mums darīt to, ko esam pieraduši [33]. Turklāt tādas veselības stāvokļus kā insults, amputācijas, bērnu cerebrālā trieka un daudzus citus nereti nav iespējams labot tikai ar klasisko pieeju medicīnā, tādēļ ir svarīgi ņemt vērā arī to, kā cilvēks spēj pildīt savu lomu mājās, skolā, darbā vai citā viņam svarīgā dzīves vidē vai jomā [33]. Vides modificēšana atsevišķās situācijās var būt vienīgais veids, kā uzlabot funkcionēšanu [3].

Otrkārt, profilakse. Visu veselības aprūpes sistēmu pamatprincips ir veselības uzlabošana un slimību profilakse, kā arī slimību ietekmes un komplikāciju riska mazināšana.

Profilaksei rehabilitācijā ir trīs līmeņi:

- 1) primārā profilakse, kas ir pašu slimību profilakse, piemēram, miokarda infarkta riska faktoru kontrole vai aizliegums autovadītājiem braukt reibumā;
- 2) sekundārā profilakse ir vērsta uz slimības vai traumas seku mazināšanu, piemēram, izgulējumu profilakse pēc muguras smadzeņu bojājuma vai insulta profilakse pēc miokarda infarkta;
- 3) terciārā profilakse mazina slimības vai traumas seku ietekmi uz personas dzīvi, t. i., aktivitātēm, piemēram, pašaprūpes aktivitātēm un pārvietošanās, kā arī līdzdalību, piemēram, skolā vai darbā [14].

Treškārt, funkcionēšanas uzlabošanai rehabilitācijas kontekstā var izšķirt šādus virzienus [30]:

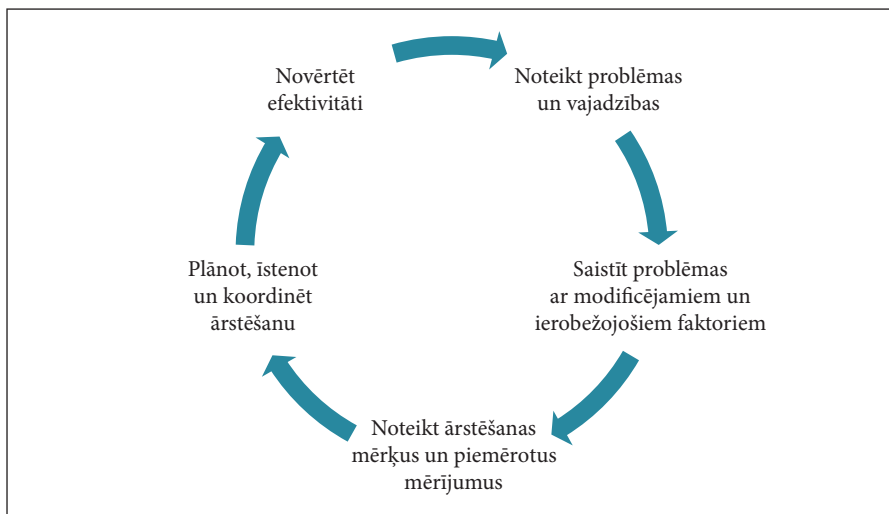
- 1) funkcijas zaudējuma profilakse;
- 2) funkcijas zaudējuma ātruma mazināšana;
- 3) funkcijas uzlabošana vai atjaunošana;
- 4) zudušās funkcijas kompensēšana;
- 5) esošās funkcijas uzturēšana.

Ceturtkārt, pirms pagājušā gadsimta piecdesmitajiem gadiem dažādu traumu un slimību ārstēšanā ļoti bieži izmantoja miera stāvokli. Tomēr ilgstošai cilvēka nekustībai jeb imobilitātei ir ļoti daudz negatīvu aspektu, un tās sekas nav tikai muskuļu vājums, kontraktūras un kaulu stiprības mazināšanās, bet tā ietekmē visu cilvēka ķermeni – procesā tiek iesaistītas gandrīz visas orgānu sistēmas, tādējādi komplikācijas var būt smagākas un grūtāk labojamas kā pati slimība [15]. Mūsdienā pieeja veselības aprūpē tiek virzīta uz arvien isāku akūtās ārstēšanas laiku un pēc iespējas ātru izrakstīšanu no slimnīcas [24]. Tas arī ļauj maksimāli agrīni sākt pilnvērtīgu multidisciplināru rehabilitāciju, tādējādi uzlabojot iznākumu [14]. Rehabilitācijas procesam vajadzētu būt nepārtrauktam un pēctecīgam, ļaujot pēc akūtās rehabilitācijas stacionārās iestādēs personai atgriezties ierastajā vidē un turpināt mazināt invaliditātes izraisītās sekas (*community based rehabilitation*) un tādējādi uzlabot dzīves kvalitāti [30]. Hroniskajā periodā rehabilitācijas uzdevums ir uzturēt un pēc iespējas uzlabot personas funkcionālo stāvokli (gan funkciju, gan aktivitāšu) un mazināt komplikāciju risku, kā arī veicināt pilnvērtīgu dalību ierastajās sociālajās aktivitātēs [14].

Piektkārt, rehabilitācijas procesa mērķi var variēt, sākot no bojājuma mazināšanas, līdz komplicētām pieejām, lai veicinātu aktīvu personas līdzdalību [21]. Piemēram, personai, kura nogādāta slimnīcā ar insultu, pēc akūtās ārstēšanas, kas vērsta uz dzīvības saglabāšanu, svarīgi rehabilitācijas mērķi ir kognitīvo funkciju, runas spēju un fizisko funkciju atjaunošana, bet tikpat svarīgi ir nodrošināt spēju ilgtermiņā pastāvīgi veikt ikdienas aktivitātes, tādas kā ēšana, ģērbšanās un mazgāšanās vai pat atgriešanās darbā [5]. Slimības sekas dažādiem pacientiem izpaužas dažādi, neskatoties uz to, ka veselības problēma varētu būt viena un tā pati [25]. Jāņem vērā arī, ka objektīvi novērtēta problēma ne vienmēr nozīmē, ka arī pacients to uztver kā problēmu [8]. Bieži vien no svara ir arī tiešo atbalsta personu skatījums, jo, dzīvojot kopā un aprūpējot bērnu ar invaliditāti vai personu ar smagiem funkcionēšanas ierobežojumiem, var ciest arī šo cilvēku veselība un dzīves kvalitāte [7; 28]. Tāpēc, lai ārstēšanās process būtu uz pozitīvu iznākumu vērsts, rehabilitācijas mērķiem ir jābūt individuāliem, specifiskiem, izmērāmiem, atbilstošiem, reālistiskiem un laikā ierobežotiem [14], kā arī, lai izvairītos no kritiskām atšķirībām starp pacienta un veselības aprūpes profesionāļu ārstēšanas plāniem, mērķiem ir jābūt skaidriem, pirms tiek uzsākta ārstēšana [25].

Sestkārt, lai uzlabotu klīnisko efektivitāti, rehabilitācijas, tāpat kā visu citu veselības aprūpes disciplīnu pamatā ir jābūt zinātniskai metodoloģijai. Lai to īstenotu, ir nepieciešamas standarta novērtēšanas un mērīšanas procedūras, kas uzlabo uz pierādījumiem balstītas ārstēšanas metožu izmantošanu un prakses kvalitāti, tādējādi palīdzot definēt kopīgas darba metodes un atvieglojot klīnisko lēmumu pieņemšanas procesu [25].

Septītkārt, rehabilitācijas procesa cikls (sk. 2. att.) piedāvā loģisku aktivitāšu ķēdi, lai identificētu specifiskas un attiecināmas problēmas, ko risināt, un plānotu vispiemērotāko ārstēšanu [25]. Cikls paredzēts arī, lai uzlabotu interprofesionālo un intraprofesionālo komunikāciju, kā arī komunikāciju starp veselības aprūpes profesionāļiem un viņu pacientiem [25].



2. attēls. *Rehabilitācijas process (25)*

Tātad rehabilitācija ir daudzu aktivitāšu kopums, kas vērsts uz labklājības, dzīves kvalitātes un funkcionēšanas uzlabošanu visās dzīves jomās [17]. Rehabilitācijas pamatā ir komandas darbs, un komandas locekļu iesaisti un lomas nosaka pacienta vajadzības [14]. Rehabilitācija ietver plašu profesiju spektru, un bez veselības aprūpes profesionāļiem tajā var tikt iekļauti arī speciālisti no izglītības, nodarbinātības, sociālās vai citām nozarēm [30]. Lomas komandā ne vienmēr ir viegli nošķirt, tāpēc komunikācija starp multiprofesionālās komandas locekļiem ir viens no galvenajiem rehabilitācijas stūrakmeņiem. Ir pierādīts, ka rehabilitācijai kā komandas darbam ir lielāks efekts, nekā šī procesa atsevišķu sadaļu summai [21].

Literatūra

1. Invalitātes likums / Latvijas Republikas Saeima // <http://likumi.lv/doc.php?id=211494> (sk.25.11.2013.).
2. Pasaules Veselības organizācija. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija. – Rīga, 2003. // http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429_lav.pdf
3. Alguren B., Fridlund B., Cieza A., et al. Factors associated with health-related quality of life after stroke: A 1-year prospective study // *Neurorehabil Neural Repair*, 2012; 26: 166–174.
4. Alves I., Fazzi L., Griffo G. Human rights, UN convention, and the International Classification of Functioning, Disability and Health: collecting data on persons with disabilities? // *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2012; 13 (Suppl 1): 159–162.
5. Barot M., Franchignoni F. Assessment in physical medicine and rehabilitation. Views and perspectives. – Pavic: Mangeri Foundation Books, 2004.
6. Bostan C., Oberhauser C., Cieza A. Investigating the dimension functioning from a condition – specific perspective and the Qualifier Scale of the International classification of functioning, disability, and health based on Rasch analyses // *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* / 2012;91 (Suppl 2): 129–140.
7. Carod-Artal F. J., Egido J. A. Quality of life after stroke: The importance of a good recovery // *Cerebrovascular Diseases*, 2009; 27: 204–214.
8. Collombetti E., Osimani B., Aluas M., et al. Revision of International classification of functioning, disability and health ethical guidelines: International classification of functioning disability and health-related ethical issues // *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2012; 91 (13 Suppl 1): 155–158.
9. De Kleijn-de Vrankrijker M. W. The International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH): perspectives and developments (Part I) // *Disability and Rehabilitation*, 1995; 17: 109–111.
10. Fayed N., Cieza A., Bickenbach J. E. Linking health and health-related information to the ICF: A systematic review of the literature from 2001 to 2008 // *Disability and Rehabilitation*, 2011; 33: 1941–1951.
11. Geyh S., Cieza A., Schouten J., et al. ICF Core Sets for stroke // *Journal of Rehabilitation Medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2004; 44 Suppl: 135–141.
12. Gladman J. R. F. The International classification of functioning, disability and health and its value to rehabilitation and geriatric medicine // *J Chin Med Assoc*, 2008; 71: 275–278.
13. Glassel A., Coenen M., Kolleritis B., Cieza A. Validation of extended ICF core set for stroke from the patient perspective using focus groups // *Disability and Rehabilitation*, 2012; 34: 157–166.
14. Gutenbrunner C., Ward A. B., Chamberlain M. A. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. – UEMS Section and Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 2006.
15. Halar E. M., Bell K. R. Physical inactivity: Physiological and Functional impairments and their treatment // *DeLisa's Physical medicine and rehabilitation: Principles and*

- practice / Ed. by Frontera W. R. – 5th ed. – Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins, 2010. – Pp. 1249–1272.
16. ICF Research Branch // <http://www.icf-research-branch.org/> (sk. 11.05.2013.).
 17. King J. C., Blankenship K. J., Schalla W., Mehta A. Rehabilitation team function and prescription, referrals, and order writing // DeLisa's Physical medicine and rehabilitation: Principles and practice / Ed. by Frontera W. R. – 5th ed. – Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins, 2010. – Pp. 359–385.
 18. Lemberg I., Kirchenberger I., Stucki G., Cieza A. The ICF Core Set for stroke from the perspective of physicians: a worldwide validation study using the Delfi technique // *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2011; 91: 1211–1222.
 19. Leonardi M., Bickenbach J., Ustun T. B., et al. MHADIE Consortium the definition of disability: what is in a name? // *Lancet*, 2006; 368: 1219–1221.
 20. Madden R., Sykes C., Ustun B.T. World Health Organization family of international classifications: definition, scope and purpose // <http://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf> (sk. 28.11.2013.).
 21. Quinn T. J., Paolucci S., Sunnerhagen K. S., et al. Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the European Stroke Organization (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008 // *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2009; 41: 99–111.
 22. Quintas R., Cerniauskaite, M., Ajovalasit D., et al. Describing functioning, disability, and health with the International classification of functioning, disability and health brief core set for stroke // *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* / Association of Academic Physiatrists, 2012; 91(13 Suppl 1): 14–21.
 23. Rentsch H. P., Bucher P., Dommen Nyffeler I., et al. The implementation of the International classification of functioning, disability and health³ (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at Kantonsspital of Lucerne, Switzerland // *Disability and Rehabilitation*, 2003; 25: 411–421.
 24. Stam H. J., Ward A. B. Introduction to acute medical rehabilitation // *Acute Medical Rehabilitation: Text book* / Ed by Stam H. J. – Medical Book Publishing, 2012.
 25. Steiner W. A., Ryser L., Huber E., et al. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine // *Physical Therapy*, 2002; 82: 1098–1107.
 26. Stucki G., Reinhardt J. D., Grimby G. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II: Conceptual descriptions and domains for research // *Journal of Rehabilitation Medicine: Official journal of UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2007; 39: 299–307.
 27. Sumpathipala K., Radcliffe E., Sadler E., et al. Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International classification of functioning, disability and health // *Chronic Illness*, 2012; 8: 31–44.
 28. Vincent C., Desrosiers J., Landreville P., et al. Burden of caregivers of people with stroke: Evolution and predictors // *Cerebrovascular Diseases*, 2009; 27: 156–464.
 29. World Health Organization. Disability – a global picture // *World Report on Disability* / World Health Organization. – Geneva: World Health Organization, 2011. – Pp. 24–25.
 30. World Health Organization. Rehabilitation // *World Report on Disability* / World Health Organization. – Geneva: World Health Organization, 2011. – Pp. 93–135.

31. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. – Geneva: World Health Organization, 2001.
32. World Health Organization. International Classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequence of disease. – Geneva : World Health Organization, 1980.
33. World Health Organization. Measuring health and disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0. – Geneva: World Health Organization, 2010.
34. World Health Organization. Classifications // <http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/index.html> (sk. 11.05.2013.).

ĀRSTNIECĪBAS PERSONU PEDAGOĢISKĀ KOMPETENCE

Margarita Puķīte

*Rīgas Stradiņa universitāte,
Sarkanā Krusta medicīnas koledža*

Ievads

Mūsdienās veselības aprūpes nozarē joprojām aktuāli ir jautājumi: kā jāveic darbs, kā jāveido attiecības ar pacientu un kolēģiem, kas jādara, lai agrīni diagnosticētu slimības un meistarīgi veiktu savu profesionālo darbu. Profesionālās izglītības filozofijas maiņa, ko sekmējušas pārmaiņas veselības aprūpes nozarē, ir ievērojami ietekmējuši ārstniecības personu – ārstu, māsu, ārstu palīgu un citu speciālistu – profesionālo attīstību. Lai gan ārstniecības personas savā profesionālajā darbībā saglabā vēsturiskās tradīcijas, tiem jāpiemērojas arī mūsdienu civilizācijas prasībām. Šodien ārstniecības personām nepietiek tikai veikt ārstnieciskās manipulācijas, lai glābtu cilvēka dzīvību, tām ir arī jāizglīto pacienti, viņu tuvieki un sabiedrība kopumā par to, kā saglabāt, uzturēt un veicināt veselību.

Mērķis

Raksta mērķis ir akcentēt pedagoģiskās kompetences nepieciešamību ārstniecības personu profesionālajā darbībā. Lai atklātu šīs kompetences nozīmi, tika pārskatīta zinātniskā literatūra un analizēta jēdziena “kompetence” vēsturiskā attīstība, profesionālās kompetences saturs un pedagoģiskās kompetences loma tajā.

Ieskats jēdziena “kompetence” vēsturiskajā attīstībā

Jaunie sociālie, ekonomiskie un politiskie nosacījumi sabiedrībā, vienotas izglītības telpas izveidošanās, vispārēja informācijas pieejamība, kā arī cilvēka mūžizglītības vērtības apzināšanās papildina jēdziena “kompetence” saturu ar augstākām prasībām, kas izpaužas, kā kompetences veidošanās plašākā sociālajā vidē. Jēdziena “kompetence” skaidrojumos un tā pilnveidošanā ir bijuši iesaistīti daudzi zinātnieki dažādos gadsimtos (piemēram, N. Čomskis, A. Aikhhorste, K. Hofa, F. Ortejs).

Kā zinātnisku kategoriju jēdzienu “kompetence” ir ieviesis amerikāņu valodnieks N. Čomskis [Chomsky, 1988], izstrādājot lingvistisko teoriju, kur līdzās terminam “kompetence” tiek lietots termins “performance” (sniegums).

A. Aikhhorste [Eickhorst, 1998], analizējot kompetences struktūru, uzsver, ka kompetence pamato lietpratību, darbības atbildību un spēju brīvi pieņemt lēmumus.

K. Hofa [Hof, 2001] kompetences jēdzienu skaidro sistēmiskajā skatījumā – apraksta personas noslieci uz pašorganizāciju, tās spējas un pieredzi veikt kādu darbību, kā arī akcentē iespēju nošķirt dažādus darbības veidus: garīgo, instrumentālo, komunikatīvo un reflektīvo darbību.

F. Ortejs [Orthey, 2002] uzsver, ka, kompetences jēdzienu lietojot ikdienā, ar to saprot spējas, kas nodrošina labāku, kvalitatīvāku darbību, lai sasniegtu personīgi nozīmīgus mērķus. Savos pagājušajā gadsimtā publicētajos darbos [Orthey, 1999] zinātnieks sistematizē un apraksta kompetences, kas varētu būt “nepieciešamas nākotnes cilvēkam, lai veiktu individuālo darbību:

- pluralitātes kompetence – spējas tikt galā ar kompleksām, nedrošām un neviennozīmīgām situācijām, vienlaikus radot šajos apstākļos pietiekamu drošību, lai veiktu tālāku darbību;
- transversalitātes kompetence – spējas, kas nodrošina arvien biežāk sastopamās pārejas (sociālās, profesionālās un personīgās), lai saprātīgi varētu noslēgt kādu iepriekšējo dzīves posmu un saskatīt tā saistīšanas iespējas ar jaunās pieredzes iegūšanu;
- vērošanas kompetence – spēja vērot sevi un citus, izprotot atšķirīgo redzes viedokļos un saskatot tos priekšnoteikumus, kas ietekmē situācijas attīstību;
- refleksijas kompetence – spēja saskatīt jēgu un produktīvi tikt galā ar traucējošiem faktoriem;
- sociāli komunikatīvā kompetence – spēja analizēt, veidot un vadīt sociālās situācijas;
- metožu kompetence – spēja modelēt jaunas darbības situācijas;
- estētiskā kompetence – spēja izprast vides estētikas nozīmi ikdienā;
- paškompetence – spēja saistīt pašnovērošanu ar vides dinamiskajiem procesiem”.

Ar jēdzienu “kompetence” biežāk nākas sastapties kopš pagājušā gadsimta vidus, kad to plaši sāka lietot dažādās nozarēs – psiholoģijā, socioloģijā, veselības aprūpē, izglītībā, lingvistikā un citās jomās. Katrā no tām šis jēdziens tiek skatīts specifiskā, ar nozari saistītā griezumā, kas parāda, cik daudzveidīgs ir tā saturs. Jēdziena “kompetence” nozīmes skaidrojumam Latvijā pastiprināti pievērsās pēc valsts iestāšanās Eiropas Savienībā, kad, mainoties profesionālās izglītības sistēmai, radās nepieciešamība jēdzienu definēt, lai nodrošinātu veiksmīgāku sadarbību ar citām Eiropas dalībvalstīm, kurās tas jau tika lietots.

Zinātnieki jēdzienu “kompetence” modelē, skaidrojot to kā cilvēka sabiedrisko būtību, kas nav atkarīga no sociālās izcelsmes, dzimuma, rases vai kultūras konteksta, bet gan no tā, kāda ir viņa paša spēja darboties. Tādējādi vairs nav runa par kompetenci kā zināšanām, spējām un prasmēm, bet gan par spēju tās lietot un pilnveidot.

Tātad jēdziena “kompetence” vēsturiskajā attīstībā ir akcentēta profesionālās jomas speciālista lietpratība, veicamās darbības atbildība, spēja brīvi pieņemt lēmumus, būt pašorganizētam, kā arī spēja nodrošināt kvalitatīvāku darbību, lai sasniegtu nozīmīgus mērķus.

Ārstniecības personu profesionālās kompetences analīze

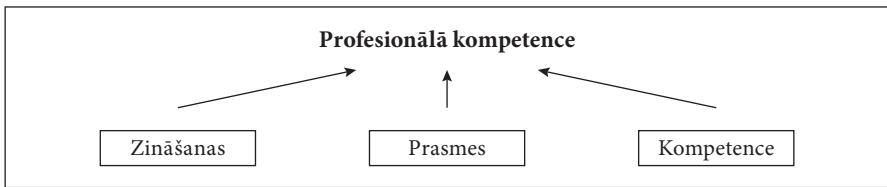
Mūsdienās veselības aprūpes nozarē profesionālās kompetences jēdziens tiek aplūkots, analizējot ārstniecības personu profesionālās kvalifikācijas kategorijas, kas nosaka konkrētu darbību veikšanu atbilstoši profesijas standartam. Veselības aprūpes nozarē biežāk tiek lietots termins “kvalifikācija”, jo, izvērtējot konkrētai specialitātei nepieciešamās zināšanas un prasmes, ārstniecības personai tiek izsniegts sertifikāts, kas apliecina spējas veikt profesionālās darbības. Tādas ārstniecības personām ir jābūt zināšanām, prasmēm un kompetencei konkrētajā specialitātē. Agrāk uzskatīja, ka profesionālā kompetence ir normatīvo aktu, noteikto pienākumu un tiesību kopums konkrētā profesionālās darbības jomā. Kā jau iepriekš minēts, šobrīd profesionālā kompetence tiek skatīta ne tikai kā iemācītās un uzkrātās zināšanas, prasmes un attieksme, bet arī kā spējas tās lietot un pilnveidot profesionālajā darbībā. Lai akcentētu ārstniecības personu pedagoģisko kompetenci un precizētu tās struktūru, ir jāprecizē profesionālās kompetences saturs.

OECD (*The Organisation for Economic Cooperation and Development*) definē trīs pamatkompetences kategorijas:

- 1) spēja darboties sociāli heterogēnās grupās;
- 2) spēja darboties autonomi;
- 3) spēja līdzekļus izmantot interaktīvi.

Pirmā kompetences grupa ietver sadarbību un cilvēku savstarpējās attiecības. Otrā ir saistīta ar personīgiem plāniem, attieksmes veidošanos, spēju darboties dažādās vidēs un veiksmīgi pildīt dažādas sociālās lomas. Trešā ir saistīta ar globālo ekonomiku un moderno sabiedrību, informācijas tehnoloģijām, kā arī tā ietver sociālās kultūras līdzekļus – valodu, informāciju, zināšanas, inovatīvās tehnoloģijas [*The definition and selection of key competencies*, 2005; *OECD Publication*, 2003]. Balstoties uz pamatkompetences kategorijām, varam netieši skaidrot ārstniecības personu profesionālās kompetences saturu – zināšanas, prasmes un kompetenci (sk. 1. att.).

Ārstniecības personu profesijas standartos ir formulētas zināšanas un prasmes, kas nepieciešamas, lai strādātu noteiktā veselības aprūpes nozares jomā. Taču profesijas standarti nedefinē kompetences, kas ir nepieciešamas, lai ārstniecības personas savu darbu veiktu meistarīgi. Tāpēc ārstniecības personām jāizvirza sev mērķi, lai, sasniedzot atbilstošu kompetences līmeni, spētu patstāvīgi un atbildīgi iesaistīties pacientu veselības aprūpes procesā. Tādas profesionālā kompetence ir zināšanu, prasmju un kompetenču kopums, kas piemīt konkrētās jomas speciālistam. Ar to ir saistīta speciālista dzīve, to var apgūt dzīves laikā, tā ir mainīga un atbilstoša pieredzei [*Piaget*, 1970; *Бузомский*, 1987], kā arī to ir iespējams pilnveidot visa mūža garumā [*Habermas*, 1973].



1. attēls. *Ārstniecības personu profesionālās kompetences saturs*

Latvijas zinātnieki turpina diskutēt par kompetences jēdziena būtību un tās satura pamatkomponentu formulējumu. “Mūsdienu izglītība runā par kompetenci kā par lielumu, kas iekļauj tās prasības, kuras izvirza modernā sabiedrība post-modernajā un multikulturālajā sabiedrībā, kur tradīciju loma pazeminās un arvien biežāk sastopamas neparedzamas situācijas” [Hartelius u. c., pēc Maslo, 2003]. Papildinot minēto autoru redzējumu mūsdienu profesionālās darbības kontekstā, jāatzīmē, ka ārstniecības personām ir jāpieņem nozīmīgi lēmumi neskaidrās un nenoteiktās ar cilvēka dzīvību saistītās situācijās. Biežāk gan šie lēmumi saistās ar ārstniecisko manipulāciju veikšanu, tomēr nevar izslēgt situācijas, kad nepieciešama tās izskaidrošana pacientiem vai viņu tuviniekiem. Tas ļauj ārstniecības personām apzināties pedagoģiskās kompetences un citu kompetenču nozīmi profesionālajā darbībā, un tās ir:

- 1) intelektuālā kompetence – prasme aprakstīt, formulēt un komunicēt, risinot praktiskus jautājumus, un meklēt problēmas nozarē, balstoties uz iegūtajām zināšanām, veikt to analīzi, pilnveidojot savas zināšanas attiecīgajā jomā, tai skaitā arī patstāvīgi mācoties [Rauhvargers, 2000];
- 2) akadēmiskā kompetence – prasme izmantot atbilstošu analīzes metodiķu savā profesijā, atrast un atlasīt informāciju, lai to izmantotu skaidri definētu problēmu risināšanā, demonstrējot ar savu profesiju saistīto konkrēto disciplīnu, teoriju un uzskatu izpratni, komunicēt par savu izpratni, prasēm un darbību ar kolēģiem, pacientiem un vadību, izprotot profesijas vietu sociālajā kontekstā [Rauhvargers, 2000];
- 3) praktiskā kompetence – prasme plānot, organizēt darbu un veikt uzdevumus profesijā, piedalīties attiecīgās profesionālās jomas attīstības darbā, sadarboties ar citiem [Rauhvargers, 2000];
- 4) pedagoģiskā kompetence – zināšanas pedagoģijā, audzināšanas teorijā, psiholoģijā, t. sk. par personības attīstību noteiktos vecumposmos, filozofijā, normatīvajos aktos; prasmes sadarboties, komunicēt, plānot, lietot informācijas tehnoloģijas; attieksme pret sevi un citiem kolēģiem, apkārtējo vidi [Andersone, 2009].

Pēc Starptautiskās standartu komisijas nostādņēm (*International Board of Standard for Training, Performance and Instruction – IBSTPI*), profesionālā kompetence sevī iekļauj noteiktas zināšanas, prasmes un attieksmi, kas ļauj

efektīvi izpildīt kādas profesijas aktivitātes un pildīt amatam atbilstošas manipulācijas, kas atbilst definētajam profesijas standartam [Spector & de la Teja, 2001; Richey et al., 2001]. Ārstniecības personām jābūt kompetentām savā jomā, tād zinošām, prasmīgām un spējīgām profesionāli veikt savus pienākumus. Kanādas “Reģistrēto medmāsu noteikumos” [College of Registered Nurses, 2001] jēdziens “kompetents” ir definēts kā “spējīgs integrēt un reflektēt zināšanas, iemaņas un novērtējumu, kas nepieciešams, lai darbs būtu drošs un ētisks noteiktajā lomā un darbības vietā”.

Veselības aprūpes nozares speciālistu profesionālās kompetences skaidrojumi balstās uz P. Benneres (*Patricia Benner*) 1984. gadā izveidoto profesionālās kompetences modeli, kura pamatā ir brāļu Dreifusu shēma. Zinātniece definē ārstniecības personas piecas profesionālās kvalifikācijas pakāpes: iesācējs (*novice*), augstākā līmeņa iesācējs (*advanced beginner*), kompetents (*competent*), lietpratējs (*proficient*) un eksperts (*expert*) [Benner, 1984, 2001]. Šīs izveidotās profesionālās pakāpes joprojām tiek izmantotas veselības aprūpes nozares speciālistu vērtēšanā, jo ārstniecības personai ir nepieciešamas ne tikai zināšanas, bet arī prakse un pieredze.

Tādad ārstniecības personu profesionālā kompetence ietver zināšanas un prasmes konkrētā veselības aprūpes nozares jomā, kā arī augstai profesionālās darbības veikšanai nepieciešamo pedagoģisko kompetenci.

Ārstniecības personu pedagoģiskās kompetences izvērtējums

Zinātniskajā literatūrā kompetence profesionālajā izglītībā kā pedagoģiskā kategorija tiek aplūkota saistībā ar profesionālo prasmju un kvalifikācijas teorijām. Veselības aprūpes nozares speciālistu pedagoģiskās kompetences veidošanās mūsdienās skatāma mūžizglītības kontekstā. Ārstniecības personām nepārtraukti jāceļ sava profesionālā kvalifikācija, apgūstot jaunākās tehnoloģijas veselības aprūpes nozarē, kā arī papildus jāiegūst zināšanas pedagoģijā, psiholoģijā, socioloģijā un citās profesionālajai darbībai nozīmīgās jomās. Līdz ar mūžizglītības vērtības apzināšanos, mūsdienu sabiedrības izpratnes aktualizēšanos, ar informācijas tehnoloģiju pieejamību un vienotas ideju telpas izveidošanos, kā arī diskusijām par citu cilvēku darbības kvalitāti, veidojas jaunas mācīšanās, saziņas un sadarbības kultūra, kas sekmē personības individuālās kompetences attīstību [Tiļļa, 2005]. Attīstoties personības individuālajai kompetencei, pilnveidojas ārstniecības personu pedagoģiskā kompetence, kas kā profesionālās kompetences sastāvdaļa raksturo cilvēka darba pieredzi, darba laikā iegūtās prasmes un iemaņas, kā arī akadēmiskās zināšanas un to nozīme profesionālās pilnveidošanās procesā [Boitmane, 2006].

Tā kā uzturēšanās laiks stacionāros tiek saīsināts, palielinās pacientu un viņu tuvinieku izglītošanas nozīmība, jo tā pacients vislabāk tiek sagatavots, lai ārstētos mājās apstākļos. Ārstniecības personu pedagoģiskā kompetence balstās uz zināšanām, prasmēm un kompetenci pedagoģijā, psiholoģijā un informācijas tehnoloģijās, kas ietilpst profesionālās kompetences sastāvā.

Ārstniecības personu profesionālajā darbībā pedagoģiskās kompetences struktūru raksturo šādi komponenti:

- 1) zināšanas pedagoģijas teorijās;
- 2) prasmes tās lietot, risinot problēmas;
- 3) attieksme, kas izpaužas kā atbildība, spējas pieņemt lēmumu, vadīt, veidot saskarsmi ar citiem cilvēkiem [CEC, 2005].

Veselības saglabāšana, uzturēšana un veicināšana mūsdienās ir ne tikai sabiedrības, bet arī ikviena pacienta atbildības jautājums. Cilvēkiem ir jāmacās fiziski un psiholoģiski sevi attīstīt un pilnveidot. Saskaroties ar veselības problēmām, pacients un viņa tuvinieki sastopas ar dažādiem stresu izraisošiem faktoriem, bet situācijās, kad viņi saņem informāciju par slimību, tās gaitu, ārstēšanu un nepieciešamo aprūpi, dzīves kvalitātes līmenis uzlabojas. Pacientu izglītošanai nākotnē tiks piešķirta arvien lielāka nozīme, jo izglītots pacients aktīvi spēj iesaistīties savā ārstēšanas un atveseļošanas procesā.

Cilvēki šodien maksā par savu veselības aprūpi, sagaidot lielāku atbildību un sapratni no speciālistiem, kuri to veic. Mūsdienu sabiedrība ir kļuvusi atklātāka un atvērtāka, runājot par veselību, seksualitāti, kaitīgiem faktoriem un to ietekmi uz indivīda garīgo un fizisko stāvokli. Lai pacienti saņemtu nepieciešamo informāciju par slimības iemesliem, norisi, ārstēšanas taktiku un turpmākajiem profilaktiskajiem pasākumiem, ārstniecības personām ir nepieciešama pedagoģiskā kompetence. Informēts pacients un viņa tuvinieki labāk spēj veidot attiecības ar veselības aprūpes nozares personālu, izprot aprūpes nepieciešamību un iespējas pašam pieņemt lēmumus par to. Šobrīd pacientu izglītošanas funkcijas pilda pedagoģiski nepietiekami sagatavotas ārstniecības personas. Tas rada sabiedrības neapmierinātību ar speciālistu rīcību, negatīvu ietekmi un kaitē veselības nozares prestižam.

Ārstniecības personu pedagoģiskā kompetence ietver dinamisku zināšanu, prasmju, attieksmju, spēju, vērtību un personības īpašību kombināciju, lai īstenotu profesionālo darbību. Tās ir zināšanas, kas atklāj izziņas rezultātu – sistematizētu atziņu kopumu, ko ārstniecības persona iegūst mācoties, darba pieredzē, pētniecībā u. tml. Prasmes tiek izprastas kā praktiskās zināšanas, kas kombinējas ar profesionālajām iemaņām. Attieksme pret pedagoģiskās kompetences attīstības veidošanos balstās uz ārstniecības personu individuālo vērtību sistēmu.

Lai ārstniecības personas veiksmīgi realizētu pacientu, viņu tuvinieku, kolēģu un citu veselības aprūpes procesā iesaistīto personu izglītošanu, viņām jābūt zināšanām par pedagoģiskā procesa saturu, pedagoga profesionālās ētikas principiem,

pedagoģiskā procesa norisi ietekmējošiem faktoriem, izglītošanas mērķiem un saturu, mācīšanas metodēm un veidiem, sadarbības būtību, organizēšanu un vadīšanu, personības attīstības īpatnībām dažādos vecumos, saskarsmes struktūru, funkcijām, veidiem un tehnikām, cilvēka izzināšanas darbību un emocionālajiem procesiem, sociālo izzināšanu, tās struktūru, funkcijām un veidiem.

Ārstniecības personu prasmes pedagoģiskās kompetences kontekstā, pārnesot to saturu uz veselības aprūpes nozari, dod iespēju efektīvi izpildīt profesionālo darbu saskaņā ar mērķiem, prasībām un apstākļiem, kādos nākas darboties. Prasme ir māka veikt kādu profesionālo darbību, atbilstoši nepieciešamajai kvalitātei. Lai ārstniecības personas adekvāti realizētu pacientu, viņu tuvinieku, kolēģu un citu veselības aprūpes procesā iesaistīto personu izglītošanu, tām jāprot analizēt pedagoģiskās ētikas problēmas, savstarpējās sadarbības procesu, aprakstīt mācīšanās un mācīšanas motivācijas faktorus, plānot un organizēt pacientam mācīšanās procesu un novērtēt tā rezultātus, organizēt drošu un atbalstošu izglītības vidi, izvērtēt pacienta mācīšanās procesu un sasniegumu efektivitāti, izvērtēt savu pedagoģisko darbību, sniegt pacientam un viņa tuviniekiem nepieciešamo informāciju, sniegt pacientam psiholoģisko atbalstu, veicināt pacienta motivācijas veidošanos rūpēties par savu veselību, rosināt pacienta ieinteresētību veselības uzlabošanā, saglabāšanā un veicināšanā, kā arī jāprot brīvi orientēties un lietot mūsdienu piedāvātās informācijas tehnoloģijas.

Attieksme rodas cilvēka pilnveides procesā, attīstoties noteiktām vērtībām gan profesionālajā, gan sadzīves jomā. Attieksme pret sevi (sevis pieņemšana, godīgums, atbildība un vēlēšanās pilnveidoties), pret citiem (individuālo atšķirību respektēšana, jūtīgums pret otru cilvēku, citu cienišana, morāles normu ievērošana, spēja nebūt vienaldzīgam), pret uzdevumiem, kas jāveic (uzņēmība, griba strādāt, atbildība, motivācija, zināšanu vērtības apzināšanās) [Rubana, 2004]. Attieksme rosina darboties, veicinot vērtību veidošanos un izsakt noteiktu attieksmes veidu. Lai ārstniecības personas spētu realizēt pacientu, viņu tuvinieku, kolēģu un citu veselības aprūpes procesā iesaistīto personu izglītošanu, tām jābūt atbildīgām, godīgām, precīzi jāveic konkrētās darbības, radošām, profesionāli motivētām un empātiskām. Mūsdienu profesionālās atbildības apmācības modeļi ir situāciju analīze, diskusija, praktisko piemēru analīze un vadības modeļu izvērtēšana [Sutphen & Sullivan, 2011].

Tātad veselības aprūpes nozarē pedagoģiskā kompetence ir vērtējama kā profesionālās kompetences daļa, kas ir ne tikai iemācītās un uzkrātās zināšanas, prasmes un kompetences, bet arī spējas tās prasmīgi lietot un pilnveidot profesionālajā darbībā. Veselības aprūpes nozarē liela nozīme ir speciālistu spējai saprasties ar pacientu, viņa tuviniekiem, kolēģiem un attiecīgajā iestādē strādājošiem tehniskiem darbiniekiem. Ārstniecības personu pedagoģiskās kompetences pilnveidošana, iegūstot jaunas zināšanas un prasmes, kas nepieciešamas pacientu izglītošanai veselības aprūpes procesā, dos iespēju turpmāk veikt profesionālu pedagoģisko darbību.

Secinājumi

Zinātniskās literatūras analīze par jēdziena “kompetence” vēsturisko attīstību, ārstniecības personu profesionālo un pedagoģisko kompetenci ļauj formulēt šādus secinājumus:

1. Jēdziena “kompetence” nozīme mūsdienās paplašinās, jo tā ir ne tikai zināšanas un prasmes kādā konkrētā profesionālajā jomā, bet gan spējas tās lietot un pilnveidot.
2. Ārstniecības personu profesionālā kompetence ir zināšanu, prasmju un kompetenču kopums, ar ko saistās darba ikdiena, ko var apgūt dzīves laikā, kas ir mainīgs, atbilstošs pieredzei un pilnveidojams visa mūža garumā aktīvā profesionālajā darbībā.
3. Ārstniecības personu pedagoģiskās kompetences struktūru veido zināšanas, prasmes un attieksme; tas viss nepieciešams, lai sekmīgi rīkotos jaunās un sarežģītās profesionālajās situācijās:
 - 1) ar zināšanām saprot prasmī mācīties, prasmī mācīt un veidot jaunas teorijas profesionālajā darbībā;
 - 2) prasme ir zināšanu un darbības paņēmieni apguves pakāpe, kas dod iespēju paplašināt savu pieredzi, lai to izmantotu mērķtiecīgai darbībai;
 - 3) attieksme ietekmē profesionālajai darbībai nepieciešamās kompetences veidošanos, ņemot vērā iegūtās zināšanas un prasmes.
4. Ārstniecības personu pedagoģiskā kompetence ir profesionālās kompetences sastāvdaļa, kura ietver zināšanas un prasmes pedagoģijā, psiholoģijā un informācijas tehnoloģijās, kā arī atbildīgu, radošu, precīzu, godīgu un profesionāli motivētu attieksmi, lai izcili veiktu pacientu veselības aprūpi.

Literatūra

1. Andersone R. Skolotāju profesionālā kompetence sabiedrības ilgtspējīgai attīstībai // LU raksti. Pedagoģija un skolotāju izglītība, 747. sējums. – Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2009. – 8.–19. lpp.
2. Boitmane I. Personāla atlase un novērtēšana. – Rīga: Lietišķās informācijas dienests, 2006.
3. Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (OECD). Nacionālo izglītības politiku analīze. Latvija, 2000. Iespiests ar EC PHARE programmas “Profesionālā izglītība 2000” atbalstu.
4. Maslo E. Mācīšanās spēju pilnveide. – Rīga: RaKa, 2003. – 43. lpp.
5. Rauhvargers A. Veidojot kvalifikāciju ietvarstruktūru Latvijas augstākajai izglītībai. Rīga, 2000. // <http://www.aic.lv> (sk. 10.09.2009.).
6. Rubana I. M. Mācīties darot. – Rīga: RaKa, 2004.
7. Tiļļa I. Sociālkultūras mācīšanās organizācijas sistēma. – Rīga: RaKa, 2005.
8. Benner P. From novice to expert. – Menlo Park, California: Addison Wesley, 1984.
9. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. – Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2001.

10. College of Registered Nurses of Nova Scotia // Registered Nurses Regulations, 2001.
11. Chomsky N. Language and problems of knowledge. – Cambridge: Maas MIT Press, 1988.
12. Commission of the European Communities. Recommendation of the European Parliament and of the Council on key competencies for lifelong learning (COM92005 548 final). – Brussels, 2005. // http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/keyrec_en.pdf (sk. 10.04.2010.).
13. Eickhorst A. Selbsttätigkeit im Unterricht. – München: Oldenbourg, 1998.
14. Habermas J. Kultur und kritik: verstreute aufsätze. – Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1973.
15. Hof C. Wie lässt sich soziale kompetenz konkreter bestimmen? // Grundlagen der Weiterbildung, 2001; 12 (4): 151–154.
16. Orthey F. M. Der trend zur kompetenz. Begriffsentwicklung und perspektiven // Supervision, 2002; 1: 7–14.
17. Orthey F. M. Zeit der modernisierung. Zugänge einer modernisierungstheorie beruflicher bildung. – Stuttgart: Hirzel, 1999. – S. 190.
18. Piaget J. Science of education and the psychology of the child. – New York: Orion, 1970.
19. Richey R. C., Fields D. C. & Foxon M. (with Roberts R. C., Spannam T. & Spector J.) Instructional design competencies: The standards – 3rd ed. – Syracuse, NY: ERIC Clearinghouse on Information and Technology, 2001.
20. Spector J. M., de la Teja I. Competencies for online teaching. ERIC Digest. – Syracuse, NY: ERIC Clearinghouse on Information and Technology, 2001.
21. Sutphen M., Sullivan W. M. Teaching professional responsibility. A clash of approaches in both legal and nursing education. Professional responsibility. New horizons of praxis. – New York: Routledge, 2011. – Pp. 102–112.
22. The definition and selection of key competencies executive summary (2005) // <http://www.portal-stat.admin.ch/desecco/news.htm> (sk. 15.01.2006.).
23. Виготский Л. С. Психология искусства. – Москва: Педагогика, 1987.

AKTUĀLĀS PROFESIONĀLĀS DARBĪBAS UN ATTĪSTĪBAS PROBLĒMAS MĀKSLU TERAPIJĀ

Kristīne Mārtinsone

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Māksla (mūzika, deja, teātris) pavada cilvēci no pašiem tās pirmsākumiem, pildot daudzveidīgas funkcijas – realitātes izziņāšanas, atspoguļošanas un pārvēršanas, komunikācijas, pieredzes nodošanas, laika pavadīšanas, saliedēšanas, dziedināšanas utt. Analizējot mākslu kā vispārcilvēcisku parādību, var runāt par diviem tās izpausmes veidiem. Vienu no tiem pārstāv cilvēki, kas rada mākslas darbus, kuri ir iecerēti un arī eksistē tikai kā mākslas darbi. Otru pārstāv tie, kuri uzstājas sabiedrībā ar citām sabiedriskās dzīves parādībām, kas nav tieši saistītas ar mākslu, un tiek tajās iekļauti. Šie divi mākslas izpausmes veidi ir eksistējuši visos laikos [Kačalova, Pētersons, 1993].

Protams, minētie mākslas izpausmes veidi un ar tiem saistītās nozīmes satursiski aizvien transformējas līdz ar sabiedrības attīstību – mainoties sabiedrības vērtībām, sociālajai praksei, izpratnei par skaisto, paplašinās mākslas funkcijas un izmantošanas iespējas dažādās sabiedrības dzīves jomās, t. sk. laika gaitā izglītības, kultūras, veselības, sociālās un citu nozaru speciālisti savā profesionālajā darbībā paplašina mākslu klasisko izpratni un kontekstus [Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs u. c., 2008]. Vieni no šiem profesionāļiem, protams, ir mākslas (deju un kustību, mūzikas, drāmas) terapeiti.

Kā zināms, jauna integratīva veselības veicināšanas un aprūpes joma – mākslu terapija – savu attīstības ceļu Eiropā un ASV sāka 20. gadsimta otrajā ceturksnī, un jau pagājušā gadsimta 60.–70. gados sāka veidoties profesionālās apvienības un specializētās mākslu terapijas izglītības programmas, aizsākās profesionālo periodisko izdevumu un grāmatu izdošana [Vāverniece, 2011]. Tas nozīmē, ka jau vairāk nekā 40 gadu dažādās augstākās izglītības iestādēs pasaulē var iegūt mākslas terapeita¹ izglītību un profesionālo kvalifikāciju, kas ir pamats speciālistu vēlākai darbībai ārstniecības, sociālās aprūpes un izglītības vidē, privātpraksē, kā arī turpmākai mākslas terapeitu motivācijai un arī nepieciešamībai pilnveidot savu profesionālo kapacitāti (supervīzijās un tālākizglītībā).

¹ Šeit un turpmāk lietots jēdziens “mākslas terapeits”, kas apzīmē visu četru specializāciju mākslas terapeitus / četru profesiju pārstāvjus, kā arī personu apzīmējumi (mākslas terapeits, pētnieks u. c.) ir lietoti vīriešu dzimtē – tie attiecas gan uz sievietēm, gan vīriešiem.

Lai arī mākslu terapija četrās specializācijās (vizuāli plastiskā mākslas terapija, deju un kustību terapija, mūzikas terapija un drāmas terapija) ir pazīstama kopš pagājušā gadsimta vidus, dažādās valstīs tā ir attīstījusies nevienmērīgi un pa dažādiem ceļiem. Mūsdienās nav vienotas izpratnes par mākslas terapeita profesiju – atšķiras mākslu terapijas izglītības un prakses tradīcijas, teorētiskie ietvari, mērķi un izglītības ilgums, izpratne par izvērtēšanu un mākslu terapijas procesu, sadarbības iespējām ar dažādām klientu / pacientu grupām, un atšķiras arī mākslas terapeita juridiskais statuss un profesionālās darbības lauks – joma / nozare, kurai “pieskaita” mākslu terapiju [Martinsone, Karkou, Nazarova, Vaverniece, 2010]. Valstis, kurās mākslu terapiju uzskata par veselības aprūpes (reglamentētu) profesiju, mākslas terapeita darbību pietiekami stingri regulē un uzrauga valsts, savukārt citviet darbības iespējas mākslu terapijā ir pietiekami brīvas, maz regulētas [Karkou, Martinsone, Nazarova, Vaverniece, 2011], kas, iespējams, nozīmē, ka mākslas terapeita pakalpojumu statuss veselībā, izglītībā, sociālajā jomā nav augsts vai nav atzīts.

Piemēram, Latvijā, kur mākslas terapeita profesija lielā mērā ir attīstīta, balstoties uz Lielbritānijas pieredzi [Martinsone, 2011a], ir izstrādāts pietiekami detalizēts regulējums (iesk. Ārstniecības likumu un Ministru kabineta noteikumus) – ir noteikta mākslas terapeita kompetence ārstniecībā, un mākslu terapijas četras specializācijas ir apstiprinātas kā medicīnas tehnoloģijas, kas, protams, ietekmē mākslas terapeitu profesionālās darbības un finansēšanas kārtību, nosaka attiecību raksturu ar klientiem / pacientiem. Turklāt, lai uzsāktu mākslas terapeita profesionālo darbību, ir jāiegūst ne tikai mākslas terapeita izglītība (maģistra grāds veselības aprūpē) un profesionālā kvalifikācija, bet arī praktizējot – jāpiedalās regulārās supervīzijās. Tiem, kas strādā veselības aprūpē, ir nepieciešams sertifikāts, kas regulāri jāatjauno (attieciņģi apstiprinot savu profesionālo kvalifikāciju).

Vienlaikus zināms, ka daudzviet pasaulē šī profesija nav oficiāli atzīta valsts līmenī, līdz ar to nav arī noteikta vienota mākslas terapeita (un / vai katrā specializācijā / profesijā) kompetence un prasības izglītībai, līdzās pastāv vairākas profesionālās organizācijas, un katra no tām apvieno noteiktu profesionāļu un interentu loku.

Apkopojot minēto par mākslas terapeitu profesionālās darbības regulējumu un profesionālās prakses organizācijas un pieredzes dažādību (ko lielā mērā ietekmē profesijas pionieri), iespējams aktualizēt vairākus problēmaspektus (kas noteikti nav vienīgie).

Mākslas terapeitam savā darbā ir iespēja fokusēties:

- 1) uz teoriju vai savu profesionālo un personīgo pieredzi;
- 2) uz slimību (simptomu) vai pacientu (viņa specifiskajām vajadzībām);
- 3) uz pierādījumos balstīto praksi vai uzskatīt, ka katrs gadījums ir unikāls;
- 4) uz darbu (multiprofesionālā) komandā (dažādās darba vidēs) vai uz darbu privātpraksē.

Ignorējot šos problēmaspektus, nav iespējams izprast, kāpēc dažādu valstu un dažādās nozarēs strādājošie mākslas terapeiti dažkārt atšķirīgi / specifiski apraksta savu praksi (pieredzi) darbā ar dažādām klientu / pacientu grupām.

Šajā rakstā, lai aplūkotu minētos problēmaspektus, ir skartas trīs (protams, reālajā dzīvē to ir vairāk) tēmas, kas ir saistītas ar mākslas terapeitu profesionālo darbību un mākslu terapijas attīstību, nepretendējot piedāvāt kādus viennozīmīgus risinājumus, bet drīzāk iezīmējot problēmas aprises, kuru “paturēšana prātā” ir būtiska, lai, respektējot dažādību, veidotu un attīstītu dažādu valstu mākslas terapeitu dialogu un sadarbību, piesaistītu resursus, un, iespējams, tiektos uz mērķi veidot un koordinēt vienotas profesionālās (identitātes) telpas izveidi.

Profesionālā identitāte

Vispirms, akcentējot mākslu terapijas starpdisciplinārās saknes, jāaktualizē jautājums par mākslas terapeita profesionālo identitāti, ko var definēt kā piederības izjūtu noteiktai profesijai un profesionāļu lokam, vērtību, saskarsmes, lietpratības kopumu. To raksturo noturīgu individuālo pazīmju, profesionālo nosacījumu un satura saskaņotība, un tā izpaužas kā indivīda spēja izjust profesijas specifiku un unikalitāti, profesionāli pilnveidoties un mainīties, attīstīties, un palīdzējo profesiju vidē – spēju strādāt ar dažādām pacientu grupām, atrast individuālu, pamatotu pieeju katram pacientam, lai uzturētu kompetentu, profesionālu skatījumu, neskatoties uz vides ietekmi, sociālām pārmaiņām u. c. [Bēta, 2012].

Mākslu terapijas profesionāļi, kas dažādās valstīs darbojas atšķirīgās zinātnes un profesionālās darbības nozarēs, dažādā statusā un kontekstā, neapšaubāmi ir uzkrājuši bagātu pieredzi mākslas metožu un tehniku, kā arī paša radošā mākslinieciskā procesa izmantošanā savā profesionālajā darbībā, t. sk. ar dažādām klientu un pacientu grupām. Tas ir liels resurss.

Diskutējot par teikto, var uzdot jautājumu, kāda ir mākslas terapeitu profesionālā identitāte, kā norit tās attīstība? Jo identitātes izjūta ne tikai veicina profesionālo pašpozicionēšanos, bet arī padara skaidrākas mākslas terapeita profesionālās kompetences robežas citiem profesionāļiem un sabiedrībai kopumā, veicinot atpazīstamību arī klientu / pacientu vidū. Lai arī profesijas definēšana un skaidra profesionālā identitāte (piemēram, piederība noteiktai profesiju grupai) – iziešana no margināla stāvokļa –, var prasīt arī, piemēram, papildu piepūli, ieinteresētību, zinātnisko pamatojumu, šāds process, protams, palīdzētu koordinēt sadarbību starp dažādu valstu profesionāļiem mākslu terapijas attīstības jomā.

Lai sekmētu šo procesu, būtu jānošķir divas atšķirīgas profesionālās darbības jomas – pirmkārt, profesionālo izglītību un kvalifikāciju ieguvušie mākslas terapeiti (kuri, iespējams, ir / būs reģlamentētas veselības aprūpes profesijas

pārstāvji²) un, otrkārt, dažādu nozaru speciālisti un interesenti, kas mākslu, mākslas metodes un tehnikas izmanto savā pamatprofesijā, piemēram, palīdzošo un izglītojošo profesiju pārstāvji – pedagogi, psihologi, psihoterapeiti, sociālie darbinieki un citu nozaru profesionāļi, piemēram, mākslinieki (iespējams, attīstot ideju par terapeitisko mākslu, t. i., ticību, ka mākslai un tās radīšanai piemīt sāpju remdējošs efekts gan fiziskā, gan arī emocionālā ziņā, ka radošā darbība sekmē psihiskā stāvokļa uzlabošanos). Vienlaikus jāuzsver, ka ir jāatbalsta citu speciālistu inovatīvās pieejas, izmantojot mākslu. Piemēram, psihologi, pedagogi, sociālie darbinieki, kas savā profesionālajā darbībā izmantoto mākslu metodes un tehnikas, gūst labus rezultātus [Копытин, Свистовская, 2007].

Sekmējot profesijas un profesionālās identitātes attīstību, mākslas terapeita un profesionāļu, kas savā darbībā izmanto mākslu, nošķirums notika pagājušā gadsimta 80.–90. gados gan ASV, gan Lielbritānijā [Karkou, Sanders, 2006]. Savukārt pirms neilga laika ir nodalīti jēdzieni mākslu terapija, terapeitiskā jeb dziedinošā māksla, mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā arī Latvijā (Mārtinsone, Mihailovs, Vāverniece, 2010; Vāverniece, 2011). Par šo problēmu diskutē arī Krievijā [Копытин, Свистовская, 2007] un nedaudz citā kontekstā arī Nīderlandē [Smeijsters, 2009a]. Tātad šie jautājumi ir aktuāli dažādās valstīs, kur ir atšķirīgs mākslu terapijas kā profesijas statuss, pētnieciskās pieejas, prakse utt.

Tātad, lai arī dažādos profesionālās darbības kontekstos tiek izmantota māksla, mākslas metodes un tehnikas, atšķiras profesionālās darbības mērķi, uzdevumi, vide, statuss, paredzamais process un rezultāti, kā arī atbildība par sadarbības procesu un rezultātu ar klientu / pacientu, jo katrā nozarē / profesijā mākslas izmantošanai ir sava nozīme, un attiecīgi mākslas metodes un tehnikas dažādi speciālisti var praktizēt atbilstoši iegūtajai izglītībai, kvalifikācijai un darbības jomai (profesijai).

Jāatzīst, ka mākslu terapijas attīstība dažādās valstīs parāda, ka profesijas *mākslas terapeits* (drāmas, mūzikas, deju un kustību) atzišanu var panākt pēc zinātniskās un profesionālās darbības nošķiruma, definējot profesionālās darbības un atbildības robežas, kas noteiktas tiesiskajā regulējumā, tā tieši ietekmējot profesionālo attiecību saturu un raksturu, kā arī sekmējot profesionālo (paš)organizāciju / pašpārvaldi un interešu pārstāvēniecību.

² Latvijā mākslas terapeita profesijas reglamentācija ārstniecībā ir veicinājusi mākslas terapeitu iekļaušanos veselības aprūpes vidē. Lai arī profesijas standartā ir teikts, ka mākslas terapeits strādā ne vien veselības aprūpes, bet arī sociālās aprūpes un izglītības vidē, šobrīd tieši veselības aprūpes vidē ir izvirzījusies kā prioritāte. No vienas puses to nosaka profesijas izveides vēsture un regulējums (sertifikācija), no otras puses – izglītības programmas prasības (tiek iegūts maģistra grāds veselības aprūpē). Vienlaikus ir saprotams, ka mākslas terapeitu darbs ir ne mazāk nozīmīgs arī sociālās aprūpes un izglītības vidē. Piemēram, Nīderlandē rit diskusija par mākslas terapeita un sociālā darbinieka profesijas robežām [Smeijsters, 2009a], savukārt Lielbritānijā ir aktualizēts jautājums par mākslas terapeita darbu izglītības vidē [Karkou, 2009].

Cita atbilde uz iepriekš uzdoto jautājumu par to, kāda ir mākslas terapeita profesionālā identitāte – atbilstoši citu profesiju paraugam, ir – veidot spēcīgas starptautiskas izglītības un profesionālās organizācijas. Kā zināms, jau pagājušajā gadsimtā ir izveidots Eiropas mākslu terapijas izglītības konsorcijs (*ECARTE*: <http://www.ecarte.info/>), kura viens no uzdevumiem ir sekmēt mākslu terapijas izglītības attīstību. Tās biedri regulāri organizē konferences dažādās Eiropas pilsētās. Izglītība ir pirmais solis, kas tiek sperts profesionālās identitātes attīstības sākumposmā, kad tiek likti pamati profesijas tēla, savu personības īpašību un profesionālo mērķu izpratnei, kā arī nodomiem par savu nākotnes karjeru. Tādēļ vadlīnijas, kas noteiktu mākslas terapeitu izglītības saturu un apjomu, piemēram, kopējā Eiropas telpā, būtu būtisks ieguldījums profesijas un attiecīgi profesionālās identitātes attīstībā [Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs, 2008, 2011; Martinsone, Vaverniece, Paipare, Mihailovs, 2009].

Tomēr, neraugoties uz to, ka aktīvi norit vienotas Eiropas izglītības telpas veidošanās – Boloņas process, t. sk. notiek nacionālo izglītības programmu pakāpeniska harmonizācija Eiropas valstīs, vairāk nekā 15 darba gados *ECARTE* nav izdevies izveidot vienotas mākslas terapeitu izglītības vadlīnijas, kas noteiktu studiju programmu mērķus un rezultātus, jo dažādu valstu mākslu terapijas izglītības programmu vadītāju redzējums, (profesionālā identitāte) visai krasi atšķiras, un, protams, katrā valstī atšķiras izglītības politika un arī izglītības sistēmas organizācija.

Profesionālās identitātes attīstību, kas norit visu profesionālās darbības laiku, stiprina tālākizglītība (t. sk. regulāras supervīzijas), to veido arī sociālā (darba) vide un piederība profesionālajām apvienībām, profesionālās darbības un ētikas standarti, kā arī iespēja dalīties pieredzē, parādīt uzskatu, pieeju, metožu daudzveidību, savstarpēji bagātināties, piemēram, arī starptautiskajā līmenī.

Starptautiskajā līmenī speciālistus, kas nodarbojas ar mūzikas terapiju, jau kopš 1990. gada apvieno Eiropas Mūzikas terapijas konfederācija (*EMTC*: <http://emtc-eu.com/>), kura sākotnēji tika dibināta kā forums profesionālo mūzikas terapeitu pieredzes apmaiņai. Kopš 2004. gada *EMTC* apvieno 28 valstu pārstāvjus, lai veicinātu cieņpilnu sapratni un sadarbību starp mūzikas terapeitiem Eiropā profesionālās prakses attīstībā.

Eiropas Deju un kustību terapijas asociācija (*EADMT*: <http://eadmt.com/>), kas pārstāv Eiropas nacionālās profesionālās deju un kustību terapijas asociācijas, kopš 2010. gada aktīvi darbojas, lai sekmētu profesionālo attīstību un profesijas atzīšanu. *EADMT*, līdzīgi kā *EMTC*, tiecas veicināt cieņpilnas attiecības starp profesionāļiem un attīstīt sadarbību starp dalībvalstīm.

2011. gada oktobrī tika uzsākts mērķtiecīgs darbs arī pie Eiropas Drāmas terapijas federācijas izveides. Tās statuss raksta tapšanas brīdī vēl nav juridiski reģistrēts. Plānots, ka šīs profesionālās apvienības mērķi būs: stiprināt drāmas terapijas

skaidru pozīciju Eiropā, apzināt un respektēt prakses standartus un ētikas kodu katrā valstī, darboties kā informācijas avotam un apmaiņai drāmas terapijas profesionālajā laukā, apkopot informāciju par empīriskajiem pētījumiem DT katrā valstī, veicināt drāmas terapeitu profesionālo attīstību, sadarbojoties valstīm federācijas ietvaros, sekmēt informācijas apmaiņu attiecībā uz dažādajiem kritērijiem katrā valstī, lai strādātu kā drāmas terapeits. Kā redzams, tie šī brīža redakcijā ir ļoti skaidri definēti, ar virzību attīstīt vienotu drāmas terapijas profesionālo telpu.

Diemžēl vizuāli plastiskās mākslas terapeitiem vienojošas starptautiskas organizācijas, kas būtu sadarbības un diskusiju instruments plašākā laukā, pagaidām nav.

Ir jāuzsver, ka sadarbība dažādu starptautisko organizāciju ietvaros ļauj mākslu terapijas profesionāļiem iepazīt vienu otru, labāk saprasties, atrast kopēju valodu, jo mākslas terapeitam ir jāprot gan mākslas, gan terapijas valoda, gan arī jāprot komunicēt ar saviem kolēģiem, citu profesiju pārstāvjiem un klientiem / pacientiem.

Apzinoties, ka katrā valstī profesijas attīstības kultūrvēsturiskais un sociāli ekonomiskais fons ir bijis tik atšķirīgs, ka profesijas pionieri nākuši no visai atšķirīgiem profesionālās darbības laukiem, var pastāvēt arī viedoklis, ka nav jāattīsta vienota izpratne par mākslas (deju un kustību, mūzikas, drāmas) terapeita profesiju, pietiek ar spēcīgām nacionālajām organizācijām, kuras, ne vien rūpējas par savu biedru profesionālo, ekonomisko un citu interešu aizstāvību, bet sekmē arī viņu profesionālo izaugsmi (supervīzijas, konferences, tālākizglītība, t. sk. semināri, kursi un darba grupas), respektīvi, stiprina profesionālo identitāti. Jāatzīst gan, ka šāda pieeja veicina segregāciju un pašizolētību, kas mūsdienu mobilitātes apstākļos nav pieņemami. Ignorējot kolēģu zināšanas un pieredzi, nav iespējama sekmīga attīstība savā valstī.

Tādējādi profesionālās identitātes stiprināšana un profesionālās kompetences tālāka attīstīšana ir un arī paliks par vienu no būtiskākajiem mākslu terapijas uzdevumiem, t. sk. veidojot sadarbības tiltus ar kolēģiem, klientiem / pacientiem dažādās darba vidēs. Jo, kamēr dominē vāja sabiedrības izpratne par mākslu terapijas iespējām un pakalpojumiem, mēs cita starpā riskējam palikt nesapristi plašākā sabiedrībā un riskējam apgrūtināt finansējuma, īpaši valsts un pašvaldību finansējuma, piesaisti, kas aktualizējas līdz ar birokrātisko prasību palielināšanos mūsdienās.

Pētniecība mākslu terapijā

Lai sekmētu mākslu terapijas ilgtspēju, t. sk. mākslu terapijas pakalpojumu atpazīstamību un pieprasījumu sabiedrībā, mākslu terapijas (paš)identificēšanos, lai izvēlētos labākos risinājumus savā profesionālajā darbībā, lai veicinātu sadarbību ar citu profesiju / nozaru pārstāvjiem, mākslas terapeits nevar ignorēt

pētniecību, jo šodien praktiski jebkuras profesionālās darbības kontekstā ir ienākusi uz pierādījumiem balstītā prakse (*evidence-based practice*), kā arī tiek attīstītas pieejas, kas orientējas uz pētījumiem praksē (angl. *practice-based evidence*). Tāpēc kā nākamais problēmjautājums jāaktualizē pētniecība mākslu terapijā.

Kā zināms, uz pierādījumiem balstītā prakse (turpmāk – uz PBP) ir mūsdienām raksturīgs politisks un sociāls fenomens, kura izcelsme un attīstība ir cieši saistīta ar katras valsts valdības noteikumiem veselības, sociālajā, tieslietu un izglītības nozarē. Tas ir aktivitāšu cikls, kas tiecas garantēt, lai visas intervences ir balstītas uz vislabāko pierādījumu izmantošanu (pieejamiem pētījumu datiem), integrējot gan kontekstu, gan speciālista zināšanas un individuālo klīnisko pieredzi, gan pacienta vajadzības, gan jau veikto klīnisko pētījumu rezultātus (t. i., vislabāk pieejamos klīniskos pierādījumus, saskaņā ar kuriem intervence ir klīniski un ekonomiski efektīva) [Bowling, 2002; Gilroy, 2006]. Uz PBP bāzes veidojas uzskats, ka pieredze un intuīcija nenodrošina *labu praksi*. Prakse ir jābalstās uz pētījumiem, kas ir atkārtojami un objektīvi.

Ja “tradicionālā paradigma” veselības aprūpē bija atkarīga no zināšanām par slimības iemesliem un rīcību, lai to novērstu un ārstētu, tad jaunā (uz PBP) paradigma pieprasa, lai tiktu pētīti arī ārstēšanas rezultāti. Tas nozīmē, ka mūsdienās speciālisti, kas ir orientēti uz labu praksi, nevar ignorēt pētniecību, jo t. s. “tradicionālā paradigma”, kuras ietvaros augstu tika vērtēta standartizēta pieeja, kā arī pieredze, uzkrātā klīniskā autoritāte un kompetence bija pietiekamas diagnozes noteikšanai un ārstēšanai, vairs nav spēkā [Richardson, 2001].

Uz pierādījumiem balstītās prakses attīstība profesionālajā darbībā no speciālista prasa pārzināt pierādījumu veidus un to līmeņu hierarhiju (piemēram, mūsu valstī pierādījumu līmeņus un tiem atbilstošos pētījumu veidus nosaka Ministru kabineta 2010. gada 25. maija noteikumi Nr. 469 “Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas”, kas attiecas uz konkrētām ārstnieciskām darbībām, ietverot diagnostiku, profilaksi, ārstēšanas metodes, novērošanas taktiku un rehabilitāciju). Citiem vārdiem sakot, profesionālim ir jāorientējas pētījumu metodoloģijā, jāpārzina pētījumu stratēģijas un plašais pētījuma dizainu spektrs, kā arī tiem atbilstošie ieguvumi un ierobežojumi pētījumā.

Vienlaikus uzmanība ir jāpievērš faktam, ka uz pierādījumiem balstītā prakse, kas prasa, lai pierādījumi būtu nepārprotami efektīvi un pietiekamā daudzumā, tiek aplūkota arī kā diskutabla paradigma, – ne visiem pētījumiem var piemērot uz pierādījumiem balstītās prakses “rāmi”.

Izdalot pierādījumu līmeņus [piemēram, Ball, et al., 1998; Mace, Moorey, 2001; Ecclos, 1998; Parry, 2001; kā minēts Gilroy, 2006], par zelta standartu tiek atzīti sistemātiskie pārskati (*systematic reviews*), kas ir veidoti saskaņā ar noteiktiem, nelokāmiem un ar izmaksām saistītiem kritērijiem (t. i., izmaksas ir noteicošais

kritērijs pacienta veselības aprūpes metodes izvēlē (*value-driven health care*), ietverot nejaušinātus kontrolētus pētījumus (*randomised controlled trial, RCT*), kurus raksturo “objektīva” un “eksperimentāla” pieeja. Tas nozīmē, ka ideālā pētījuma veicējs ir novērotājs no malas: viņš izveido eksperimenta dizainu un bez interpretācijas novēro to, kas notiek, iedarbības rezultāti tiek fiksēti ar noteiktu mērījumu palīdzību, kas neatstāj vietu interpretācijai vai ieteikumiem, ārstēšana (medikamenti) ir precīzi noteikti (standartizēti). Tādējādi uz PBP paradigmā *RCT* kļūst par privilēģētāku pētījuma dizainu, salīdzinot ar citiem, īpaši kvalitatīvajiem un uz procesu orientētajiem pētījumiem, attiecīgi izslēdzot milzīgu zināšanu apjomu [Mārtinsone, 2011b].

Šāda pieeja, kas labi der farmakoloģiskiem pētījumiem, ir rosinājusi plašās debates, pa to, vai uz PBP ir jāvērtē kā piemērota profesijās, kurās nedominē klasiskais biomedicīniskais modelis un izpētes metodes, vai šādi standarti un kritēriji ir piemērojami pētījumiem un praksei arī citos sektoros, jo lineārā (tiešā) cēloņsakarību veidā nevar vērtēt intervences, kas ir saistītas, piemēram, ar sociālajām attiecībām, pieredzi, uzticēšanos, cilvēcisku mijiedarbību, pētāmās pazīmes ne vienmēr iespējams sadalīt izmērāmos komponentos [Mace, Moorey, Roberts, 2001; Gray, 2004; Gilroy, 2006; McGloin, 2008]. Respektīvi, uz PBP centrējas uz ārstēšanu un tās rezultātiem, nevis uz izpratnes sekmēšanu, piemēram, par sarežģītām garīgās veselības problēmām, nedz arī to kontekstu, sociālajiem un kultūras faktoriem [Schmiedebach, 2002]. Tādējādi uz PBP rada ieguvējus un zaudētājus: iegūst atsevišķi pacienti vai to grupas ar slimībām, kas labāk atbilst centralizētajiem diagnostikas kritērijiem, taču ir problēmas, kuras ir grūti pētīt pēc uz PBP priekšrakstiem.

Redzams, ka ortodoksālā uz PBP paradigma mākslu terapijai, kurā liela nozīme ir terapeitiskajām attiecībām un radošajam procesam, ir grūti piemērojama, vai, precīzāk, ļoti sašaurina pētījumu pieeju, rosinot speciālistu pievērsties traucējumu izpētei [Smeijsters, 2009b], novārtā atstājot mākslu un terapeitiskās attiecības.

Lai arī uz PBP ir strīdīga paradigma, debates par tās būtību un ietekmi tiek risinātas veselības un sociālās aprūpes literatūrā, izglītības un tieslietu sistēmā, tā ir ietekmējusi pētījumus un praksi, pieprasot, lai profesijā izmantotās pieejas ir drošas, efektīvas un ekonomiskas, kā arī, lai praktizējošie speciālisti pastāvīgi pārskatītu savu praksi un saskaņotu to ar jaunāko pētījumu rezultātiem. Jāpiekrit Lielbritānijas mākslas terapijas profesorei A. Gilrojai, ka uz PBP ir potenciāls pilnveidoties un sniegt objektīvu nodrošinājumu labai un efektīvai profesionālajai darbībai dažādos sektoros, ieskaitot arī efektīvas, bet salīdzinoši jaunas un radošas prakses, tādas kā mākslu terapija [Gilroy, 2006]. Taču, lai mākslas terapeiti iesaistītos uz PBP izmantošanas diskusijās, viņiem ir jāapzinās, kurai profesionālajai grupai viņi pieder, t. i., jāapzinās sava identitāte un kompetence, jo pierādījuma jēdziena izpratni, pierādījumu veidus, to ieguvu un interpretāciju cita starpā nosaka tieši profesija (tās saikne ar zinātnes nozari), personas darbības vide un citi

komponenti. Tas, ko saprotam ar jēdzienu *pierādījums* atšķiras dažādās grupās, taču piederība kādai grupai nosaka izpratni.

Iespējams, mākslu terapijas standartizācijas grūtības uz PBP ir vājais punkts. Taču no mākslu terapijas perspektīvas terapeitiskajā procesā tieši tas, kas rada standartizācijas grūtības ir būtisks: mākslu, kas zināmā veidā ir rotaļīga un neprognozējama, raksturo iespēja atmodināt cilvēkā dažādus tēlus, atmiņas, jūtas un uzvedību, kā arī izstrādāt šo pieredzi, veicinot klienta / pacienta veselības un dzīves kvalitātes uzlabošanos.

Otrs aspekts, ir tendence pētniecībā, kas ir vērsta uz to, lai attīstītu praktiski orientētas zināšanas ar pētījumu palīdzību, neakcentējot pierādījumu līmeņus, bet gan priekšplānā izvirzot dažādu līmeņu dialogu, lai iegūtu pierādījumus praksē (angl. *practice-based evidence*), kas uzlabo, atjauno un attīsta profesionālās kompetences. Šajā gadījumā gan prakse, gan pētījums ir orientēts uz konkrētu problēmu un tās izpēti. Tas nozīmē, ka arī no “praktiski domājošiem” speciālistiem tiek sagaidīts, ka viņi veiks pētījumus jeb sistemātiski veiks savas prakses “revīziju” [Smeijsters, 2009b]. Kā minēts iepriekš, uz PBP ietvarā no profesionāļa sagaida, ka viņš vismaz regulāri iepazīsies ar jaunākajiem pētījumiem un spēs izvērtēt to vērtību atbilstoši pierādījumu hierarhijai.

No profesionāļa (izglītota mākslas terapeita) sagaida, ka viņš ne tikai paļausies uz savām izjūtām, ka terapijas process attīstās *pietiekami labi*, bet kļūs par praktiķi, kurš pamazām attīsta savu darba metodi, katru brīdi pārbaudot to, kas ir atbilstoši un kas nav. Citiem vārdiem sakot, mākslas terapeits attīstīs sevi no reflektējoša praktiķa par zinātnisku praktiķi, lai sasaistītu sava darba modeļus (teoriju ar mazo “t”) no prakses ar zinātnisku pierādījumu (teoriju ar lielo “T”), t. i., lai netieši izteiktas profesionāļa zināšanas tiktu pārvērstas par skaidri formulētām zināšanām, lai tās tiktu analizētas, kombinētas, uzlabotas un attīstītas, integrējot ar citu reflektējošo praktiķu zināšanām, kā arī ar teorētiskajām un citu pētījumu atziņām [Smeijsters, 2009a].³

Kā redzams, pētījumi praksē veicina speciālistu sadarbību un apvienošanos, jo profesionāļi, kuri darbā sastopas ar līdzīgām problēmām, sadarbojas, lai mijiedarbībā apmainītos ar zināšanām, pastiprinātu un attīstītu tās. Šāds sadarbības process veicina profesionālās identitātes nostiprināšanos un profesionālās kompetences tālāktīstību.

³ De Bie apzīmē darbības modeļu kopumu kā “t” teoriju. Katra profesionāļa rīcībā ir savs darbības modeļu kopums, kas ir pietiekami adaptēts tām problēmu jomām, ar kurām šis profesionālis strādā. Šie darbības modeļi ir pierādījuši savu piemērotību un atbilstību praksē. Pretstatā teorijām ar mazo “t”, pastāv arī teorijas ar lielo “T” – zinātniskas teorijas, kas piedāvā izskaidrojumus abstraktā līmenī, kā arī empīriski pārbaudītas hipotēzes. Šīs teorijas ir aprobētas (summējot) vairākos darbojošos modeļos [kā minēts, Smeijsters, 2009a].

Apkopojot minēto, varam secināt, ka pētījumu veikšana ir nozīmīga, lai speciālists pamatotu savu profesionālo praksi, tajā izmantotos paņēmienus, lai attīstītu un pārbaudītu izskaidrojošos konceptus un teorijas, lai sniegtu ieguldījumu zinātnes attīstībā un, lūkojoties plašāk, uzlabotu (veselības aprūpes) pakalpojumus un sekmētu daudzveidīgas profesionālās (sa)darbības iespējas (arī pētniecības jomā) gan multidisciplinārā speciālistu komandā, gan individuāli. Vēl vairāk – jāpiekrīt gan tam, ka mākslas terapeitiem, lai sekmētu profesijas attīstību un stiprinātu tās prestižu, nav citas izvēles, kā būt uz PBP aprītē, demonstrējot, ka viņu prakse balstās uz pētījumu informāciju un citām pierādījumu formām (taču to vajadzētu darīt, pilnībā apzinoties principus un politiku, kādā atrodas uz PBP) [Gilroy, 2006], gan ģenerēt pētījumus praksē, lai veidotu uzskatāmu, efektīvu un kvalificētu praksi [Smeijsters, 2009b].

Tas nozīmē, ka mākslas terapeitiem būtu jāveic pētījumi, jo tieši pētījumi ir viens no profesijas attīstības un ilgtspējas pamatnosacījumiem. Tie ir būtiski arī, lai izveidotu un stiprinātu profesionālu identitāti, pamatoti izvēlētos vai pamatotu savas metodes darbam ar klientiem / pacientiem. Protams, cita starpā te atkal izgaismojas jautājums – kurai profesiju grupai mākslas terapeits jūtas un ir piederīgs. Lai arī mākslas terapeiti allaž ir uzsvēruši, ka profesijai ir starpdisciplināras saknes un tās ir vērtīgs resurss (tam, protams, ir jāpiekrīt), taču šāds uzskats var traucēt ne vien profesionālās identitātes izkristalizēšanai, bet arī profesionālajai darbībai (nosakot klienta / pacienta problēmu, mērķus, intervences un savu teorētisko pamatojumu), apgrūtinot mākslu terapijas attīstību un traucējot veidot tās atpazīstamību.

Izvērtēšana, mērķi, mākslu terapijas process

Arī aktualizējot trešo problēmjaudājumu – par mākslu terapijas procesu – ir redzamas pretrunas, precizāk – daudzveidīgi interpretējami jautājumi. Mākslas terapeits ar savām darba metodēm strādā atšķirīgās vidēs ar dažādiem klientiem / pacientiem, kuriem ir dažādiem traucējumi un ar tiem saistītas problēmas. Tas nozīmē, ka gan sniegtā pakalpojuma saturs, gan arī samaksa atšķirsies. Piemēram, atšķirsies mākslas terapeita darbs multiprofesionālā komandā (kas nozīmē valsts vai cita finansējuma avota ieguvu, un vienlaikus skaidru prasību izpildīt un ievērot dažādu normatīvo aktu prasības, kā arī komandas darba uzstādījumus) un darbs privātpraksē (kur galvenā problēma ir sevis pozicionēšana, klientu piesaiste, pakalpojumu pieprasījums un arī milzīga individuālā atbildība par savu darbu). Turklāt mākslas terapeitam ir iespēja, kā iepriekš minēts, izvēlēties atšķirīgu valodu (mākslas, terapijas), kā aprakstīt realitāti, sava darba procesu, un veidu, kā sazināties ar kolēģiem un citiem mākslas terapeitiem. Šis valodas izvēli un “bagātību” nosaka profesionālā identitāte, kā arī piederības izjūta noteiktai profesionālajai kopienai (jo, ir skaidrs, ka, piemēram, veselības aprūpē problēmu apraksts

atšķiras no problēmu apraksta izglītības vidē). Tāpēc, runājot par mākslu terapijas prakses jautājumiem, vienlīdz aktualizējas arī profesionālās identitātes izjūtas un attīstības, kā arī pētniecības jautājumi.

Viena no potenciālajām grūtībām mākslas terapeita profesionālajā darbībā ir tā, ka mākslas terapeits (arī saistībā ar iegūto izglītību) var labāk pārvaldīt mākslas vai terapijas (īpaši, ja izglītība ir iegūta veselības aprūpes vidē) valodu. Ir skaidrs, ka mākslas terapeita ikdienas realitāte ir saistīta ar mākslu (materiāliem), ka profesionālis izvēlas klientu / pacientu radītā mākslas procesa un rezultāta (formas un satura) iz(no)vērtējuma kritērijus. Taču, ja mākslas terapijas procesa izpratne paliek mākslas valodas robežās, tad kolēģi, īpaši veselības un sociālās aprūpes vidē, mākslas terapeitu var “nesaprast”. Un otrādi – ja tiek lietota tikai ārstniecības terminoloģija, tad var ciest mākslinieciskais un radošais mākslu terapijas konteksts.

Tāpat pamatots ir jautājums, kā starp neverbālo valodu un tādiem klīniskās vides ikdienas jēdzieniem, kā instrukcijas, nolikumi, veidlapas, shēmas saglabāt līdzsvaru, apzinoties, kā lietot dažādus domāšanas modeļus, kas profesionāļiem palīdz aprakstīt un izprast realitāti, kā arī darboties praksē (Smeijsters, 2009c). No teiktā izriet, ka mākslu terapijā aktuāls ir arī jautājums par to, kā speciālistam savu pieredzi un zināšanas, konkrēta darba procesus un rezultātus (kas vismaz daļēji ir arī neverbāls) translēt konkrētā profesionālā vidē, piemēram, skaidrot savu darbu multiprofesionālas komandas locekļiem rehabilitācijā un plašākā sabiedrībā, t. i., arī klientiem / pacientiem, vienlaikus saglabājot apzināšanos par visu mākslas terapijas procesu kopumā (kas ir mazāk standartizēts nekā citas ārstniecības formas) un tā specifiskajiem aspektiem – problēmas izvērtēšanu (iespējams, strādājot komandā), hipotēzes formulēšanu, sagaidāmo rezultātu definēšanu, mērķu izvirzīšanu un saskaņošanu ar klientu / pacientu, mākslas terapijas procesa īstenošanu, izvēloties specifisku mākslas terapijas intervenci un mākslas terapijas procesa novērtēšanu.

Turpmākajā izklāstā, neizdalot visus specifiskos mākslu terapijas posmus, ilustrācijai problematizēsim tikai vienu jautājumu – mākslu terapijas mērķu formulēšanu. Šis darba posms lielā mērā parāda, kā mākslas terapeits redz cilvēku (pacientu) un ko plāno darīt, jo no izvērtēšanas izrietošie mērķi, indikācijas, metodes, rezultāti un loģiskais pamatojums ir savstarpēji saistīti. (Jāpaskaidro, ka mērķu formulēšanas process lielā mērā sasaucas ar iepriekš aktualizētajiem jautājumiem par mākslas terapeita profesionālo identitāti un pētniecību.) Tāpat, kā un kādus mērķus mākslas terapeiti izvirza? Un vai / kādas ir atšķirības mērķu formulējumos, salīdzinot ar citiem profesionāļiem?

Mākslu terapijas teorētiskais pamatojums ir daudzveidīgs. Tas vienlaikus ir mākslu terapiju stiprais un vājais punkts. Stiprais punkts tāpēc, ka mākslu terapijā pierāda, ka ir spējīgi integrēt daudzus skatījumus un domāšanas virzienus.

Tomēr tas nozīmē arī to, ka, lai arī mākslu terapija ir centusies izveidot saikni ar teorētiskajiem modeļiem vairākas desmitgades, tās teorētiskajam pamatojumam pietrūkst pietiekami izstrādātas integrācijas.

Mākslas terapeitu darbības teorētisko pamatu un profesionālās darbības ietvaru līdztekus mākslas un radošā procesa lietojuma izpratnei lielā mērā veido psiholoģijas un psihoterapijas teorijas (un, kā zināms, katra no tām lieto atšķirīgu un specifisku valodu, piedāvājot visai atšķirīgu realitātes redzējumu). Piemēram, vienā gadījumā, ja speciālists radikāli pārstāv humānistisko pieeju, viņa moto visdrīzāk būs: “Ej, satiec cilvēku!”, un jautājums par izvērtēšanas procedūrām, lai uzstādītu mērķus, būs lieks, bet mērķu formulējumā būs izmantoti tādi vārdi kā pašizpaušme, izaugsme un tamlīdzīgi. Ja mākslas terapeits uz pasauli lūkojas caur psihodinamisko teoriju prizmu, tad fokuss tiks vērst uz pacienta funkcionēšanas līmeni un rakstura struktūru, izvērtēšanā iesaistot ideju par pārnesei un pret-pārnesei kā radošās darbības procesa un rezultātu analīzi. Savukārt, ja viņa izglītība un pieredze ir saistīta ar kognitīvi biheiviorālo pieeju, tad, visticamāk, par mākslas terapijas mērķi kļūs darbs ar kāda simptoma novēršanu.

Savukārt, ja mākslas terapeits strādā klīniskā vidē, multidisciplinārā komandā ar noteiktu pacientu (kuram ir uzstādīta diagnoze atbilstoši ICD-10 / DSM-IV vai SFK (ICF) klasifikācijai, t. i., saskaņā ar terapeitiskajā ietvarā pastāvošajiem ārstnieciskajiem uzstādījumiem, izmantojot noteiktu terminoloģiju un pieeju), tad visdrīzāk psiholoģiski (vēl vairāk – brīvi) mērķu formulējumi neveicinās veiksmīgu savstarpējo koleģiālo sadarbību, kavēs kopējo sadarbības procesu, vienlaikus ļaujot apšaubīt paša mākslas terapeita kompetenci un vietu šajā komandā.

Izvirzot mērķi medicīnisku problēmu ārstēšanā, mākslas terapeiti fokusēsies uz fiziskām problēmām, kuras “pavada” medicīniskās problēmas, vai uz pašu medicīnisko problēmu (pacienta sūdzību samazināšanu), ja vien spēs pamatot (arī izmantojot pētījumus), ka, raugoties uz cilvēku no plašāka skata punkta, problēmas var ietekmēt gan tiešā, gan netiešā veidā, t. i., ka, pievēršot uzmanību grūtībām, kuras radījuši traucējumi, tiek sekmēti arī primārās problēmas risinājumi.

Ja mākslas terapeits strādā jau minētajā klīniskajā vidē, tad “plašais skatījums uz lietām” visdrīzāk “nonāks zem zināma spiediena”, jo komandas darbā (klīniskā vidē) vēlāmāki ir uz simptomiem orientēti mērķi, t. i., tieši ņemot vērā diagnozi, ko uzstāda ārsti [Smeijsters, 2009a]. Ja šajā kontekstā aplūkojam uz PBP, tad ir redzams, ka arī pētījumos augstāka līmeņa pierādījumi ir tie, kuros ir izmantotas uz simptomu izpēti fokusētās pētniecības metodes.

Racionālu pieeju mērķu formulēšanā piedāvā Nīderlandes mākslu terapijas vadošais pētnieks profesors H. Smeisters, kurš ierosina izdalīt primāros mērķus (ietekmēt simptomu / problēmu, kas tiešā veidā saistīta ar traucējumu) un sekundāros, kā arī terciāros mērķus (netieši fokusēti uz problēmu) [Smeijsters, 2009a].

Pārņemot šo pieredzi, mākslas terapieti Latvijā ir informēti par ārstu lietoto klasifikāciju, un paši apgūst un, līdzīgi kā citi funkcionālie speciālisti (fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi u. c.), lieto SFK pieeju, kā arī (vismaz izglītības procesā un strādājot klīniskā vidē) mākslas terapijas mērķu formulējumos izmanto minēto pieeju. Turklāt sekundāros un terciāros mērķus viņi formulē atbilstoši SFK, jo šis “rāmīs” palīdz profesionāļiem saprasties [Upmale, Majore-Dūšele, 2011].

Iespējams, jo vairāk mākslu terapija iesakņosies veselības aprūpes vidē, jo tiešāk speciālisti vērsīsies “diagnozes” virzienā, spējot pieskaņoties diagnozes loģiskajam pamatojumam un skatījumam uz ārstēšanu, varbūt pat vēl vairāk – attīstot uz simptomiem fokusētu izpratni. Šajā gadījumā gan uzmanības centrā lielākā mērā nokļūtu konkrēta problēma, nevis cilvēks.

Jāsecina, ka, lai arī noteikta klasifikācija sekmē vienlīdzīgu attieksmi pret pacientiem, tomēr standartizēti formulējumi neietver cilvēku vajadzību daudzveidību, un bieži ir nepieciešams, lai profesionālis darba gaitā attīstītu savus priekšstatus par klienta / pacienta vajadzībām un iespējām, mainītu formulējumus, pamatojoties uz profesionāļa dialogu ar klientu / pacientu. Tas nozīmē, ka izvēlēta terapeitiskā pieeja varētu ietvert nepieciešamību pēc tādu mērķu formulējuma, kas nav tieši vērsti uz problēmu, – terapeitiskajā ietvarā būtu jāatrod savienojums starp ārstējošiem mērķiem (primārajiem) un sekundārajiem vai terciārajiem un pašu problēmu. Tāpēc ir būtiski, lai mākslas terapieti, izvēloties savas darbības modeļus, spētu panākt fokusu uz problēmām, kas top redzamas mākslā, un izmantotu integratīvu pieeju attiecībā uz lūgumu pēc palīdzības, izvēloties plašāku perspektīvu, apzinoties, ka mākslu terapija skar arī tādus mērķus, kas veido apziņāšanos, ļauj izpaust un regulē emocijas, pilnveido mijiedarbību un komunikāciju, uzlabo un attīsta kognitīvās iemaņas un uzvedības izpausmes. Ja nepieciešams, uzmanību var veltīt uz attīstību vērstām mākslu terapijas metodēm, mēģinot ietekmēt problēmu netiešā veidā (uz attīstību vērstā darba metodē mākslas terapeits bieži vien koncentrējas uz klienta / pacienta iespējām, radot nosacījumus, lai uzmanības centrā būtu klients / pacients nevis viņa problēmas) [Smeijsters, 2009a].

No teiktā izriet, ka mākslas terapeitiem piemīt potenciāls plašākam skatījumam uz cilvēku, spēja atteikties no viendimensionāliem teorētiskiem un ideoloģiskiem pieņēmumiem, iespēja koncentrēties uz dažādiem / daudzveidīgiem aspektiem tiktāl, cik tas ir svarīgi, lai risinātu problēmu. Būtiski ir demonstrēt, ka mērķi, kurus mākslu terapijas procesā būtu jāsasniedz, sekmēs klienta / pacienta ārstēšanas procesu un, ļoti vēlams, lai speciālistam būtu profesionāli pierādījumi tā apliecināšanai.

Ir jāņem vērā, ka noteikta vide allaž izdara spiedienu, lai, piemēram, tiktu lietota noteikta valoda, tiktu ievēroti koleģiālās sadarbības principi. Tādējādi, lai gan šeit tika aplūkots piemērs par darbu veselības aprūpes vidē, līdzīgi jautājumi būtu jārisina arī izglītības vai kādā citā vidē, kā arī runājot par citiem mākslu terapijas procesa posmiem.

Nobeigums

Mākslas terapeita profesionālās identitātes un profesionālās kompetences veidošanai un attīstībai, kā arī (paš)pozicionēšanai ir būtiska nozīme veiksmīgas profesionālās darbības uzsākšanā un turpināšanā, t. sk. arī strādājot ar dažādām klientu / pacientu grupām. Tas nozīmē, ka mākslas terapeitiem pašiem (atsevišķos gadījumos pārvarot rutīnu, tendenci uz introversiju un organizatorisko amatierismu) būtu jāiesaistās profesijas veidošanas un attīstības procesos, jo viņu personīgais ieguldījums ir būtisks kopējā un reizē arī specifiskajā (katrā valstī un vidē) mākslu terapijas attīstības un pakalpojumu piedāvājuma / sniegšanas kontekstā.

Turklāt, ja profesija nav pietiekami pārstāvēta komunikācijā ar valsti, darba devējiem, sociālajiem partneriem utt., nav pašorganizēta, kā arī nav izveidota vienota izglītības sistēma, tā nebūs atpazīstama un saprotama (citiem vārdiem sakot, būs apgrūtināta sadarbība ar citiem speciālistiem un tā nebūs pieprasīta klientu / pacientu vidū).

Šobrīd, kad mākslu terapija Latvijā zināmā mērā ir noslēgusi savu pirmo būtisko attīstības fāzi (ko raksturo “ceļš” no atsevišķām interesentu aktivitātēm līdz valsts atzītai reglamentētai veselības aprūpes profesijai un maģistra līmeņa izglītībai), lielākā uzmanība būtu jāpievērš rakstā aktualizētajiem profesionālās identitātes, profesionālās prakses un pētniecības (īpaši raksturojot darba specifiku ar dažādām klientu / pacientu grupām) aspektiem. Iespējams, ka tos var uzskatīt par mākslu terapijas attīstības tuvākajiem uzdevumiem, kuru risināšanā ir aicināti iesaistīties arī jaunās paaudzes profesionālo izglītību ieguvušie mākslas terapeiti, kas uzsāk savu profesionālo karjeru. Vienīgi mūsu pašu rokās ir tas, kā mākslas terapeits tiks atpazīts profesionāļu vidē un klientu / pacientu vidū, cik lielā mērā mākslu terapija tiks uzskatīta par efektīvu ārstēšanas metodi, kāda būs mākslu terapijas pozīcija attiecībā pret citām ārstniecības tehnoloģijām, kādas būs mākslu terapeitu darba iespējas un arī atalgojums. Un, lūkojoties plašāk – kāda būs mākslu terapijas attīstība nākamajos gados Latvijā, Eiropā un pasaulē.

Literatūra

1. Bēta G. Māsu profesionālās identitātes aspekti. Sabiedrība, integrācija, izglītība. – Rēzekne: RA izdevniecība, 2012. – 228.–238. lpp.
2. Kačalova T., Pētersons R. Mākslas vēstures pamati II. – Rīga: Zvaigzne, 1993.
3. Mārtinsons K. (sast.) Pētījumi mākslu terapijā. – Rīga: Drukātava, 2010.
4. Mārtinsons K. (red.) Mākslu terapijas izveide un attīstība Latvijā // Mākslu terapija. – Rīga: RaKa, 2011. – 55.–75. lpp.
5. Mārtinsons K. Pētījums un pētniecība: vispārīgs raksturojums // Ievads pētniecībā: Stratēģijas, dizaini, metodes / Red. Mārtinsons K. – Rīga: RaKa, 2011b. – 14.–32. lpp.

6. Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I. J. Mākslu terapijas attīstība Latvijā: no iecerēm līdz reglamentētajai profesijai // Sabiedrība un kultūra: Rakstu krājums XIII / Sast. Medveckis A. – Liepāja: LiePA, 2011. – 476.–486. lpp.
7. Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I. J. Mākslu terapijas izglītības attīstība Eiropas prasību kontekstā // Sabiedrība, integrācija, izglītība. – Rēzekne: RA izdevniecība, 2008. – 437.–443. lpp.
8. Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I. J., Majore-Dūšeļa I., Paipare M. Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā). – Rīga: RSU, 2008.
9. Mārtinsone K., Mihailovs I. J., Vāverniece I. Māksla, terapeitiskā māksla, mākslas izglītība, mākslu terapija: jēdzieni, atšķirības, atbildība // Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā / Sast. Mārtinsone K. – Rīga: Raka, 2010. – 9.–21. lpp.
10. Upmale A., Majore-Dūšeļa I. Mākslu terapijas procesa raksturojums: integratīvi eklektiskā pieeja // Mākslu terapija / Red. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2011. – 106.–183. lpp.
11. Vāverniece I. Mākslu terapija: veselības aprūpes profesijas izveide un attīstība // Mākslu terapija / Red. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2011. – 11.–54. lpp.
12. Bowling A. Research methods in health: Investigating health and health services. – Maidenhead: Open University Press, 2002. – P. 479.
13. Gilroy A. Art therapy, research and evidence-based practice. – London: Sage Publications, 2006.
14. Gray D. E. Doing research in the real world. – London: Sage Publications, 2004.
15. Karkou V. Arts therapies in schools: Research and practice. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2009. – P. 284.
16. Karkou V., Martinsone K., Nazarova N., Vāverniece I. Art therapy in the post-modern world: Findings from a comparative study across the UK, Russia and Latvia // The Arts in Psychotherapy, 2011; 38, (2): 86–95.
17. Karkou V., Sanderson P. Arts therapies: a research based map of the field. – Elsevier Science, 2006. – P. 307.
18. Lusebrink V. B., Martinsone K., Dzilna-Silova I. The expressive therapies Continuum (ETC): Interdisciplinary bases of the ETC // International Journal of Art Therapy, 2012; 1–11.
19. Mace C., Moorey S., Roberts B. (eds.) Evidence in the psychological therapies: A critical guide for practitioners. – London: Brunner-Routledge, 2001.
20. Martinsone K., Vāverniece I., Paipare M., Mihailovs I. J. Social education arts therapies as a health care profession in Latvia: Education and practice // Social Education, 2009; 7 (18): 5–18.
21. Martinsone K., Karkou V., Nazarova N., Vāverniece I. (2010). Art therapy practice in Latvia, in the UK and in Russia: A comparison of different environments of work // Rīga Stradiņš University. Collection of Research Articles: Economics. Communication. Politics. Sociology. Social policy and social work. Law. – Rīga: RSU, 2010. – Pp. 155–162.
22. McGloin S. The trustworthiness of case study methodology // Nurse Researcher, 2008; 16 (1): 45–55.
23. Richardson P. Evidence-based practice and the psychodynamic psychotherapies // Evidence in the psychological therapies / Ed. by Mace C., Moorey S. and Roberts B. – Hove: Brunner-Routledge, 2001. – Pp. 157–173.

24. Schmiedeback H. Evidence in mental health: a historical analysis // Evidence in mental health care / Ed. by Priebe S. and Slade M. – Hove: Brunner-Routledge, 2002.
25. Smeijsters H. The arts therapies: focussing on the disorder or focussing on the client. // Research in practice in the arts therapies / Ed. by Smeijsters H. – Heerlen: Melos, 2009a. – Pp. 15–32.
26. Smeijsters H. Research in practice // Research in practice in the arts therapies / Ed. by Smeijsters H. – Heerlen: Melos, 2009b. – Pp. 35–68.
27. Smeijsters H. (ed.) Research in practice in the arts therapies. – Heerlen: Melos, 2009c.
28. Копытин А. И., Свистовская Е. Е. Арт-терапия детей и подростков. – Москва: Когито-Центр, 2007. – С. 196.

MĀKSLU TERAPIJAS PRAKSES NOVĒRTĒJUMS LATVIJĀ

*Inese Paiča*¹, *Kristīne Mārtinsonē*², *VikiĶa KarkuĶa*³

¹ *RPNC Ķarigās veselības aprūpes centrs “Veldre”, Latvija*

² *Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte, Latvija*

³ *Karalienes Margarētas Universitāte, Edinburga, Lielbritānijā*

Ievads

Mākslu terapija Latvijā ir salīdzinoši jauna profesionālās darbības joma, kuras aizsākumi ir meklējami gadsimtu mijā. Šobrīd tā ir definēta normatīvajos dokumentos (Ārstniecības likumā, MK noteikumos Nr. 268¹ un Nr. 461², Mākslas, mūzikas, deĶu un kustību, drāmas terapijas medicīniskajās tehnoloģijās, kā arī citos dokumentos). Mākslas terapeits ir ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo maģistra grādu veselības aprūpē un profesionālo kvalifikāciju ar specializāciju vienā no mākslas veidiem – deĶu un kustību, drāmas, mūzikas vai vizuāli plastiskās mākslas terapijā (MK noteikumi Nr. 268).

Profesionāli izglītoti mākslas terapeiti veselības un sociālās aprūpes sistēmā Latvijā strādā gandrīz desmit gadus. Lai sekmētu mākslas terapeita profesijas turpmāko attīstību un noteiktu tās tālākās attīstības uzdevumus, ir jāizpēta / jāizzina aktuālā mākslas terapeitu prakses situācija.

2009. gadā tika aptaujāti vienas specializācijas – vizuāli plastiskās mākslas terapijas (VPMT) – maģistranti (vēlāk – pirmais profesionāli izglītais mākslas terapeitu izlaidums) par viņu prognozēm attiecībā uz savu profesionālo darbību [Mārtinsonē, 2009]. Šajā pētījumā, izmantojot adaptētu V. Karkuvas aptauju “Mākslu terapijas prakse” [Karkou, 1998; Karkou, Sanderson, 2006, 23], līdzās VPMT studentiem tika aptaujāti arī speciālisti³, kuri savā darbā izmanto mākslu, bet nav diplomēti mākslas terapeiti. Iegūtie dati salīdzināti ar Lielbritānijas un Krievijas datiem, jo tieši šo valstu pieredze visvairāk ir ietekmējusi gan izpratni par mākslas terapiju, gan profesijas attīstību. Rezultāti ir atspoguļoti vairākās publikācijās [Mārtinsonē, 2009; Martinsone, Karkou, 2009; Karkou, Martinsone, Nazarova, Vaverniece, 2010].

¹ Ministru kabineta noteikumi Nr. 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.

² Ministru kabineta noteikumi Nr. 461 “Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstoši pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību”.

³ Pēc dažādu kursu, semināru apguves šie speciālisti savā darbā izmanto mākslas metodes, bet viņu izglītība neatbilst profesijas “mākslas terapeits” prasībām.

Minētais pētījums parādīja, ka tieši formālā izglītība sniedz atšķirīgu profesionālo kompetenci, – atbilstoši profesijas standartā noteiktajam. Tādēļ kā viens no šī pētījuma rezultātiem ir minams fakts, ka Latvijā tika skaidrāk definēti jēdzieni terapeitiskā māksla, mākslas izglītība, mākslu terapija un nodalītas divas profesionālās darbības jomas: mākslas terapeiti un citu – palīdzošo un apmācošo – profesiju pārstāvji (pedagoģi, psiholoģi, psihoterapeiti, veselības aprūpes speciālisti, sociālie darbinieki un citu nozaru profesionāļi), kurās speciālisti, atbilstoši iegūtajai izglītībai un kvalifikācijai, pielieto mākslas metodes un tehnikas noteiktu profesionālo mērķu sasniegšanai. Tādējādi tika precizētas profesionālās darbības un atbildības robežas, parādot kopīgo un atšķirīgo šo profesiju⁴ specifiskā [Mārtinsone, Mihailovs, Vāverniece, 2010]. Jāuzsver, ka mūsdienās ne tikai Latvijā, bet arī daudzviet pasaulē tiek izdalīti divi jēdzieni: “mākslu terapija” un “mākslu metožu un tehniku izmantošana profesionālajā darbībā”. Piemēram, kā norāda Krievijas Mākslas terapijas asociācijas priekšsēdētājs, medicīnas zinātņu doktors A. Kopitins, svarīgi ir nejaukt šos abus jēdzienus (attiecībā uz saturu un formu, mērķiem un uzdevumiem), lai nepieļautu terapeitiskās prakses izkropļojumu un aizvietošanu ar citām, tai neraksturīgām darbības formām [*Копытин, Свистовская, 2007*].

Pētījuma mērķis

Šī pētījuma mērķis bija izpētīt mākslas terapeitu praksi Latvijā un salīdzināt četru specializāciju (deju un kustību terapijas, drāmas terapijas, mūzikas terapijas un VPMT) prakses raksturojumus. Tika iegūti rezultāti par vairākiem mākslas terapeita prakses aspektiem (darba vidi, darbības un sadarbības veidu, klientu / pacientu grūtībām, vecumu, galvenajām teorijām, kas ietekmē mākslas terapeita darbu, teorētiskajām pieejām, izvērtējumu, novērtējuma principiem, mākslas terapeitu biogrāfisko informāciju), taču šajā rakstā atainoti trīs galvenie: darba vide, klientu / pacientu grūtības un teorētiskās pieejas.

Attiecībā uz darba vidi, kā minēts iepriekš, mākslas terapeits strādā veselības un sociālās palīdzības, izglītības iestādēs, privāti, nevalstiskās organizācijās vai citur.

Attiecībā uz klientu / pacientu grūtībām, ar kurām visbiežāk strādā mākslas terapeiti, pastāv vairāki veidi, kā tās raksturot.

Lai arī Latvijā visbiežāk tiek izmantota Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK) [Pasaules Veselības organizācija, 2001], definējot mākslas terapijas mērķus, šajā aptaujā tika izmantotas V. Karkuvas izdalītās septiņas galvenās klientu / pacientu grūtību (problēmu) grupas [Odell-Miller, 2003; QAA, 2004, pēc Karkou, Sanderson, 2006, 23]:

- 1) garīgās veselības problēmas (emocionālas / uzvedības grūtības), piemēram, šizofrēnija, depresija, trauksme, panikas lēkmes, demence, personības traucējumi, ešanas traucējumi, posttraumatiskais stress, paškaitējums;

⁴ Māksla, terapeitiskā māksla, mākslas izglītība, mākslu terapija.

- 2) mācīšanās grūtības, kuras var būt vieglas, vidējas, smagas. Šajā grupā iekļaujas autiskā spektra traucējumi, UDHS, valodas un komunikācijas problēmas;
- 3) sociāli zaudējumi – ieslodzījums, sociāli ierobežojumi vai izslēgšana, cilvēki, kuri ir emigranti, bēgļi, likumpārkāpēji, bezpajumtnieki;
- 4) medicīniskas problēmas – piemēram, vēzis, AIDS, HIV, hroniskas sāpes;
- 5) fiziskas un / vai sensoras grūtības;
- 6) multipli traucējumi;
- 7) nav redzamu / specifisku grūtību – piemēram, grūtības, kas saistītas ar stresu, zemu pašvērtējumu, kā arī tādas klientu / pacientu vajadzības kā radošums, personības izaugsme.

Savukārt mākslu terapijas teorētisko pamatu tradicionāli veido nozīmīgākie psiholoģijas un psihoterapijas virzieni (teorijas), kā arī mākslas (dejas, mūzikas, drāmas) un mākslinieciskā procesa dziļa izpratne [Malchiodi, 2003; Rubin, 2001; Karkou, Sanderson, 2006; Mārtinsons, 2011].

V. Karkouva, balstoties uz pētījuma rezultātiem (Karkou, Sanderson, 2006), aptaujā izdala sešas galvenās teorētiskās pieejas (un tām atbilstošus principus):

- 1) humānistisko;
- 2) psihoanalītisko / psihodinamisko;
- 3) attīstības;
- 4) māksliniecisko;
- 5) aktīvo / direktīvo;
- 6) integratīvi eklektisko pieeju.

Materiāls un metode

Instrumentārijs. Eiropas mākslu terapijas aptauja (*European Arts Therapies Survey 2011*) [Karkou, 2011], kura pētījuma ietvaros tika tulkota latviski saskaņā ar testu / aptauju adaptēšanas vadlīnijām [Raševska, 2005]. Divi neatkarīgi un kompetenti tulki iztulkoja aptauju latviski, apkopotais tulkojuma variants tika pārtulkots atpakaļ uz oriģinālvalodu un saskaņots ar aptaujas autori. Jēdziens “klients” latviešu versijā tika aizstāts ar “klients / pacients”, jo šādu apzīmējumu Latvijā lieto, lai atspoguļotu atšķirīgo mākslas terapijas pakalpojuma saņēmēju statusu noteiktā vidē.

Aptauja ietver sešus jautājumu blokus:

- 1) vispārējā informācija par praksi (t. sk., darba vide un klientu / pacientu grupas);
- 2) teorētiskais pamats un principi;
- 3) galvenās pielietotās pieejas;
- 4) izvērtējuma un novērtējuma principi;
- 5) biogrāfiskā informācija;
- 6) papildu informācija.

Aptaujas jautājumiem Nr. 11–16 (jautājumu kopām, kas katra attiecas uz vienu no teorētiskajām pieejām⁵) tika aprēķināti iekšējās saskaņotības rādītāji. Visiem jautājumiem kopā $\alpha = 0,89$, bet katrai atsevišķai jautājumu kopai – robežās no 0,66 līdz 0,83.

Procedūra. Laikā no 2012. gada 10. jūlija līdz 30. oktobrim interneta vietnē (*Bristol Online Surveys System*) mākslas terapieti tika aicināti aizpildīt Eiropas mākslu terapijas aptauju.

Tika izsūtītas 85 elektroniskā pasta vēstules ar uzaicinājumu piedalīties aptaujā un īsa informācija par pētījumu tiem Latvijas mākslas terapieti, kuri:

- 1) ir ieguvuši otrā līmeņa profesionālo augstāko izglītību veselības aprūpē un profesionālo kvalifikāciju ar specializāciju vienā no mākslas veidiem (vizuāli plastiskā māksla, dejas un kustība, drāma, mūzika) Rīgas Stradiņa universitātē vai Liepājas Universitātē;
- 2) ir ieguvuši līdzvērtīgu izglītību ārzemēs;
- 3) šobrīd praktizē.

Pētījuma dalībnieki. Aptaujā piedalījās 65 mākslas terapieti, tomēr 11 anketas tika atzītas par nepilnīgi aizpildītām, vēl trīs respondenti atbildēja, ka vairs nepraktizē, tāpēc pētījumā nepiedalīsies. Līdz ar to pētījuma izlasi veido 51 mākslas terapeits (50 sievietes, viens vīrietis). 48 mākslas terapieti izglītību ieguvuši Latvijā, trīs – citur Eiropā (Vācijā, Lielbritānijā, Zviedrijā), 47 no aptaujātajiem ir mākslu terapijas profesionālo asociāciju biedri.

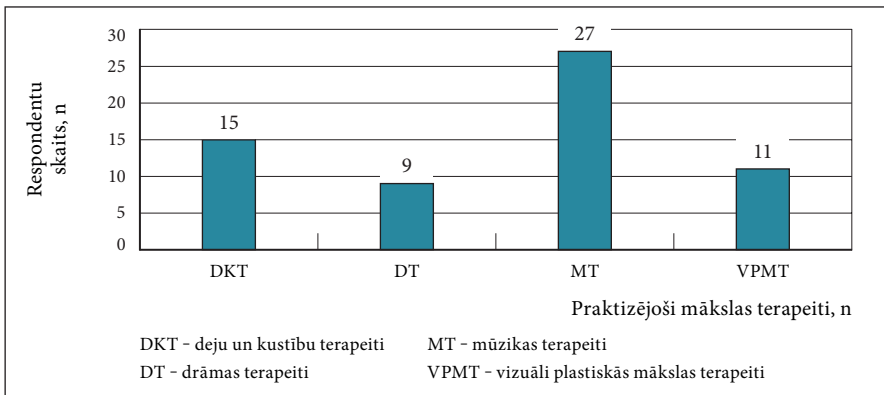
1–3. att. (sk. 50. lpp.) ilustrē praktizējošo mākslas terapeitu biogrāfisko informāciju.

Vispirms tika aprēķināti aprakstošās statistikas rādītāji (M , SD un biežums (%)) *MS Excel* un *SPSS 20* programmās. Lai salīdzinātu izlases – četru specializāciju mākslas terapeitu sniegtās atbildes –, tika veikts z (proporciju) tests, ja atbildes sniegtas nominālajā skalā, un t (Stjudenta) tests, ja atbildes sniegtas intervālu skalā. Ja $z_{apr.} > z_{krit.}$ ($z_{krit.} = 1,96$, $p < 0,05$) un $t_{fakt.} > t_{krit.}$ (sk. 5. tab., sk. 55. lpp.), tad atbilstoši % vai vidējais aritmētiskais (M) statistiski nozīmīgi atšķiras, kas tabulās izcelts treknrakstā.

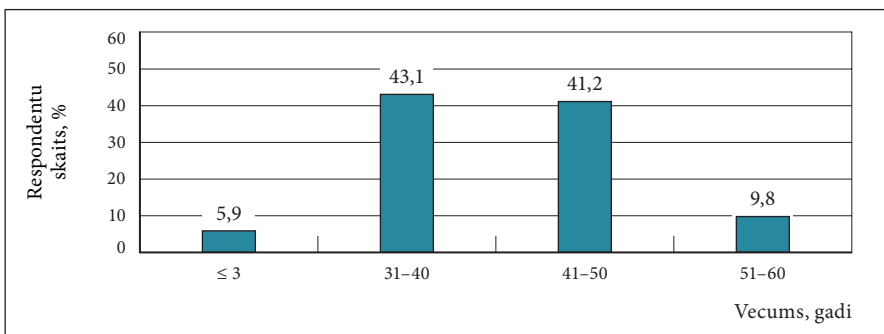
Tika salīdzinātas šādas grupas:

- 1) mūzikas terapieti un vizuāli plastiskās mākslas terapieti (MT un VPMT);
- 2) MT un drāmas terapieti (DT);
- 3) MT un dejas un kustību terapieti (DKT);
- 4) VPMT un DT;
- 5) VPMT un DKT;
- 6) DT un DKT.

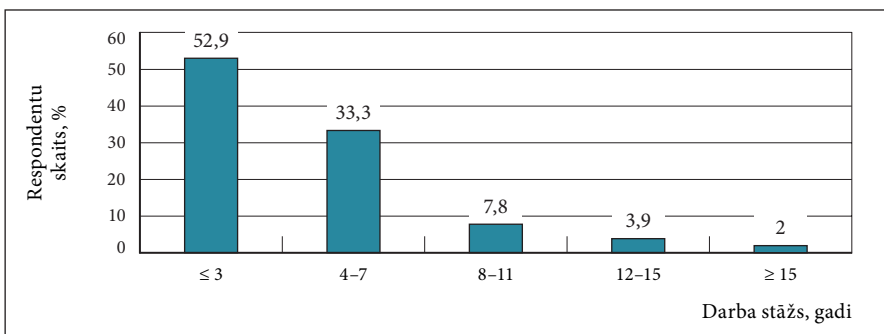
⁵ Humānistiskā pieeja, psihoanalītiskā / psihodinamiskā pieeja, attīstības pieeja, mākslinieciskā / radošā pieeja, aktīvā / direktīvā pieeja, integratīvi eklektiskā pieeja.



1. attēls. Respondentu ($n = 51$) iedalījums atbilstoši specializācijām (2012. gads)⁶



2. attēls. Praktizējošo mākslas terapietu ($n = 51$) vecums



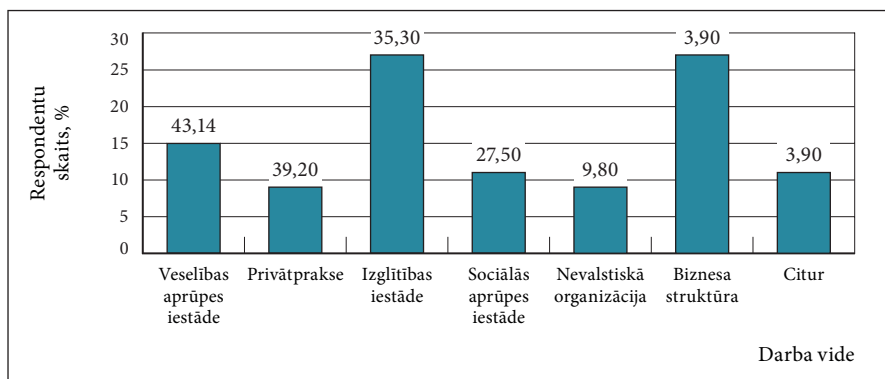
3. attēls. Mākslas terapietu ($n = 51$) darba stāžs

⁶ 2013. gada februārī studijas visās specializācijās beidza vēl 17 mākslas terapieti, no kuriem daļa jau strādā, savukārt 2014. gada februārī – 12 mākslas terapieti.

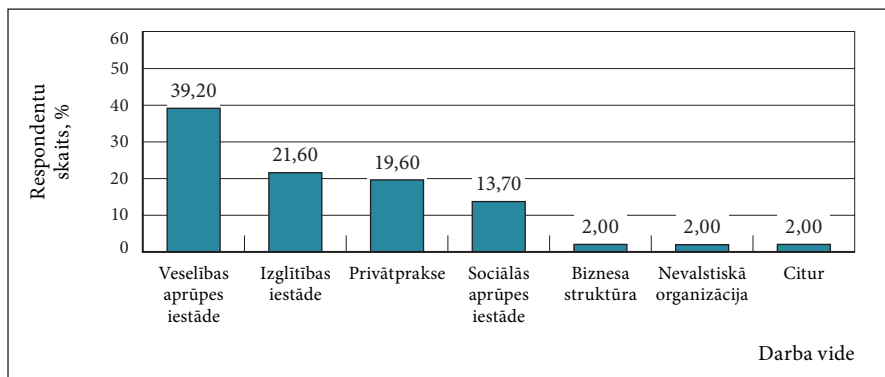
Rezultāti

Darba vide. Visu specializāciju mākslas terapeiti Latvijā nereti strādā dažādās darba vidēs vienlaikus, visbiežāk minētas veselības aprūpes iestādes (43,1%), privātprakse (39,2%) un izglītības iestādes (35,3%), sk. 4. att. Bet, nosaucot savu pamata darbavietu, relatīvi biežāk visām specializācijām tā ir veselības aprūpes iestāde (sk. 1. tab., 5. att.).

Starp četrām specializāciju grupām neparādās statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz darba vidi, taču pamanāma tendence, ka MT nedaudz biežāk strādā izglītības vidē nekā pārējo specializāciju mākslas terapeiti, un ka MT un DT vispār nestrādā biznesa struktūrās. Attiecībā uz sadarbības veidu statistiski nozīmīgi retāk VPMT izvēlas strādāt vieni (tātad vairāk darbojas komandā), bet DT un DKT – mazāk strādā komandā ar citiem profesionāļiem.



4. attēls. Mākslas terapeitu darba vide



5. attēls. Mākslas terapeitu galvenā darba vide

1. tabula. Mākslas terapeitu galvenā darba vide un sadarbība

Parametri	Visas spec., % (n = 51)	DKT, % (n = 15)	DT, % (n = 8)	MT, % (n = 20)	VPMT, % (n = 8)	MT un VPMT, z'	MT un DT, z	MT un DKT, z	VPMT un DT, z	VPMT un DKT, z	DT un DKT, z
Darba vide											
Veselības aprūpes iestāde	39,2	33,3	62,5	30,0	50,0	1,00	1,59	0,21	0,50	0,78	1,34
Sociālās aprūpes (pakalpojumu) iestāde	13,7	26,7	—	10,0	12,5	0,19	—	1,29	—	0,78	—
Nevalstiskā organizācija	2,0	—	—	—	12,5	—	—	—	—	—	—
Izglītības vide	21,6	20,0	25,0	30,0	—	—	0,26	0,67	—	—	0,28
Biznesa struktūra	2,0	6,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Privātprakse	19,6	13,3	12,5	25,0	25,0	0,00	0,73	0,85	0,64	0,70	0,06
Cituri	2,0	—	—	5,0	—	—	—	—	—	—	—
Sadarbība											
Strādā viens(a)	66,7	66,7	87,5	70,0	37,5	1,59	0,97	0,21	2,07	1,34	1,08
Komandā ar citiem mākslas terapeitiem	21,6	20,0	25,0	15,0	37,5	1,31	0,62	0,39	0,54	0,91	0,28
Komandā ar citiem profesionāļiem	56,9	33,3	37,5	70,0	87,5	0,97	1,59	2,15	2,07	2,48	0,20
Citādi	3,9	13,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* z – proporciju tests.

Klientu / pacientu raksturojums. Visu specializāciju mākslas terapieti nereti strādā ar vairākām grūtību kategorijām vienlaikus. Kā redzams 2. tabulā, tad tās visbiežāk ir: mācīšanās grūtības (70,6%), garīgās veselības problēmas (68,6%), fiziskas / sensoras grūtības (54,9%).

Var novērot tendenci, ka līdzās attīstības traucējumiem / mācīšanās grūtībām un garīgās veselības problēmām, kas ir visu specializāciju mākslas terapietu visbiežāk nosauktās, tomēr:

- DKT vairāk nekā citās specializācijās strādā ar fiziskām / sensorām grūtībām, multipliem traucējumiem;
- DT vairāk nekā citās specializācijās saskaras ar klientiem / pacientiem, kuriem nav redzamu / specifisku grūtību, kuriem ir medicīniskas problēmas, bet vispār nestrādā ar klientiem / pacientiem, kuriem ir multipli traucējumi;
- MT praksē sastopamas visas klientu / pacientu grūtību kategorijas, taču mazāk nekā citās specializācijās – medicīniskas problēmas un “nav redzamu / specifisku grūtību”;
- VPMT vairāk nekā citas specializācijas saskaras ar klientiem / pacientiem, kuriem ir sociāli nelabvēlīgi apstākļi, bet mazāk – kuriem ir multipli traucējumi.

Lūgti nosaukt vienu galveno klientu / pacientu grūtību kategoriju (sk. 3. tab.), visu specializāciju mākslas terapieti min garīgās veselības problēmas (31,4%)⁷. Starp specializācijām nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz galveno klientu / pacientu grūtību kategoriju.

Kā redzams 4. tabulā, mākslas terapietu praksē sastopami visu vecumu klienti / pacienti, tomēr ar senioru grupu mākslas terapieti strādā daudz retāk. Mūzikas terapieti biežāk nekā pārējie strādā ar bērniem, bet DT un VPMT – ar pieaugušajiem.

⁷ Šie rezultāti atspoguļo faktu, ka līdz 2012. gadam mākslas terapieti vairumā gadījumu strādāja šajā jomā. Prognozējams, ka tuvākajā laikā situācija mainīsies, jo vairāki mākslas terapieti ir uzsākuši darbu rehabilitācijas iestādēs.

2. tabula. Klientu / pacientu grūtības

Grūtību kategorijas	Visas spec., % (n = 51)	DKT, % (n = 15)	DT, % (n = 8)	MT, % (n = 20)	VPMT, % (n = 8)
Attīstības traucējumi / mācīšanās grūtības	70,6	60,0	62,5	85,0	62,5
Fiziskas / sensoras grūtības	54,9	80,0	12,5	65,0	25,
Garīgās veselības problēmas	68,6	66,7	62,5	75,0	62,5
Multipli traucējumi	27,5	46,7	0	30,0	12,5
Sociāli nelabvēlīgi apstākļi	45,1	46,7	37,5	40,0	62,5
Medicīniskas problēmas	45,1	60,0	62,5	25,0	50,0
Nav redzamu / specifisku grūtību	33,3	40,0	50,0	20,0	37,5
Citas grūtības	5,0	20,0	25,0	0	0

3. tabula. Galvenās klientu / pacientu grūtības mākslas terapiju praksē

Grūtību kategorijas	Visi, % (n = 51)	DKT, % (n = 15)	DT, % (n = 8)	MT, % (n = 20)	VPMT, % (n = 8)	MT un VPMT, z'	MT un DKT, z	VPMT un DKT, z	DT un DKT, z
Attīstības traucējumi / mācīšanās grūtības	11,8	13,3	—	20,0	—	—	0,52	—	—
Fiziskas / sensoras grūtības	7,8	6,7	—	15,0	—	—	0,77	—	—
Garīgās veselības problēmas	31,4	26,7	37,5	25,0	50,0	1,28	0,66	0,11	0,50
Multipli traucējumi	5,9	6,7	—	10,0	—	—	0,35	—	—
Sociāli nelabvēlīgi apstākļi	13,7	13,3	12,5	10,0	25,0	1,02	0,19	0,31	0,64
Medicīniskas problēmas	17,6	20,0	25,0	15,0	12,5	0,17	0,62	0,39	0,64
Nav redzamu / specifisku grūtību	7,8	6,7	12,5	5,0	12,5	0,70	0,70	0,21	0,00
Citas grūtības	3,9	6,7	12,5	—	—	—	—	—	—

* z – proporciju tests.

4. tabula. Klientu / pacientu vecums

Vecuma grupas, gadi	Visi, % (n = 51)	DKT, % (n = 15)	DT, % (n = 8)	MT, % (n = 20)	VPMT, % (n = 8)	MT un VPMT, z'	MT un DT, z	VPMT un DT, z	VPMT un DKT, z	DT un DKT, z
Bērni (līdz 11 g.)	66,7	53,3	50,0	85,0	62,5	1,31	1,93	0,50	0,42	0,15
Pusaudži (11–16 g.)	56,9	53,3	75,0	50,0	62,5	0,60	1,21	0,54	0,42	1,01
Jaunieši (17–25 g.)	47,1	53,3	62,5	40,0	37,5	0,12	1,08	1,00	0,72	0,42
Pieaugušie (26–65 g.)	62,7	66,7	100	35,0	87,5	2,51	3,12	1,03	1,08	1,85
Seniori (> 65 g.)	19,6	33,3	12,5	20,0	—	—	0,47	0,89	—	1,08

* z – proporciju tests.

5. tabula. Teorētiskās pieejas, aprakstošās statistikas rādītāji un t testa rezultāti

Teorētiskās pieejas	MT (n = 20), M*	VPMT (n = 8), M	DT (n = 8), M	DKT (n = 15), M	MT, SD**	VPMT, SD	DT, SD	DKT, SD	MT un VPMT, $t_{krit} = 2,06^{***}$	MT un DT, $t_{krit} = 2,06$	MT un DKT, $t_{krit} = 2,03$	VPMT un DT, $t_{krit} = 2,14$	VPMT un DKT, $t_{krit} = 2,08$	DT un DKT, $t_{krit} = 2,08$
Humānistiskā	1,9	1,9	2,0	1,7	0,2	0,3	0,3	0,2	0,51	0,76	4,48	0,79	2,35	3,52
Psihoanalītiskā / psihodinamiskā	2,5	2,2	2,0	2,0	0,2	0,3	0,3	0,2	3,05	5,11	7,69	1,36	2,34	0,44
Attīstības	1,8	1,9	2,3	2,0	0,2	0,3	0,3	0,2	0,99	4,96	2,41	2,21	0,53	2,87
Mākslinieciskā / radošā	2,1	2,1	2,1	1,7	0,2	0,3	0,3	0,2	0,52	0,44	5,70	0,06	4,13	4,12
Aktīvā / direktīvā	1,8	1,9	2,2	1,7	0,2	0,3	0,3	0,2	1,29	4,23	1,55	1,70	2,06	4,68
Integratīvi elektiskā	1,8	1,9	1,9	1,6	0,2	0,3	0,3	0,2	1,19	1,78	1,95	0,35	2,25	2,78

* M – vidējais aritmētiskais; ** SD – standartdeviācija; *** t_{krit} – Stjūdenta t tests.

Teorētiskās pieejas. Aptaujā katrai teorētiskajai pieejai veltīti vairāki apgalvojumi intervālu skalā, ko aptaujātie novērtējuši no “pilnīgi nepiekrītu” (5) līdz “pilnīgi piekrītu” (1). Jo mazāks vidējais aritmētiskais M , jo vairāk repondentu piekrīt apgalvojumiem (sk. 5. tab.). 5. tabulā var redzēt, ka visbiežāk novērtētā ir integratīvi eklektiskā pieeja. Vidējais rādītājs M no 1,6 līdz 1,9 liecina, ka lielākā daļa mākslas terapeitu uz apgalvojumiem atbildējuši ar “pilnīgi piekrītu” vai “pārsvārā piekrītu”. Salīdzinoši retāk izvēlēta psihoanalītiskā / psihodinamiskā pieeja – M ir no 2,0 līdz 2,5.

Rezultāti un secinājumi

Apkopojot pētījuma rezultātus, var secināt, ka ir tādi mākslas terapeita prakses aspekti, kuros atšķirības starp četrām specializācijām ir minimālas, piemēram, darba vide, klientu / pacientu grūtības, vecums, darbības (individuāli / grupā / pāri u. tml.) un sadarbības veidi (viens, komandā ar citiem profesionāļiem / mākslas terapeitiem) – tātad, jautājumi, kas attiecas uz t. s. “vispārējo informāciju par praksi”. Visu specializāciju mākslas terapeiti kā galveno darba vidi atzīmējuši veselības aprūpes iestādē. Šie rezultāti atšķiras no jau minētā 2009. gada pētījuma rezultātiem, kur aptaujātie vienas specializācijas (VPMT) studenti prognozēja strādāt galvenokārt privāti [Mārtinsone, 2009].

Ir redzams, ka profesijas reglamentācija un skaidrāka pozīcija veselības aprūpes vidē ir veicinājusi to, ka mākslas terapeiti arvien vairāk tiek atzīti, labāk iekļaujas multiprofesionālas komandas darbā, kā arī tiek radītas jaunas darba vietas ārstniecības iestādēs. Lai arī profesijas standartā ir teikts, ka mākslas terapeits strādā ne vien veselības aprūpes, bet arī sociālās palīdzības un izglītības vidē, šobrīd tieši veselības aprūpes vidē ir izvirzījusies kā prioritāte. No vienas puses, to nosaka profesijas izveides vēsture – arī Lielbritānijā (šīs valsts modelis ir adaptēts Latvijā) mākslas terapeiti strādā veselības aprūpē, un regulējums (sertifikācija kā ārstniecības personai), no otras puses, izglītības programmas prasības, jo tiek iegūts maģistra grāds veselības aprūpē. Vienlaikus ir saprotams, ka mākslas terapeitu darbs ir nozīmīgs arī sociālo pakalpojumu un sociālās aprūpes vidē, piemēram, Nīderlandē rit diskusija par mākslas terapeita un sociālā darbinieka profesijas robežām [Smeijsters, 2009]. Savukārt Lielbritānijā ir aktualizēts jautājums par mākslas terapeita darbu izglītības vidē [Karkou, 2009]. No teiktā var secināt, ka kā nākamais uzdevums profesijas attīstībā ir stiprināt mākslas terapeitu darba iespējas arī citās darba vidēs.

Lielākās atšķirības starp četrām specializāciju mākslas terapeitu vērtējumiem parādās teorētisko principu un teorētisko pieeju izvēlē un atzīšanā. Katrai specializācijai ir savas raksturīgas tendences, šo izvēli nosaka vairāki faktori (klientu / pacientu vecums, grūtības, darba vide, paša mākslas terapeita pieredze un iepriekšējā izglītība), no kā izriet mākslas terapijas procesa teorētiskais pamatojums.

Tā kā Latvijā mākslas terapeitu izglītības programmās vairāk tiek uzsvērti integratīvi / eklektiskā pieeja un tās principi, tad, vismaz sākotnēji, arī savā praksē mākslas terapeiti pamatojas tieši uz šo pieeju. Un tas atspoguļojas arī pētījuma rezultātos, kur integratīvi / eklektiskā pieeja ir visaugstāk novērtētā visās specializācijās (tūlīt aiz tās – humānistiskā pieeja). Integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā tika formulēta 2008. gadā [Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008] un tiek attīstīta [Mārtinsone, 2011].

Savukārt, ja aplūko atšķirības attiecībā uz galvenajām teorētiskajām pieejām, tad redzams, ka nozīmīgi atšķiras MT un DKT specializācijas. Mūzikas terapija ir vienīgā specializācija, ko Latvijā var apgūt divās augstskolās – Rīgas Stradiņa universitātē un Liepājas Universitātē. Lai gan abas studiju programmas ir veidotas, pamatojoties uz mākslas terapeita profesijas standartu, atšķiras skatījums uz teorētisko pamatu. Mūzikas terapeiti viszemāk novērtē psihoanalītisko / psihodinamisko pieeju. Lai gan Eiropā mūzikas terapijā kopumā vērojama spēcīga psihoanalītiska / psihodinamiska virziena attīstība [Wigram, et al., 2002], Latvijas situācija ir atšķirīga attiecībā uz Liepājas Universitātes absolventiem, jo, kā zināms, lielu ietekmi uz profesijas attīstību sākotnēji atstāj tās pionieri [Karkou, Sanderson, 2006; Martinsone, Kopitins, 2009]. Latvijā mūzikas terapija ir ienākusi no Vācijas, pateicoties radošās mūzikas terapijas virziena pārstāvim *Dr. rer. med.* Raineram Hausam (*Reiner Haus*), kurš kopš 1998. gada sniedzis nozīmīgu ieguldījumu pirmo profesionālo Latvijas mūzikas terapeitu sagatavošanā Liepājas Universitātē. Radošā mūzikas terapija spēcīgi balstās humānistiskajā pieejā, un pašos pirmsākumos tā bija veltīta bērniem ar īpašām vajadzībām. Laika gaitā pieeja ir mainījusies un attīstījusies, taču tās pamatā joprojām ir neirofizioloģiskais pamatojums (piemēram, rokas un mutes motorikas sasaiste) un pārliecība par ikviena cilvēka spēju emocionāli atsaukties un piedalīties mūzikas radīšanā [Paipare, 2011, 357].

Lai arī var uzskatīt, ka pētījums ļauj izvērtēt esošo situāciju un noteikt profesijas tālākās attīstības uzdevumus, ir jānosauc arī vairāki tā ierobežojumi – atšķirīgs aptaujāto skaits katrā specializācijā, kā arī tas, ka DT un VPMT specializācijā tas ir salīdzinoši mazs. Tikai DKT anketu aizpildīja pilnīgi visi praktizējošie mākslas terapeiti, tāpēc iegūtie rezultāti precīzi atspoguļo raksturīgo šajā specializācijā.

Tomēr jāsecina, ka nepilnu 10 gadu laikā mākslu terapija Latvijā piedzīvojuši strauju attīstību, tā ir “iedzīvojusies” vairākās darba vidēs, apliecinājusi savu potenciālu darbā ar dažādiem klientiem pacientiem.

Literatūra

1. Ārstniecības likums // <http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108> (sk. 20.02.2013.).
2. Mākslas terapeita profesijas standarts // <http://www.arttherapy.lv/lv/profesijasstandarts> (sk. 20.02.2013.).

3. Mārtinsone K. Mākslas terapijas prakses raksturojumi un teorētiskās nostādnes – salīdzinošais aspekts: Latvija, Lielbritānija, Krievija. Pētījuma rezultāti // Mākslas terapija: teorija un prakse / Sast. un red. Mārtinsone K. – Rīga: Drukātava, 2009. – 80.–103. lpp.
4. Mārtinsone K. Mākslu terapijas izveide un attīstība Latvijā // Mākslu terapija / Sast. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2011. – 55.–75. lpp.
5. Mārtinsone K., Mihailova J., Vāverniece I. Māksla, terapeitiskā māksla, mākslas izglītība, mākslu terapija – mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā: jēdzieni, atšķirības, atbildība // Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā / Mārtinsone K. (red.). – Rīga: RaKa, 2010.
6. Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I. J., Majore-Dūšeļa, I., Paipare M. Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā). – Rīga: RSU, 2008.
7. Mārtinsone K., Kopitins A. Mākslas terapijas priekšteči un pionieri // Mākslas terapija: teorija un prakse / Mārtinsone K. (red.). – Rīga: Drukātava, 2009. – 47.–58. lpp.
8. Medicīniskās tehnoloģijas “Mākslu terapija” // <http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/arstnieciba-izmantojamo-medicinisko-tehnologiju-datu-baze/30-rehabilitacijas-mediciniskie-pakalpojumi/makslu-terapija> (sk. 20.02.2013.).
9. Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461 “Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību” // <http://www.likumi.lv/doc.php?id=210806> (sk. 20.02.2013.).
10. Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumi Nr. 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” <http://www.likumi.lv/doc.php?id=190610> (sk. 20.02.2013.).
11. Paipare M. Mūzikas terapija // Mākslu terapija / Mārtinsone K. (red.) – Rīga: RaKa, 2011. – 340.–371. lpp.
12. Smeijsters H. Pētījums praksē // Pētījumi mākslu terapijā / Sast. K. Mārtinsone. – Rīga: Drukātava, 2010. – 38.–78. lpp.
13. Pasaules Veselības organizācija. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija. – Ženēva: Pasaules Veselības organizācija, 2001. (Latviskais tulkojums: Rīga, 2003.).
14. Karkou V., Martinsone K., Nazarova N., Vaverniece I. Art therapy in the postmodern world: Findings from a comparative study across the UK, Russia and Latvia // *The Arts in Psychotherapy*, 2010; 38(2): 86–95. ISSN 0197-4556. Database: ScienceDirect.
15. Karkou V., Sanderson P. Arts therapies: a research based map of the field. – Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2006.
16. Karkou V. Arts therapies in schools: research and practice. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.
17. Malchiodi C. Handbook of art therapy. – New York: Guilford Press, 2003.
18. Martinsone K., Karkou V., Nazarova N., Vaverniece I. Art therapy practice in Latvia, in the UK and in Russia: a comparison of different environments of work // Collection of research articles: Economics. Communication. Politics. Sociology. Social policy and social work. Law. – Rīga: RSU, 2010. – Pp. 155–162.

19. Martinsone K., Karkou V., Nazarova N., Vaverniece I. Different art therapy traditions: comparisons across the UK, Latvia and Russia. 10th European Arts Therapies Conference “The space between – the potential for change” // Conference Handbook and Abstract Book. – Ottersberg University of Applied Sciences, 2009. – P. 28.
20. Rubin J. A. Approaches to art therapy. Theory and technique. – 2nd ed. – New York: Brunner Routledge, 2001.
21. Wigram T., Pedersen I. N., Bonde L. O. A comprehensive guide to music therapy. Theory, clinical practice, research and training. – Jessica Kingsley Publishers, 2002.
22. Копытин А., Свистовская Е. Е. Арт-терапия детей и подростков. – Москва: Когито-Центр, 2007.

MĀKSLAS TERAPEITA PROFESIONĀLĀS IDENTITĀTES VEIDOŠANĀS LATVIJĀ

Elīna Akmane, Kristīne Mārtinsone

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Mākslas terapeita profesija ir samērā jauna, tādēļ profesionāli izglītotiem mākslas terapeitiem sevi vēl ir jāaplicina darba tirgū, gan uzturot profesijas prestižu, gan arī stiprinot savu profesionālo identitāti [Mārtinsone, 2010; Karkou, Mārtinsone, 2010; Paiča, Mārtinsone, Karkou, 2013, 67–75]. Balstoties uz profesionālo apvienību asociācijas sniegto informāciju, Latvijā šobrīd ir 117 diplomēti mākslas terapeiti, kas darbojas ne tikai veselības aprūpes un izglītības, bet arī sociālās aprūpes jomā, kā privātajā, tā arī valsts sektorā¹.

Mākslu terapijas izglītība Latvijā sākās 2003. gadā, līdz ar profesionālo studiju programmu “Mūzikas terapija” Liepājas Pedagoģijas akadēmijā (tagad Liepājas Universitāte). 2006./2007. mācību gadā Rīgas Stradiņa universitātē (RSU) tika uzsākta profesionālās maģistrantūras programmas “Mākslas terapija” realizācija. Tās ietvaros tiek sagatavoti mākslas terapeiti četrās specializācijās – vizuāli plastiskās mākslas terapijā (VPMT), deju un kustību terapijā (DKT), mūzikas terapijā (MT) vai drāmas terapijā (DT, no 2007./2008. ak. gada). Studēt mākslu terapiju izvēlas cilvēki ar ļoti dažādu akadēmisko un personisko pieredzi².

Ir virāki modeļi, kā tiek aplūkota profesionālās identitātes attīstība. Šajā pētījumā tika izmantots D. C. Berlinera [*Berliners*, 1994, kā minēts, Geidžs, Berliners, 1998, 277–279] profesionālās identitātes attīstības modelis, kurā ir izdalītas piecas pakāpes un līmeņi, ko nosaka pēc profesionālās darbības ilguma un uzkrātās darba pieredzes apjoma. Viņu piedāvāto modeli, kaut arī tas veidots pedagoģijas jomā strādājošo profesionālās identitātes attīstības raksturošanai, var pielāgot citu profesiju pārstāvju profesionālās identitātes attīstības izpratnei, jo minētajā modelī identitātes attīstības process ir parādīts kā nepārtraukta pakāpeniska norise, kas sākas ar nepieredzējuša iesācēja izglītošanu, līdz tas sasniedz augstāko attīstības līmeni.

Pēdējās desmitgades laikā ir aktuāli pētīt medicīnas studentu profesionālās identitātes veidošanos [Wilson, Cowin, Johnson, Young, 2013; Wear, Castellani, 2000]. Tiek norādīts, ka profesionālās identitātes attīstība – tas, kā ārstniecības persona domā

¹ 2014. gada februārī RSU absolvēja vēl 12 jaunie mākslas terapeiti.

² RSU profesionālās maģistra studiju programmas “Mākslas terapija” uzņemšanas noteikumi // <http://www.rsu.lv/studiju-iespejas/magistra-studijas/studiju-programmas/makslas-terapija> (sk. 01.12.2013.).

par sevi kā par profesionāli, izjūt sevi, strādājot profesijā, ir tikpat svarīga kā prasmju pilnveidošana un zināšanu gūšana studiju procesā. Apzināta sevis izprašana profesionālās identitātes kontekstā ir saistīta arī ar karjeras panākumiem profesijas jomā.

Pētījuma mērķis

Pētījuma mērķis bija izpētīt, kādi ir mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošie faktori, un noteikt, kas palīdz un kas traucē mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstības procesā.

Pētījuma metode

Instrumentārijs:

- 1) individuāla elektroniska neklātienes aptaujas anketa mākslas terapeitiem un mākslu terapijas studentiem;
- 2) piecas fokusgrupas, kurās piedalījās diplomēti mākslas terapeiti un mākslu terapijas studenti.

Dalībnieki. Piedalījies pētījumā, elektroniski aizpildot aptaujas anketu, tika aicināti 187 diplomēti mākslas terapeiti un četru specializāciju mākslu terapijas studenti. Aptaujas anketas aizpildīja 101 dalībnieks (51 diplomēts mākslas terapeits, 50 mākslu terapijas studenti, kas studē mākslu terapiju RSU vai Liepājas Universitātē, to starpā seši mākslu terapijas studenti, kas šobrīd ir akadēmiskajā atvaļinājumā). Fokusgrupu diskusijās kopā piedalījās 13 diplomēti mākslas terapeiti un 19 mākslu terapijas studenti.

Procedūra. Tika izsūtītas 187 elektroniskā pasta vēstules ar uzaicinājumu piedalīties aptaujā un īsa informācija par pētījumu. Aptaujas dalībnieki dotās anketas aizpildīja tiešsaistē interneta vietnē *www.visidati.lv* laikposmā no 01.10.2013. līdz 31.10.2013. Aptauja tika veidota tā, lai tās dalībnieki atbildētu uz visiem jautājumiem, nevienu neizlaižot.

Tika organizētas piecas fokusgrupas (I, II, III, IV un V). Dalībai III, IV un V fokusgrupā tika aicināti RSU programmas “Mākslas terapija” 1., 2. un 3. kursa studenti pēc brīvprātības principa. Savukārt I un II fokusgrupā tika iesaistīti 13 diplomēti mākslas terapeiti – RSU tālākizglītības kursu programmas “Supervīzija” dalībnieki. Visu piecu fokusgrupu diskusijas (ar diskusijas dalībnieču piekrišanu) tika filmētas.

Datu analizē tika izmantota kontentanalīzes stratēģija – priekšmetā pamatotā teorija (*grounded theory*) [Strauss, Corbin, 1998; Kroplis, Raševska, 2010].

Rezultāti

Lai atbildētu uz pētījuma pirmo jautājumu, tika analizētas fokusgrupu diskusijas, kā arī analizēti dati, kas bija iegūti no aptaujas 29. jautājuma (“Kādi faktori ietekmē Jūsu kā mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanos?”).

Datu analīzei tika izmantota priekšmetā pamatotā teorija, kura nosaka vairākus secīgus soļus. Vispirms tika veikta fokusgrupu diskusiju videomateriāla transkripcija, vienlaikus veicot datu formālo kodēšanu – katram diskusijas dalībniekam piešķirot kodu, kas sastāv no fokusgrupas numura un dalībnieka kārtas numura diskusijas laikā (piemēram, F1-4). Tad, balstoties uz loģiski būvēto bloku pieeju [Kropļiņš, Raščevska, 2010, 132], tika veikta fokusgrupu respondentu izdalīto mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošo faktoru kontentanalīze, tos grupējot vispārīgākās kategorijās. Veidojot kategorijām vispārinošus nosaukumus, nereti tika lietotas tipiskākās attiecīgās jomas kategorijas, kurās iekļauti līdzīgas nozīmes faktori, piemēram, *iepriekšējā izglītība, pieredze, iepriekšējais fons, pagātnes pieredze, sava bāze, dzīves pieredze, sava pieredze, profesionālā pieredze* u. tml., kas tika apvienoti vienā kategorijā un vispārināti kā “Iepriekšējā pieredze”. Kontentanalīzes rezultātā tika izveidotas 23 kategorijas un iegūts vispārinātu identitātes veidošanos ietekmējošu faktoru saraksts, kas savukārt tika izmantots turpmākai faktoru klasificēšanai, analizējot kvalitatīvos datus no “Aptaujas anketas mākslas terapeitiem un mākslu terapijas studentiem” 29. jautājuma.

Veicot iegūto 23 kategoriju kontentanalīzi, tika iegūtas vispārinātas kategoriju jomas. Veidojot vispārinošus nosaukumus dažādām jomām, pirmkārt, tika ņemtas vērā pētījuma teorētiskajā daļā atspoguļotās mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošo faktoru jomas, tādas kā “Mākslu terapijas studijas, iegūtās zināšanas”, “Praktiska profesionālā darbošanās”, “Attiecības” (ar kolēģiem, pasniedzējiem u. c.), “Iepriekšējā pieredze”, “Personīgā pašizaugsme un tālākizglītība” un “Mākslas terapeita profesija”, otrkārt, ņemot vērā kontentanalīzē iegūtos rezultātus, tika izveidotas jaunas jomas, tādas kā “Iekšējie faktori” un “Ārējie faktori”.

Veicot no aptaujas anketas 29. jautājuma iegūto kvalitatīvo datu kontentanalīzi, respondentu izdalītie mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošie faktori tika grupēti iepriekš izveidotajās faktoru kategorijās. No jauna parādījās vēl divas kategorijas – “Grūti pateikt” un “Nav atbildes”, kā arī viena jauna kategoriju joma – “Grūti pateikt / nav atbildes”. Kopā tika izveidotas 25 kategorijas un deviņas kategoriju jomas (sk. 1. tab.).

Aplūkojot aptaujas 29. jautājuma atbilžu analīzes rezultātus (sk. 1. att.), redzams, ka visbiežāk minētie faktori, kas ietekmē mākslas terapeitu profesionālās identitātes veidošanos, ir kategorijā “Praktiska profesionālā darbība” ierindotie faktori (13,88%), kas iekļauj jebkura veida praktisku darbošanos profesijā, sākot ar mācību praksi studiju laikā, beidzot ar profesionālu darbu ar klientiem / pacientiem, strādājot savā amatā. Nākamie visbiežāk minētie faktori bija virkne personības īpašību un emociju, tādas kā – mērķtiecība, interese, vēlme palīdzēt, vēlme mainīties, gribasspēks, pacietība, izturība, apzinība, uzcītība u. c., kas tika apkopotas

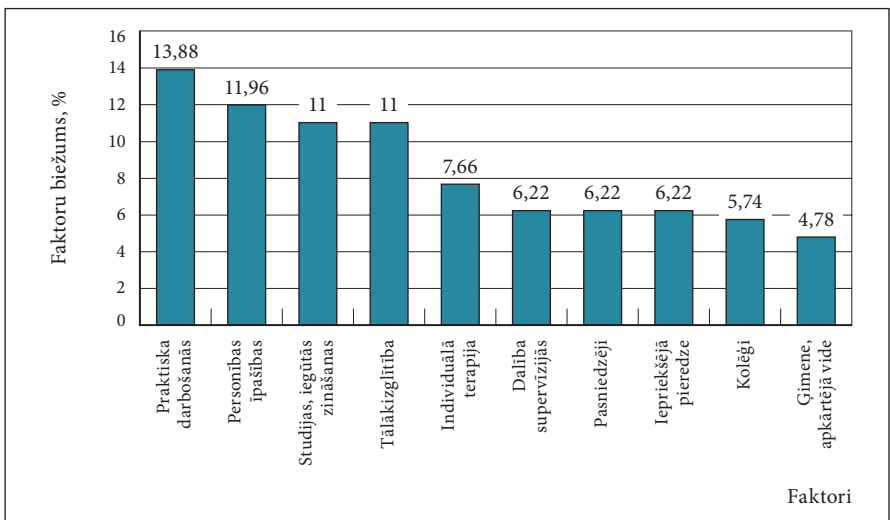
kategorijā “Personības īpašības, emocijas” (11,96%). Vienlīdz liels skaits pētījuma dalībnieku kā nozīmīgus minējuši arī kategorijas “Studijas, iegūtās zināšanas” (11%) un “Tālākizglītība” (11%) faktoros. Studijas, mācību process ietver sevī visas ar zināšanu ieguvī saistītās dalībnieku atbildes, ieskaitot arī individuālu literatūras studēšanu. Tālākizglītība ietver sevī piedalīšanos meistarklasēs, semināros, kursos, profesionālās un personības izaugsmes grupās.

1. tabula. Mākslas terapeita profesionālo identitāti veidojošo faktoru kategorijas

Nr. p. k.	Kategoriju joma	Kategorijas Nr.	Faktoru kategorijas	Kategorijas parādīšanās biežums (%) pēc aptaujas anketas (n = 101)	Kategorijas parādīšanās biežums (%) fokusgrupās				Kategorijas parādīšanās biežums (%) izlasē kopā (n > 101)
					Fokusgrupas I un II (diplomētas mākslas terapeites) (n = 13)	Fokusgrupa III (1. kursa studenti) (n = 9)	Fokusgrupa IV (2. kursa studenti) (n = 7)	Fokusgrupa V (3. kursa studenti) (n = 4)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	Mākslu terapijas studijas	1	Studijas, iegūtās zināšanas	11,00	10,79	19,15	11,11	14,29	12,41
		2	Augstskola	0,95	1,96	—	11,11	—	1,42
II	Praktiska profesionālā darbošanās	3	Praktiska darbošanās	13,88	9,81	—	—	19,06	9,57
		4	Dalība supervīzijās	6,22	5,88	—	—	19,05	4,26
		5	Sertifikācija	0,48	0,98	—	—	—	0,35
III	Attiecības	6	Kolēģi	5,74	5,88	10,64	7,41	9,52	5,32
		7	Pasniedzēji	6,22	3,92	14,89	18,52	9,52	5,67
		8	Supervizors kā personība	0,48	2,94	—	—	4,76	2,13
		9	Dalība asociācijā	1,44	4,90	2,12	7,41	4,76	3,19
		10	Vieslektori	0,96	4,90	—	—	—	1,77
		11	Citas autoritātes	0,48	—	—	—	—	1,06
IV	Iepriekšējā pieredze	12	Iepriekšējā pieredze	6,22	9,81	19,15	18,52	4,76	8,87

1. tabulas turpinājums

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
V	Personīgā paizaugsme un tālākizglītība	13	Tālākizglītība	11,00	8,82	6,38	—	—	8,87
		14	Individuālā terapija	7,66	1,96	4,26	7,41	—	5,32
		15	Radoša darbošanās	2,39	—	4,26	—	—	2,13
		16	Sevis izjūta	—	15,69	—	7,41	4,76	6,74
VI	Profesija	17	Profesijas sakārtotība Latvijā	1,44	—	12,77	3,70	—	2,13
		18	Profesijas skaidrošana citiem	0,48	4,90	—	3,70	—	2,13
VII	Iekšējie faktori	19	Personības īpašības, emocijas	11,96	0,98	—	—	—	8,51
		20	Mērķis, vīzija	—	5,88	—	3,70	9,52	3,19
		21	Pirmkursnieka entuziasms	—	—	6,38	—	—	1,06
		22	Morāls gandarījums	0,95	—	—	—	—	0,71
VIII	Ārējie faktori	23	Ģimene, apkārtējā vide	4,78	—	—	—	—	3,19
IX	Grūti pateikt / NA	24	Grūti pateikt	4,31	—	—	—	—	3,22
		25	Nav atbildes	0,96	—	—	—	—	0,72
Kopā				100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



1. attēls. Mākslas terapiju profesionālās identitātes veidošanas ietekmējošie faktori

1. attēlā ir atspoguļotas tikai tās faktoru kategorijas, kuru minēto vienību biežums pārsniedz 5%. Visas aptaujas anketās minētās faktoru vienības apkopotas 1. tabulā.

Analizējot par I un II fokusgrupu iegūtos datus, šīs abas fokusgrupas tika skatītas kā viens veselums, jo tās bija organizētas pēc akvārija principa un šajās fokusgrupās piedalījās viena līmeņa dalībnieki, proti, diplomēti mākslas terapeiti. Analizējot šos materiālus, ir redzams, ka mākslas terapeiti diskusijas laikā, apspriežot faktorus, kas ietekmē viņu, kā mākslas terapeitu, profesionālās identitātes veidošanos, bieži minēja ar savu *iekšējo izjūtu* saistītus jēdzienus, tāds kā: *sevis izzināšana; sevis piepildīšana no iekšpuses; izjūta, ka patīk; iekšējs process; iekšējās izjūtas nostiprināšana*. Blakus citiem biežāk minētajiem faktoriem, kas ietekmē mākslas terapeitu profesionālās identitātes veidošanos, tādiem kā: “Studijas, iegūtās zināšanas” (10,79%), “Praktiska profesionālā darbošanās” (9,81%), “Iepriekšējā pieredze” (9,81%), tieši kategorijas “Iekšējā izjūta” faktori bija minēti visbiežāk (15,69%). Dalībnieki vairākkārt norādīja, ka viņu profesionālās identitātes veidošanās ir *iekšējs process*, ka “profesionālās identitātes māja” *tiek celta iekšēji*.

Interpretējot šīs fokusgrupas rezultātus, jāsecina, ka diplomēti mākslas terapeiti, kuri savā profesionālajā attīstības ceļā ir beiguši mākslas terapijas studijas un, darbojoties profesionāli, ir ieguvuši darba pieredzi mākslas terapeita profesijā, visbiežāk ir minējuši tos faktorus, kas kontentanalīzes rezultātā ierindoti “Personīgās pašizaugsmes un tālākizglītības” jomas kategorijā “Sevis izjūta”. Tas norāda uz šīs fokusgrupas dalībnieku aktuālo situāciju, proti, ir pabeigtas studijas, iegūta pieredze, strādājot profesijā, un nu ir laiks un iespēja domāt par savu iekšējo izjūtu – “ši profesija ir “mana profesija”, “tas ir tas, ko es vēlos darīt”. Minētais liek šiem mākslas terapeitiem pastiprināti domāt par to, kā viņi izjūt sevi kā mākslas terapeitu, kā viņi integrē mākslas terapeitu sevi.

Analizējot III fokusgrupas datus (šajā diskusijā piedalījās RSU mākslu terapijas 1. kursa studenti), ir redzams, ka šobrīd viņiem palīdz pirmkursnieka entuziasms – vēlēšanās iegūt jaunas zināšanas, milzīga interese par notiekošo procesu un vēlme tajā iesaistīties, ko arī pierādīja tas, ka studenti aktīvi atsaucās dalībai fokusgrupā. Šīs fokusgrupas atzīmētie nozīmīgākie faktori, kas šobrīd ietekmē dalībnieču profesionālās identitātes veidošanos, ietilpināmi tādās kategorijās, kā – “Studijas, iegūtās zināšanas” (19,15%), “Iepriekšējā pieredze” (19,15%), “Pasniedzēji” (14,89%), kā arī “Profesijas sakārtotība Latvijā” (12,77%). Šie faktori norāda uz 1. kursa studentiem aktuālo situāciju, jo tie ir saistīti ar studiju sākumposmu un tā aktualitātēm – adaptēšanos augstskolā un studiju procesu, ar pasniedzējiem kā ar profesiju saistītām autoritātēm, ar neseno iepriekšējo pieredzi, kā arī ar profesijas juridisko sakārtotību Latvijā.

RSU Mākslu terapijas programmas 2. kursa studenti veidoja IV fokusgrupu. Šīs grupas dalībnieki grupas diskusijas laikā vairākkārt norādīja uz zināmu apjukumu, norādot, ka šobrīd neizjūt nekādu profesionālo identitāti vai izjūt studenta

identitāti. Minētās fokusgrupas atzīmētie nozīmīgākie faktori, kas šobrīd ietekmē dalībnieku profesionālās identitātes veidošanos, ietilpst tādās kategorijās, kā – “Pasniedzēji” (18,52%), “Iepriekšējā pieredze” (18,52%), “Studijas, iegūtās zināšanas” (11,11%), kā arī “Augstskola” (11,11%). Šie faktori norāda uz 2. kursa studentiem aktuālo situāciju, jo ir saistīti ar intensīvo studiju procesu. Šajā studiju posmā studenti kontaktējas galvenokārt ar pasniedzējiem un saņem atbalstu no tiem, tāpēc viens no visbiežāk minētajiem profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošiem faktoriem ir – pasniedzēji.

Mākslu terapijas studiju programmas 3. kursa studenti bija V fokusgrupas dalībnieki. Šajā fokusgrupā bija vērojama pretestība pret notiekošo procesu. Dalībnieku skaits bija mazs un uz izvirzīto jautājumu atbildes bija īsas. Iespējams, šo procesu ietekmēja tas, ka diskusijas moderatore un pētījuma autore bija šī kursa studente. Kaut arī diskusija nebija izvērsta, tomēr, analizējot atbildes uz šo jautājumu, var secināt, ka nozīmīgākie profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošie faktori ietilpst kategorijā “Praktiska profesionāla darbošanās” – “Praktiska darbošanās” (19,06%), kas ietver praktisku darbošanos gan prakses laikā, gan maģistra darba pētījuma ietvaros, kā arī “Dalība supervīzijās” (19,06%). Abi šie nozīmīgākie faktori norāda uz 3. kursa studentiem aktuālo situāciju, jo šajā mācību pusgadā studenti veic pētījumu maģistra darba ietvaros – notiek profesionālā darbošanās ar klientiem / pacientiem. Šajā laikā studenti apmeklē arī supervīzijas, kurās saņem nozīmīgu atbalstu pētījuma veikšanai.

Apkopojot var secināt, ka visu fokusgrupu dalībnieki nosauca katrai grupai aktuālos profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošos faktoros. Diplomētās mākslas terapeites kā nozīmīgāko faktoru atzīmēja “Iekšējās izjūtas” nostiprināšanu. 1. kursa studentu profesionālās identitātes veidošanos nozīmīgi ietekmē studiju process, kā arī palīdz *pirmkursnieka entuziasms*, kas ir ieinteresētības un aktivitātes pamatā. 2. kursa studenti izjūt apjukumu un kā nozīmīgāko profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošo faktoru min “Pasniedzējus”. Savukārt 3. kursa studentiem, kuri ir pieredzējuši profesionālu darbošanos studiju prakses un maģistra darba pētījumu ietvaros, nozīmīgākais faktors šobrīd ir “Praktiska profesionālā darbošanās”.

Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu, tika analizētas fokusgrupu diskusijas, apkopoti un analizēti 30. jautājuma (Kas Jums palīdz profesionālās tapšanas gaitā, kļūstot par mākslas terapeitu / attīstoties kā mākslas terapeitam?) un 31. jautājuma (Kas Jums traucē profesionālās tapšanas gaitā, kļūstot par mākslas terapeitu / attīstoties kā mākslas terapeitam?) atbilžu dati.

Vispirms, balstoties uz loģiski būvēto bloku pieeju, tika veikta fokusgrupu respondentu izdalīto mākslas terapeita profesionālās attīstības procesā palīdzošo faktoru kontentanalīze, tos grupējot datu analīzes pirmajos soļos izveidotajās mākslas terapeita profesionālās identitātes veidojošo faktoru kategorijās un kategoriju jomās. Tika saglabātas piecas iepriekš izveidotās kategoriju jomas, taču dažas

kategorijas tomēr ir izmainītas. Proti, no kategoriju saraksta tika izņemtas kategorijas “Sertifikācija”, “Citas autoritātes” un “Sevis izjūta”, jo tās palīdzošo faktoru kontekstā vairs nebija aktuālas. Kategoriju saraksts tika papildināts ar kategoriju “Individuāla literatūras studēšana”, “Profesionālās literatūras pieejamība”, kā arī “Darbs multidisciplinārā komandā”. Jaunajām kategorijām tika izveidoti vispārinoši nosaukumi, un tajās iekļauti līdzīgas nozīmes faktori, piemēram, *literatūras studēšana, padziļināta teorijas apgūšana, literatūra, profesionālas literatūras lasīšana, literatūras studijas, literatūras avoti, informācija, profesionālā literatūra un periodika, pašizglītošanās* u. tml., kas tika apvienoti vienā kategorijā un vispārināti kā “Individuāla literatūras studēšana”. Kopumā saglabātas deviņas kategoriju jomas un 25 faktoru kategorijas (sk. 2. tab.).

2. tabula. *Mākslas terapeita profesionālās attīstības procesā palīdzošo faktoru kategorijas*

Nr. p. k.	Kategoriju joma	Kategorijas Nr.	Faktoru kategorijas	Kategorijas parādīšanās biežums (%) pēc aptaujas anketas (n = 101)	Kategorijas parādīšanās biežums (%) fokusgrupās			Kategorijas parādīšanās biežums (%) izlasē kopā (n > 101)
					Fokusgrupa III (1. kursa studenti) (n = 9)	Fokusgrupa IV (2. kursa studenti) (n = 7)	Fokusgrupa V (3. kursa studenti) (n = 4)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	Mākslu terapijas studijas	1	Studijas, iegūtās zināšanas	6,20	—	—	—	5,39
		2	Literatūras pieejamība	1,55	4,76	—	—	1,68
		3	Individuāla literatūras studēšana	6,98	14,29	—	—	7,07
		4	Augstskola	0,78	—	—	—	0,67
II	Praktiska profesionālā darbošanās	5	Praktiska darbošanās	12,79	—	—	9,09	11,45
		6	Dalība supervīzijās	10,85	—	—	45,45	11,11
III	Attiecības	7	Kolēģi	12,02	28,58	—	27,27	13,47
		8	Pasniedzēji	5,43	9,52	14,29	18,19	6,4
		9	Supervizors kā personība	0,39	—	—	—	0,34
		10	Dalība asociācijā	1,16	—	—	—	1,01
		11	Darbs multidisciplinārā komandā	0,78	—	—	—	0,67
		12	Vieslektori	1,55	—	—	—	1,35

2. tabulas turpinājums

1	2	3	4	5	6	7	8	9
IV	Iepriekšējā pieredze	13	Iepriekšējā pieredze	1,52	—	—	—	1,35
V	Personīgā pašizaugsme un tālākizglītība	14	Tālākizglītība	17,05	—	—	—	14,81
		15	Individuālā terapija	8,53	4,76	14,29	—	8,08
		16	Radoša darbošanās	2,71	—	28,56	—	3,03
VI	Profesija	17	Profesijas sakārtotība Latvijā	—	9,52	42,86	—	1,68
		18	Profesijas skaidrošana citiem	0,39	—	—	—	0,34
VII	Iekšējie faktori	19	Personības īpašības, emocijas	4,65	9,52	—	—	4,71
		20	Mērķis, vīzija	0,78	—	—	—	0,67
		21	Pirmkursnieka entuziasms	—	14,29	—	—	1,01
		22	Morāls gandarījums	0,39	—	—	—	0,34
VIII	Ārējie faktori	23	Ģimene, apkārtējā vide	2,33	4,76	—	—	2,36
IX	Grūti pateikt / NA	24	Grūti pateikt	0,39	—	—	—	0,34
		25	Nav atbildes	0,78	—	—	—	0,67
Kopā				100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tā kā I un II fokusgrupas videoieraksta beigās tehnisku iemeslu dēļ tika “norautas”, tad šo fokusgrupu otrā jautājuma (Kas Jums palīdz un kas traucē profesionālās tapšanas gaitā, attīstoties kā mākslas terapeitam?) atbilžu dati ir derīgi tikai daļēji, proti, pilnīgi ir ierakstīta tikai šī jautājuma pirmā daļa, kas ietver atbildes par faktoriem, kas palīdz mākslas terapeitu profesionālās identitātes attīstības procesā. Par faktoriem, kas traucē mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstības procesā, dati nav pilnīgi, tāpēc pētījumā netika iekļauti.

Aplūkojot anketas 30. jautājuma atbilžu analīzes rezultātus (sk. 2. att.), redzams, ka visbiežāk minētie faktori, kas palīdz mākslas terapeitu profesionālās attīstības procesā, ir kategorijā “Tālākizglītība” (17,05%). Kā nozīmīgi faktori, kas palīdz profesionālās attīstības ceļā, ir minēta arī kategorija “Praktiska darbošanās” (12,79%), kas iekļauj jebkādu praktisku profesionālu darbošanos, un “Kolēģi” (12,02%), kas ietver sadarbību ar kolēģiem, atbalstu no kolēģiem, kā arī dalīšanos pieredzē ar citiem kolēģiem.

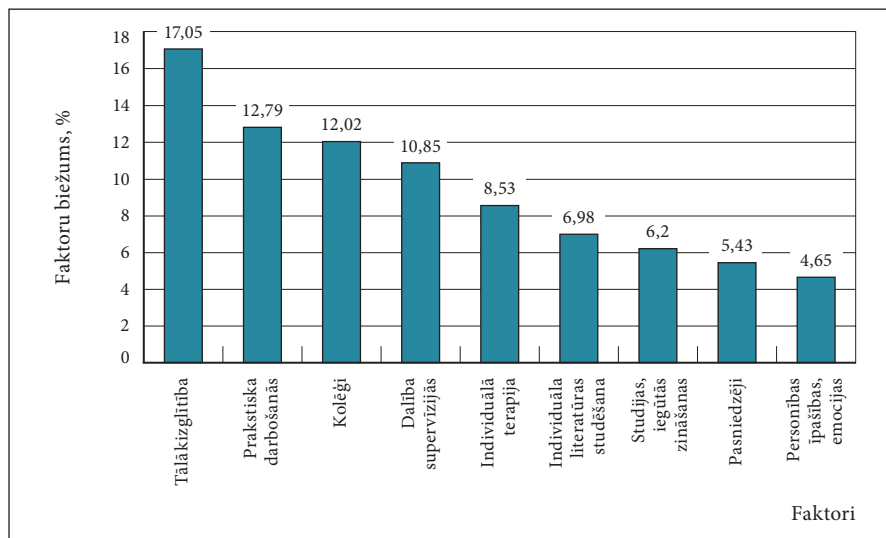
2. attēlā ir attēlotas tikai tās faktoru kategorijas, kuru minēto vienību biežums pārsniedz 5%. Visas aptaujas anketās minētās faktoru vienības apkopotas 2. tabulā.

Aplūkojot palīdzošos faktorus pa fokusgrupām (sk. 3. att.), var secināt, ka 1. kursa studentiem viņu profesionālās tapšanas ceļā vissvarīgākais ir faktors “Kolēģi” (28,58%). 2. kursa studentiem nozīmīga ir mākslas terapeita profesijas

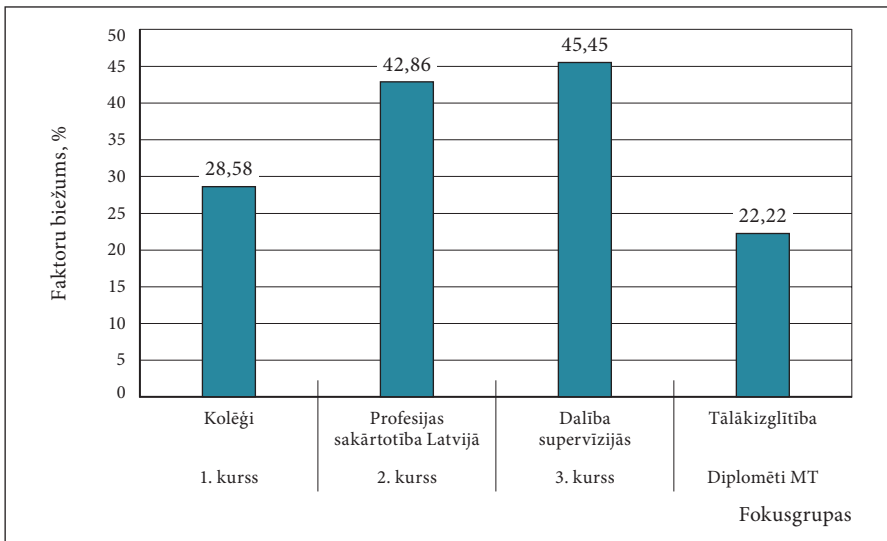
juridiskā sakārtotība Latvijā (42,86%). Savukārt 3. kursa studentiem visbiežāk minētais palīdzošais faktors ir dalība supervīzijās (45,45%). Diplomēti mākslas terapeiti kā nozīmīgāko viņu profesionālās identitātes attīstības procesā palīdzošo faktoru ir minējuši “Tālākizglītību” (22,22%).

Laikā atbildētu uz otrā jautājuma otro daļu, proti, kas ir traucējošie faktori mākslas terapiju profesionālās tapšanas procesā, tika veikta fokusgrupu respondentu izdalīto traucējošo faktoru kontentanalīze, tos grupējot vispārīgākās kategorijās. Veidojot vispārinošus nosaukumus kategorijām, tika lietotas tipiskākās attiecīgās jomas kategorijas, kurās iekļauti līdzīgas nozīmes faktori, piemēram, *ģimenes apstākļi, dzīve provincē, liela slodze, apvienojot darbu ar studijām, laika trūkums, darba un ģimenes dzīves apvienošana, nesakārtota, dezorganizēta darba vide* u. tml., kas tika apvienoti vienā kategorijā un vispārināti kā “Ārējie apstākļi”. Kontentanalīzes rezultātā tika izveidota 21 kategorija un iegūts vispārināts mākslas terapiju profesionālās attīstības procesā traucējošu faktoru saraksts (sk. 3. tab.).

Aplūkojot anketas 31. jautājuma atbilžu analīzes rezultātus (sk. 4. att.), redzam, ka visbiežāk minētie faktori, kas traucē mākslas terapiju profesionālās attīstības procesā, ir kategorijā “Finanšu līdzekļu trūkums” (23,08%). Kā nozīmīgs faktors minēta arī kategorija “Sabiedrības neinformētība” (12,31%), kas iekļauj sabiedrības noliedzošu attieksmi pret mākslas terapeita profesiju, neizpratni un pretestību, un “Ārējie apstākļi” (11,54%), kas ietver tādus traucējošus faktorus kā – dzīve provincē, liela slodze, apvienojot darbu ar studijām, laika trūkums, darba un ģimenes dzīves apvienošana, nesakārtota, dezorganizēta darba vide u. tml.



2. attēls. Faktori, kas palīdz mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstības procesā (n = 101)



3. attēls. Visbiežāk minētie faktori, kas palīdz mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstības procesā (vienību biežums % katrā fokusgrupā), I, II, III, IV un V fokusgrupas dati (n = 32)

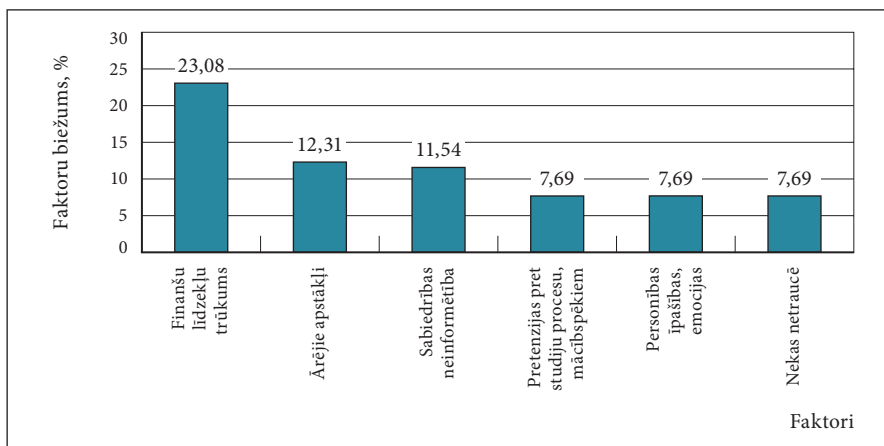
3. tabula. Mākslas terapeita profesionālās attīstības procesā traucējošo faktoru kategorijas

Nr. p. k.	Kategoriju joma	Kategorijas Nr.	Faktoru kategorijas	Kategorijas parādīšanās biežums (%) pēc aptaujas anketas (n = 101)	Kategorijas parādīšanās biežums (%) fokusgrupās			Kategorijas parādīšanās biežums (%) izlasē kopā (n > 101)
					Fokusgrupa III (1. kursa studenti) (n = 9)	Fokusgrupa IV (2. kursa studenti) (n = 7)	Fokusgrupa V (3. kursa studenti) (n = 4)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	Mākslu terapijas studijas	1	Zināšanu trūkums	0,77	—	—	9,09	1,16
		2	Literatūras nepieejamība	0,77	—	—	—	0,58
		3	Pretenzijas pret studiju programmu, mācībspēkiem	7,69	—	16,67	9,09	7,56
		4	Grūtības studiju procesā	1,54	—	—	—	1,16
		5	Īsais studiju ilgums (2,5 gadi)	—	10,53	8,33	18,18	2,91

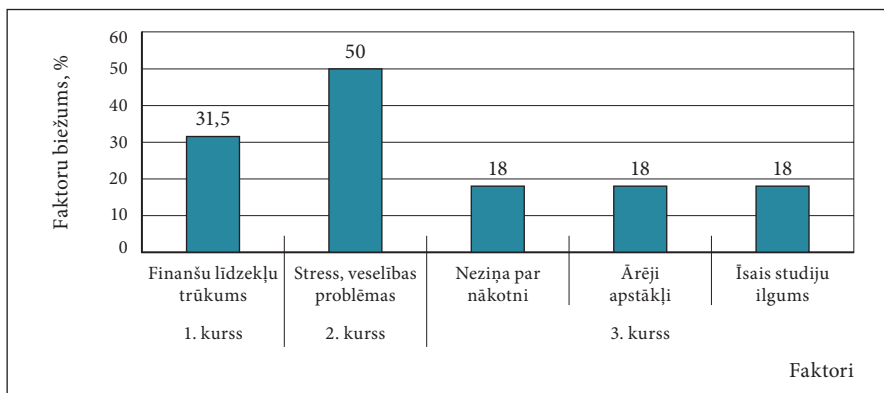
3. tabulas turpinājums

1	2	3	4	5	6	7	8	9
II	Praktiska profesionālā darbošanās	6	Maz saskares ar praktisku darbošanos	3,07	—	16,67	—	3,49
			Nekvalitatīvas / nepieejamas supervīzijas	3,07	—	—	—	2,33
		7	Bezdarbs	3,07	—	—	—	2,33
III	Attiecības	8	Komunikācijas trūkums ar kolēģiem	0,77	—	—	—	0,58
IV	Iepriekšējā pieredze	9	Iepriekšējā pieredze kā traucēklis	—	10,53	—	—	1,16
V	Personīgā pašizaugsme un tālākizglītība	10	Individuālās terapijas alternatīvas trūkums	1,54	26,32	8,33	—	4,65
VI	Profesija	11	Profesijas nesakārtotība LV	1,54	—	—	—	1,16
		12	Autoritātes trūkums profesijā	—	—	—	9,09	0,58
VII	Iekšējie faktori	13	Personības īpašības, emocijas (piem. bailes, neticība sev)	7,69	—	—	—	5,81
VIII	Ārēji faktori	14	Ārējie apstākļi (ģimene, laika trūkums)	12,31	—	—	18,18	10,47
		15	Finanšu līdzekļu trūkums	23,08	31,58	—	9,10	21,51
		16	Neziņa par nākotni	3,85	5,26	—	18,18	4,65
		17	Svešvalodu zināšanu trūkums	3,85	—	—	—	2,91
		18	Sabiedrības neinformētība par profesiju	11,54	15,78	—	—	10,47
		19	Stress, veselības problēmas	2,31	—	50,00	9,09	5,81
IX	Nekas / NA	20	Nekas netraucē	7,69	—	—	—	5,81
		21	Nav atbildes	3,85	—	—	—	2,91
Kopā				100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

11. attēlā ir attēlotas tikai tās faktoru kategorijas, kuru minēto vienību biežums pārsniedz 5%. Visas aptaujas anketās minētās faktoru vienības var aplūkot 3. tabulā. Izvērtējot traucējošos faktorus pa fokusgrupām (sk. 5. att.), var secināt, ka 1. kursa studentiem viņu profesionālās tapšanas ceļā traucē “Finanšu līdzekļu trūkums” (31,58%), 2. kursa studentiem nozīmīgs traucējošs faktors viņu profesionālās attīstības ceļā ir “Stress un veselības problēmas” (50,00%), savukārt 3. kursa studenti kā vienlīdz traucējošus faktorus ir minējuši “Neziņu par nākotni”(18,18%), “Ārējos apstākļus” (18,18%), kā arī “Īso studiju ilgumu” (18,18%).



4. attēls. Faktori, kas traucē mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstības procesā (n = 101)



5. attēls. Visbiežāk minētie faktori, kas traucē mākslas terapeita profesionālās attīstības procesā (minēto vienību biežums %): III, IV un V fokusgrupas dati (n = 19)

Secinājumi

1. Pētījuma rezultāti par mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošiem faktoriem daļēji saskan ar pētījumā izmantoto Berlinera (1994) modeli – tie parāda, ka mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstība norit pakāpeniski, sākot ar studijām, profesionālās darbības uzsākšanu un pieredzes uzkrāšanu profesionālās darbības laikā.
2. Mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanos ietekmējošie faktori starp dažādu profesionālās attīstības pakāpi sasniegušajiem mākslas terapeitiem atšķiras, taču raksturo katras pārstāvētās pakāpes topošos mākslas terapeitus / mākslas terapeitus, jo ir tiem aktuāli.
3. Papildus Berlinera izveidotajām piecām profesionālās identitātes attīstības pakāpēm autore izdalīja nulto pakāpi. Tajā ietilpst posms, kad tiek pieņemts lēmums studēt attiecīgajā studiju programmā. Arī šis posms ir nozīmīgs mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstībā.
4. Lūzuma punkts mākslas terapeita profesionālās identitātes attīstības procesā ir studiju procesa 2. kursā, kad parādās profesionālās identitātes krīze un veselības problēmas.

Literatūra

1. Geidžs N. L., Berliners D. C. Pedagoģiskā psiholoģija. – Rīga: Zvaigzne ABC, 1998.
2. Kropļiņš A., Raščevska M. Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs. – 2. papild. izd. – Rīga: Raka, 2010.
3. Mārtinsons K. Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā / Sast. Mārtinsons K. – Rīga: Drukātava, 2010.
4. Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461 “Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību” // <http://www.likumi.lv/doc.php?id=210806> (sk. 30.09.2013.).
5. Paiča I., Mārtinsons K., Karkou V. Mākslu terapijas prakses novērtējums Latvijā // 2013. gada RSU zinātniskā konference: Tēzes. – Rīga: RSU, 2013. – 432. lpp.
6. Berliner D. C. Expertise: The wonders of exemplary performance // Creating powerful thinking in teachers and students / Ed. By Mangieri J. N., Block C. C. – Fort Worth, TX: Holt, Rinehart & Winston, 1994.
7. Glaser B. G., Strauss A. L. Status Passage. – London: Routledge and Kegan Paul Ltd, 1971.
8. Karkou V., Mārtinsons K., Nazarova N., Vāverniece I. Art therapy in the post-modern world: Findings from a comparative study across the UK, Russia and Latvia // The Arts in Psychotherapy, 2010; 38 (2): 86–95.
9. Strauss A., Corbin J. M. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. – 2nd ed. – Sage Publications, 1998.
10. Wear D., Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters // Academic Medicine, 2000; 75 (6): 602–611.
11. Wilson I., Cowin L. S., Johnson M., Young H. Professional identity in medical students: pedagogical challenges to medical education // Teaching and Learning in Medicine: an International Journal, 2013; 25 (4): 369–373.

MĀKSLAS TERAPEITA PROFESIONĀLĀS DARBĪBAS ORGANIZĀCIJA

Sandra Hartmane

*Straupes narkoloģiskā slimnīca,
Zvērināta advokāta privātprakse*

Mākslas terapeita profesionālā darbība

Mākslas terapeits ir ārstniecības persona, kas ir ieguvusi otrā līmeņa profesionālo augstāko izglītību veselības aprūpē un profesionālo kvalifikāciju ar specializāciju vienā no mākslas veidiem. Profesijas standarts nosaka, ka mākslas terapeita darba vide var būt veselības aprūpes, sociālās aprūpes vai izglītības institūcijas, iestādes vai uzņēmumi, kur viņš veic savu profesionālo darbību, sadarbojoties ar citiem speciālistiem multiprofesionālas vai daudzdisciplināras komandas sastāvā, vai patstāvīgi, organizējot savu privātpraksi [18]. Lai veiktu ārstniecisko darbību, mākslas terapeitam ir jāpārzina arī savas profesionālās darbības juridiskie pamati.

Mākslas terapeita profesija Latvijā pamazām ieņem vietu veselības aprūpes sistēmā, visām četrām mākslu terapijas specializācijām ir apstiprinātas medicīniskās tehnoloģijas [23]. Veselības aprūpes vidē mākslas terapeiti sākotnējā periodā pēc augstskolas absolvēšanas strādā komandā ar citiem speciālistiem, piemēram, slimnīcās, rehabilitācijas un krīzes centros. Jaunie speciālisti paši ir atbildīgi par savas profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu un paaugstināšanu, savā darbībā ievērojot normatīvo aktu prasības un profesionālo ētiku.

Jebkuras profesijas izveides un attīstības pamatā ir attiecīgs tiesiskais regulējums, kas nosaka prasības konkrētajā profesionālās darbības jomā un profesionālo attiecību saturu, definē profesijas statusu, profesionāla tiesības un pienākumus, veido profesijas autoritāti un veicina atpazīstamību valstī, kā arī oficiālā līmenī, rūpējas par sadarbības mehānismiem gan starp pašas profesijas pārstāvjiem, gan ar citu nozaru profesionāļiem [2]. Mākslas terapeita profesionālās darbības veikšanai un sadarbībai starp mākslas terapeitu un klientu / pacientu normatīvajos aktos ir noteiktas konkrētas prasības [18, 19]. Sava profesionālā darbība mākslas terapeitiem kā ārstniecības personām ir jāorganizē un jāveic atbilstoši Ārstniecības likuma un Pacientu tiesību likuma normām, lai nodrošinātu labvēlīgas attiecības ar pacientu un kvalificētu pacienta ārstēšanu un rehabilitāciju.

Profesionālā darbība plašākā nozīmē ir jebkura darbība kādā konkrētā profesijā, speciālistam iegūstot nepieciešamo izglītību un kvalifikāciju šādas darbības veikšanai. Ar profesionālo darbību šaurākā nozīmē tiek saprasta jebkura neatkarīga profesionālu pakalpojumu sniegšana ārpus darba tiesiskajām attiecībām [13].

Neatkarīgu profesionālo pakalpojumu sniegšana bieži tiek realizēta, pašnodarbinātai personai organizējot savu privātpraksi. Saskaņā ar likumu [14] pašnodarbināta persona ir persona, kura ienākumus no sava darba gūst patstāvīgi, neiesaistoties kā darbinieks darba tiesiskajās attiecībās ar darba devēju un neieņemot amatu uzņēmumā, kas dod tiesības uz atlīdzību. Mākslas terapeita profesionālās darbības veikšanai piemērojamais normatīvais regulējums paredz arī iespēju veikt profesionālo darbību, organizējot savu uzņēmumu [8].

Patlaban normatīvajos aktos nav izvirzītas nekādas noteiktas prasības saistībā ar tiesisko formu vai statusu, kādā mākslas terapeitam būtu jāorganizē un jāveic sava profesionālā darbība. Līdz ar to speciālistam pašam ir jāizdara izvēle – vai viņš strādā kā darbinieks darba tiesisko attiecību ietvarā, vai attīsta savu profesionālo praksi ārpus darba tiesiskajām attiecībām, t. i., organizē savu privātpraksi kā pašnodarbināta persona, dibina biedrību (nevalstiska organizācija) vai arī veic komercdarbību, reģistrējoties individuālā komersanta statusā vai nodibinot komercsabiedrību – sabiedrību ar ierobežotu atbildību. Pārējās teorētiski un tiesiski iespējamās, bet reālai darbībai šajā jomā pagaidām diezgan nepiemērotās tiesiskās formas mākslas terapeita profesionālās darbības veikšanai šajā rakstā netiek apskatītas.

Mākslas terapeita darbības organizācija darba tiesisko attiecību ietvarā

Ņemot vērā to, ka mākslu terapija Latvijā vēl tikai nostiprinās kā patstāvīga profesija un pamazām rod savu vietu veselības aprūpes sistēmā, liela daļa mākslas terapeitu strādā savā profesijā kā darbinieki veselības aprūpes iestādēs vai izglītības iestādēs. Tādējādi mākslas terapeits saskaņā ar Darba likumu [7] pilnībā pakļaujas darba devēja noteiktajai darba kārtībai un režīmam, iekļaujas darba kolektīvā. Šāda darba veikšana profesionālā ziņā ir saudzīgāka pret jauno speciālistu, jo darba kolektīvs (piemēram, multidisciplināra komanda rehabilitācijas iestādē) ir liels atbalsts un resurss darba gaitu sākumā, kā arī atbildība pret klientu / pacientu ir dalīta, proti, par klientam / pacientam sniegtā pakalpojuma kvalitāti un atbildību ir atbildīga iestāde (darba devējs), bet jaunais speciālists (kā darbinieks) ir atbildīgs pret darba devēju par nekvalitatīvu vai neatbilstoši veiktu darbu.

Darba likums daudzkārt ierobežo darbinieka atbildības apmēru pret darba devēju, aprobežojoties vien ar tiešajiem un neapstrīdamajiem darba devēja zaudējumiem, kuru apmērs un esamība darba devējam ir jāpierāda tiesā (ja puses nevienojas ārpustiesas kārtībā), un tas ir samērā grūti procesuāli izdarāms (ir reti tiesvedības piemēri, kad darba devējs no darbinieka ir piedzinis zaudējumus nekvalitatīvu vai neatbilstošu darba pienākumu veikšanas dēļ).

Turklāt mākslas terapeitam nav pašam jānodrošina savam darbam nepieciešamie materiāli – tas ir darba devēja pienākums, kā arī pārsvarā mākslas terapeitam nav jāmeklē klienti / pacienti (piemēram, sociālās rehabilitācijas vai

ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs). Mākslas terapeits sniedz pakalpojumus tās iestādes klientiem / pacientiem, kurā viņš strādā, un, ņemot vērā darba tiesisko attiecību normatīvo regulējumu, tam būtu jābūt tieši darba devēja uzdevumam – nodrošināt klientu / pacientu plūsmu. Proti, saskaņā ar Darba likuma normām tieši darba devējam ir jānodrošina darbinieks ar darba apjomu, bet par dīkstāves laiku (kad darbiniekam nav klientu / pacientu) darba devējam ir jāizmaksā darbiniekam darba samaksa vidējās izpeļņas apmērā.

Tomēr darba veikšanu darba tiesisko attiecību formā (darba veikšana uz darba līguma pamata pie darba devēja) nevar uzskatīt par profesionālās darbības privātpraksi. Būtiska atšķirība ir atbildības sadalē starp darba devēju un darbinieku, kur darba attiecībās darbiniekam ir pienākums laikus, regulāri un pienācīgā kārtībā veikt savu darbu (sniegt mākslas terapeita pakalpojumus), bet darba devējam ir jā rūpējas par visu pārējo, t. i., par darba apjomu – klientiem / pacientiem, par darba telpas un materiālu nodrošinājumu, par klientu / pacientu sūdzību izskatīšanu, par finanšu līdzekļiem darba samaksas izmaksai darba līgumā noteiktajā apmērā un termiņā, par ikgadēja vismaz 28 dienu gara apmaksāta atvaļinājuma nodrošināšanu darbiniekam utt. Mākslas terapeitam, organizējot savu profesionālo darbību ārpus darba tiesiskajām attiecībām, visa atbildība, kas saskaņā ar normatīvajiem aktiem (Darba likums, nodokļu likumi, sociālās apdrošināšanas, patērētāju tiesību un pacientu tiesību aizsardzības normatīvais regulējums utt.) piekrīt darba devējam, pāriet uz mākslas terapeitu, kuram nākas ar visiem jautājumiem tikt galā patstāvīgi vai pieaicinot kompetentas trešās personas, piemēram, grāmatvedi, kuru sniegtos pakalpojumus un veiktos darbus nākas apmaksāt atbilstoši tirgus cenām.

Patstāvīgas profesionālās darbības organizācijas pamatjautājumi

Organizējot savu profesionālo darbību ārpus darba tiesiskajām attiecībām, mākslas terapeitam nepieciešamas pamatzināšanas vismaz šādās jomās – par darba tiesiskajām attiecībām (minimālā darba alga, darba laika organizācija, atvaļinājumi un atpūta, darba kārtība, darba aizsardzība, darba līguma noslēgšana, grozīšana, uzteikums u. c.); par darba aizsardzības pasākumiem un darba drošības prasībām [6]; par nodokļu normatīvo regulējumu (iedzīvotāju ienākumu nodoklis, uzņēmumu ienākumu nodoklis, valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas) [25]; par normatīvo aktu prasībām attiecībā uz grāmatvedības uzskaites kārtošānu [12]; par intelektuālo tiesību aizsardzību – autortiesībām, blakustiesībām un tiesībām uz preču zīmēm un patentiem, saimnieciskās darbības formām un atšķirībām to tiesiskajā regulējumā.

Īpaša uzmanība ir jāvelta autortiesībām, kas būtiski skar mākslas terapeita darbu, jo ir attiecināmas uz terapijas procesa rezultātā klienta / pacienta kā autora radīto mākslas darbu, kas atbilst autora darba vai izpildījuma kritērijiem [3]. Autortiesības

pēc vispārējā regulējuma ir spēkā visu autora dzīves laiku un 70 gadus pēc autora nāves [4]. Diskusijai atklāts pagaidām joprojām paliek jautājums par autortiesībām un to aizsardzības termiņu attiecībā uz mākslu terapijas ietvaros radītajiem audiovizuālajiem darbiem (piemēram, drāmas terapijas sesijās filmēta drāmas tehnikas izspēle, kas ietver video un audio materiālu), jo šajā gadījumā likums aizsargā gan režisora, gan scenārija autora, gan dialoga autora, gan muzikālā darba autora tiesības, kā arī jautājums par autortiesību aizsardzību un tās termiņu uz mākslu terapijas ietvaros radītu līdzautoru darbu (piemēram, ja kādu skulptūru vai zīmējumu veido vairāki dalībnieki grupas terapijas ietvaros) – kur un pie kā tiek glabāts šāds vairāku līdzautoru darbs [4]. Pagaidām nav rasts vienots regulējums arī attiecībā uz citu autoru darbu izmantošanu mākslas terapijā (piemēram, citu autoru radīta mūzikas skaņdarba atskaņošana mūzikas terapijas ietvaros) [3].

Pašnodarbinātās personas privātpakse

Mākslas terapeits var organizēt savu profesionālo darbu, strādājot patstāvīgi – kā pašnodarbināta persona, reģistrējoties kā saimnieciskās darbības veicējs un iedzīvotāju ienākuma nodokļa maksātājs Valsts ieņēmumu dienestā [17] un saņemot nodokļu maksātāja reģistrācijas apliecību. Šajā gadījumā persona pati organizē savu profesionālo darbību: nosaka savu darba laiku, atver norēķinu kontu sevis izvēlētā kredītiestādē, meklē telpas (iegādājas īpašumā, lieto bez atlīdzības uz sadarbības vai patapinājuma tiesiskā pamata vai nomā no telpu tiesiskā valdītāja), pati kārtro vai piesaista ārpalpojuma sniedzēju (kas būtu rekomendējams) grāmatvedības uzskaites kārtrošanai, lai aprēķinātu nodokļus, aizpildītu un iesniegtu nodokļu atskaites Valsts ieņēmumu dienestam (tas šobrīd tiek veikts tikai elektroniskā formā, noslēdzot līgumu ar nodokļu administrācijas iestādi), kā arī veic nodokļu un sociālās apdrošināšanas maksājumus. Organizējot savu profesionālo darbību pašnodarbinātās personas statusā, būtu ieteicams apdrošināt profesionālās darbības civiltiesisko atbildību [11], lai ar apdrošinātāja starpniecību atlīdzinātu neparedzētos izdevumus, kuri speciālista neuzmanības vai kļūdas dēļ varētu tikt nodarīti trešajai personai, veicot profesionālo darbību. *Errare humanum est* (no latīņu val. – kļūdīties ir cilvēcīgi) nozīmē, ka neviens nav pilnībā pasargāts no profesionālām kļūdām, jo īpaši neatkarīgas profesionālās darbības sākumposmā, kad profesionālā pieredze vēl nav liela. Jāatzīmē, ka profesionālās kļūdas pamatā var būt dažādi, reizēm arī no paša speciālista objektīvi neatkarīgi iemesli. Piemēram, nepilnīga vai neatbilstoša informācija par klientu / pacientu vai viņa grūtībām, jo speciālistam, strādājot ārpus veselības aprūpes iestādes, būs pieejama tikai tā informācija un anamnēze, ko viņam sniegs pats klients / pacients vai viņa pārstāvis (piemēram, nepilngadīgas personas likumiskais pārstāvis vai aizbildnis), kas ne vienmēr atbilst pacienta slimības vai citas klienta grūtības attīstības objektīvai gaitai.

Kā pašnodarbināta persona mākslas terapeits var slēgt sadarbības, pakalpojumu vai uzņēmuma līgumus arī ar iestādēm un uzņēmumiem, lai sniegtu pakalpojumus to klientiem / pacientiem. Tomēr šādu līgumisko attiecību ietvaros visa atbildība, kas darba tiesiskajās attiecībās attiektos uz darba devēju, gulstas uz pašu mākslas terapeitu. Tādējādi, organizējot savu profesionālo darbu patstāvīgi kā privātpraktisi, visi riski un atbildība gulstas uz mākslas terapeitu, bet arī visas veiksmes un nopelnītā atlīdzība par paveikto darbu paliek viņam. Speciālists pats nosaka savu darba laiku un darba ritmu, tomēr pašam ar saviem spēkiem un finanšu līdzekļiem arī jārūpējas par to, lai viņam būtu klienti / pacienti, jārūpējas par augstas profesionālās reputācijas noturēšanu un profesionālās darbības standartam un labas prakses pamatprincipiem atbilstošu sniegto pakalpojumu kvalitāti [9]. Šāds profesionālais izaicinājums ar savām iespējām šķiet vienlaikus gan grūts un sarežģīts, gan arī ļoti vilinošs – kļūt pašam par savas darba dzīves saimnieku. Pieņemot lēmumu par privātprakses veidošanu, ir svarīgi samērot savas profesionālās vēlmes ar pieredzi un arī finanšu iespējām (iespējams, ka sākotnēji nāksies vairāk ieguldīt savas privātprakses veidošanā, nekā būs iespēja uzreiz sākt pelnīt), kā arī ņemt vērā, ka brīvā tirgus apstākļos ir pietiekami daudz birokrātisku prasību un pieaug profesionālā konkurence.

Biedrības tiesiskā forma profesionālās darbības veikšanai

Vēl viena tiesiskā forma, kuras ietvaros mākslas terapeits var samērā patstāvīgi organizēt savu profesionālo darbību, ir biedrība (nevalstiskā organizācija) [5], kas nav komersants un neveic komercdarbību (darbība peļņas gūšanas nolūkā), līdz ar to biedrību ienākumi netiek aplikti ar ienākuma nodokli. Biedrību reģistrāciju veic LR Uzņēmumu reģistrs [26]. Biedrības ir tiesīgas veikt saimniecisko darbību, tai skaitā arī veikt darbus un sniegt pakalpojumus par atlīdzību, lai nodrošinātu savu mērķu īstenošanu un savas darbības finansiālo nodrošinājumu (darba samaksa darbiniekiem, telpu noma, maksa par grāmatvedības pakalpojumiem, transporta izdevumi, darbam nepieciešamo materiālu iegāde u. c. izdevumi). Ieguvums no šādas darbības organizācijas tiesiskās formas izmantošanas ir saistīts ar normatīvo regulējumu attiecībā uz biedrību ieņēmumu neaplikšanu ar ienākuma nodokli, tiesībām veikt darbu bez darba samaksas izmaksas (brīvprātīgais darbs), pretendēt uz sabiedriskā labuma organizācijas statusu [24]¹, kas ļauj veiksmīgāk piesaistīt ziedojumus, piešķirot ziedotājiem – juridiskām un fiziskām personām, likumā noteiktās ienākuma nodokļa atlaides.

¹ Sabiedriskā labuma darbība ir darbība, kas sniedz nozīmīgu labumu sabiedrībai vai kādai tās daļai, it sevišķi, ja tā vērsta uz labdarību, izglītības, zinātnes, kultūras un veselības veicināšanu un slimību profilaksi u. c. Personas, kas ziedo šāda statusa organizācijām, var saņemt nozīmīgas ienākuma nodokļu atlaides. Lēmumu par sabiedriskā labuma organizācijas statusa piešķiršanu pieņem Valsts ieņēmumu dienesta izveidota un Ministru kabineta apstiprināta komisija, ierakstu reģistrā veic un pašu reģistru uztur Valsts ieņēmumu dienests // <http://www.vid.gov.lv/default.aspx?tabid=11&id=4527&hl=1>

Riski šādā profesionālās darbības organizācijas tiesiskā statusa izvēlē ir saistīti ar to, ka biedrība ir atklāta fizisku un / vai juridisku personu apvienība un ka nav tāda 100% droša biedrības normatīvā regulējuma (biedrības darbības pamatdokuments ir statūti, kas nosaka tās dibināšanas, darbības un darbības izbeigšanas kārtību), kas nodrošinātu biedrības biedru sākotnējā sastāva (dibinātāji) nemainīgumu. Biedrību un nodibinājumu likums nosaka, ka biedrībai jābūt vismaz diviem dibinātājiem un ka statūtos ir jānosaka kārtība un kritēriji, pēc kuriem biedrībā tiek uzņemti jauni biedri. Līdz ar to ar likumu faktiski ir aizliegta tāda biedrības tiesiskā konstrukcija, kas paredzētu, ka biedrībā tiek uzņemtas tikai tās personas, kuras pēc subjektīviem kritērijiem vēlas uzņemt tās dibinātāji. Biedrības lēmums, ar kuru nepietiekami tiesiski pamatoti ir atteikts uzņemt par biedru personu, kas atbilst biedrības statūtos noteiktajiem biedrības biedru kritērijiem, var tikt apstrīdēts un atzīts par spēkā neesošu tiesas kārtībā. Izmaiņas biedrības biedru sastāvā vienlaikus var radīt arī izmaiņas biedrības vadības (valdes) sastāvā, kas saskaņā ar likumu un biedrības statūtiem tiek ievēlēta biedru kopsapulcē. Potenciāli un tiesiski ir iespējams, ka pēc zināma laika biedrībā iesaistās lielāks biedru skaits, kuri, balsojot biedru kopsapulcē, ievēl jaunu biedrības vadību, tādējādi daļēji vai pilnībā atstumjot sākotnējos biedrības dibinātājus no biedrības lietām un pārvaldības.

Nozīmīgs ieguvums, izvēloties biedrības tiesisko formu, ir iespēja piesaistīt dažādus ar ienākuma nodokli neapliekamus ziedojumus no juridiskām un fiziskām personām. Šādu finanšu līdzekļu piesaistes veidu likums nav paredzējis ne pašnodarbinātai personai (šajā gadījumā tas tiek aplikts ar iedzīvotāju ienākuma nodokli 24% apmērā kā dāvinājums), ne komersantiem (individuālajam komersantam, komercsabiedrībai), jo komerciālās darbības vide paredz tikai atlīdzības darījumus. Vēl viens nozīmīgs ieguvums, izvēloties biedrību kā nevalstisko organizāciju, ir iespēja piesaistīt finansējumu no dažādiem Eiropas Savienības fondiem, tostarp arī no Eiropas Sociālā fonda [16], kura projektos samērā bieži tiek iekļauts kritērijs, ka pretendenti var būt tikai nevalstiskas un nekomerciālas organizācijas, kas neļauj nepastarpināti pretendēt uz fonda finansējumu pašnodarbinātām personām un komersantiem.

Komersabiedrība profesionālās darbības veikšanai, lai gūtu peļņu

Ja mākslas terapeitam ir pietiekami liela profesionālā darba pieredze, nepieciešamās prasmes un profesionālā kompetence, un viņš ir nolēmis ar savu profesiju pelnīt naudu – veikt komercdarbību un gūt peļņu [8], kā arī peļņas gūšanas nolūkā nodarbināt vēl citus speciālistus, pieņemot tos darbā savā uzņēmumā, tad vispiemērotāk būtu organizēt profesionālo darbību, nodibinot komercsabiedrību – kapitālsabiedrību (komercsabiedrība, kurai tiek izveidots pamatkapitāls ar dibinātāju mantas ieguldījumu vai naudas līdzekļu iemaksu tās darbības nodrošināšanai) saskaņā ar Komerclikumu.

Komersantu reģistrāciju veic komercreģistra iestādē (LR Uzņēmumu reģistrs), iesniedzot Komerclikumā noteiktos dibināšanas dokumentus un pieteikumu un samaksājot valsts nodevu un nodevu par publikāciju [27]. Piemērotākā komercdarbības tiesiskā forma šajā gadījumā būtu sabiedrība ar ierobežotu atbildību – kapitālsabiedrība (juridiskā persona), ko var dibināt arī viena persona un kas pilnībā norobežo komercsabiedrības un tās dibinātāja atbildību par saistībām, kas rodas no šādas komercdarbības, par mērauklu ņemot kapitālsabiedrības pamatkapitāla lielumu (vispārējā kārtībā pamatkapitāls ir 2800 euro; pastāv arī atvasinātā forma ar minimālo pamatkapitālu viena euro apmērā, kas noteiktā termiņā ir jāpaliek līdz 2800 euro apmēram). Proti, kapitālsabiedrības dibinātājs kā tās dalībnieks gadījumā, ja rodas kāds strīds par parādsaistībām, kompensācijas vai zaudējumu atlīdzības prasībām no trešo personu puses pret kapitālsabiedrību, atbild tikai šīs sabiedrības pamatkapitāla apmērā – var zaudēt tikai savu ieguldījumu pamatkapitāla apmērā, bet pret viņu pašu kā fizisku personu kapitālsabiedrības klienti un sadarbības partneri tieši vērst prasības sakarā ar tās saistībām nevar. Būtu lietderīgi pirms kapitālsabiedrības dibināšanas izveidot vismaz nelielu biznesa plānu, lai aprēķinātu potenciālos izdevumus (dibināšanas izdevumi, samaksa darbiniekiem, nodokļu maksājumi, samaksa par trešo personu sniegtajiem pakalpojumiem, telpu noma vai ekspluatācijas izmaksas, darbam nepieciešamie materiāli, samaksa par grāmatvedības uzskaites kārtošānu utt.) un iespējamus ieņēmumus, pārliecinoties par to, ka plānotie ieņēmumi ir pamatoti un nosedz potenciālos izdevumus komercdarbības uzsākšanai un uzturēšanai sākuma periodā.

Mikrouzņēmumi un mikrouzņēmumu nodoklis²

Īpašs, samazināta ienākuma nodokļu un valsts sociālo obligāto iemaksu likmes apmēra (kopējais nodokļu un sociālo maksājumu apmērs ir 9% no katra ceturksņa ieņēmumu kopsummas) tiesiskais regulējums tiek piemērots mikrouzņēmumiem, tostarp arī komersantiem – individuālajam komersantam vai sabiedrībai ar ierobežotu atbildību (ja visi dalībnieki ir fiziskās personas, bet visi valdes locekļi ir mikrouzņēmuma darbinieki) un pašnodarbinātām personām (kuras reģistrētas Valsts ieņēmumu dienestā kā saimnieciskās darbības veicējas) [22], ja to kalendārā gada apgrozījums nepārsniedz 100 000 euro apmēru un darbinieku (ja tādi ir) skaits atskaites periodā nav lielāks par pieciem. Mikrouzņēmuma nodokļa maksātāja statusu reģistrē Valsts ieņēmumu dienestā [28].

Tomēr gadījumā, kad mākslas terapeits savu profesionālo darbību veic kā darbinieks, stājoties darba tiesiskajās attiecībās ar darba devēju komersantu, kurš ir mikrouzņēmuma nodokļa maksātājs, iepriekš ir rūpīgi jāapsver darba uzsākšana

² Mikrouzņēmums nav atsevišķa komersanta forma, bet ir nodokļu maksātājs, kas maksā īpašu nodokli // <http://www.ur.gov.lv/?a=1126>

pie šāda darba devēja, jo mikrouzņēmumu nodokļa maksātāju darbiniekiem ir būtiski zemākas sociālās garantijas, kur izmaksājamo pabalstu (piemēram, pārejošas darba nespējas dēļ, pirmsdzemdību, dzemdību un pēcdzemdību atvaļinājumu, bezdarbnieka statusa iegūšana sakarā ar darba tiesisko attiecību izbeigšanu u. c. gadījumos, kad darbiniekam pienākas izmaksas no sociālā budžeta) summas tiek aprēķinātas atbilstoši samazinātās kopējā nodokļa likmes (mikrouzņēmuma nodokļa likme 9% apmērā) daļai, kas tiek novirzīta sociālajā budžetā.

Individuālais komersants

No iespējamo finanšu un zaudējumu risku viedokļa vismazāk labvēlīga tiesiskā forma savas profesionālās darbības organizācijai būtu individuālais komersants [8] (reģistrē komercreģistra iestādē, nav jāveido pamatkapitāls un ir jāsamaksā neliela valsts nodeva [27]), jo šajā gadījumā visi riski un visa atbildība par jebkurām trešo personu prasībām gulsies uz individuālo komersantu – mākslas terapeitu personīgi, apdraudot visu viņam piederošo mantu un naudas līdzekļus (kā esošos, tā arī nākamos) trešās personas celtās prasības apmērā. Šī komercdarbības forma nav guvusi lielu popularitāti, pēdējos četros gados no jauna reģistrētu individuālo komersantu skaits strauji sarūk [1]. Individuālais komersants atbild par savām saistībām kā fiziska persona, ienākuma nodokli arī maksā kā fiziska persona, proti, ienākuma nodokli – ar augstāku likmi (24%) nekā uzņēmuma ienākuma nodoklis (15%) kapitālsabiedrībām, veic sociālās apdrošināšanas iemaksas [10]. Turklāt komercdarbības vidē ES fondu projektu noteikumos reizēm tiek iekļauti pretendenti kritēriji, kas izslēdz iespēju individuālajam komersantam iesniegt pieteikumus uz šiem projektiem tieši savas komercdarbības tiesiskās formas dēļ.

Neliels ieguvums, salīdzinot ar saimnieciskās darbības veicēja tiesisko statusu, ir tas, ka individuālais komersants ir tiesīgs nodarbināt darbiniekus kā darba devējs, kamēr saimnieciskās darbības veicējam tādas tiesības nav piešķirtas. Tomēr arī šajā gadījumā būtu pareizāk izvēlēties komercsabiedrības – sabiedrības ar ierobežotu atbildību – tiesisko formu, tādējādi pasargājot sevi no pārlieku lielas atbildības un riska nastas gadījumā, ja rodas grūtības ar uzņemto saistību izpildi vai kādai trešajai personai rodas pamats prasīt kaitējuma kompensāciju vai radīto zaudējumu atlīdzību.

Neliels ieguvums, salīdzinot ar kapitālsabiedrību, individuālajam komersantam ir arī saistībā ar grāmatvedības uzskaites kārtošānu, kas ir vienkāršāka (vienkāršā ieraksta kārtībā), tomēr šis ieguvums neatsver tos riskus un atbildības apmēru, kas piemīt komercdarbības veikšanai individuālā komersanta statusā. Lūkojoties no mākslas terapeita profesionālās darbības aspekta, nav pamatota iemesla, kura dēļ pašnodarbinātai personai būtu vērts izvēlēties samērā riskanto individuālā komersanta komercdarbības formu, nevis veikt savu profesionālo darbību saimnieciskās darbības veicēja statusā.

Kopsavilkums

Mākslas terapijas studenti nāk no dažādām profesionālās darbības vidēm – tie ir psihologi, pedagogi, ar mākslu saistīto profesiju pārstāvji, medicīnas darbinieki, sociālie darbinieki u. c., un viņiem ir zināma darba pieredze savā pirmajā profesijā. Parasti topošajiem mākslas terapeitiem mākslas terapija ir jau otrā profesija. Zināmu ietekmi uz mākslas terapijas kā profesijas attīstību Latvijā rada joprojām vēl arī veselības aprūpes vidē jaušamais padomju laika mantojums, kad nepastāvēja neatkarīga profesionālā darbība, veselības aprūpes sistēmā iestādes bija darba devēji un speciālisti bija darbinieki, savukārt pacienti bija samērā atkarīgi no ārstniecības personām un viņu subjektīvā viedokļa. Padomju laikā, 70 gadu ilgā periodā – līdz pat pagājušā gadsimta pēdējai desmitgadei, Latvijā nepastāvēja tādas profesijas kā psihologs un psihoterapeits, rūpes par cilvēka garīgo un psihoemocionālo labklājību bija atstātas vien klīniskās medicīnas pārziņā. Savukārt mākslu terapijai kā profesijai Latvijā vēl tikai būs desmit gadu jubileja. Autortiesības, pacientu tiesības, bērnu tiesības un cilvēktiesības – to izpratne un nostiprināšanās sabiedrībā un cilvēku apziņā aktīvi noris vien pēdējos desmit piecpadsmit gadus, to aktualitātei īpaši pieaugot ar Latvijas iestāšanos Eiropas Savienībā 2004. gadā. Šīm tiesību jomām ir būtiska nozīme mākslas terapeita kā veselības aprūpes vidē vai izglītības sistēmā strādājošas ārstniecības personas profesionālās darbības regulējumā.

Maģistra studiju programmas ietvaros topošie mākslas terapeiti jau apgūst ārstniecības personas profesionālās darbības tiesības un ētikas jautājumus, tomēr tiesiskais regulējums nepaliek nemainīgi konstants, bet ir pakļauts regulārām izmaiņām, ieviešot jaunas prasības un kritērijus. Šodienas straujais dzīves ritms, cilvēktiesību jēdziena izpratnes un šo tiesību paplašināšanās, pacientu un bērnu tiesību izpratnes un to aizsardzības tiesiskā regulējuma nostiprināšanās, kā arī arvien stingrāku prasību izvirzīšana profesionālās darbības veikšanai veselības aprūpes sistēmā un izglītības sistēmā, pieprasa no mākslas terapeitiem vispārējo jēdzienu lietotāja līmenī pārzināt arī profesionālās darbības organizēšanas un veikšanas juridiskos un ekonomiskos aspektus, lai strādātu savā specialitātē pēc augstskolas absolvēšanas.

Secinājumi

Izvērtējot minētos, kā arī detalizētāk neizvērstos apsvērumus, var secināt, ka mākslas terapeitiem nepieciešams apgūt saimnieciskās darbības vides organizācijas juridiskos un ekonomiskos pamatprincipus un tiesiskā regulējuma vispārējos noteikumus, lai spētu orientēties darba tiesisko attiecību, darba drošības un darba aizsardzības, nodokļu un intelektuālo tiesību aizsardzības normatīvajā regulējumā, dažādās saimnieciskās darbības organizācijas tiesiskajās formās un grāmatvedības kārtrošanas pamatprincipos. Apgūstot minētās zināšanas, mākslas terapeiti spētu

izvēlēties savām vēlmēm, laika resursiem un finanšu iespējām atbilstošu profesionālās darbības organizācijas tiesisko formu, lai viņu izdarītā izvēle kļūtu nevis par papildu slogu, bet gan par atbalstu profesionālās darbības attīstībā un profesionālajā izaugsmē, un viņi varētu veiksmīgāk integrēties darba tirgū.

Literatūra

1. Adahovska O. Individuālo komersantu nodokļu piemērošanas problēmas un risinājumi. Maģistra darba pētījums. – Rīga: RTU, 2013.
2. Mihailovs I. J. Mākslas terapijas tiesiskie aspekti Latvijā // Mākslas terapija: teorija un prakse. – Rīga: Drukātava, 2009.
3. Mihailovs J. I. Profesionālā darbība mākslu terapijā: autortiesību un blakustiesību aspekts // Rīgas Stradiņa universitāte. Zinātniskie raksti: RSU 2009. gada sociālo zinātņu pētnieciskā darba publikācijas. – Rīga: RSU, 2010. – 252.–255. lpp.
4. Autortiesību likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=5138> (sk. 08.11.2013.).
5. Biedrību un nodibinājumu likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=81050> (sk. 09.11.2013.).
6. Darba aizsardzības likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=26020> (sk. 09.11.2013.).
7. Darba likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=26019> (sk. 08.11.2013.).
8. Komerclikums // <http://likumi.lv/doc.php?id=5490> (sk. 08.11.2013.).
9. Latvijas Mākslas terapijas asociācijas statūti // <http://www.arttherapy.lv/lmta/lmta-statuti-etikas-kodekss.html> (sk. 09.11.2013.).
10. Latvijas Vēstneša portāls // <http://www.lvportals.lv/e-konsultacijas.php?id=2270> (sk. 09.11.2013.).
11. Likums “Par apdrošināšanas līgumu” // <http://likumi.lv/doc.php?id=48896> (sk. 09.11.2013.).
12. Likums “Par grāmatvedību” // <http://likumi.lv/doc.php?id=66460> (sk. 09.11.2013.).
13. Likums “Par iedzīvotāju ienākumu nodokli” // <http://likumi.lv/doc.php?id=56880> (sk. 08.11.2013.).
14. Likums “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu” // <http://likumi.lv/doc.php?id=26021> (sk. 08.11.2013.).
15. Likums “Par valsts sociālo apdrošināšanu” // <http://likumi.lv/doc.php?id=45466> (sk. 09.11.2013.).
16. LR Finanšu ministrijas uzturētā ES fondu mājas lapa // <http://www.esfondi.lv/page.php?id=336> (sk. 09.11.2013.).
17. LR Ministru kabineta 2001. gada 27. marta noteikumi Nr. 150 “Noteikumi par nodokļu maksātāju un nodokļu maksātāju struktūrvienību reģistrāciju Valsts ieņēmumu dienestā” // <http://likumi.lv/doc.php?id=6242> (sk. 09.11.2013.).
18. LR Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461 “Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību” // <http://likumi.lv/doc.php?id=210806> (sk. 08.11.2013.).
19. LR Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumi Nr. 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa

- profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” // <http://likumi.lv/doc.php?id=190610> (sk. 08.11.2013.).
20. LR Uzņēmumu reģistra mājas lapa // <http://www.ur.gov.lv> (sk. 09.11.2013.).
 21. LR VID mājas lapa // <http://www.vid.gov.lv> (sk. 09.11.2013.).
 22. Mikrouzņēmumu nodokļa likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=215302> (sk. 09.11.2013.).
 23. Nacionālā veselības dienesta mājas lapa // <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicnisko-tehnolojiu-datu-bze/30-rehabilitacijas-mediciniskie-pakalpojumi/makslu-terapija> (sk. 09.11.2013.).
 24. Sabiedriskā labuma organizāciju likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=90822> (sk. 09.11.2013.).
 25. VID – Nodokļi // <http://www.vid.gov.lv/default.aspx?tabid=8&id=2982&hl=1> (sk. 09.11.2013.).
 26. Uzņēmumu reģistrs: Uzņēmumu un nodibinājumu reģistrs // <http://www.ur.gov.lv/biedribas.html> (sk. 09.11.2013.).
 27. Uzņēmumu reģistrs: Komercreģistrs // <http://www.ur.gov.lv/komercregistr.html> (sk. 09.11.2013.).
 28. Mikrouzņēmumu nodoklis: Jautājumi un atbildes // <http://www.vid.gov.lv/default.aspx?tabid=8&id=4913&hl=1> (sk. 09.11.2013.).

SUPERVĪZIJA MĀKSLU TERAPIJAS IZGLĪTĪBAS UN PAKALPOJUMU ATTĪSTĪBAI LATVIJĀ

*Kristīne Mārtinsone*¹, *Ivans Jānis Mihailovs*²,

*Sandra Mihailova*²

Rīgas Stradiņa universitāte,

¹ *Rehabilitācijas fakultāte*

² *Komunikācijas fakultāte*

Ievads

Supervīzija (lat. *super* – virs, *videre* – skatīties; angl. *super-vision* – uzraudzība, novērošana, kontrole) tiešā tulkojumā nozīmē “skats no augšas” un tajā pašā laikā arī “dziļumā”. Tā ir mērķtiecīgi organizēts konsultatīvais un izglītojošais atbalsts, ko profesionālajā kontekstā saņem indivīds, grupa vai organizācija (turpmāk – supervīzējamais) ar mērķi pilnveidot profesionālo kompetenci un profesionālās darbības kvalitāti. Tas ir veids, kā speciālistiem un topošajiem speciālistiem – studentiem – analizēt un novērtēt dažādus savas profesionālās darbības aspektus, sadarbojoties ar pieredzējušu profesionāli (supervīzoru). “Supervīzors palīdz supervīzējamajam ieraudzīt problēmu citādāk – it kā no jauna” [Кулаков, 2002, 74–86].

Supervīzijas laikā tiek attīstītas supervīzējamā prasmes, nodrošināta pieredzes, zināšanu un informācijas apmaiņa, meklēti risinājumi problēmsituācijām, kā arī sniegts emocionāls atbalsts. G. Horšers norāda, ka vispārīgā izpratnē supervīzija nozīmē ar profesiju / profesionālo darbību saistītu konsultēšanu un tālākizglītību. Darbības loks ir ļoti plašs: no darba ar gadījumu un komandas supervīzijas līdz organizācijas konsultēšanai [Supervīzija sociālajā darbā: Supervīzora rokasgrāmata, 2007, 44].

Mākslu terapijas gadījumā supervīzija attiecas uz mākslas terapeita / mākslas terapijas studenta profesionālās kompetences un profesionālās darbības pilnveidi (t. sk. veidot un uzturēt terapeitisko vidi un terapeitiskās attiecības ar klientu / pacientu, pārvaldīt un, izmantojot mākslas terapijas procesā atbilstošas mākslas metodes un tehnikas, uzturēt augstus ētikas standartus, kas nozīmē arī strādāt saskaņā ar savu profesionālo sagatavotību un atbilstoši savai kompetencei). Supervīzējot mākslas terapijas procesu, supervīzoram ir jāpārvalda gan vispārējās supervīzoram nepieciešamās zināšanas, prasmes un kompetenci, gan specifiskās: darbs ar vizuāliem, mūzikas, kinestētiskajiem u. c. tēliem, simboliem un metaforām, ko var integrēt supervīzijas procesā dažādos aspektos – supervīzējamais rada mākslu (deju, mūziku u. tml.) supervīzijas ietvaros, supervīzējamais prezentē

supervizoram savu klientu / pacientu darbus (audio, video ierakstus) utt. Māksla ļauj paplašināt supervizējamā izpratni par terapeitiskām attiecībām un to dažādiem aspektiem – aktualizē transferences un kontrtransferences jautājumus, palīdz atpazīt t. s. “paralēlos procesus”, attīsta empātiju, ļauj pārvarēt apjukumu vai šaubas utt. [Dreifelde-Gabruševa, Mārtinsone, 2010].

Supervīzijai ir būtiska nozīme profesionālā statusa iegūšanai (studiju procesā un sertifikācijā) / saglabāšanai (resertifikācijā), adekvātu profesionālās darbības standartu uzturēšanai, speciālista profesionālajai attīstībai (izaugsmei), iespējamo profesionālo un personisko grūtību pārvarēšanai. Tādējādi supervīzija ir vērtējama kā viens no stūrakmeņiem profesionālās izglītības nodrošināšanai un profesijas attīstībai, gan risinot konkrētus ar formālās izglītības īstenošanas saturu un kvalitāti saistītus jautājumus, gan attīstot turpmāko profesionālo darbību un iekļaujoties profesionālās sadarbības sistēmā [Mārtinsone, 2010].

Supervīzijas funkcijas

Supervīzijas attiecībās supervizoram un supervizējamajam (t. sk. mākslas terapeitam vai mākslas terapijas studentam) svarīgi ir izprast supervīzijas funkcijas un izvēlēties tās, kuras tiks izvirzītas priekšplānā. Vienlaikus jāuzsver, ka supervīzijas funkcijas bieži pārklājas vai tiek apvienotas, to precīza identificēšana var būt apgrūtināta [Upmale, Mārtinsone, 2010].

Supervīzora uzdevums ir sniegt supervizējamajam gan atbalstu, gan izglītojošu izaicinājumu, gan atbilstošu novērtējumu. M. Nekere-Ribaupēre [Nöcker-Ribaupiere, 2007] saskaņā ar šiem uzdevumiem izdala trīs supervīzijas līmeņus un tiem atbilstošas funkcijas: mācību supervīzija, darba supervīzija un supervīzija tālākizglītībā.

Mācību supervīzijā viena no galvenajām ir izglītojošā funkcija, kas ietver analīzi, izskaidrošanu un refleksiju. Šī supervīzija ir vērsta uz to, lai sekmētu iedziļināšanos un “ieiešanu” profesijā. Tā ir studējošā profesionālās darbības prakses pārraudzība [Nöcker-Ribaupiere, 2007, kā minēts: Mārtinsone, 2010].

Darba supervīzija ir jāuzsāk praktizējot. Profesionālās apvienības ir izstrādājušas supervīziju vadlīnijas, kas nosaka supervīzijas formu, biežumu u.c. kritērijus. Šīs supervīzijas ir nepieciešamas uztveres spēju paplašināšanai, profesionālo attiecību pareizai izpratnei un sakārtošanai [Nöcker-Ribaupiere, 2007, kā minēts: Mārtinsone, 2010]. Mākslas terapeiti Latvijā saskaņā ar profesijas standartu ir atbildīgi par savas profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu un paaugstināšanu, arī medicīniskās tehnoloģijas aprakstā ir prasība veikt regulāru supervīziju.

Supervīzija tālākizglītībā pilda mūžizglītības funkcijas. Tā ir iespēja apgūt supervīzora profesiju iepriekšējās izglītības kontekstā, pilnveidoties un neatpaukt mūsdienu straujo pārmaiņu procesos [Nöcker-Ribaupiere, 2007, kā minēts:

Mārtinsone, 2010]. RSU šādu iespēju piedāvā divgadīga profesionālās pilnveides programma “Supervīzija”, kuras saturs un apjoms atbilst Eiropas Nacionālo supervīzijas organizāciju asociācijas (*Association of National Organisations for Supervision in Europe, ANSE*) vadlīnijām.

Gan zinātniskajā literatūrā, gan profesionālajā praksē eksistē arī citi supervīzijas galveno funkciju rakursi, izdalot izglītojošo, atbalstošo / konsultatīvo, vadības (kontroles) / administratīvo, arī novērtēšanas funkciju [Proctor, 1986; Ховкинс, Шохем, 2002; Driscoll, 2004; Carroll, 1999, 2001].

Par vienu no vadošajām supervīzijas funkcijām var uzskatīt **izglītojošo funkciju**. Tā nosaka supervīzora pienākumu strukturēt un attīstīt supervīzējamā profesionālās zināšanas un izaugsmi. Supervīzoram jārada droša vide, kurā supervīzējamais var iegūt nepieciešamās zināšanas, pieredzi un prasmes [Upmale, Mārtinsone, 2010].

Izglītojošā funkcija papildina supervīzējamā zināšanas, attīsta viņa prasmes un izpratni. Pamatojoties uz pieaugušo izglītības pieeju, tiek veicināta supervīzējamā mācīšanās, dodot iespēju reflektēt par praksi [Driscoll, 2004, 52]. Šāda veida mācīšanās nodrošina personīgo un profesionālo izaugsmi [Carroll, 1999, 48].

Izglītojošā supervīzijā supervīzors palīdz supervīzējamajam, kurš atrodas izglītojamā statusā (mākslas terapijas students – praktikants vai mākslas terapeits iesācējs), pilnveidot savu praksi, uzņemoties daļēju atbildību par to. Izglītojošā funkcija tiek realizēta, analizējot un izpētot supervīzējamā darbu, lai palīdzētu supervīzējamajam [Ховкинс, Шохем, 2002, 93]: labāk izprast klientu / pacientu; apzināties savas reakcijas; izprast mijiedarbības ar klientu / pacientu dinamiku; izanalizēt savas iejaukšanās un to sekas; izanalizēt alternatīvas darbības iespējas esošajā un līdzīgās situācijās. Mākslas terapeits (students) šajā gadījumā mācās labāk izprast un analizēt klienta / pacienta radītos mākslas darbus (artefaktus) un apzināties savas reakcijas uz tiem [Mārtinsone, Upmale, 2010].

Atbalstošā funkcija supervīzijā vairāk ir saistīta ar atbalsta sniegšanu, rūpēšanos un plānošanu [Driscoll, 2004, 52]. Šī funkcija iekļauj tādu nozīmīgu darba aspektu kā supervīzējamā iedrošināšanu [Carroll, 1999, 48]. Atbalstošā supervīzijā atbildību par darbu uzņemas supervīzējamais, konsultējoties ar savu supervīzoru. Fokuss uz šo supervīzijas funkciju vairāk piemērots pieredzējušiem, kvalificētiem speciālistiem [Ховкинс, Шохем, 2002, 97]. Attiecībā uz mākslu terapiju šī funkcija nozīmē nodrošināt piemērotu, drošu vidi mākslas terapeita (studenta) sajūtu, emociju, jūtu un domu izpausmei (ekspresijai) un viņa vajadzību apspriešanai [Mārtinsone, Upmale, 2010].

Vadības funkcija iekļauj strukturālo komponentu, pārraudzību (*monitoring*) un darba novērtēšanu, kā arī kvalitatīvas, efektīvas prakses nodrošināšanu (*normalising best practice*) [Driscoll, 2004, 52]. Tā saistās ar supervīzējamā darba kvalitātes

un efektivitātes uzturēšanu un nosaka supervizora pienākumu strukturēt un attīstīt supervizējamā profesionālās zināšanas un izaugsmi. Administratīva funkcija tiek attiecināta uz supervizējamā pienākumiem, atbildību un klienta / pacienta labklājību. Supervizors kļūst par klienta / pacienta un profesijas “advokātu”, veicinot kvalitatīvu darbu, kas balstīts uz ētiskiem un profesionāliem standartiem [Carroll, 1999, 48–49]. Šajā gadījumā supervīzija, piemēram, palīdz supervizējamajiem (t. sk. mākslas terapeitiem / studentam) nepieļaut vienas un tās pašas kļūdas savā darbā, kuras speciālists reizēm dēvē par daļu no sava “individuālā” stila. Vadības supervīzijā supervizors ir supervizējamā vadītājs un atbild par supervizējamā darbu ar klientiem / pacientiem, taču subordinācijas attiecības ir izteiktākas nekā izglītojošajā supervīzijā. Attiecībā pret pieredzējušiem speciālistiem šīs funkcijas realizācija var saskarties ar pretestību [Mārtinsone, Upmale, 2010].

Supervīzijas izglītība un supervīzijas sistēmas attīstība

Pievēršot uzmanību atsevišķiem supervīzijas izglītības un supervīzijas sistēmas attīstības aspektiem Latvijā, nosacīti un salīdzinoši iso supervīzijas attīstību var iedalīt trīs posmos.

Pirmkārt, kopš valsts neatkarības atjaunošanas līdz ar citiem daudzveidīgiem (galvenokārt ārvalstu kolēģu) izglītības piedāvājumiem supervīzija mūsu valstī ienāca tālākizglītībā (kursi un semināri), paverot iespēju dažādu nozaru pārstāvjiem iepazīties ar dažādām supervīzijas formām un metodēm dažādos profesionālajos kontekstos. Vienlaikus vairāki Latvijas speciālisti devās uz ārzemēm, lai apgūtu dažādu līmeņu supervīzijas izglītības programmas.

Kā nozīmīgas supervīzijas sistēmas attīstībai ir vērtējamās sociālo darbinieku aktivitātes, ne tikai ieviešot supervīzijas studiju kursus Latvijas Kristīgās akadēmijas un Sociālā darba un sociālās pedagoģijas augstskolas “Attīstība” piedāvāto studiju programmu ietvaros, bet arī panākot, ka 2006. gada 25. maijā tika veikti grozījumi 2002. gada 31. oktobrī pieņemtajā Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā, nosakot, ka “konsultatīvs atbalsts sociālā darba speciālistam (supervīzija) ir sociālā darba speciālista darbības paredzēts metožu kopums, lai uzlabotu viņa profesionālo kompetenci un sniegtu viņam psiholoģisku atbalstu, lai paaugstinātu darba kvalitāti”, kā arī nosakot, ka pašvaldībai ir pienākums nodrošināt supervīziju pašvaldības sociālā dienesta un tās izveidoto sociālo pakalpojumu sniedzēju sociālā darba speciālistiem. Ar šo Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma grozījumu Latvijā supervīzija tika nostiprināta likuma līmenī.

2008. gada 21. aprīlī tika grozīti Ministru kabineta 2003. gada 3. jūnija noteikumi Nr. 291 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem”, nosakot, ka “pašvaldību sociālais dienests nodrošina konsultatīvu atbalstu (supervīziju) sociālo dienestu

un pašvaldību izveidoto sociālo pakalpojumu sniedzēju sociālā darba speciālistiem – individuālo atbalstu vismaz deviņas stundas gadā vai grupu atbalstu vismaz 18 stundu gadā” (8.¹ punkts).

Otrkārt, ar nolūku sagatavot profesionālus supervizorus tika īstenoti vairāki, tostarp ar Eiropas fondu atbalstu, projekti, no kuriem var izcelt:

- 1) Latvijas Universitātes realizēto projektu – tālākizglītības programmu “Supervīzija sociālajā darbā” (2006–2007) [Riebaine, Ramāne] – un tā rezultātā sagatavoto metodisko materiālu krājumu “Supervīzija sociālajā darbā: Supervizora rokasgrāmata” un
- 2) Rīgas Stradiņa universitātes Mākslas terapijas skolas un Karalienes universitātes Belfāstā sadarbībā organizēto supervīzijas programmu mākslas terapeitiem (2006–2007), kuras rezultātā ir tapusi kolektīvā monogrāfija “Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā”.

Balstoties uz uzkrātajām zināšanām un pieredzi, Rīgas Stradiņa universitātē 2012. gada rudenī tika uzsākta profesionālās pilnveides programmas “Supervīzija” īstenošana. Šī programma tiek piedāvāta dažādu nozaru profesionāļiem ar vismaz četru gadu profesionālās darbības stāžu un pieredzi supervīzijā. Tās apjoms ir 600 stundas un tā ir izstrādāta, ievērojot Eiropas Nacionālo supervīzijas organizāciju asociācijas (ANSE) vadlīnijas.

Pārskatā par supervīzijas izglītību un institucionālo attīstību kā nozīmīgs notikums jāmin Latvijas Supervizoru apvienības (LSA) dibināšana 2006. gada 17. februārī (reģistrēta 2006. gada 7. jūnijā). Šī profesionāļu apvienība 2012. gada septembrī kļuva par piltiesīgu ANSE biedru.

Latvijas Supervizoru apvienības mērķi ir:

- 1) veicināt supervīzijas attīstību Latvijā;
- 2) ANSE standartiem atbilstošas supervizoru izglītības un prakses ieviešana Latvijā;
- 3) apvienot Latvijā darbojošos supervizorus un veicināt profesionālās pieredzes apmaiņu (plašāk sk. www.supervizija.lv/).

Treškārt, kā nozīmīgs supervīzijas attīstībā mūsu valstī iezīmējas 2013. gads, kad 21. maijā Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisijas sēdē tika apstiprināti termini “supervīzija”, “supervizors”, “vadīt supervīziju”. Savukārt 16. oktobrī Latvijas Republikas Izglītības un zinātnes ministrijas Profesionālās izglītības un nodarbinātības trīspusējās sadarbības padomes sēdē tika saskaņots supervizora profesijas standarts, kas nosaka supervizora izglītības un kvalifikācijas prasības. Tādējādi tika aktualizēts jautājums par nepieciešamību turpināt darbu pie supervīzijas izglītības – profesionālā maģistra studiju programmu – attīstības.

2013. gadā iesāktais darbs veiksmīgi rezultējās 2014. gada sākumā. 2014. gada 26. februārī Izglītības un zinātnes ministrijas izveidotā Studiju programmu

licencēšanas komisija, ievērojot licencēšanas eksperta – Daugavpils Universitātes profesora *Dr. habil. psych., Dr. habil. paed.* Alekseja Vorobjova – atzinumu, piešķir licenci asociētās profesores *Dr. psych., Mg. paed., Mg. sc. sal.* Kristīnes Mārtinsones vadībā izstrādātajai profesionālajai maģistra studiju programmai “Supervīzija”, attiecīgi piešķirot Rīgas Stradiņa universitātei tiesības īstenot minēto studiju programmu, ļaujot studiju programmas absolventam iegūt profesionālo maģistra grādu pedagoģijā un supervizora kvalifikāciju, savukārt 2014. gada 4. martā tika grozīti LR Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461 “Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību”, papildinot profesiju klasifikatoru ar jaunu profesiju ”supervizors / konsultants pārraug” (2423 17) un attiecīgi apstiprinot profesiju standartu.

Šodien supervīzijas jautājums ir aktualizēts vairākās profesijās Latvijā, tā pakāpeniski kļūst par neatņemamu / obligātu gan studiju procesa, gan profesionālās darbības sastāvdaļu jomās, kurās uzmanības centrā atrodas cilvēks, īpaši veselības vai sociālās aprūpes vidē. Nākotnē supervīziju kā obligātu profesionālās darbības sastāvdaļu ir plānots nostiprināt Psihologa profesionālās darbības likumā, ieviest valsts pārvaldē. Latvijā ir izteikti viedokļi (līdzīgi kā citās pasaules valstīs) par supervīzijas nepieciešamību arī policijas darbiniekiem, bērnu tiesību aizsardzības speciālistiem, pedagogiem. Tādējādi var prognozēt, ka līdz ar supervīzijas profesijas standarta un maģistra studiju programmu izveidi attīstīsies supervīzijas studijas un pētniecība, kā arī nozaru profesionāļu un visas sabiedrības izpratne par supervīzijas procesa būtību un nozīmi gan profesionālās darbības sistēmā, gan normatīvajā līmenī.

Literatūra

1. Mārtinsonē K. (sast.). Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā. – Rīga: Drukātava, 2010.
2. Mārtinsonē K., Dreifelde-Gabruševa I. Reflektīvā prakse mākslu terapijā // Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā / K. Mārtinsonē (sast.). – Rīga: Drukātava, 2010.
3. Riebaine I., Ramāne I. Supervīzija palīdz neizdegt // <http://politika.lv/article/supervizija-palidz-neizdegt> (sk. 12.04.2012.).
4. Supervīzija sociālajā darbā: Supervizora rokasgrāmata. – Rīga: Latvijas Universitāte, 2007.
5. Upmale A., Mārtinsonē K. Supervīzija darbā ar mākslu terapijas studentiem // Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā / K. Mārtinsonē (sast.). – Rīga: Drukātava, 2010.
6. Upmale A., Mārtinsonē K. Supervīzijas funkcijas // Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā / K. Mārtinsonē (sast.). – Rīga: Drukātava, 2010.

7. Carroll M. Counselling supervision // M. Carroll, M. Tholstrup (eds). Integrative approaches to supervision. – London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.
8. Carroll M., Tholstrup M. (eds.) Integrative approaches to supervision. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2001.
9. Driscoll J. Practising clinical supervision: a reflective approach. – London: Elsevier Health Sciences, 2004.
10. Hawkins P., Shohet R. Supervision in the helping professions. – Buckingham Open University Press, 2000.
11. Proctor B. Supervision: a cooperative exercise in accountability // Enabling and ensuring: supervision in practice. / Marken M., Payne M. (eds). – Leicester: National Youth Bureau, 1986.
12. Кулаков С. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. – Санкт-Петербург: Речь, 2002.
13. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. – Санкт-Петербург: Речь, 2002.

MĀKSLU TERAPIJA UN PSIHOLOĢIJA: ROBEŽAS UN KRUSTPUNKTI

*Sandra Mihailova*¹, *Kristīne Mārtinsone*²,
*Ivans Jānis Mihailovs*¹

Rīgas Stradiņa universitāte,

¹ *Komunikācijas fakultāte*

² *Rehabilitācijas fakultāte*

Ievads

Mūsdienās zinātņu attīstība, meklējot jaunas pieejas un metodes, attīstot esošās koncepcijas un teorētiskos modeļus, arvien izteiktāk ir vērsta uz starpdisciplināro saišu veidošanu un komunikāciju starp atsevišķām nozarēm, apakšnozarēm un starpnozārēm. Latvijā 2013. gada nogalē, nosakot prioritāros zinātnes virzienus, tiek uzsvērts, ka ir “nepieciešami starpdisciplināri pētījumi, kur bioloģijas, demogrāfijas, farmācijas, ķīmijas, medicīnas, psiholoģijas, socioloģijas, pārtikas zinātnes u. c. zinātņu pārstāvji kopīgi risina [...] jautājumus un sniedz zinātniski pamatotus priekšlikumus” [MK rikožuma projekts “Par prioritārajiem virzieniem zinātnē 2014.–2017. gadā”].

Arī viena no jaunākajām studiju, pētniecības un profesionālās darbības jomām Latvijā – mākslu terapija – ir veidojusies ārstniecības, psiholoģijas, psihoterapijas pieeju un mākslu krustpunktos. Rūpējoties par profesionālas un kvalitatīvas mākslu terapijas prakses, studiju un pētniecības attīstību, aktualizējas jautājums par tās starpdisciplināritāti, t. sk. minētajiem krustpunktiem, robežām un atbildību, jo arī citu nozaru pārstāvji – ārsti, psihoterapeiti, sociālie darbinieki, psihologi, pedagogi un citi speciālisti – savā darbā ar klientiem / pacientiem var izmantot mākslas metodes un tehnikas (t. i., izmantot mākslu ārpus tradicionālajiem estētiskajiem rāmjiem), kā arī konsultēt un sniegt atbalstu atbilstoši savas profesijas mērķiem un uzdevumiem [Mārtinsone, 2010]. Profesiju krustpunkti, robežas un atbildība ir noteikti attiecīgajos profesiju standartos [Latvijas Republikas Profesiju standarti], tomēr šo standartu piemērošana praksē ne vienmēr ir precīza.

Psiholoģija

Neraugoties uz vārda cilmi (no sengrieķu *psychē* “dvēsele” un *logos* “mācība”), nav iespējams apgalvot, ka psiholoģija ir mācība par dvēseli. To var definēt kā zinātni par indivīda un grupas psihiskajiem (emocionālajiem un kognitīvajiem) procesiem, stāvokļiem, īpašībām un tos ietekmējošajiem faktoriem.

Mūsdienās psiholoģijā ir ļoti daudz dažādu skolu, virzienu, teoriju, koncepciju, sistemātisku vispārīnājumu, kas paredz veidu, kā organizēt zināšanas un interpretēt pētījumu rezultātus. Precīzi jēdzienu “psiholoģija” visbiežāk var definēt noteiktas skolas (biheiviorisma, kognitīvās, humānistiskās psiholoģijas utt.) vai nozares (piemēram, sociālās, personības, veselības, izglītības utt. psiholoģijas) ietvaros. Katras psiholoģijas skolas vai nozares centrā ir kāda dominante (uzvedība, izziņas procesi, subjektīvā jēga vai attiecīgi personība, sociālās attiecības utt.).

Vispārinot var teikt, ka psiholoģija ir viena no sociālajām zinātnēm¹, kuras uzmanības centrā ir cilvēks – viņa uzvedība, apkārtējās pasaules un sevis izziņāšana, intelekts, emocijas, mācīšanās, attīstība, cilvēka personības iezīmes un to veidošanās, attiecības ar citiem cilvēkiem dažādu sociālo grupu un kultūru ietvaros, funkcionēšana darbavietā, ģimenē utt. Tās izpētes fokuss var būt vērsts gan uz konkrētu individu, gan uz sociālo grupu, gan kultūru kopumā.

Psihologu profesionālās darbības likuma projektā ir noteikts, kas ir psihologs un kādas ir psihologu specializācijas jomas: izglītības un skolu psiholoģija, darba un organizāciju psiholoģija, klīniskā un veselības psiholoģija, juridiskā psiholoģija un konsultatīvā psiholoģija. Savā ziņā mākslu terapijai vistuvāk no psiholoģijas nozarēm ir veselības (arī klīniskā) psiholoģija [Mārtinsons, Mihailova, Mihailovs, Vētra, 2012; Mārtinsons, Freimane, Mihailova, 2014].

Mākslu terapija

Plašinoties mākslas izpratnei un tai ienākot dažādās sabiedrības dzīves jomās – izglītībā, sociālajā aprūpē, kultūrā un veselībā, 20. gadsimta otrajā ceturksnī ir izveidojusies jauna integratīva veselības aprūpes joma – mākslu terapija (angl. *arts therapies*, kr. *искусствотерапия*), ko tradicionāli Eiropā pārstāv drāmas, deju un kustību, mūzikas un mākslas terapeiti. Jau vairāk nekā 40 gadus dažādās augstākās izglītības iestādēs pasaulē var iegūt mākslas (drāmas, deju un kustību, mūzikas) terapeita kvalifikāciju, kas ir pamats speciālistu turpmākai darbībai ārstniecības, sociālās aprūpes un izglītības vidē vai privātpraksē, kā arī pamats turpmākai profesionālās kapacitātes pilnveidei.

¹ Jāuzsver, ka pasaulē nav vienotas zinātņu, līdz ar to arī sociālo zinātņu un psiholoģijas, klasifikācijas. Turklāt psiholoģija ir ļoti daudzveidīga. Bijušajā PSRS psiholoģija tika pieskaitīta pie humanitārajām zinātnēm (tāpat kā vēsture, filozofija, literatūrzinātne, mākslas vēsture u. tml.). Krievijā psiholoģija joprojām ir humanitārā zinātne. Eiropā psiholoģija parasti tiek uzskatīta par sociālo zinātņi (tāpat kā ekonomika, socioloģija u. tml.). Tomēr Lielbritānijā psiholoģija pieder pie dzīves zinātnēm (*life sciences*), tāpat kā bioloģija, botānika un zooloģija. ASV psiholoģiju visbiežāk pieskaita pie uzvedības (*behavioral*) zinātnēm, bet daļēji arī pie sociālajām zinātnēm. Latvijā līdz pat 2004. gadam tā bija humanitārā zinātne, kopš 2005. gada – sociālā zinātne. Viens no kritērijiem zinātņu apakšnozaru klasifikācijā ir nozarē izmantotā metodoloģija.

Mākslu terapijas prakse balstās uz veselības un patoloģijas izpratni plašā kontekstā, uz zināšanām par cilvēka attīstību, psiholoģijas un psihoterapijas teorijām un praksi, uz radošā (mākslinieciskā) procesa dziļu izpratni. Līdz ar to mākslu terapiju raksturo teorētisko zināšanu, praktisko iemaņu un attieksmju kopums, kas ir attīstīties dažādu nostādņu daudzveidībā.

Mākslu terapija Latvijā ir definēta kā veselības aprūpes joma, kurā klientu / pacientu daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai individuāli vai grupā terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā izmanto: mākslas (vizuāli plastiskās mākslas, mūzikas, deju un kustību, drāmas) līdzekļus, tehnikas un paņēmienus; radošo (mākslas radīšanas) procesu un tā rezultātu; klienta / pacienta refleksiju par (reakciju uz) šo procesu un / vai radīto darbu, kas tiek saprasta kā viņa sajūtu, emociju, jūtu, domu, vajadzību, spēju, resursu, interešu, grūtību u. c. izpausme [Mārtinsone, 2011]. Savukārt mākslas terapeits ir ārstniecības persona, kas ir ieguvusi otrā līmeņa profesionālo augstāko izglītību (maģistra grādu) veselības aprūpē un profesionālo kvalifikāciju mākslas terapeits ar specializāciju vienā no mākslas veidiem (vizuāli plastiskā māksla, deja un kustība, drāma vai mūzika).

Kopīgais un atšķirīgais psiholoģijā un mākslu terapijā

Mākslu terapijas pirmsākumi rodami vairākās zinātnēs un profesionālās darbības jomās, ne vien ārstniecībā, bet arī mākslā (atbilstoši specializācijai), psiholoģijas un psihoterapijas teorijās. Psiholoģija Latvijā ir sociālā zinātne, bet mākslu terapija, kas veidojusies medicīnas un mākslas satikšanās punktā [Mārtinsone, Mihailova u. c., 2008], pieder pie medicīnas, t. i., zinātnes nozares, kurā pēta cilvēka organisma uzbūvi un funkcijas, cilvēka slimību izcelsmi un mehānismus, slimību novēršanu un ārstēšanu [LZP Zinātņu nozaru un apakšnozaru anotācijas]. Lai uzsvertu mākslu terapijas starpdisciplinārās saknes, kā viens no nozīmīgākajiem tās izveides nosacījumiem ir jāizceļ arī psiholoģijas teoriju ietekme uz mākslu terapijas izveidi un attīstību [Malchiodi, 2003; Rubin, 2010], lietojot metaforu – izplatīto uzskatu, ka “mākslu terapijas vecāki ir māksla un psiholoģija” [Vick, 2003]. Taču šajā sakarībā ir jāaplūko vairāki mākslu terapijas aspekti: teorētiskie pamati, pētniecība, prakse, speciālista personības kvalitātes.

Arī Latvijā mākslu terapijas teorētiskie pamatojumi sakņojas psiholoģijas teorijās [Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs u. c., 2008; Mārtinsone, 2009; 2011].

Latvijā mākslas terapeita prakse, kas vērsta uz drošu, legālu un efektīvu uz klientu / pacientu centrētu aprūpi, izvēloties atbilstošus mākslas līdzekļus un tehnikas, respektējot profesionālās darbības jomu un komandas darbu, ietver:

- 1) teorētiskā pamatojuma un instrumentārija izvēli atbilstoši darba videi, klientu / pacientu grupas raksturojumam, mākslu terapijas mērķiem, pieļaujot vairāku pieeju izmantošanu;

- 2) vienlaikus tiek veicināta prasība integrēt t. s. kognitīvi biheiviorālo un psihoanalītiski informēto praksi, humānistiskās pieejas principus un mākslā balstītu pieeju (izpratni par mākslas radīšanas procesu – kreatīvo modeli) un
- 3) uz pierādījumiem balstītu praksi – pētījumos pamatotas atziņas par darba specifiku ar konkrēto klientu / pacientu grupu [Mārtinsone, 2009, 71–72].

Latvijā atbilstoši mūsdienu mākslu terapijas attīstībai pasaulē mākslu terapijas praksei par pamatu ir izvēlēta un tiek attīstīta integratīvi eklektiskā pieeja [Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs u. c., 2008].

Gan psiholoģijā, gan mākslu terapijā pētniecībā izmanto metodes, kuras ir aizgūtas gan no dabaszinātnēm (piemēram, eksperiments), gan no humanitārajām zinātnēm (piemēram, interpretācijas). Mākslu terapijā kā veselības aprūpes jomā dominē gan uz pierādījumiem balstītā prakse (*evidence-based practice*), kura aizvien vairāk kļūst aktuāla arī psiholoģijā, gan mākslā balstītie pētījumi [McNiff, 1988].

Uz pierādījumiem balstītā prakse ir lēmumu pieņemšanas process, kurā tiek izmantoti pieejamie pētījumu dati, speciālista kompetence un konteksta raksturojums [Medicīnas informācijas meklēšana elektroniskajos resursos] vai šaurāk – tā ir vislabāko pierādījumu izmantošana, lai pieņemtu izsvērtus un pamatotus lēmumus. Mūsdienās tā tiek attiecināta uz visdažādākajām nozarēm, lai demonstrētu, ka profesionāļa darbības ir drošas, efektīvas, ekonomiskas un galvenais – uz pierādījumiem balstītas [Mārtinsone, 2010]. Šajā ietvarā tiek uzsvērts, ka pieredze un intuīcija nenodrošina “labo praksi”, praksei ir jābalstās uz pētījumu rezultātiem. Tomēr psiholoģijā un mākslu terapijā jārēķinās ar specifiku, ka, veicot intervenču efektivitātes pētījumus (piemēram, veselības aprūpes vidē), lineārā (tiešā) cēloņsakarību veidā nevar veikt visus vērtējumus. Ja intervences ir saistītas ar sociālajām attiecībām, pieredzi, uzticēšanos, cilvēcisku mijiedarbību utt., pētāmās pazīmes ne vienmēr ir iespējams sadalīt izmērāmos komponentos [Mārtinsone, 2010; Mārtinsone, Pipere, 2011]. (Sk. arī K. Mārtinsones rakstu “Aktuālās profesionālās darbības un attīstības problēmas mākslu terapijā”.)

Mākslu terapijas praksē var fokusēties, pirmkārt, uz fiziskām un medicīniskām problēmām, izvirzot tādas mērķus kā, piemēram, runas, atmiņas un kustību attīstības veicināšana. Tomēr mākslu terapijas mērķi reizēm ir fokusēti uz psiholoģiskām vai sociālām problēmām [Smeijsters, 2009, 15–19]. Mākslas terapiju no verbālās pieejas atšķir mākslas mediju kā ekspresijas un komunikācijas līdzekļu izmantošana. Vienlaikus ir jāuzsver, ka mākslu terapijas veiksmīgs rezultāts ir saistīts ar mākslas terapeita darbību un sadarbību multidisciplinārās komandas ietvaros.

Vēl viens aspekts, kam, salīdzinot psihologu un mākslas terapeitu, jāpievērš uzmanība, ir jautājumi par mākslas terapeita personības kvalitātēm [Majore-Dūšele, 2011]. Gan psihologa, gan mākslas terapeita profesijā zināšanas un prasmes nav vienīgais būtiskais efektīvas profesionālās darbības instruments [Von Bonin,

Muller, 2007]. Klīniskā darba efektivitāte un veiksmīgs rezultāts lielā mērā ir saistīts ar darba alianses un terapeita personības kvalitāti [Raue, Barkham, Golfried, 1997].

Noteikti var runāt par terapeitisko attiecību kvalitatīvām līdzībām starp mākslas terapeitu un klientu / pacientu un starp psihologu un viņa klientu. Terapeitiskajām attiecībām, ko klienti / pacienti apraksta kā efektīvas, terapeitisko procesu veicinošas, ir raksturīgas tādas kvalitātes kā empātija, noturīga interese, patiesas rūpes, kas līdzsvarotas ar profesionālu neitralitāti, atvērtība un klienta / pacienta un viņa pieredzes pieņemšana [Germer, Siegel, Fulton, 2005]. Piemēram, pētnieks Arturs Kombs (*Arthur Combs*) vairākos savos pētījumos ir atklājis, ka veiksmīgu palīdzošās profesijas speciālistu (psihologu, medmāsu, psihoterapeitu) no neveiksmīga atšķir tieši personības kvalitātes [Combs, kā minēts Кочюнас, 1999]. Speciālista kvalitātes, ko klienti / pacienti apraksta kā pozitīvas terapeitiskajās attiecībās, ir – empātija, siltums, izpratne un pieņemšana kā pretstats vainošanai, ignorēšanai vai noraidījumam [Lambert, Barley, 2002]. Tātad, domājot gan par psihologa, gan par mākslas terapeita profesionālo attīstību, jāaktualizē profesionalitātes saikne ar personības kvalitātēm un briedumu. Un līdztekus profesionālajai darbībai gan psihologam, gan mākslas terapeitam ir jāpilnveido sava profesionālā kapacitāte / kvalifikācija gan piedaloties supervīzijās, gan tālākizglītībā, gan arī mācoties (sa)darboties ar citiem speciālistiem.

Nobeigums

Kopumā ir jāsecina, ka psiholoģija un mākslu terapija ir disciplīnas (protams, ne vienīgās), kuru pārstāvji savā darbā izmanto noteiktas metodes un pieejas (kuras atsevišķos gadījumos var būt līdzīgas), kas balstās uz savstarpējām attiecībām un empātiju. Šis fakts aktualizē jautājumu arī par kopīgām teorijām, instrumentāriju, profesionālajiem krustpunktiem un profesionālo komunikāciju, kura ir jāattīsta, lai sasniegtu galveno mērķi – nodrošināt kvalitatīvu un kompetentu palīdzību klientam.

Literatūra

1. Latvijas Zinātnes padomes Zinātņu nozaru un apakšnozaru anotācijas // http://www.lzp.gov.lv/index.php?option=com_content&task=view&id=144&Itemid=51 (sk. 11.11.2013.).
2. Majore-Dūšele I. Mākslu terapeita kompetences // *Mākslu terapija* / K. Mārtinsone (red.) – Rīga: RaKa, 2011.
3. Mārtinsone K. (red.) *Mākslas terapija, teorija un prakse.* – Rīga: Drukātava, 2009.
4. Mārtinsone K. (sast.) *Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā.* – Rīga: RaKa, 2010a.
5. Mārtinsone K. (red.) *Mākslu terapija* // *Mākslu terapija.* – Rīga: RaKa, 2011.

6. Mārtinsone K. (red.) Pētījumi mākslu terapijā. – Rīga: Drukātava, 2010b.
7. Mārtinsone K., Freimane G., Mihailova S. Veselības psiholoģija Latvijā: izaicinājumi, to risināšanas iespējas un ieguvums sabiedrībai // Sabiedrība un kultūra. Rakstu krājums XI / Sast. Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I. J. Psiholoģija un mākslu terapija: mijiedarbība un robežas // 2012. gada RSU zinātniskā konference: Tēzes. – Rīga: RSU, 2012. – 459. lpp.
8. Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I. J., Majore-Dūšele I., Paipare M. Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā). – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2008.
9. Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I. J., Vētra A. Mākslu terapijas un kliniskās psiholoģijas integrācija rehabilitācijas praksē // 2012. gada RSU zinātniskā konference: Tēzes. – Rīga: RSU, 2012. – 458. lpp.
10. Mārtinsone K., Pipere A. (red.). Ievads pētniecībā: stratēģijas, dizaini, metodes: pētījums. – Rīga: RaKa, 2011.
11. Medicīnas informācijas meklēšana elektroniskajos resursos // [http://www.talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/2%20IT%20gramata\(1\).pdf](http://www.talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/2%20IT%20gramata(1).pdf) (sk. 11.11.2013.). A. Medveckis. – Liepāja: LiePA, 2014. (Pieņemts publicēšanai.)
12. Ministru kabineta rikožuma projekts “Par prioritārajiem virzieniem zinātnē 2014.–2017. gadā” // <http://www.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40294108> (sk. 11.11.2013.).
13. Profesiju standarti // <http://visc.gov.lv/profizglitiba/standarti.shtml> (sk. 11.11.2013.).
14. Germer C. K., Siegel R. D., Fulton P. R. (eds) Mindfulness and Psychotherapy. – New York: The Guilford Press, 2005.
15. Gilroy A. Art therapy, research and evidence-based practice. – London: Sage Publications, 2006.
16. Lambert M. J., Barley D. E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcomes // Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patient needs / Ed. by Norcross J. C. – New York: Oxford University Press, 2002.
17. Malchiodi C. A. Handbook of art therapy. – New York: The Guilford Press, 2003.
18. McNiff S. Art-based research. – London: Jessica Kingsley Publishers, 1998.
19. Raue P. J., Barkham M., Golfried M. R. The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy // Journal Consulting Clinical Psychology, 1997; 65 (4): 582–587.
20. Rubin J. A. Introduction to art therapy: Sources and resources. – New York: Routledge, 2010.
21. Smeijsters H. The arts therapies: focussing on the disorder or focusing on the client? Research in practice in the arts therapies / Ed. by Smeijsters H. – Melos, 2009. – Pp. 15–19.
22. Vick R. A. Brief history of art therapy // Handbook of art therapy / Ed. by Malchiodi C. – New York: Guilford Press, 2003.
23. Von Bonin D., Muller M. Competencies in arts therapies: A rating of importance, training and performance by practitioners and referring professionals in Switzerland // The Arts in Psychotherapy, 2007; 34 (1): 11–21.
24. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – Москва: Академический проект, 1999.

II. MAĢISTRA DARBU IETVAROS VEIKTO PĒTĪJUMU PĀRSKATI MĀKSLU TERAPIJĀ

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTES MĀKSLAS TERAPIJAS PROFESIONĀLAJĀ MAĢISTRA STUDIJU PROGRAMMĀ NO 2009. LĪDZ 2013. GADAM AIZSTĀVĒTO MAĢISTRA DARBU ANALĪZE

Evija Vilka, Kristīne Mārtinsone

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Mākslu terapija Latvijā ir jauns veselības aprūpes virziens, kurā klientu / pacientu daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai individuāli vai grupā izmanto mākslu (četrās specializācijās – deju un kustību terapijā (DKT), drāmas terapijā (DT), vizuāli plastiskās mākslas terapijā (VPMT) un mūzikas terapijā (MT)) terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā. Profesiju reglamentējošajos normatīvajos dokumentos ir noteikts, ka mākslas terapeits ir speciālists, kas ir ieguvis profesionālo maģistra grādu veselības aprūpē un kvalifikāciju vienā no minētajām specializācijām (MK noteikumi Nr. 461).

Rīgas Stradiņa universitātē (RSU) Mākslas terapijas studiju programma tiek īstenota kopš 2006. gada. Viens no studiju programmas uzdevumiem ir pilnveidot maģistrantu pētniecisko kompetenci, kas ir nozīmīga arī turpmākajā profesionālajā darbībā, – lai mākslas terapeits varētu pamatot savu profesionālo darbību un pielietotu uz pierādījumiem balstītu praksi.

Pētījuma mērķis ir apkopot un analizēt RSU Mākslas terapijas studiju programmā laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam aizstāvētos maģistra darbus, iekļaujot informāciju par pētījumu tēmām, darba vidēm, dalībniekiem, rezultātiem un secinājumiem.

Veidojot aprakstu, iegūtie dati apkopoti tabulās, un atbilstoši pētījuma mērķim izmantota aprakstošā statistika.

Pētījuma jautājumi

1. Cik un kādi (pētījumu tēmas) pētījumi mākslu terapijā ir veikti laikposmā no 2009. gada līdz 2013. gadam?
2. Kādās profesionālajās darba vidēs maģistra darbi ir izstrādāti?
3. Kas ir bijuši pētījuma dalībnieki (klienti, pacienti, citi)?
4. Kādas ir pētījuma dalībnieku pārstāvētās vecuma grupas?
5. Kādi ir pētījumu galvenie rezultāti un no tiem izrietošie secinājumi?

Rezultāti

Aizstāvēto maģistra darbu skaits

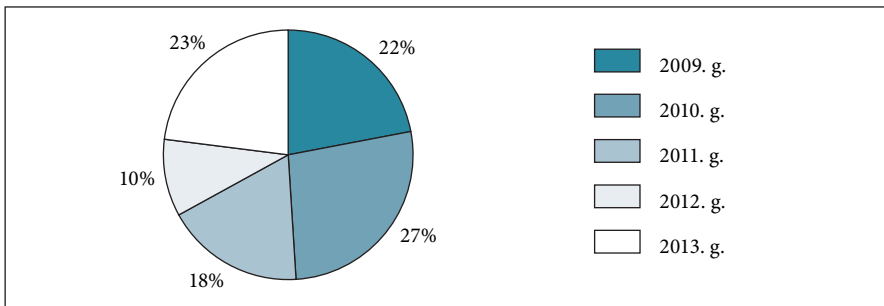
Laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam ir izstrādāti un aizstāvēti 73 maģistra darbi. Procentuāli visvairāk aizstāvēto maģistra darbu ir bijis 2010. gadā (27% pētījumu jeb 20 darbi), vismazāk – 2012. gadā (10% pētījumu jeb 7 darbi) (sk. 1. att.).

Analizējot datus par izstrādātajiem maģistra darbiem katrā specializācijā, ir redzams, ka visvairāk darbu (39% pētījumu jeb 28 darbi) ir izstrādāts VPMT specializācijā, nedaudz mazāk maģistra darbu (30% pētījumu jeb 22 darbi) ir DKT specializācijā, un procentuāli gandrīz vienāda attiecība ir DT un MT specializācijā izstrādāto maģistra darbu skaitam (DT – 16% pētījumu jeb 12 darbi un MT – 15% pētījumu jeb 11 darbi) (sk. 2. att.).

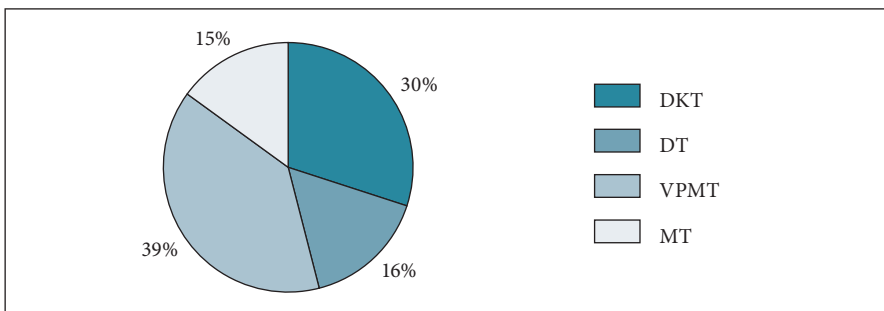
Analizējot izstrādāto maģistra darbu skaita attiecību katrā specializācijā pa gadiem (sk. 3. att.), redzams, ka 2009. gadā ir izstrādāti darbi tikai divās specializācijās – DKT un VPMT. Pirmie drāmas terapeitu un mūzikas terapeitu aizstāvētie maģistra darbi ir bijuši 2010. gadā.

Gandrīz nemainīgs darbu skaits visos gados ir DKT specializācijā, taču vismaiņīgākais aizstāvēto darbu skaits ir VPMT specializācijā. Tendence samazināties darbu skaitam ir bijusi DT specializācijā.

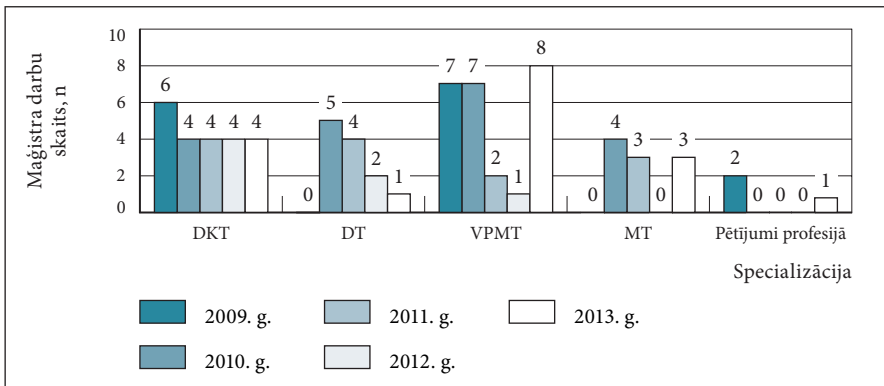
Jāatzīmē, ka trīs pētnieciskie darbi ir pētījumi par profesiju: Mākslas terapijas prakses organizācijas novērtējums Latvijā (salīdzinošais aspekts: Lielbritānijā, Krievijā, Latvijā); Ārstu un pedagogu sociālie priekšstati par mākslu terapiju; Mākslu terapijas prakses novērtējums Latvijā. Šos darbus ir izstrādājuši VPMT un MT specializācijas studenti, tādēļ turpmākajā maģistra darbu analizē šie darbi netiks iekļauti aprēķinos, kas attiecināmi uz pacientu / klientu grupām, darba vidi utt.



1. attēls. Aizstāvēto maģistra darbu skaita procentuālais sadalījums pa gadiem



2. attēls. Aizstāvēto maģistra darbu skaita procentuālais sadalījums pa specializācijām



3. attēls. Aizstāvēto maģistra darbu skaita biežumu sadalījums katrā specializācijā pa gadiem

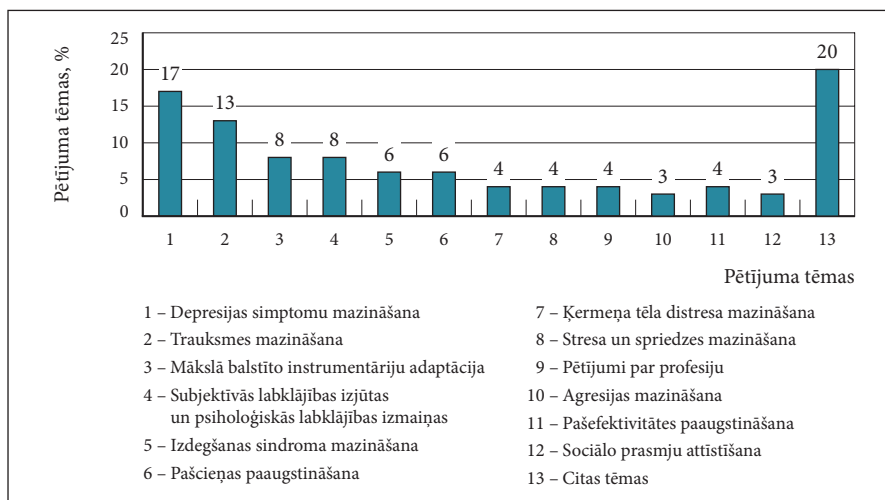
Pētījumu tēmas

Maģistra darbos ir pārbaudīta mākslas terapijas (atsevišķi katrā specializācijā) efektivitāte garīgās, fiziskās un sociālās veselības uzlabošanā un problēmu risināšanā (sk. 4. att.).

Lielākā daļa pētījumu (17% pētījumu jeb 12 darbi) ir veikti, lai noskaidrotu konkrētā mākslas terapijas veida ietekmi uz noteiktu pacientu grupu depresijas simptomu samazināšanu. Tādi pētījumi ir par krūts vēža slimniecēm, sievietēm no sociālā riska ģimenēm, vardarbībā cietušiem bērniem un pusaudžiem, grūtniecēm, pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem, pacientiem ar hroniskām muguras sāpēm, pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm, otrā tipa cukura diabēta slimniekiem, pacientiem ar Pārkinsona slimību; ir analizēta arī depresijas rādītāju saistība ar zīmējumu sērijas skalām.

Lielā daļā maģistra darbu (13% pētījumu jeb 9 darbos) ir pētīta trauksme dažādām pacientu grupām. Pētījumi ir par bērniem un jauniešiem ar astmu, bērniem paliatīvajā aprūpē, Minesotas programmas pacientiem, speciālās sākumskolas pedagogiem un organizāciju darbiniekiem, Pārkinsona slimības pacientiem, pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem, pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm.

Vairākos darbos (8% pētījumu jeb 6 darbos) ir veikta mākslā balstītā instrumentārija – Formālo elementu skalas, Zīmējumu sērijas skalas, Lābana kustību analizē balstītā instrumenta konstruēšanas – adaptācija, kas realizēta 2013. gadā.



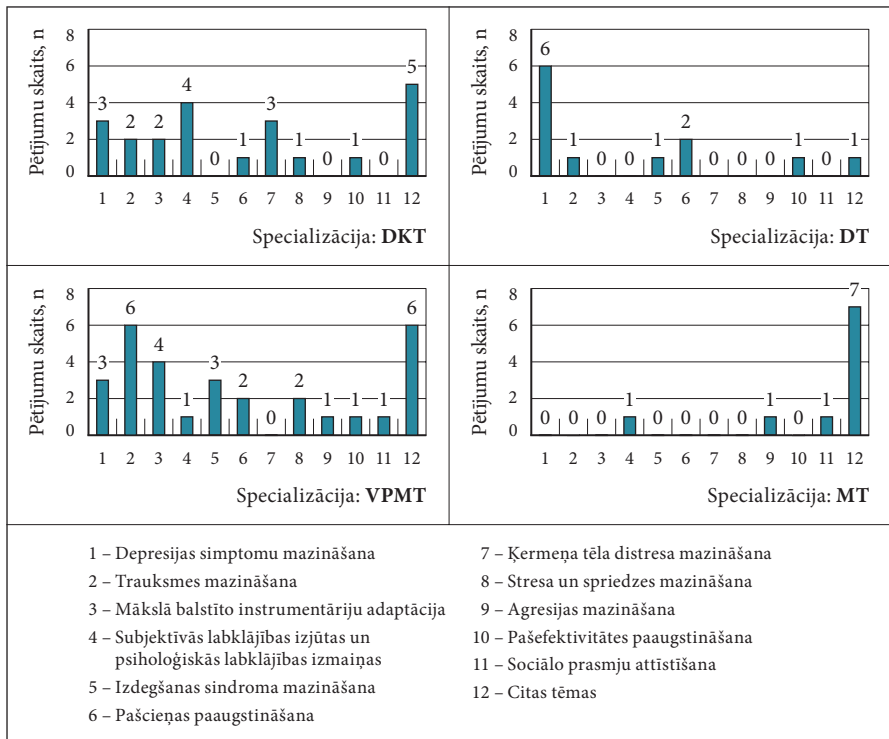
4. attēls. Aizstāvēto maģistra darbu pētījumu tēmu procentuālais sadalījums

Tāpat (8% pētījumu jeb 6 darbos) ir noteiktas subjektīvās labklājības un psiholoģiskās labklājības izmaiņas šizofrēnijas slimniekiem, sievietēm ar aptaukošanos, otrā tipa cukura diabēta slimniekiem pensijas vecumā.

Vēl darbos ir pētīta pašcieņas paaugstināšana pacientiem ar ēšanas traucējumiem, jauniešiem ar vieglu garīgo atpalcību (6% pētījumu jeb 4 darbos), izdegšanas sindroma mazināšana veselības aprūpes un sociālajiem darbiniekiem (6% pētījumu jeb 4 darbos), ķermeņa tēla distresa mazināšana sievietēm ar aptaukošanos un emocionālo ēšanu, jauniešiem ar stājas traucējumiem, krūts vēža slimniecēm (4% pētījumu jeb 3 darbos), stresa un spriedzes mazināšana skolotājiem, organizāciju darbiniekiem (4% pētījumu jeb 3 darbos), agresijas mazināšana (3% pētījumu jeb 2 darbos), pašefektivitātes veicināšana šizofrēnijas slimniekiem, alkohola atkarīgajiem pacientiem, insulta slimniekiem (4% pētījumu jeb 3 darbos), kā arī dzīves kvalitātes uzlabošana (3% pētījumu jeb 2 darbos) un sociālo prasmju attīstīšana – sociālās mijiedarbības veicināšana bērniem ar autismu un muzikālās komunikācijas prasmju veicināšana bērniem ar vidēji smagiem garīgās attīstības traucējumiem (3% pētījumu jeb 2 darbos).

Daudzi pētījumi (21% pētījumu jeb 16 darbi) ir veikti par dažādām (iepriekš neklasificētām) tēmām: dzīves nozīmīguma izjūtas izvērtēšana (sievietēm vēlīnā briedumā – 65–75 gadu vecumā); ietekme uz emocionālo stāvokli; kognitīvo spēju uzlabošana (pacientiem ar vaskulāro demenci); telpiskās domāšanas attīstīšana jauniešiem ar mentālās attīstības traucējumiem; uzvedības traucējumu mazināšana; sapņu satura atspoguļojuma analīze alkohola atkarīgiem pacientiem; ietekme uz spriedzes simptomiem; “iekšējā spēka stiprināšana” onkoloģijas slimniekiem; orientācijas spēju attīstīšana telpā vājredzīgiem, neredzīgiem bērniem; mūzikas medicīniskās rezonanses terapijas ietekme uz psoriāzes un atopiskā dermatīta slimības rādītājiem; iekšējās saskaņas izmaiņas paliatīvās aprūpes pacientiem; strukturēta dejas sieviešu pašattieksmes uzlabošanai; kreativitātes resursu paaugstināšanas iespējas; drāmas terapijas efektivitāte (no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem); labklājības izjūtas veicināšana (pansionāta iemītniekiem); Sirds pulsa ātruma un skābekļa piesātinājuma līmeņa arteriālajās asinīs izmaiņas (priekšlaicīgi dzimušiem bērniem).

Analizējot datus par pētījumu tēmām katrā specializācijā atsevišķi (sk. 5. att.), var secināt, ka depresijas simptomu mazināšana visvairāk (50% pētījumu jeb 6 darbos) ir pētīta DT specializācijā, tad seko VPMT un DKT (katrā 25% pētījumu jeb 3 darbi) specializācija. Savukārt trauksmes mazināšana visvairāk (67% pētījumu jeb 6 darbos) ir pētīta VPMT specializācijas studentu darbos. MT specializācijas pētījumos (kopā 67% pētījumu jeb 6 darbos) ir bijušas dažādas tēmas: Sirds pulsa ātruma un skābekļa piesātinājuma līmeņa izmaiņas arteriālajās asinīs (priekšlaicīgi dzimušiem bērniem); Mūzikas medicīniskās rezonanses terapijas ietekme uz psoriāzes un atopiskā dermatīta slimības rādītājiem; Kognitīvo spēju uzlabošana (pacientiem ar vaskulāro demenci). Mākslā balstīto instrumentāriju adaptācija ir veikta DKT (2 pētījumi) un VPMT (4 pētījumi) specializācijas studentu darbos.



5. attēls. Maģistra darbu tēmu biežuma sadalījums katrā specializācijā

Pacientu / klientu grupas

Maģistra darbos pētnieciskais un terapeitiskais darbs galvenokārt ir veikts grupās (71% pētījumu), bet atsevišķos gadījumos ir veikts arī individuālais darbs (17% pētījumu). Dažos darbos (8% pētījumu jeb 6 darbos) nav izmantota mākslas terapijas medicīniskā tehnoloģija pilnībā, bet ir veiktas atsevišķas tās sadaļas, piemēram, uz mākslu balstīti mērījumi – zīmējumu sērijas (ZZS) un mākslas terapijas formālo elementu skala (MTFES), kā arī Lābana kustību analīze. Atsevišķi pētījumi (4% pētījumu jeb 3 darbi) ir par profesiju, un, kā jau iepriekš tika minēts, šajos pētījumos nav iekļautas pacientu / klientu grupas.

Pētījuma dalībnieku skaits pētījumos variē no 2 līdz 140 dalībniekiem. Pētījumos pacientu / klientu grupas pēc dzimuma iedalījuma ir bijušas gan jauktas, gan homogēnas. Viendzimuma grupas ir sieviešu grupas pieaugušo vecumposmā (71% pētījumu).

Analizējot visu specializāciju pētījumu dalībniekus pēc vecuma grupām, var secināt, ka vairāk nekā puse (62% pētījumu) ir pieaugušie darbspējas vecumā, bet 18% pētījumu dalībnieku ir pusaudži. Savukārt vecāka gadagājuma dalībnieki (sākot no 65 gadiem) ir 11%, nedaudz mazāks skaits – 7% – ir pirmsskolas vecuma bērni. Viens pētījums ir veltīts jaundzimušo vecumposmam (sk. 6. att.).

Apskatot visu vecumposmu grupas pētījumos katrā specializācijā atsevišķi, iezīmējas jau iepriekš aprakstītā kopējā aina par pieaugušo vecumposma pārsvaru, taču MT specializācijā veiktajos pētījumos visu vecumposmu grupas ir pārstāvētas gandrīz vienlīdzīgi (sk. 7. att.). MT ir vienīgā specializācija, kur pētījuma dalībnieki ir jaundzimušie, un MT ir vienīgā specializācija, kurā strādā ar minētā vecumposma pārstāvjiem.

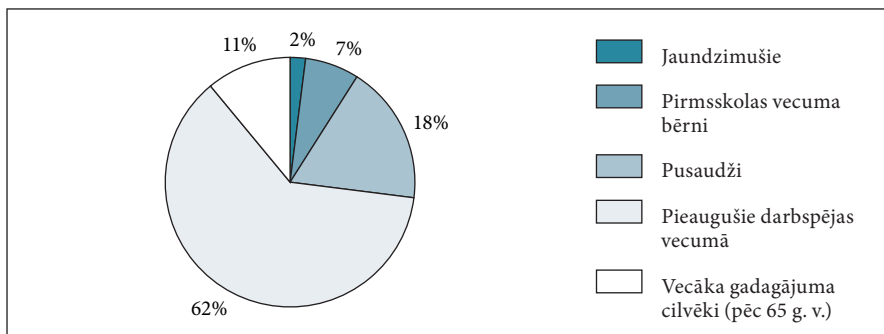
Pacientu / klientu grupas pēc noteiktām diagnozēm, traucējumiem, pētāmajām pazīmēm tika analizētas un sagrupētas šādās jomās – veselības aprūpe, sociālā aprūpe, izglītība un citas jomas.

Kopumā maģistra darbos visvairāk – 58% pētījumu jeb 42 darbos – ir pētīti pacienti / klienti **veselības aprūpē** (šizofrēnijas slimnieki; depresijas slimnieki; pacienti ar alkohola un psihoaktīvo vielu atkarību; bērni un jaunieši ar garīgās attīstības traucējumiem; pacienti ar hroniskām muguras sāpēm; pacienti ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm; otrā tipa cukura diabēta slimnieki; pacienti ar ēšanas traucējumiem (aptaukošanās, emocionālā ēšana, simptomātiski ēšanas traucējumi); pacienti ar Pārkinsona slimību; onkoloģijas slimnieki; bērni paliatīvajā aprūpē; bērni ar autismu; grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā; priekšlaicīgi dzimuši bērni; bērni un pusaudži ar bronhiālo astmu; psoriāzes un atopiskā dermatīta slimnieki). Savukārt 19% pētījumu jeb 14 darbos ir pētīti sociālās palīdzības / aprūpes pacienti / klienti (bērnu nama bērni; vājredzīgi un neredzīgi bērni; seksuālā vardarbībā cietuši bērni un pusaudži; vardarbībā cietušas sievietes un sievietes no sociāla riska ģimenēm; pensionāri pansionātos; palīdzošais personāls – sociālās aprūpes darbinieki, medicīnas māsas – ar izdegšanas sindromu).

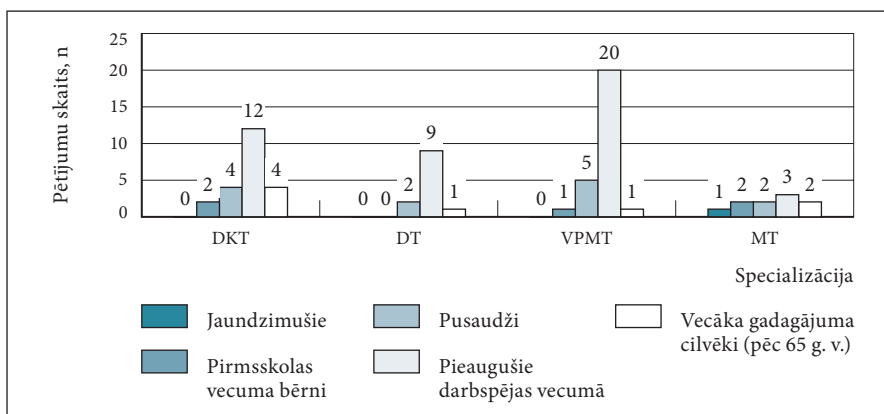
Nedaudz mazāk – 16% pētījumu jeb 12 darbos – ir pētīti klienti / pacienti **izglītības nozarē** (bērni un pusaudži ar uzvedības traucējumiem; speciālās sākumskolas pedagogi; pedagogi; bērni ar garīgās attīstības traucējumiem speciālajā skolā).

Maģistra darbos ir pētītas arī citas klientu grupas, piemēram, ieslodzītie, organizāciju darbinieki. Ir veikts pētījums par sievietēm, lai noskaidrotu atšķirības pašattieksmes rādītājos tām sievietēm, kuras nodarbojas ar strukturētām dejām (Austrumu dejām), ar aerobiku vai ar fiziskām aktivitātēm nenodarbojas vispār (sk. 8. att.).

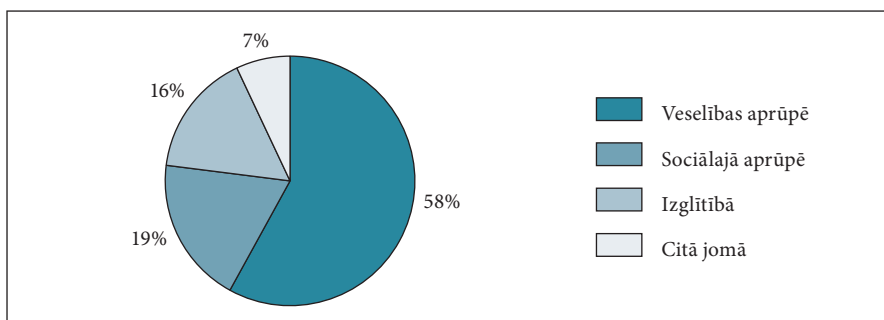
Analizējot pacientu / klientu grupas katrā specializācijā un attiecīgi to, kurā jomā vairāk ir pētīti konkrēti pacienti (sk. 9. att.), var secināt, ka visās specializācijās visaugstākais procentuālais rādījums ir **veselības aprūpē** pētītajām pacientu / klientu grupām.



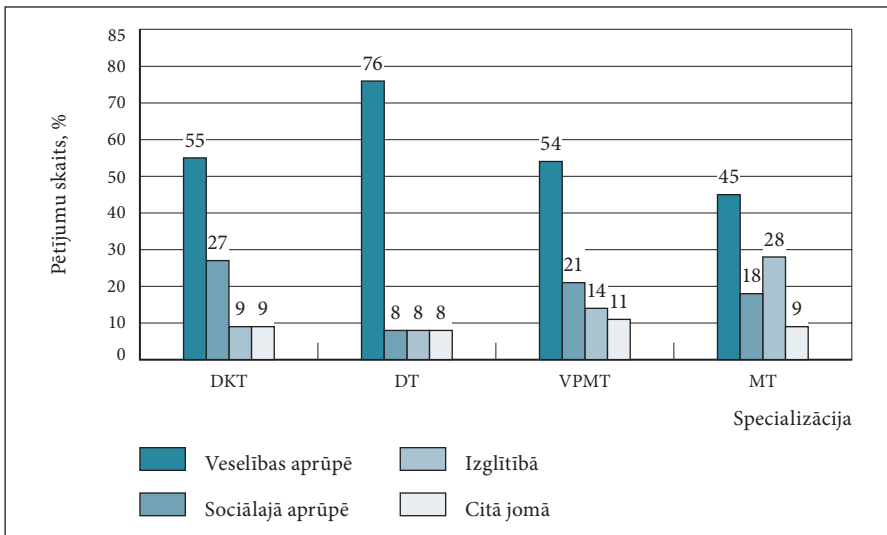
6. attēls. Pētnieciskajos darbos pārstāvēto vecuma grupu procentuālais sadalījums



7. attēls. Pētījumos pētīto klientu / pacientu vecuma grupu biežuma sadalījums katrā specializācijā



8. attēls. Pacientu / klientu grupu procentuālais sadalījums pēc noteiktām diagnozēm, traucējumiem un pētāmajām pazīmēm



9. attēls. Pacientu / klientu grupu procentuālais sadalījums pētījumos visās specializācijās

DKT specializācijā no minētajām jomām veselības aprūpē pētītās pacientu / klientu grupas (pacienti ar hroniskām muguras sāpēm; pacienti ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm; šizofrēnijas slimnieki; bērni ar bronhiālo astmu; pacienti ar demenci; onkoloģijas slimnieces) ir 55% pētījumu (jeb 12 darbos), pēc tam seko sociālajā aprūpē pētītās grupas (pansionāta iemītnieki; sociālā centra iemītnieki; novārtā pamesti bērni) – 27% pētījumu (jeb 6 darbos). Izglītībā (pusaudzes ar stājas problēmām, jaunieši) pētītās grupas ir 9% pētījumu (jeb 2 darbos), un arī citās jomās pētītās grupas (ieslodzītās, 20–30 gadus vecas sievietes; vienā no darbiem ir veikts Lābana kustību analizē balstītā piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta konstruēšanas sākumposms) ir 9% pētījumu (jeb 2 darbos).

DT specializācijā veselības aprūpē (76% pētījumu jeb 9 darbos) ir pētītās tādas pacientu grupas kā pacienti ar ēšanas traucējumiem, no alkohola un psihoaktīvajām vielām atkarīgie, otrā tipa cukura diabēta slimnieki, pacienti ar Pārkinsona slimību, pacienti ar hroniskām muguras sāpēm, kā arī pacientes ar pēcdzemdību depresiju.

Pārējās pacientu / klientu grupas ir pētītās **sociālajā aprūpē** (sociālās aprūpes centra iemītnieki), izglītībā (speciālajā izglītībā – jaunieši ar vieglu garīgo atpalicību) un citās jomās (māsas ar izdegšanas sindromu) – visās ar vienādu procentuālo sadalījumu (8%).

No visiem pētījumiem 54% gadījumu (jeb 15 darbos) **VPMT specializācijā** ir pētītas veselības aprūpes pacientu / klientu grupas (depresijas pacienti, šizofrēnijas pacienti, alkohola un psihoaktīvo vielu atkarīgie pacienti, bērni paliatīvajā aprūpē, grūtnieces, bērni un pusaudži ar astmu). Sociālajā palīdzībā / aprūpē (aprūpes un sociālie darbinieki, seksuālā vardarbībā cietuši bērni un pusaudži, vardarbībā cietušas sievietes, sievietes no sociālā riska ģimenēm) pacientu / klientu grupas ir pētītas 21% pētījumu (jeb 6 darbos). Savukārt 14% pētījumu (jeb 4 darbos) ir pētītas ar izglītību saistītas grupas – pusaudži, jaunieši ar mentālās attīstības traucējumiem, pedagogi. VPMT vēl ir pētītas tādas klientu grupas kā organizāciju darbinieki un medicīnas māsas.

MT specializācijā 45% pētījumu (jeb 5 darbos) ir pētītas pacientu / klientu grupas veselības aprūpē (psoriāzes un atopiskā dermatīta pacienti, šizofrēnija pacienti, bērni ar autismu, onkoloģijas pacienti, pacienti ar vaskulāro demenci, jaundzimušie). Pēc tam seko pacientu / klientu grupas izglītībā (28% pētījumu jeb 3 darbos) – bērni ar garīgās attīstības traucējumiem, vājredzīgi un neredzīgi bērni.

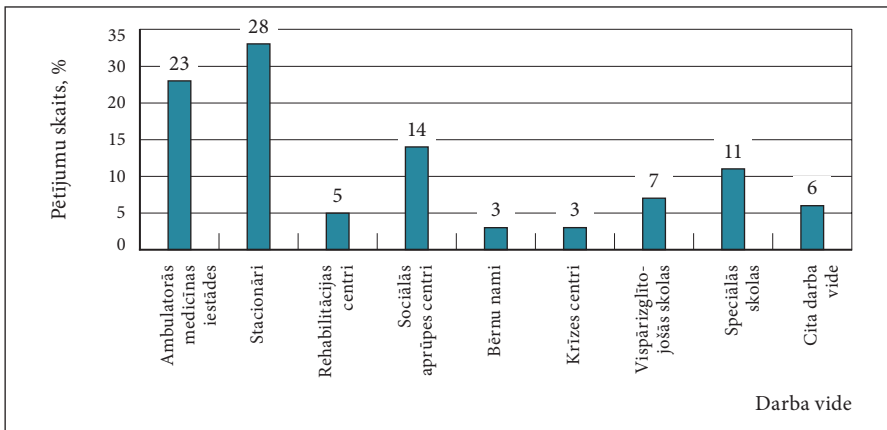
Darba vide

Analizējot var teikt, ka puse no visiem pētījumiem ir veikti veselības aprūpes iestādēs, kas ir stacionāri (28%) un ambulatorās medicīnas iestādēs (23%), savukārt 14% no visiem pētījumiem ir veikti sociālās aprūpes iestādēs (sk. 10. att.).

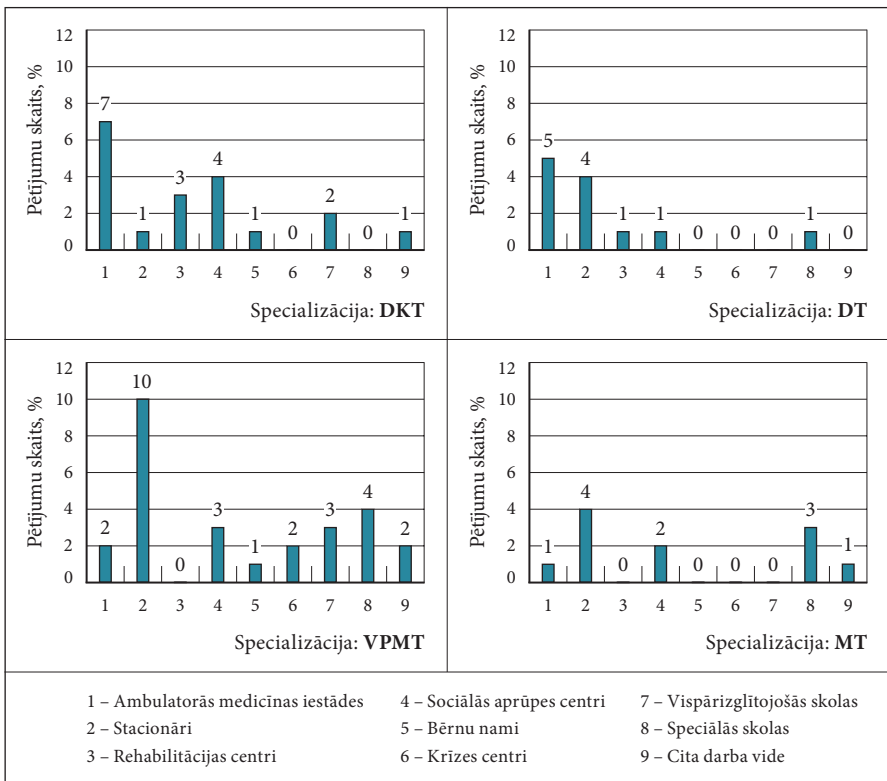
Pētījumi ir veikti arī izglītības iestādēs – speciālajās skolās (11%) un vispārīglietojošās skolās (7%), kā arī bērnu namos, krīzes centros un citās iestādēs – ieslodzījuma vietā un dažādās organizācijās.

DKT un DT specializācijā visvairāk (attiecīgi 47% pētījumu jeb 7 darbos un 33% pētījumu jeb 5 darbos) pētījumu realizēti ambulatorajās medicīnas iestādēs, savukārt VPMT un MT specializācijā visbiežākā pētījumu darba vide bijusi stacionāros (attiecīgi 53% pētījumu jeb 11 darbos un 21% pētījumu jeb 4 darbos). Visās specializācijās pētījumi tikuši veikti arī sociālās aprūpes centros (sk. 11. att.).

DKT un VPMT specializācijā viens pētījums ir veikts bērnu namā. VPMT specializācijā 7% pētījumu (jeb 2 darbi) ir veikti krīzes centros. DT (8% pētījumu jeb 1 darbs), VPMT (14% pētījumu jeb 4 darbi) un MT (30% pētījumu jeb 3 darbi) ir veikti speciālajās skolās. DKT 15% pētījumu jeb 3 darbi ir veikti ārpus klīniskās un sociālās aprūpes vai izglītības iestādēm: veidojot sadarbību ar komerciālu svara samazināšanas programmu, ir izstrādāti 2 darbi, Tieslietu ministrijas pakļautībā esošā iestādē – ieslodzījuma vietā – 1 darbs. Savukārt VPMT vienā pētījumā darba vide ir bijusi organizācija.



10. attēls. Pētījumu procentuālais sadalījums pēc darba vides



11. attēls. Pētījumu biežuma sadalījums katrā specializācijā pēc darba vides

Maģistra darbu autoru secinājumi un ieteikumi

Lielākajā daļā pētījumu, kas veikti, lai noskaidrotu konkrētā mākslu terapijas veida ietekmi uz noteiktu grupu pacientu dažādu simptomu mazināšanu, kā arī dažādu psiholoģisko stāvokļu uzlabošanu un kuros ir piedalījušās gan izpētes, gan kontrolgrupas pēc konkrētā mākslas terapijas veida intervencēm, ir pierādītas statistiski nozīmīgas izmaiņas saskaņā ar pētījumos izvirzītajiem pētījuma jautājumiem.

To pētījumu, kuros kvalitatīvi tika aprakstīta konkrētā mākslas terapijas veida procesā kādas nelielas grupas dalībnieku subjektīvā pieredze (Sapņu satura atspoguļojuma analīze vizuāli plastiskās mākslas terapijā alkohola atkarīgiem pacientiem nestabilas remisijas periodā; Seksuālajā vardarbībā cietušo pusaudžu vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās radīto mākslas darbu un stāstījumu analīze; Mākslas terapijā lietotie tēli un simboli vardarbībā cietušām sievietēm krīzes pārvarēšanas rekonstrukcijas stadijā; Deju un kustību terapijas kustību un komunikācijas saistīšanas metodes efektivitāte personām ar demenci sociāli psiholoģisko faktoru kontekstā; Drāmas terapijas efektivitāte trauksmainiem no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem rehabilitācijas procesā; Drāmas terapija alkohola atkarīgiem pacientiem ar zemu alkohola un pašefektivitāti Minesotas programmā u. c.), autori min, ka rezultātus nevar viennozīmīgi attiecināt uz līdzīgu pacientu / klientu grupu, taču mākslas terapijas iespējas parāda pozitīvas tendences darbā ar attiecīgajām pacientu / klientu grupām. Darbu autori uzsver, ka nākotnē būtu jāveic arī kvantitatīvi pētījumi kvalitatīvo pētījumu ietvaros gūto datu un rezultātu pārbaudei plašākā respondentu grupā ar kvantitatīvām pētījuma metodēm.

Darbu autori min, ka aktuāls turpmākās pētniecības jautājums būtu par mākslas terapijas efektivitātes noturību, ko būtu iespēja realizēt pēc ilgāka laika perioda, veicot retestus. Runājot par pētījumu ierobežojumiem, vairākos maģistra darbos minēts, ka pētāmajai izlasei ir jābūt lielākai un ar vairākām kontrolgrupām.

Maģistra darbu autori aicina pievērst uzmanību sabiedrības informēšanai par mākslu terapijas iespējām, kā arī uzsver informētības un sadarbības nepieciešamību ar nozaru speciālistiem par mākslas terapijas ietekmi uz dažādu simptomu mazināšanu dažādās pacientu / klientu grupās.

Secinājumi

Aizstāvēto maģistra darbu tēmas ir plaši "pārklājušas" gan dažādas darba vides, gan pacientu / klientu grupas, gan vecumposmus. Pētījumi parāda lielu daļu problēmu, ar kurām mākslas terapeiti var strādāt, taču, ņemot vērā aizstāvēto darbu skaitu, būtiski ir uzsvērt, ka tikpat liela daļa vēl būtu potenciāli pētāmu tēmu. Daļa terapijas pētījumu katru gadu tiek prezentēti arī RSU Zinātniskajā konferencē, taču būtiski ir veidot arī publikācijas, informēt sabiedrību par mākslu terapijas daudzveidīgajām iespējām.

Interesanta ir katras mākslu terapijas specializācijas specifika, jo darbā ar konkrētiem traucējumiem, noteiktām pacientu / klientu grupām kāds no mākslas terapijas veidiem var būt efektīvāks. Piemēram, DKT specializācijā vairāk pētījumu ir veltīti ķermeņa tēla distresa mazināšanai, kas būtu skaidrojams ar to, ka DKT metode balstās pieņēmumā, ka cilvēka ķermenis un psihe ir savstarpēji mijiedarbigas sistēmas. Savukārt DT specializācijā vairāk pētījumu ir veltīti depresijas un trauksmes simptomu mazināšanai, jo terapija balstās uz darbību, kuras laikā ir iespēja izprast sevi, "strādājot" ar emocijām, domām un uzvedību. VPMT ir viena no tām specializācijām, kurā ir vislielākā izpētīto problēmu dažādība. To varētu skaidrot ar situāciju, ka šajā specializācijā kopumā veikto pētījumu ir visvairāk. Savukārt MT ir vienīgā mākslu terapijas metode, kurā ir pētīti jaundzimuši bērni, un šī metode attiecīgā vecumposma grupai ir vispiemērotākā. Tāpat MT ir pētīti fizioloģiskie procesi (Sirds pulsa ātruma un skābekļa piesātinājuma līmeņa arteriālajās asinīs izmaiņas) MT intervenču rezultātā.

Ja pirmajos pētījumos tika noskaidrots, kādus rezultātus var panākt, izmantojot mākslu terapiju, tad ar 2013. gada darbiem iezīmējas tendence optimizēt dažādu instrumentāriju adaptāciju, kas nenoliedzami ir būtisks ieguldījums profesijas attīstībā. Maģistra darbi ar katru gadu kļūst kvalitatīvāki un sniedz plašāku informāciju par mākslu terapijas attīstību un tās izmantošanas iespējām.

Literatūra

Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību".

**2013. / 2014. akadēmiskajā gadā profesionālajā
maģistra studiju programmā
“Mākslas terapija” aizstāvētie darbi**

Rakstu krājuma tapšanas laikā savus maģistra darbus aizstāvēja vēl 12 jaunie speciālisti, kuru darbi nav iekļauti pārskatā, tomēr tajos apskatītās tēmas ir vērtējamas kā nozīmīgas profesijas attīstībai.

Aloida Jurčenko. VPMT trauksmes mazināšanā hronisku muguras lejasdaļas sāpju pacientiem

Darba vadītāja: *Mg. sc. sal., Mg. psych., Mag. paed.* Anda Upmale

Darba konsultante: *Dr. med.*, docente Daina Šmite

Astra Fogle. Lābana kustību analizē balstītā Piepūles izvērtēšanas instrumenta psihometrisko rādītāju novērtējums

Darba vadītāja: *Mg. psych., Mg. sc. sal.*, lektore Indra Majore-Dūšele

Darba konsultante: *Dr. med.* Zigrīda Taranda

Elīna Akmane. Mākslas terapeita profesionālās identitātes veidošanās un nodarbinātība Latvijā

Darba vadītāja: *Dr. psych., Mg. sc. sal.*, asoc. prof. Kristīne Mārtinsone

Evija Frolova. Lābana kustību analizē balstītā piepūles kvalitātes izvērtēšanas instrumenta psihometrisko rādītāju novērtējums

Darba vadītāja: *Mg. psych., Mg. sc. sal.*, lektore Indra Majore-Dūšele

Darba konsultante: *Dr. med.* Inna Šapele

Irina Jemeljanova. Deju un kustību terapijas ietekme uz subjektīvās labklājības izjūtas komponentiem sociālās aprūpes centra iemītniekiem

Darba vadītāja: *Mg. arts.*, asistente Kristīne Vende

Jana Duhovska. Individualizētās mūzikas terapijas izvērtēšanas profila emocionālās un sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalu adaptācijas pirmais posms un to specifisko iezīmju noteikšana pacientiem ar uzvedības traucējumiem

Darba vadītāja: *Dr. psych., Mg. sc. sal.*, asoc. prof. Kristīne Mārtinsone

Darba konsultante: *Mg. music, MT-BC Holly Tuesday Baxter*

Jeļena Denisjuka. Mūzikas terapija Al-Anon dalībnieku pašcieņas paaugstināšanai un līdzatkarības mazināšanai.

Darba vadītāja: *Dr. psych., Mg. sc. sal.*, asoc. prof. Kristīne Mārtinsone

Darba konsultante: *Mg. music., Mg. sc. sal.*, docente Mirdza Paipare

Linda Kante. Deju un kustību terapijas ietekme uz depresijas simptomiem vēlīnā brieduma cilvēkiem dzīvojošiem sociālās aprūpes centros

Darba vadītāja: *Mg. arts.*, asistente Kristīne Vende

Naira Škone. Mākslā balstītā izvērtēšanas instrumenta “Putna ligzdas zīmējums” adaptācijas Latvijā pirmais posms un tā rādītāju saistība ar pieaugušo piesaisti atkarīgām personām.

Darba vadītāja: *Dr. psych., Mg. sc. sal.*, asoc. prof. Kristīne Mārtinsone

Darba konsultante: *PhD, LMFT associate clinical professor Donna Kaiser*

Rūta Marherte. Lābana kustību analizē balstītās piepūles kvalitātes “Svars”, stājas parametru un pašcieņas savstarpējā saistība

Darba vadītāja: *Mg. psych., Mg. sc. sal.*, lektore Indra Majore-Dūšele

Darba konsultante: *Dr. med.*, docente Silvija Umbraško

Vineta Sproģe. Vizuāli plastiskās mākslas terapija trauksmes mazināšanai pacientiem ar koronāro sirds slimību

Darba vadītājs: *Dr. med.*, docents Pēteris Stradiņš

Darba konsultante: *Mg. sc. sal., Mg. psych., Mag. paed.* Anda Upmale

PĀRSKATS PAR MĀKSLAS TERAPIJAS PROFESIONĀLĀ MAĢISTRA STUDIJU PROGRAMMAS VIZUĀLI PLASTISKĀS MĀKSLAS TERAPIJAS SPECIALIZĀCIJĀ AIZSTĀVĒTAJIEM MAĢISTRA DARBIEM LAIKPOSMĀ NO 2009. LĪDZ 2013. GADAM

*Zane Veitnere, Inta Grīnberga,
Madara Mazkalne, Kristīne Mārtinsonsone*
Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Vizuāli plastiskās mākslas terapija (turpmāk – mākslas terapija) ir viena no mākslu terapijas specializācijām, kurā klientam / pacientam daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai individuāli vai grupā terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā tiek izmantoti dažādi mākslas līdzekļi (mākslas materiāli), tehnikas un darbības (zīmēšana, grafika, gleznošana, kolāžas, mozaika, veidošana no māla un plastilīna, skulptūru veidošana, instalācija utt.), kā arī pašizpaušmes un refleksijas profesionāla mākslas terapeita klātbūtnē [Upmale, Mārtinsonsone, Kerevica, Dzīlna, 2011, 250].

Profesionālā maģistra studiju programma “Mākslu terapija”, kurā līdzās citām specializācijām var apgūt arī vizuāli plastiskās mākslas terapijas specializāciju, Rīgas Stradiņa universitātē tiek realizēta kopš 2006. gada.

Lai iegūtu profesionālā maģistra grādu veselības aprūpē, maģistrantiem ir jāveic pētījums un jāizstrādā maģistra darbs pēdējā – trešajā – mācību gadā atbilstoši universitātes un studiju programmas izvirzītajām prasībām.

Šajā darbā vēlamies noskaidrot, kādi pētījumi mākslas terapijā ir veikti maģistra darbu ietvaros laika periodā no studiju programmas uzsākšanas.

Darba mērķis

Darba mērķis bija apkopot informāciju par vizuāli plastiskās mākslas terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam.

Pētnieciskie jautājumi

1. Cik un kādi pētījumi mākslas terapijā ir veikti no 2009. līdz 2013. gadam?
2. Kādās profesionālajās darba vidēs maģistra darbi ir izstrādāti?

3. Kas ir bijuši pētījumu dalībnieki (klienti, pacienti, citi)? Kādas ir pētījuma dalībnieku pārstāvētās vecuma grupas?
4. Kā ir organizēta mākslas terapija pētījumu ietvaros?
5. Kādi ir pētījumu galvenie rezultāti un no tiem izrietošie secinājumi?

Pētījuma metode

Pētījums ir veidots kā aizstāvēto maģistra darbu pārskats. Sākotnēji maģistra darbi tika apkopoti pēc šādiem kritērijiem: darba tēma, darba autors, darba zinātniskais vadītājs, darba aizstāvēšanas gads, pētījuma mērķis, pētījumā izmantotās datu ieguves metodes, pētījuma dalībnieki, galvenie darba rezultāti un secinājumi, kā arī pētījumā minētie atslēgvārdi. Iegūtie dati sākotnējās apstrādes procesā tika apkopoti tabulā, pēc kuras tika veikti aritmētiski aprēķini skaitlisko vienību iegūšanai, aprēķināti aprakstošās statistikas rādītāji, izveidoti grafiskie attēli, kā arī iegūti kopējie rezultāti un apkopoti secinājumi.

Pētījuma dizains, darba vide un pētījuma dalībnieki

Kopumā laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam vizuāli plastiskās mākslas terapijas specializācijā ir aizstāvēti 25 maģistra darbi, no tiem 2013. gadā aizstāvēti septiņi darbi, 2012. gadā – viens darbs, 2011. gadā – divi darbi, 2010. gadā – septiņi darbi un 2009. gadā – astoņi darbi.

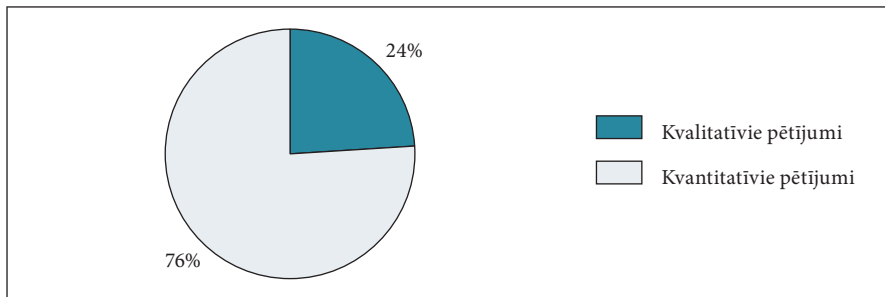
No visiem veiktajiem pētījumiem 76% jeb 19 ir kvantitatīvi pētījumi, no kuriem 5 pētījumi ir mākslas terapijas instrumentu adaptācija. No kvantitatīvajiem pētījumiem 14 darbi ir kvaziekperimentāli pētījumi. Savukārt 24% jeb 6 no visiem darbiem ir kvalitatīvi pētījumi, no kuriem 5 ir fenomenoloģiski, bet viens – gadījuma analīze.

Atbilstoši profesijas standartam [MK noteikumi Nr. 461] mākslas terapeits strādā veselības, izglītības vai sociālās aprūpes jomā, veicot savu profesionālo darbību patstāvīgi, multiprofesionālas vai daudzdisciplināras komandas sastāvā. Studiju procesa laikā maģistrantam ir iespēja iepazīt katru no minētajam darba vidēm un izvēlēties, kurā no tām veikt pētniecisko darbu.

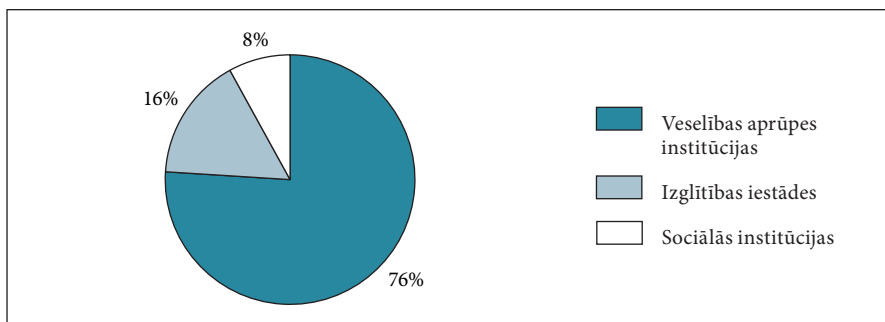
Pētījuma dalībnieku iedalījums pēc dzimuma redzams 3. attēlā. Lielākajā daļā jeb 61% gadījumu pētījumā piedalījās tikai sievietes, savukārt tikai vīrieši nav pētīti nevienā no pētījumiem. Jauktas grupas, kur piedalījušies gan vīrieši, gan sievietes, bijušas 39% maģistra darbu (tostarp ir iekļauti arī pētījumi, kuru dalībnieki bija bērni un jaunieši).

4. attēlā ir redzams, ka visvairāk (63% pētījumu jeb 17 darbos) pētīti ir pieaugušie, no kuriem vienā darbā izpētes grupu veido pensionāri vecumā no 65 līdz 67 gadiem. Bērni un jaunieši ir piedalījušies 9 pētījumos jeb 33% no visiem darbiem. Bērni vecumā no 12 līdz 15 gadiem ir pētīti 6 darbos, bet vecumā no 7 līdz 10 gadiem – 3 darbos.

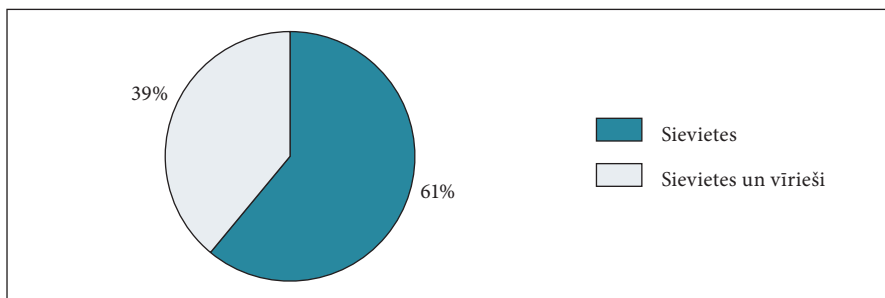
Pētījuma mērķgrupas ir atspoguļotas 5. attēlā. Kā redzams, 35% jeb 7 maģistra darbi ir veltīti depresijas vai tās simptomu mazināšanai (krūts vēža pacientēm, sievietēm no sociāla riska ģimenēm, vardarbībā cietušiem bērniem un pusaudžiem, kā arī ir analizēta depresijas rādītāju saistība ar Zīmējumu sērijas skalu (ZS skala).



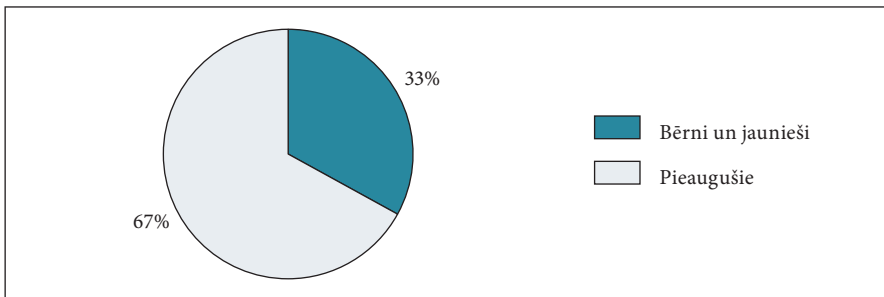
1. attēls. Pētījumu iedalījums atkarībā no izvēlētā dizaina



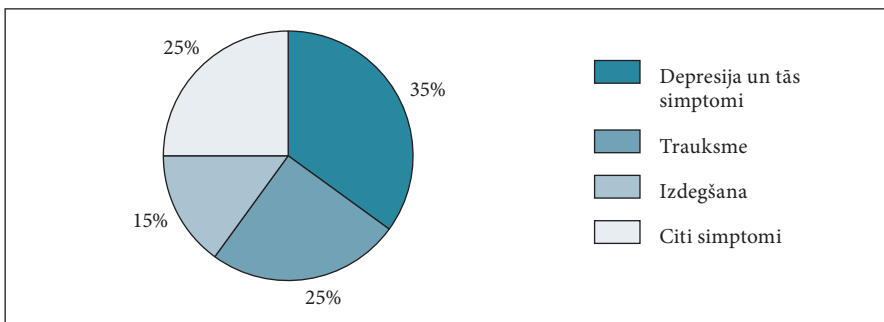
2. attēls. Pētījumu iedalījums pēc darba vides



3. attēls. Pētījuma dalībnieku iedalījums pēc dzimuma



4. attēls. Pētījuma dalībnieku iedalījums pēc vecuma

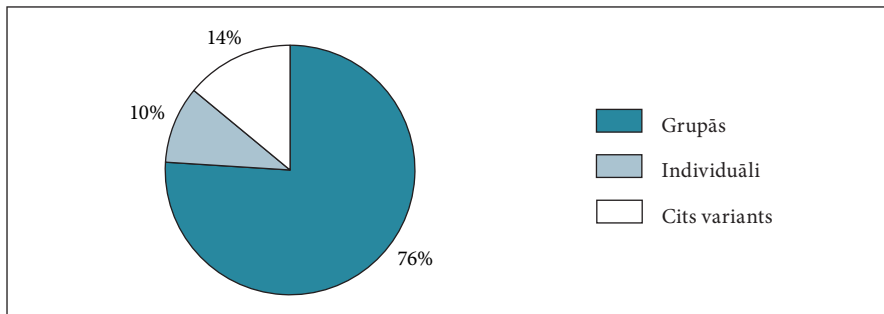


5. attēls. Pētījumu dalībnieku iedalījums pēc mērķgrupas

Trauksmes simptomu mazināšanās mākslas terapijas ietekmē ir pētīta 25% jeb 5 darbos (bērniem un jauniešiem ar astmu, bērniem paliatīvajā aprūpē, Minesotas programmas pacientiem, speciālās sākumskolas pedagogiem un organizāciju darbiniekiem). Gan depresijas, gan trauksmes simptomu mazināšana ir veikta grūtniecēm un mātēm ar pirmsskolas vecuma bērniem, kuriem ir garīgās attīstības traucējumi. Savukārt 15% jeb 3 darbos ir pētīta izdegšana – sociālajiem darbiniekiem, sociālās aprūpes personālam un psihiatrijas māsām; ilgstošas sociālās aprūpes personālam tika pētīts arī nogurums aiz līdzjūtības.

Grupā “Citi” ietilpst 25% jeb 5 pētījumi, kas veltīti pašefektivitātes paaugstināšanai šizofrēnijas slimniekiem, iekšējā spēka stiprināšanai sievietēm ar onkoloģiskām saslimšanām, dzīves nozīmīguma izjūtas izvērtēšanai sievietēm vēlinā briedumā, uzvedības traucējumu mazināšanai pusaudzēm, kā arī spriedzes simptomu izmaiņām skolotājiem.

Mākslas terapijas sesijās radītie simboli un tēli ir analizēti vardarbībā cietušām sievietēm, no alkohola atkarīgu pacientu sapņu satura attēlojumā, kā arī raksturojot šizofrēnijas pacientu ZS skalas specifiskās iezīmes.



6. attēls. *Pētījumu dalībnieku iedalījums pēc terapijas norises veida*

Maģistra darbu pētījumos dalībnieku skaits svārstījās no 5 līdz pat 140 dalībniekiem. Kā redzams 6. attēlā, 76% pētījumu jeb 16 darbos mākslas terapijas sesijas ir veiktas grupās, no kurām 14 darbos tās realizētas kā slēgtas grupas un 2 – kā atvērtas grupas. Grupu sesijās piedalījās no 3 līdz 18 dalībniekiem.

14% no visiem pētījumiem nav izmantota mākslas terapijas medicīniskā tehnoloģija pilnībā, bet ir veiktas atsevišķas tās sadaļas, piemēram, uz mākslu balstīti mērījumi (ZS skala un Mākslas terapijas formālo elementu skala).

Savukārt 10% no visiem pētījumiem jeb 2 pētījumu ietvaros darbs ir noticis individuālās sesijās. Mākslas terapijas sesiju skaits gan grupās, gan individuāli bija no 6 līdz 16 sesijām, kuru ilgums bija 1–2 stundas, un sesiju biežums – 1–3 reizes nedēļā, bet vienā gadījumā pat 9 reizes nedēļā. Sesijās izmantota gan direktīva, gan nedirektīva pieeja.

Rezultāti, secinājumi un ieteikumi

Pētījumu rezultāti pierāda, ka mākslas terapija var palīdzēt mazināt trauksmi, depresiju un to simptomus, kā arī izdegšanu un spriedzi. Tā palīdz arī stiprināt individa iekšējo spēku, paaugstināt pašefektivitāti un dzīves nozīmīguma novērtējumu. Mākslas terapija ir palīdzējusi atkarīgiem pacientiem, jauniešiem ar uzvedības traucējumiem, seksuālajā vardarbībā cietušajiem bērniem un pusaudžiem, kā arī pieaugušajiem.

Apkopojot darbus, var secināt, ka mākslas terapija ir efektīva un to var izmantot gan dažādu simptomu mazināšanai, gan psihisko stāvokļu uzlabošanai, un to var izmantot dažādās vidēs.

Lai mākslas terapija attīstos, arī turpmāk ir jāveic kvantitatīvi un kvalitatīvi pētījumi dažādās pacientu / klientu grupās. Vairākos maģistra darbos minēts, ka pētāmajai izlasei ir jābūt lielākai un ar vairākām kontrolgrupām, kā arī jāveic retesti pēc vairākiem mēnešiem, lai apstiprinātu iegūto rezultātu noturību.

Interesanti, ka esošajos pētījumos ir tendence mērķgrupā vairāk iekļaut sievietes. Vairāk būtu vēlami pētījumi, kuros piedalās vīrieši.

Aizstāvētie darbi un tajos aprakstītie mērījumi ar katru gadu kļūst kvalitatīvāki. Tie sniedz plašāku priekšstatu par mākslas terapiju, kā arī ir nozīmīgs ieguldījums mākslas terapijas attīstībā. Šajā ziņā pozitīvi jāizceļ tas, ka daudzos 2013. gadā izstrādātajos maģistra darbos ir adaptēti mākslas terapijas iz(no)vērtēšanas instrumenti. Domājot par mākslas terapijas nākotni, būtu svarīgi informēt dažādu nozaru speciālistus par mākslas terapijas iespējām mazināt dažādus simptomus, kā arī to izmantot dažādās pacientu grupās.

Literatūra

1. Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461. "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību".
2. Upmale A., Mārtinsone K., Krevica E., Dzilna I. Mākslu terapijas vispārīgais raksturojums // Mākslu terapija / Sast. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2011. – 431 lpp.

2009.–2013. gadā aizstāvētie maģistra darbi vizuāli plastiskās mākslas terapijā

1. Bartaševica I. (2010) “Iekšējā spēka” stiprināšana vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās sievietēm ar onkoloģiskām saslimšanām. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
2. Baumanes-Auza D. (2012) Vizuāli plastiskās mākslas terapija grūtniecēm – depresijas trauksmes simptomu mazināšana. Darba vadītāja A. Upmale. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
3. Bērziņa I. (2010) Mākslas terapijā lietotie tēli un simboli vardarbībā cietušām sievietēm krīzes pārvarēšanas rekonstrukcijas stadijā. Darba vadītāja S. Mihailova. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
4. Bogdanova A. (2011) Saņņu satura atspoguļojuma analīze vizuāli plastiskās mākslas terapijā alkohola atkarīgiem pacientiem nestabilas remisijas periodā. Darba vadītāja A. Upmale. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
5. Bojāre-Bojāriņa K. (2013) Vizuāli plastiskās mākslas terapija pašefektivitātes paaugstināšanai pacientiem ar šizofrēniju. Darba vadītāja A. Upmale. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
6. Ciganovska S. (2013) Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums pacientēm ar krūts vēzi depresijas simptomu izvērtēšanai. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Konsultante L. Ganta (*L. Gantt*). Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
7. Dakse E. (2013) Zīmējumu sērijas (DDS) skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums vizuāli plastiskās mākslas terapijā saistībā ar BDA-II depresijas rādītājiem pieaugušajiem. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
8. Dreifelde-Gabruševa I. (2009) Izdegšanas un noguruma aiz līdzjutības mazināšana ar mākslas terapiju ilgstošas sociālās aprūpes personālam. Darba vadītāja I. Millere. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
9. Dzene D. (2013) Zīmējumu sērijas skalas adaptācija Latvijā un tās specifiskās iezīmes zīmējumu struktūrā šizofrēnijas pacientiem. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
10. Dzilna I. (2010) Mākslas terapija depresīvo simptomu mazināšanai seksuālajā vardarbībā cietušiem bērniem un pusaudžiem. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.

11. Gžibovska I. (2010) Vizuāli plastiskās mākslas terapijas ietekme uz izdegšanas rādītājiem māsām. Darba vadītāja L. Renemane. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
12. Jermolājeva I. (2009) Mākslas terapijas izmantošana bērnu trauksmes mazināšanai paliatīvajā aprūpē. Darba vadītāja L. Deklava. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
13. Krevica E. (2010) Vizuāli plastiskās mākslas terapijas ietekme uz depresijas simptomiem sievietēm no sociālā riska ģimenēm. Darba vadītājs K. Cirčenis. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
14. Krūkle I. (2009) Mākslas terapijas metožu izmantošana vecākiem ar pirmskolas vecuma bērnu ar garīgās attīstības traucējumiem. Darba vadītāja I. Millere. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
15. Lase A. (2009) Dzīves nozīmīgu izjūtu izvērtēšana mākslas terapijā sievietēm vēlinā briedumā (65–75). Darba vadītāja Ā. Karpova. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
16. Leinarte J. (2009) Trauksmes līmeņa izmaiņas pēc dažādu mākslas terapijas tehniku izmantošanas speciālās sākumskolas pedagogiem. Darba vadītājs K. Cirčenis. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
17. Lezdiņa B. (2013) Mākslas terapija trauksmes mazināšanai Minesotas programmas pacientiem. Darba vadītāja A. Upmale. Konsultante V. Sudraba. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
18. Ozola I. (2010) Vizuāli plastiskās mākslas terapijas ietekme uz spriedzes simptomu intensitātes izmaiņām skolotājiem. Darba vadītāja S. Mihailova. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
19. Panova L. (2010) Seksuālajā vardarbībā cietušo pusaudžu vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās radīto mākslas darbu un stāstījumu analīze. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
20. Rauga T. (2011) Vizuāli plastiskās mākslas terapija grupā “izdegšanas sindroma” mazināšanai aprūpes un sociālajiem darbiniekiem. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
21. Sarkane L. (2009) Praktisko iemaņu un telpiskās domāšanas attīstīšana jauniešiem ar mentālās attīstības traucējumiem, pielietojot mērķtiecīgas mākslas terapijas metodes. Darba vadītāja I. Millere. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
22. Upmale A. (2009) Uzvedības traucējumu mazināšana pusaudžiem mākslas terapijas grupā. Darba vadītāja I. Millere. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
23. Veide-Nedviga L. (2013) Mākslas terapijas formālo elementu skalu adaptācija Latvijā un to pielietojums vizuāli plastiskās mākslas terapijā

- trauksmes mazināšanai bērniem un pusaudžiem ar astmu. Darba vadītāja K. Mārtinsone. Konsultantes: L. Ganta (*L. M. Gantt, ASV*) un A. Bība (*A. Beebe, ASV*). Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
24. Visnola D. (2009) Mākslas terapijas ietekme uz stresu un trauksmi organizācijas darbiniekiem. Darba vadītāja D. Sprūdža. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
25. Zariņa E. (2013) Vizuāli plastiskās mākslas terapija pašcieņas paaugstināšanai un subjektīvās labklājības izmaiņām pacientiem ar depresīviem traucējumiem. Darba vadītāja A. Upmale. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.

2009.–2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas vizuāli plastiskās mākslas terapijā

2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Zīmējumu sērijas (DDS) skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums vizuāli plastiskās mākslas terapijā saistībā ar BDA-II depresijas rādītājiem pieaugušajiem

Darba autore Evita Dakse, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsonē, konsultante Biruta Kupča.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: mākslas terapija, ZS – Zīmējumu sērija (DDS), skalas adaptācija, depresija.

Pētījuma mērķis: veikt Zīmējumu sēriju (ZS) adaptācijas pirmo posmu un pārbaudīt to saistību ar Beka depresijas aptauju (BDA-II) pieaugušajiem.

Pētījumā ir aprakstīta depresija, tās klasifikācija, kā arī mākslā balstītā iz(no)-vērtēšana, ZS vēsturiskā izcelsme un ZS raksturojums. Darbā apskatītas ZS un depresijas savstarpējās sakarības.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Zīmējumu sērijas (ZS) (DDS, *Diagnostic Drawing Series*) (Cohen, 1986/1994);
- 2) Beka depresijas aptauja II (BDA-II) (*Beck Depression Inventory II*) (Beck, Steer & Brown, 1996).

Pētījuma izlasi veidoja 100 pieaugušie vecumā no 18 līdz 65 gadiem. No tiem pētījuma otrajā daļā tika atlasīti 50 dalībnieki, no kuriem savukārt tika veidota izpētes un kontrolgrupa. Izpētes grupā bija 23 sievietes vecumā no 23 līdz 65 gadiem, vidējais vecums – 49 gadi, un 3 vīrieši no 18 līdz 57 gadiem, vidējais vecums – 44 gadi. Kontrolgrupā bija 23 sievietes vecumā no 26 līdz 65 gadiem, vidējais vecums – 52 gadi, un 3 vīrieši no 18 līdz 57 gadiem, vidējais vecums – 43 gadi. Dalībnieki tika atlasīti pēc demogrāfiskiem rādītājiem un vidēji smagiem vai smagiem depresijas rādītājiem, kas tika noteikti atbilstoši aptaujai.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts divos posmos.

Pirmajā posmā tika veikta ZS skalas adaptācija, izmantojot “turp un atpakaļ” tulkošanas pieeju. Testa iekšējā saskaņotība tika pārbaudīta, izmantojot Kronbaha alfu un pārbaudīta 3 neatkarīgu vērtētāju vērtējumu saistība.

Pētījuma otrajā posmā tika veidota izlase un kontrolgrupa. Veidojot kontrolgrupu, respondenti tika atlasīti atbilstoši izlases grupas dalībnieku demogrāfiskajiem rādītājiem (dzimums, vecums) un bez depresijas pazīmēm. Izpētes grupā tika iekļauti psihiatrijas iestāžu pacienti, kas atbilda pētījuma izlases kritērijiem, t. i., vidēji smagiem vai smagiem depresijas rādītājiem, kas tika noteikti pēc aptaujas. Abu grupu dalībniekiem bija jāveic uzdevumi. Atšķirībā no izpētes grupas, kontroles grupas respondenti ZS testu veica gan individuāli, gan grupās pa četriem.

Pētījuma vide bija SIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” un SIA “Ģintermuiža” Jelgavā.

Rezultāti. Pētījumā tika pierādīts, ka izpētes grupas un kontrolgrupas mērījumi statistiski nozīmīgi atšķiras tādās ZS skalās kā: Krāsu tips, Krāsu saplušana, Līnija / forma, Integrācija, Līnijas kvalitāte, Telpas izmantojums un Neierasts novietojums.

Analizējot pētījuma rezultātus var secināt, ka pacientiem ar depresiju ir tendence savos zīmējumos izmantot līdz trim krāsām, galvenokārt velkot tikai līnijas, zīmēt nelielus, samērā “nabadzīgus” tēlus, kuru novietojums ir neierasts.

Pētījuma autore secināja, ka ir veikts testa adaptācijas pirmais posms. ZS skalas Iekšējās saskaņotības rādītāji ir apmierinoši. Vērtētāju drošuma rādītāji parāda ļoti labu savstarpējo saistību un ir tuvi oriģināltesta drošuma rādītājiem. Pētījuma otrajā posmā izlases grupas rezultāti saskan ar citos pētījumos iegūtajiem datiem – pastāv atšķirības starp izlases grupu un kontrolgrupu noteiktās ZS skalā. Izpētes grupā pastāv saistība starp ZS skalu un BDA-II apatauju.

Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums pacientēm ar krūts vēzi depresijas simptomu izvērtēšanai

Darba autore Sanita Ciganovska, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsone, konsultante L. Ganta (*L. M. Gantt, ASV*).

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: MFTS adaptācija, depresija, krūts vēzis.

Pētījuma mērķis: veikt mākslas terapijas formālo elementu skalas (MTFES) adaptāciju Latvijā un izpētīt, vai ar krūts vēzi slimu sieviešu zīmējumos ir kādas kopīgas iezīmes un vai tās atšķiras no praktiski veselu sieviešu grupas zīmējumiem; kā arī pārbaudīt MTFES saistību ar depresijas simptomiem pacientēm ar krūts vēzi.

Pētījumā ir aprakstīta mākslas terapijas formālo elementu skala kā mākslas terapijas iz(no)vērtēšanas instruments, sniegts tās vispārīgs raksturojums un tas, kā to lietot pacientiem ar depresijas simptomiem. Raksturotas patientes ar krūts vēzi un depresijas simptomi pacientēm ar krūts vēzi.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Mākslas terapijas formālo elementu skala (MTFES) (*The Formal Elements Art Therapy Scale, FEATS*) (Gantt & Tabone, 1998), "Uzzīmē cilvēku, kurš plūc ābolu no koka" (*Draw a Person Picking Apple from a Tree*);
- 2) Beka depresijas aptauja II (BDA-II) (*Beck Depression Inventory II*) (Beck, Steer & Brown, 1996).

Pētījuma izlasi veidoja 53 sievietes vecumā no 25 līdz 60 gadiem, vidējais vecums ir 48,3 gadi: 26 sievietes, kas ārstējas no krūts vēža (pēc SSK-10, C50) un pirmreizēji vai atkārtoti ir izgājušas ķīmijterapiju, un 27 praktiski veselas sievietes. Pētījums tika veikts Latvijas Onkoloģijas centra (LOC) Krūts slimību klīnikā un Ķīmijterapijas ambulatorā un dienas stacionāra nodaļā.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts trijos posmos.

Pirmajā posmā ietilpa MTFES adaptācija Latvijā. MTFES stimulmateriāls tika tulkots, izmantojot "turp un atpakaļ" pieeju. Tika pārbaudīta MTFES iekšējā saskaņotība. Pētījumā iekļautie 53 sieviešu zīmējumi "Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka" tika izvērtēti, un tika aprēķināts iekšējās saskaņotības jeb Kronbaha alfa koeficients. Tika pārbaudīta testa un retesta saistība pēc triju nedēļu intervāla, izmantotot Pīrsona korelācijas koeficientu.

Otrajā posmā tika iekļautas tās pašas pētījuma dalībnieces, kas piedalījās pētījuma pirmajā posmā, un tās tika sadalītas divās grupās: izpētes grupa – pacientes ar krūts vēzi, kontrolgrupa – praktiski veselas sievietes. Tika salīdzināti abu grupu zīmējumu vērtējumi, izmantojot t kritēriju.

Pētījuma trešajā posmā tika iekļautas 26 sievietes ar krūts vēzi, kuras piedalījās pirmajā un otrajā pētījuma posmā, tika meklēta saistība starp MTFES un depresijas rādītājiem izpētes grupā.

Rezultāti. Pētījumā tika noskaidrots, ka ir MTFES iekšējā saskaņotība ir augsta ($\alpha = 0,88$). Tika konstatēta MTFES testa un retesta saistība visās skalās. Korelācijas koeficienta vērtība svārstās no 0,72 līdz 0,98, viszemāko rādītāju uzrādot skalā *Rotācija*, bet visaugstāko – skalā *Atkārtošānās*. Korelācijas koeficienta vērtība visās skalās ir lielāka par 0,7, kas liecina par noturīgumu laikā.

Tika izdarīts secinājums, ka starp divu neatkarīgu vērtētāju MTFES vērtējumiem pastāv statistiski nozīmīga saistība ($p = 0,002$). Secināts arī tas, ka pastāv statistiski nozīmīga atšķirība starp izpētes grupas un kontrolgrupas MTFES šādās skalās: *Krāsu atbilstība* ($p = 0,005$), *Loģiskums* ($p = 0,015$), *Liniju kvalitāte* ($p = 0,033$) un *Atkārtošānās* ($p = 0,021$).

Izmantojot Pīrsona korelācijas koeficientu, tika noskaidrots, vai pastāv saistība starp MTFES un depresijas rādītājiem izpētes grupā. Secināts, ka pētījuma izlasē pastāv statistiski nozīmīga saistība starp MTFES un depresijas rādītājiem skalās *Loģiskums* ($r = -0,49$; $p = 0,010$) un *Liniju kvalitāte* ($r = -0,52$; $p = 0,006$).

Pētījuma autore secināja, ka MTFES adaptācija ir bijusi veiksmīga, uz ko norāda iekšējās saskaņotības koeficienta vērtība. Tika pārbaudīta MTFES

saistība ar depresijas simptomu rādītājiem sievietēm ar krūts vēzi. Saistība starp MTFES un depresijas rādītājiem izpētes grupā pastāv skalās *Loģiskums* un *Līniju kvalitāte*.

Mākslas terapijas formālo elementu skalu adaptācija Latvijā un to pielietojums vizuāli plastiskās mākslas terapijā trauksmes mazināšanai bērniem un pusaudžiem ar astmu

Darba autore Līga Veide-Nedviga, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsons, konsultantes: L. Ganta (*L. M. Gantt, ASV*) un A. Bība (*A. Beebe, ASV*). Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: MTFES adaptācija, bērni un pusaudži ar astmu, trauksme.

Pētījuma mērķis: veikt MTFES adaptāciju Latvijā un pielietot to vizuāli plastiskās mākslas terapijā bērniem un pusaudžiem ar astmu, lai noteiktu, vai trauksmes un nomāktības skalu rādītājiem ir saistība ar MTFES, kā arī pārbaudīt, vai mazinās trauksmes simptomi bērniem un pusaudžiem ar astmu pēc mākslas terapijas.

Pētījumā ir sniegts vizuāli plastiskās mākslas terapijas formālo elementu skalas – MTFES – raksturojums. Darbā apskatīta bronhiālā astma un astma bērniem, kā arī trauksme un tās simptomi bērniem un pusaudžiem ar astmu. Darbā sniegti vizuāli plastiskās mākslas terapijas pamatprincipi bērniem un pusaudžiem ar astmu un mākslas terapijas plāns trauksmes mazināšanai bērniem un pusaudžiem ar astmu.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) MTFES, zīmējums “CKPĀK” (*L. Gantt & C. Tabone, 1998*);
- 2) Bērna uzvedības novērtējuma aptauja CBCL/6-18 (*Achenbach, 2001*).

Pētījuma izlasi veidoja 30 bērni un pusaudži ar astmu vecumā no 7 līdz 12 gadiem. Izlase tika veidota sadarbībā ar Ogres veselības centra ģimenes ārsti S. Boreiko. Kopumā tika aptaujāti 84 pacienti ar diagnozi jaukta tipa astma, kā arī viņu vecāki. Pētījumam piekrita 37 aptaujas dalībnieki. Atlasītie 37 pacienti tika aicināti radīt zīmējumu “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka” divas reizes (ar divu nedēļu intervālu). Retestā piedalījās 34 pacienti.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts trijos posmos.

Pirmajā posmā tika tulkota MTFES aptauja, izmantojot “turp un atpakaļ” tulkošanas metodi. Lai pārbaudītu MTFES iekšējo saskaņotību, tika aprēķināts koeficients Kronbaha alfa. Papildus atkārtotās testēšanas validitātes pārbaudei tika pārbaudīta 3 neatkarīgu vērtētāju vērtējumu saistība.

Otrajā posmā MTFES aptaujas adaptācijas ietvaros pētījumā tika iekļauti 30 bērni un pusaudži ar astmu vecumā no 7 līdz 12 gadiem. Izlase tika veidota pēc daudzpakāpju mērķtiecīga tipa vienmērīgas izlases principiem. Izmantojot testa mērījuma stabilitāti laikā, tika veikta MTFES noturības pārbaude, aprēķinot Pīrsona korelācijas koeficientu. Pētījuma otrā posma izlase tika veidota no

pētījuma pirmā posma izlases dalībniekiem, kas uzrādīja paaugstinātu trauksmes līmeni pēc bērnu vecāku aptaujas. Kopā tika atlasīti 22 dalībnieki, kurus iedalīja divās grupās – izpētes un kontrolgrupā. Izpētes grupā ietilpa 11 bērni un pusaudži, kuri bija vecumā no 7 līdz 12 gadiem un slimoja ar jaukta tipa astmu un kuri uzrādīja paaugstinātu trauksmes līmeni.

Trešajā posmā tika izveidotas divas mākslas terapijas apakšgrupas – pirmajā grupā 6 dalībnieki, otrajā – 5 dalībnieki. Kontrolgrupā ietilpa 11 bērni un pusaudži vecumā no 7 līdz 12 gadiem, kuri slimoja ar jaukta tipa astmu un kuri uzrādīja paaugstinātu trauksmes līmeni.

Rezultāti. Pētījumā tika pierādīts, ka iegūtie rezultāti – MTFES skalu iekšējā saskaņotība ($\alpha = 0,90$) – ir tuvi ar MTFES oriģinālversijas rezultātiem ($\alpha = 0,88$ un augstāk). Tika secināts, ka iekšējā saskaņotība ir laba. Pētījumā iegūtie rezultāti pierāda, ka mākslas terapijas intervences rezultātā ir notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas trauksmes / nomāktības skalu rādītājos izpētes grupā. Tika arī pierādīts, ka mākslas terapija mazina trauksmi bērniem ar astmu vecumā no 7 līdz 12 gadiem. Daļēji tika apstiprināta hipotēze, ka pēc MTFES skalas var noteikt trauksmes / nomāktības līmeni, jo pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp MTFES un Ahenbaha aptaujas rezultātiem.

Pētījuma autore secināja, ka pastāv MTFES skalas rezultātu saistība starp diviem neatkarīgiem MTFES lietošanā apmācītu testētāju vērtējumiem. Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas trauksmes / nomāktības skalas un MTFES skalas rādītājiem pirms piedalīšanās vizuāli plastiskās mākslas terapijas grupā un pēc tās. Pastāv statistiski nozīmīga sakarība starp MTFES 2. skalu *Krāsu atbilstība* un Ahenbaha aptaujas trauksmes / nomāktības skalu rezultātiem. Ieteicams turpināt pētījumu lielākai izlasei, lai pārbaudītu abu mērījumu rezultātu saistību, kā arī lai apzinātu iespējas ar vizuāli plastiskās mākslas terapijas palīdzību ilgtermiņā saglabāt rezultātus.

Mākslas terapija trauksmes mazināšanai Minesotas programmas pacientiem

Darba autore Baiba Lezdiņa, darba zinātniskā vadītāja Anda Upmale, konsultante Velga Sudraba.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: mākslas terapija, trauksme, Minesotas programma.

Pētījuma mērķis: noskaidrot, kuri sociāli demogrāfiskie faktori ietekmē atkarīgo pacientu trauksmes rādītāju mazināšanos pēc mākslas terapijas atvērtā grupā.

Pētījumā apskatīts trauksmes vispārīgs raksturojums, atkarība no psihoaktīvām vielām, sniegts vispārīgs raksturojums un atkarību veicinošie un uzturošie faktori psiholoģijas teoriju skatījumā. Tiek aprakstīta Minesotas programma,

kā arī mākslas terapija darbā ar atkarīgiem pacientiem un mākslas terapijas plāns Minesotas programmas pacientiem atvērāt grupā.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) sociāli demogrāfisko datu aptauja;
- 2) Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma aptauja (*State-Trait Anxiety Inventory*) (*STAI-Y*), (*Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, Jacobs, 1982*).

Pētījuma izlasi veidoja atbilstoši mērķtiecīga tipa vienmērīgas izlases principiem. Pētījumā piedalījās 59 Minesotas programmu pacienti ar psihoaktīvo vielu atkarībām (kliniskā diagnoze F10.2–F19.2), kuri, sākot pētījumus, ir pilngadīgi un Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma aptaujā uzrāda paaugstinātus trauksmes simptomus un nesaņem medikamentozu terapiju. Pētījums norisinājās Minesotas programmu nodaļās, VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs” un SIA “Akrona 12”.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, īstenojot mākslas terapijas sesijas, kas notika trīs reizes nedēļā noteiktā dienā un laikā – VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs” un SIA “Akrona 12”, katra nodarbība ilga 90 minūtes. Pacienti piedalījās mākslas terapijas sesijās visu laiku, kamēr atradās Minesotas programmas nodaļā. Mākslas terapijas programma ir izveidota 15 sesijām. Grupas bija atvērtas, katram pacientam bija atšķirīgs sesiju skaits. Pirms sākt dalību mākslas terapijā grupā, potenciālie dalībnieki individuāli izpildīja sociāli demogrāfisko datu aptauju un tika aicināti uz individuālu sākotnējās izvērtēšanas interviju. Pabeidzot Minesotas programmu, pēc pēdējās apmeklētās sesijas katrs pētījuma dalībnieks atkārtoti izpildīja trauksmes aptauju.

Rezultāti. Pētījumā tika pierādīts, ka pētāmās pazīmes – trauksmes – biežuma rādītājs atbilst normālam sadalījumam. Aplūkojot rādītājus pirms vizuāli plastiskās mākslas terapijas (1. mērījums) un pēc tās (2. mērījums), jāsecina, ka vidējais aritmētiskais (*M*) trauksmes rādītājs uzrāda būtisku atšķirību. Regresijas modeli, kurā iekļauti sociāli demogrāfiskie faktori kā neatkarīgie mainīgie un trauksme kā atkarīgais mainīgais, var secināt, ka gandrīz neviens no sociāli demogrāfiskajiem faktoriem neietekmē trauksmes līmeni, jo vairums no prognostiskajām sakarībām nav statistiski nozīmīgas $p > 0,05$.

Pētījuma autore secināja, ka lielākoties sociāli demogrāfiskie faktori prognostiski neietekmē trauksmes rādītājus. Daži sociāli demogrāfiskie faktori uzrāda tendenci uz izmaiņām starp pirmo un otro mērījumu vai tendenci pietuvoties statistiski nozīmīgiem ietekmes rādītājiem, tomēr lielākā daļa sociāli demogrāfisko faktoru neuzrāda izmaiņas starp pirmo un otro mērījumu, un ietekmes rādītāji uz trauksmi kā atkarīgo mainīgo ir nenozīmīgi. Pastāv statistiski nozīmīgas trauksmes simptomu rādītāju atšķirības pirms mākslas terapijas un pēc tās. Minesotas programmas pacientu piedalīšanās mākslas terapijā noritēja atvērtā grupā. Trauksmes simptomu rādītāji otrajā mērījumā bija statistiski nozīmīgi mazinājušies.

Zīmējumu sērijas skalas adaptācija Latvijā un tās specifiskās iezīmes zīmējumu struktūrā šizofrēnijas pacientiem

Darba autore Daiga Dzene, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsons, konsultante Biruta Kupča.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: mākslas terapija, šizofrēnija, ZS – Zīmējumu sērijas (DDS), uz mākslu balstīts iz(no)vērtēšanas instruments, skalas adaptācija.

Pētījuma mērķis: veikt Zīmējumu sērijas (ZS) adaptācijas pirmo posmu un noteikt specifiskās iezīmes zīmējumu struktūrā šizofrēnijas pacientiem, salīdzinot ZS atšķirības šizofrēnijas pacientu grupā un praktiski veselu cilvēku grupā.

Pētījumā aprakstītas ZS – uz mākslu balstīts iz(no)vērtēšanas instruments, tā vēsturiskā izveide, ZS materiāli, kā arī apkopoti pētījumi par ZS. Darbā tiek raksturota šizofrēnija un pētījumi par šizofrēnijas pacientu specifiskām iezīmēm ZS.

Pētījuma instrumentārijs: ZS (*DDS Diagnostic Drawing Series*) – uz mākslu balstīts instruments – strukturēta intervija, izvērtējuma forma (23 skalas) (*Barry M. Cohen, Virginia, ASV, 1982*).

Pētījuma norise. Pētījuma izlasi veidoja divi posmi.

Pirmajā posmā tika noteikts ZS skalas iekšējais saskaņotības rādītājs un neatkarīgo ekspertu vērtējuma saistība. Pirmajā pētījuma posmā piedalījās 100 dalībnieku gan ar dažādiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem, gan praktiski veseli cilvēki vecumā no 18 līdz 65 gadiem.

Otrajā posmā tika noteiktas atšķirības zīmējumos starp abu izlašu grupām – šizofrēnijas un praktiski veselu cilvēku grupu –, kā arī noteiktas raksturīgās iezīmes zīmējumu struktūrā šizofrēnijas pacientiem. Respondentu skaits pētījuma otrajā posmā bija 50 dalībnieki vecumā no 20 līdz 60 gadiem. Izpētes grupa – 25 dalībnieki ar šizofrēnijas diagnozi vecumā no 20 līdz 60 gadiem.

Rezultāti. Pētījumā tika noskaidrota ZS iekšējā saskaņotība. Pirmajam ZS zīmējumam Kronbaha alfa ir 0,65; otrajam ZS zīmējumam Kronbaha alfa ir 0,67; trešajam zīmējumam Kronbaha alfa ir 0,68. Visiem ZS zīmējumiem ir apmierinoša skalas iekšējā saskaņotība. Aprēķinot vidējās saskaņotības koeficientu (*Interclass correlation*), rezultāti uzrādīja ļoti labu ekspertu vērtējuma saistību ($r = 0,89$).

Lai noskaidrotu, kādas ir atšķirības ZS zīmējumos šizofrēnijas pacientiem un praktiski veselīem cilvēkiem, tika aprēķināti dati no iegūtajām 50 ZS (150 zīmējumiem) un noteiktas atšķirības starp izpētes grupu un kontrolgrupu (visām ZS kopā un arī atsevišķi katram (1. ZS zīmējumam, 2. ZS zīmējumam un 3. ZS zīmējumam) ZS sērijas zīmējumam. Grupām pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības, jo aprēķināto t-kritēriju signifikance jeb divpusējās nozīmības līmenis p ir mazāks par 0,05 ($p = 0,001$).

Veicot mērījumu katrai no ZS skalām, tika salīdzināti rādītāji izpētes grupai un kontrolgrupai – un izvirzīta nulles hipotēze par abu izlašu līdzību kādā no ZS divdesmit trīs skalām. Pētījumā iegūtie rezultāti parādīja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības gan kopā uzrādītajos mērījumos ($p < 0,05$) ($p = 0,001$), gan mērījumos atsevišķām ZS skalām starp izpētes grupu un kontrolgrupu. Rezultāti uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības šādām ZS skalām: Krāsu tips ($t = -4,031$) ($p = 0,000$), Krāsu saplūšana ($t = -3,575$) ($p = 0,000$), Līnija / Forma ($t = -4,337$) ($p = 0,000$), Vārdu iekļaušana ($t = 2,184$) ($p = 0,031$), Telpas izmantojums ($t = -5,666$) ($p = 0,000$) un Neierasts novietojums ($t = 2,199$) ($p = 0,029$).

Tika noskaidrotas arī saturiskās atšķirības ZS zīmējumos starp abām izlašu grupām, atklājās redzamas atšķirības starp grupām ZS skalai *Krāsu tips*. Rezultāti uzrādīja, ka šizofrēnijas pacientiem ir tendence izmantot 2 līdz 3 krāsas, kontrolgrupas dalībnieki galvenokārt izmanto 4 un vairāk krāsas.

Tika atklāts, ka ir atšķirības arī ZS skalai *Līnija / Forma*. Var secināt, ka šizofrēnijas pacienti galvenokārt izmanto tikai līnijas nevis formas, viņi zīmē vairāk ar kritiņa šķautni nevis sānu un retāk izmanto gan līnijas, gan formas.

ZS skalā *Krāsu saplūšana* ir redzams, ka šizofrēnijas pacienti zīmējumos izmanto atsevišķas figūras, tēlus, nesajaucot, nesapludinot kopā vairākas krāsas. Kontrolgrupas dalībnieki zīmējumos vairāk sapludina krāsu tēlus, nekā zīmējumos izmanto atsevišķas krāsainas figūras. Aklājās, ka lielākā daļa šizofrēnijas pacientu izmanto maksimums 0–66% lapas laukuma, un lielākajai daļai praktiski veselo cilvēku ir tendence izmantot 34–99% zīmējuma lapas laukuma.

Pētījuma autore secināja, ka ir specifiskas atšķirības starp šizofrēnijas pacientu grupu un praktiski veselu cilvēku grupu. Ir noteiktas saturiskas atšķirības ZS zīmējumos starp abām izlašu grupām.

Vēlams turpināt pētījumus šizofrēnijas diagnožu grupai, salīdzinot iespējamās atšķirības starp pacientiem ar dažādu diagnozes uzstādīšanas ilgumu. Vēlams turpināt pētījumus, izmantojot ZS vēl citām diagnožu grupām, piemēram, ēšanas traucējumiem, adaptācijas traucējumiem, Alcheimera slimības pacientiem un citām pacientu grupām.

Vizuāli plastiskās mākslas terapija pašefektivitātes paaugstināšanai pacientiem ar šizofrēniju

Darba autore Kristīne Bojāre-Bojāriņa, darba zinātniskā vadītāja Anda Upmale.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Pētījuma mērķis: pārbaudīt, vai pēc vizuāli plastiskās mākslas terapijas paaugstinās pārliecība par pašefektivitāti pacientiem ar šizofrēniju, kā arī veikt testa "Pašefektivitātes skala pacientiem ar šizofrēniju" adaptāciju Latvijā.

Pētījumā apskatīts šizofrēnijas vispārīgs raksturojums, pašefektivitāte pacientiem ar šizofrēniju. Darbā raksturotas vizuāli plastiskās mākslas terapijas teorētiskās pieejas pacientiem ar šizofrēniju un specifiskas metodes darbā šizofrēnijas pacientiem.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) tests "Pašefektivitātes skala pacientiem ar šizofrēniju" (*Self-efficacy Scale for Schizophrenics (SESS)*). Autore Barbara Makdermota (*McDermott, 1995*);
- 2) psihiatrijas ekspertu vērtējums un aptauja (anketa), lai noteiktu viņu viedokli par šizofrēnijas pacientu pārliecību par pašefektivitāti pēc piedalīšanās vizuāli plastiskās mākslas terapijā grupā.

Pētījumam tika piesaistīti 10 psihiatrijas eksperti, kuri par šizofrēnijas pacientu pārliecību par pašefektivitāti sniedza savu novērtējumu.

Pētījuma materiāls. Pētījumā piedalījās pacienti (vīrieši un sievietes) ar paranoīdās šizofrēnijas diagnozi (F20.0) vecumā no 19 līdz 58 gadiem, kas tika sadalīti izpētes grupā un kontrolgrupā. Izpētes grupa tika dalīta 9 apakšgrupās pēc dzimuma, katrā apakšgrupā no 3 līdz 5 dalībniekiem. Pētījumu sāka 17 sievietes un 19 vīrieši. Pacienti piedalījās desmit slēgtās vizuāli plastiskās mākslas terapijas grupās. Izpētes grupā VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrā" vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijas no 11 pacientiem pabeidza 9 dalībnieki, savukārt VSIA slimnicā "Ģintermuiža" no 25 dalībniekiem terapijas sesijas pabeidza 21 dalībnieks.

Kontrolgrupā pētījumu sāka 18 sievietes un 18 vīrieši, kuri nepiedalījās vizuāli plastiskās mākslas terapijā. Kontrolgrupā piedalījās pacienti vecumā no 19 līdz 55 gadiem. Dalībnieku vidējais vecums bija 36,3 gadi. Visiem 30 pacientiem bija diagnosticēta paranoīdā šizofrēnija.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts divos posmos.

Pētījuma pirmajā posmā tika veikta testa "Pašefektivitātes skala pacientiem ar šizofrēniju" adaptācija un tulkošanas procedūra. Izlasē tika iekļauti respondenti, kas atbilda izlases iekļaušanas / izslēgšanas kritērijiem.

Pētījuma otrajā posmā izlasē tika iekļauti citi respondenti – gan vīrieši, gan sievietes. Sākotnējā izvērtēšana tika veikta individuālās pārrunās, izmantojot mākslā balstīto izvērtēšanu, kā arī testa "Pašefektivitātes skala pacientiem ar šizofrēniju" izpildi. Kopā pētījumā piedalījās 72 pacienti: 36 – izlases grupā un 36 – kontroles grupā.

Katra no 9 izpētes grupām piedalījās 12 vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās (ieskaitot vienu mākslā balstītu individuālo izvērtēšanas sesiju pirms vizuāli plastiskās mākslas sesijām un vienu individuālu mākslā balstītu novērtēšanas sesiju pēc vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijām grupā). Pēc 10 vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijām tika veikta pacientu mākslā balstīta novērtēšana un otrreizēja testa "Pašefektivitātes skala pacientiem ar šizofrēniju" izpilde. Grupas tika organizētas kā īslaicīgas, slēgtas direktīvas 3 reizes nedēļā, katras sesijas ilgums 60 minūtes.

Rezultāti. Pētījumā tika pierādīts, ka testa “Pašefektivitātes skala pacientiem ar šizofrēniju” iekšējā saskaņotība ir augsta – Kronbaha alfas rādītāji ir diapazonā no 0,800 līdz 0,874. Lai noskaidrota, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas un kontrolgrupas pašefektivitātes rādītājiem pēc mākslas terapijas, tika aprēķināts t kritērijs. Izrādījās, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas un kontrolgrupas otro mērījumu, jo t kritērija mērījums ir mazāks par 0,05 ($t = 4,618$; $p = 0,000$). Tika noskaidrots, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas un kontrolgrupas otro mērījumu, jo t kritērija mērījuma lielums ir mazāks par 0,05 ($p = 0,000$) starp pārliecības par pozitīvo simptomu (PS), pārliecības par negatīvo simptomu (NS) un pārliecības par sociālo prasmju (SP) rādītājiem pēc mākslas terapijas.

Noskaidrots arī, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības pēc mākslas terapijas izpētes grupā un kontrolgrupas otrajā mērījumā starp pārliecības par pašefektivitāti (P) rādītājiem – pārliecības par pozitīvo simptomu (PS) rādītājiem ($t = 3,834$; $p = 0,000$), pārliecības par negatīvo simptomu (NS) rādītājiem ($t = 3,863$; $p = 0,000$) un pārliecības par sociālo prasmju (SP) rādītājiem ($t = 3,903$; $p = 0,000$).

Autore arī noskaidroja, vai pastāv saistība starp pacientu pašnovērtējumu un psihiatrijas ekspertu novērtējumu par pacientu pašefektivitāti pēc vizuāli plastiskās mākslas terapijas, kā arī tika aprēķināts Pīrsona korelācijas koeficients izpētes grupai pirms mākslas terapijas. Rezultāti parādīja, ka pastāv statistiski nozīmīga pozitīva korelācija starp izpētes grupu un psihiatrijas ekspertu vērtējumu pēc vizuāli plastiskās mākslas terapijas tikai vienā pārliecības par pašefektivitāti apakšskalā, kas saistīta ar pārliecību par sociālajām prasmēm, jo signifikances lieluma mērījums ir mazāks par 0,05.

Pozitīvā korelācija norādīja uz to, ka pēc psihiatrijas ekspertu vērtējuma pacientiem ar šizofrēniju ir uzlabojumi pārliecībā par sociālajām prasmēm (SP).

Pētījuma autore secināja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp šizofrēnijas pacientu pārliecības par pašefektivitāti rādītājiem (pārliecība par pozitīviem simptomiem, pārliecība par negatīviem simptomiem, pārliecība par sociālajām prasmēm) kopumā pirms vizuāli plastiskās mākslas terapijas izpētes grupā un pēc tās. Pastāv statistiski nozīmīga saistība starp psihiatrijas ekspertu vērtējumu un izpētes grupas rezultātiem pēc vizuāli plastiskās mākslas terapijas par vienu pārliecības par pašefektivitāti rādītāju – pārliecība par sociālajām prasmēm.

Vizuāli plastiskās mākslas terapija pašcieņas paaugstināšanai un subjektīvās labklājības izmaiņām pacientiem ar depresīviem traucējumiem

Darba autore Elīna Zariņa, darba zinātniskā vadītāja Anda Upmale.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: vizuāli plastiskās mākslas terapija, depresīvi traucējumi, pašcieņa, subjektīvā labklājība.

Darba mērķis: Pārbaudīt, vai vizuāli plastiskās mākslas terapija paaugstina pašcieņu un subjektīvo labklājību pacientiem ar depresīviem traucējumiem.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Rozenberga pašcieņas skala (*Rosenberg Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1965*);
- 2) Horalda Djūpija Vispārējās psiholoģiskās labklājības indekss (*The Psychological General Well-Being (PGWB) index, Horald J. Dupuy, 1978*).

Pētījama mērķgrupa: pacienti ar vidēji smagiem, smagiem depresīviem traucējumiem bez psihozes vai vidēji smagiem, smagiem rekurentiem depresīviem traucējumiem bez psihozes.

Pētījuma norise. Izpētes grupai tika organizētas 10 sesijas. Grupa bija slēgta, direktīva, dalībnieku sastāvs nemainīgs. Vizuāli plastiskās mākslas terapijas grupas notika dalībniekiem ar depresīviem traucējumiem stacionārās medicīnas iestādēs VSIA "Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs" un VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca". Sesijas notika trīs reizes nedēļā, katras ilgums 90 minūtes. Vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās izpētes grupā sākumā piedalījās 30 dalībnieki ar depresīviem traucējumiem, no kuriem terapiju pabeidza 27 dalībnieki vecumā no 30–60 gadiem, kas piedalījās arī Rozenberga pašcieņas skalas un Vispārējās psiholoģiskās labklājības skalas otrreizējā aizpildē. Izpētes grupas dalībnieku skaita samazināšanās bija saistīta ar neierašanos uz vizuāli plastiskās mākslas terapijas grupas sesijām, kas bija viens no pētījuma izslēgšanas kritērijiem.

Pētījuma rezultāti. Veicot rezultātu aprēķinu par statistiski nozīmīgām atšķirībām izpētes grupai pirms un pēc vizuāli plastiskās mākslas terapijas, var secināt, ka vispārējās psiholoģiskās labklājības skalas trauksmes, nomākta garastāvokļa, pozitīvās labklājības, paškontroles, vispārējās veselības un vitalitātes apakšskalā pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības.

Pētījumā iegūtie rezultāti – iegūtās statistiskās nozīmīgās atšķirības gan izpētes grupas vidējos rādītājos, gan t vērtībās – pierāda, ka vizuāli plastiskās mākslas terapijas intervences rezultātā ir notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas gan pašcieņas skalas ($t = -7,684$; $p < 0,000$), gan vispārējās psiholoģiskās labklājības skalas apakšskalās (Trauksme, $t = -4,75$; $p < 0,000$; Nomākts garastāvoklis, $t = -3,86$; $p < 0,000$; Pozitīvā labklājība, $t = -4,38$; $p < 0,000$; Paškontrolē, $t = -3,02$;

$p < 0,004$; Vispārējā veselība, $t = -2,68$; $p < 0,010$; Vitalitāte, $t = -4,45$; $p < 0,000$) rādītājos izpētes grupā.

Secinājumi: pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas pašcieņas rādītājiem un subjektīvās labklājības rādītājiem pirms un pēc piedalīšanās mākslas terapijas grupā.

2012. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Vizuāli plastiskās mākslas terapija grūtniecēm – depresijas trauksmes simptomu mazināšana

Darba autore: Dita Baumann-Auza, darba zinātniskā vadītāja Anda Upmale.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Pētījuma mērķis: pārbaudīt, vai mākslas terapija mazina depresijas un trauksmes simptomus grūtniecēm.

Pētījumā ir vispārīgi raksturota depresija un trauksme, sniegts depresijas un trauksmes raksturojums grūtniecēm, kā arī norādītas teorētiskās pieejas mākslas terapijā darbā ar depresiju un trauksmi.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma anketa (*STAI Form Y-1*) (*State-Trait Anxiety Inventory*) (*Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1982*);
- 2) Beka depresijas aptauja II (*BDA-II*) (*Beck Depression Inventory II*) (*Beck, Steer & Brown, 1996*).

Pētījuma vide. Pētījums tika veikts ambulatorā medicīnas iestādē SIA “Diplomātiskā servisa medicīnas centrs”.

Pētījuma izlasi veidoja 64 patientes, no kurām 32 patientes tika iekļautas izpētes grupā un 32 patientes – kontrolgrupā. Patientes šajā pētījumā ir grūtnieces vecumā no 20 līdz 35 gadiem, kuras ir 12. līdz 28. grūtniecības nedēļā ar viegliem un vidēji smagiem depresijas simptomiem, kā arī ar trauksmes simptomiem.

Izlases apjoms pētījuma noslēgumā bija 60 patientes, izpētes grupā – 30 un kontrolgrupā – 30. Izpētes grupa tika sadalīta trīs slēgtās apakšgrupās (rīta grupa, dienas grupa un vakara grupa), katrā apakšgrupā tika iekļauti vidēji 10 cilvēki, katrā apakšgrupa piedalījās 13 mākslas terapijas sesijās, kuru ilgums bija 120 minūtes un kuras notika divas reizes nedēļā.

Pētījuma ietvaros pēc mēneša izpētes grupai tika veikti atkārtoti mērījumi, lai pārbaudītu pētījuma rezultātu noturību.

Rezultāti. Pētījumā tika pierādīts, ka mākslas terapija palīdz mazināt depresijas un trauksmes simptomus grūtniecēm un rezultāti ir noturīgi arī pēc mēneša.

Pētījuma autore secināja, ka būtu ieteicams veidot sadarbību ar ārstiem – ginekologiem un dzemdību speciālistiem, ģimenes ārstiem un vecmātēm –, piedāvājot mākslas terapiju kā nozīmīgu papildu metodi darbā ar depresijas un trauksmes simptomiem grūtniecēm. Darba autore arī norāda, ka turpmāk būtu jāveic pētījumi, lai noskaidrotu saistību starp veselības komplikācijām grūtniecības laikā un depresijas un trauksmes simptomiem šajā laikā.

2011. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Sapņu satura atspoguļojuma analīze vizuāli plastiskās mākslas terapijā alkohola atkarīgiem pacientiem nestabilas remisijas periodā

Darba autore Agija Bogdanova, darba zinātniskā vadītāja Anda Upmale.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Pētījuma mērķis: teorētiski analizēt un praktiski noskaidrot sapņu satura atspoguļojumu vizuāli plastiskās mākslas terapijas mākslas darbos alkohola atkarīgiem pacientiem nestabilas remisijas periodā.

Pētījumā apskatīta alkohola atkarība pieaugušajiem – alkohola atkarība kā slimība un alkohola atkarības attīstības process, kā arī alkohola atkarīgu pacientu remisija un recidīvu izraisoši riska faktori. Darbā aplūkota arī alkohola atkarīgu pacientu ārstēšana, atbalsts, ārstēšanas specifika un mākslas terapija darbā ar alkohola atkarīgiem pacientiem. Īpaši akcentēts sapņu saturs alkohola atkarīgiem pacientiem un sapņu tēlu un simbolu izpēte.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) “Sapņa intervijas metode” (*The Dream Interview Method (DIM)*), ko izveidojusi Nensija Delaneja (*Delaney*, 1991);
- 2) datu analīze tika veikta, izmantojot Mustakas (*Mustakas*, 1994) teksta kontentanalīzes paveidu.

Pētījuma izlasi veidoja 10 pacienti (2 sievietes un 8 vīrieši) vecumā no 30 līdz 45 gadiem. Pētījuma veikšanas laikā pacienti atradās ārstēšanas iestādē Minesotas programmas ietvaros.

Pētījums tika veikts Minesotas programmas ietvaros, un tika organizēta tematiska, atvērta mākslas terapijas grupa; kopā bija 8 sesijas, kas notika 2 reizes nedēļā un kuru ilgums bija pusotra stunda. Pēc dalībnieku atlases pētījumā piedalījās 2 sievietes un 8 vīrieši vecumā no 30 līdz 45 gadiem. Pētījumā tika izmantota mākslas terapija ar integratīvi eklektisko pieeju.

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts: klāsteru analīzes rezultātā izdalītie un tematizētie alkohola atkarīgu pacientu nestabilas remisijas periodā konstatētie

sapņu satura galvenie vadmotīvi ir šādi – sevis apzināšanās laikā (tagadnē, pagātnē un nākotnē); emocijas; recidīva atspoguļojums sapnī.

Maģistra darba pētījuma rezultātā tika atklātas un izdalītas galvenās sapņu satura analīzes kategorijas, kas ir aktuālas pacientiem ārstēšanās laikā no alkohola lietošanas, proti, atturība, pagātnes notikumi, emocijas un pozitīva nākotne.

Pētījuma autore iesaka turpināt veikt pētījumus ilgākā laikposmā par sapņu saturu ar pacientiem, kuriem ir narkotiku, azartspēļu un citas atkarības, ņemot vērā dzimumu atšķirības.

Vizuāli plastiskās mākslas terapija grupā “izdegšanas sindroma” mazināšanai aprūpes un sociālajiem darbiniekiem

Darba autore Tija Rauga, darba vadītāja Kristīne Mārtinsone.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Pētījuma mērķis: pārbaudīt, vai vizuāli plastiskā mākslas terapija samazina emocionālo izsīkumu un depersonalizāciju sociālajiem darbiniekiem.

Pētījumā apskatītas teorijas un praktiskās pieejas par izdegšanas sindromu, tā stadijām un dimensijām, sociālā darbinieka darba specifiku un personību, vizuāli plastiskās mākslas terapiju kognitīvi biheiviorālās pieejas ietvaros darbā ar sociālajiem darbiniekiem, kuriem ir izdegšanas sindroms (LPSDA (Latvijas profesionālo sociālo un aprūpes darbinieku asociācija), pārsvarā ar sociālajos dienestos strādājošajiem).

Pētījuma instrumentārijs: Maslačas izdegšanas aptauja MBI-HSS (*The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* / MBI-HSS/ *Maslach C., Jackson S. E., & Leiter M. P.*, 1996), adaptējusi S. Aišpure (2002).

Pētījuma izlasi veidoja 60 sociālās darbinieces ar dažādiem izdegšanas rādītājiem. Izpētes grupā iekļauti 30 sociālie darbinieki un kontrolgrupā – 30 sociālās darbinieces. Izpētes grupa tika sadalīta trīs homogēnās, atvērtās grupās. Tika organizētas 10 direktīvas mākslas terapijas sesijas, no kurām katra ilga 90 minūtes.

Rezultāti. Pētījumā tika noskaidrots, ka vizuāli plastiskā mākslas terapija ietekmē emocionālo izsīkumu un depersonalizāciju sociālajām darbiniecēm. Pētījums pierādīja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes un kontrolgrupas izdegšanas sindroma rādītājiem pēc tam, kad grupas dalībnieki bija piedalījušies mākslas terapijas nodarbībās.

Pētījuma autore secināja, ka ir jāveicina sociālo darbinieku informēšana par psihohigiēnu, vēlamu atbalsta grupu apmeklēšanu, tajā skaitā vizuāli plastiskās mākslas terapijas grupu. Autore secināja arī, ka ir jāveido multiprofesionāla komanda darbam ar izdegšanas sindroma mazināšanu sociālajā jomā strādājošajiem, kā arī ir jāveicina mākslas terapiju iekļaušana šīs komandas sastāvā.

2010. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Vizuāli plastiskās māks terapijas ietekme uz spriedzes simptomu intensitātes izmaiņām skolotājiem

Darba autore Inguna Ozola, darba zinātniskā vadītāja Sandra Mihailova.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis: izpētīt, vai mākslas terapija maina spriedzes emocionālo, uzvedības un fizisko simptomu intensitāti skolotājiem.

Pētījumā ir analizēta literatūra par spriedzi, tās cēloņiem un simptomiem, stresoriem skolotāju darbā, kā arī par mākslas terapijas ietekmi uz spriedzes mazināšanu.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) E. M. Orli un K. F. Trocka spriedzes simptomu līmeņa aptauja;
- 2) *Paraid samples* T testi.

Pētījuma izlasi veidoja 30 līdz 40 gadu veci skolotāji no piecām Rīgas skolām.

Pētījuma norise. Pētījumā tika izmantota anketēšana. Tika atlasītas 30 dalībnieces, kurām kontrolēti mainīgie lielumi: vecums un darba ilgums (ne mazāks kā 3 gadi). Izpētes grupa tika sadalīta apakšgrupās – katrā 15 dalībnieces, kuras 1 reizi nedēļā apmeklēja 2 stundas ilgu mākslas terapijas sesiju, pavisam 12 sesijas. Kontrolgrupā tika ieļautas 13 dalībnieces, kuras mākslas terapiju nesaņēma.

Rezultāti. Pētījumā mērķis tika sasniegts, un tika apstiprināts, ka statistiski nozīmīga ir bijusi spriedzes emocionālo simptomu intensitātes mazināšanās. Izmaiņas tika novērotas arī spriedzes uzvedības simptomu intensitātē, taču spriedzes fiziskajiem simptomiem nav statistiski nozīmīgu izmaiņu.

Darba autore secināja, ka būtu nepieciešams veikt mērījumus atkārtoti pēc 3 mēnešiem. Autore uzsver, ka pētījuma rezultāti sasauca ar literatūras analizē paustajiem uzskatiem, kā arī norāda, ka vajadzētu realizēt ilgstošāku mākslas terapiju skolotājiem, lai noskaidrotu, vai ilglaicīgas terapijas process var ietekmēt spriedzes fizisko simptomu intensitāti.

Mākslas terapija depresīvo simptomu mazināšanai seksuālajā vardarbībā cietušiem bērniem un pusaudžiem

Darba autore Ilze Dzilna, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsonsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: mākslas terapijas, seksuālā vardarbība, depresīvie simptomi, bērni, pusaudži.

Pētījuma mērķis: analizēt teoriju un pārbaudīt, kā mākslas terapija mazina depresīvos simptomus seksuālajā vardarbībā cietušiem bērniem un pusaudžiem.

Pētījumā apskatīts seksuālās vardarbības definējums un seksuālās vardarbības sekas bērniem un pusaudžiem. Īpaši raksturoti depresīvie simptomi bērniem un pusaudžiem, kā arī mākslas terapijas pieejas darbā ar seksuālajā vardarbībā cietušiem bērniem un pusaudžiem.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) CDI (*The Children's Depression Inventory*) depresijas aptauja “Manas izjūtas un domas pēdējās divās nedēļās”;
- 2) ekspertu aptauja.

Pētījuma izlasi veidoja 5 seksuālā vardarbībā cietuši bērni un pusaudži (4 meitenes un 1 zēns vecumā no 10 līdz 14 gadiem) ar depresīviem simptomiem. Pētījuma vide: atbalsta centrs un bērnu psihiatrijas klīnika.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, īstenojot 12 individuālas mākslas terapijas sesijas, kurās izmantota kombinēta – direktīva un nedirektīva – pieeja ar brīvu mākslas materiālu izvēli. Sesijas notika divas reizes nedēļā, katras ilgums bija 60 vai 90 minūtes (atkarībā no dalībnieka vecuma). Tika veikti 2 mērījumi: pirms mākslas terapijas dalībnieka CDI un eksperta vērtējums. Pirmais mērījums tika veikts pirms mākslas terapijas sākšanas un otrs – pēc mākslas terapijas saņemšanas. Katram dalībniekam, ņemot vērā 1. mērījumu, tika izstrādāts individuāls mākslas terapijas plāns. Četri dalībnieki bija no atbalsta centra vardarbībā cietušiem bērniem un viņu atbalsta personām, viens dalībnieks – pacients no bērnu psihiatrijas nodaļas.

Rezultāti. Pētījumā tika noskaidrots, ka mākslas terapija mazina depresīvos simptomus, kas visbiežāk saistīti ar anhedoniju, zemu pašvērtējumu un sliktu garastāvokli, nodrošinot drošu terapeitisko vidi, atvieglojot komunikāciju, sniedzot iespējas apzināt un izpaust jūtas mākslas ekspresijā un terapeitiskajās attiecībās, stiprinot robežu un paškontroles izjūtu, veicinot adekvātāku stresa pārvarēšanas un konfliktu risināšanas prasmju attīstību.

Darba autore secina, ka būtu ieteicami ilgstošāki pētījumi par depresīvo simptomu mazināšanas iespējām seksuālajā vardarbībā cietušajiem, kā arī šo rezultātu noturību laikā.

Seksuālajā vardarbībā cietušo pusaudžu vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās radīto mākslas darbu un stāstījumu analīze

Darba autore Linda Panova, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsone. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: mākslas terapija, seksuālā vardarbība, pusaudži, mākslas darbu analīze.

Pētījuma mērķis: iegūt atbildi uz jautājumu, ar ko atšķiras mākslas darbi, kurus mākslas terapijas sesijās radījuši pusaudži, kuri ir cietuši no seksuālās vardarbības, no tiem mākslas darbiem, kurus radījuši pusaudži, kas nav cietuši no seksuālās vardarbības.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) projektīvais tests "Uzzīmē cilvēku" (*Draw A person rest (DAP)*) (*Machover, 1948*);
- 2) datu analīzē O-D-I aņļa metode;
- 3) Mākslas terapijas formālo elementu skala (MTFES) (*Gantt & Tabone, 1998*).

Pētījumā tiek apskatīts vardarbības klasifikācijas un terminu skaidrojums, seksuālās vardarbības sekas pusaudžu vecumposmā. Darbā analizēta vizuālās mākslas ekspresijas attīstība dažādos posmos, kā arī mākslas terapijas sesijās radīto mākslas darbu analīze un interpretācija. Autore īpaši apraksta seksuālajā vardarbībā cietušo pusaudžu vizuālās mākslas ekspresijas specifiku, kā arī mākslas terapiju darbā ar seksuālajā vardarbībā cietušajiem bērniem.

Pētījuma izlase tika veikta Rīgas pašvaldības bērnu namā, kuras rezultātā pētījumā tika iesaistīti 6 pusaudži vecumā no 12 līdz 14 gadiem.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, dalībniekus sadalot divās grupās – katrā 3 pusaudži, t. i., 3 no seksuālās vardarbības cietuši pusaudži (pētāmā grupa) un 3 pusaudži bez iepriekšējām ziņām par pārciestu vardarbību (kontrolgrupa). Katrai grupai tika realizētas 10 mākslas terapijas sesijas, katras sesijas ilgums bija 60 minūtes. Pirmajā un pēdējā sesijā tika veikts projektīvais tests. Terapijā izmantota direktīva un nedirektīva mākslas terapijas metode.

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts, un tika iegūta atbilde uz pētījuma jautājumu.

Darba autore secināja, ka seksuālajā vardarbībā cietušo pusaudžu zīmējumi atšķiras no kontrolgrupas dalībnieku zīmējumiem. Cilvēka zīmējums ir primitīvāks, tam ir mazāk detaļu, nav apakšējo ķermeņa daļu, respondenti vairāk izmanto sarkano krāsu.

Mākslas terapijā lietotie tēli un simboli vardarbībā cietušām sievietēm krīzes pārvarēšanas rekonstrukcijas stadijā

Darba autore Inese Bēziņa, darba zinātniskā vadītāja Sandra Mihailova. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis: izpētīt un apkopot individuālajās mākslas terapijas sesijās radītos tēlus un simbolus jaukta tipa vardarbībā cietušām sievietēm krīzes pārvarēšanas rekonstrukcijas stadijā.

Pētījuma instrumentārijs: darbā tika izmantota G. Hulbutas "Intermodālā metode".

Pētījumā tiek apskatītas krīzes un tās pārvarēšanas stratēģijas, īpaši krīzes izpratne psiholoģijā, tās veidi un izraisītāji, kā arī traumatiskās krīzes stadijas. Aplūkoti krīzes ietekmējošie faktori, to simptomātiskās izpausmes un krīzes pārvarēšanas stratēģijas. Darbā raksturota arī traumatiskā krīze un tās ietekme

uz smadzeņu darbību, kā arī mākslas terapijas efektivitāte traumatiskās krīzes pārvarēšanā un tēlu un simbolu konteksts mākslas terapijā.

Pētījuma izlasei sākotnēji tika plānots atlasīt 10 respondentes (vecumā no 20 līdz 40 gadiem), kuras cietušas no jaukta tipa vardarbības, t. i., pieredzējušas gan emocionālu, gan fizisku, gan seksuālu vardarbību.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts iestādē “Drošā māja”, kas ir patvēruma cilvēku tirdzniecībā cietušām personām un personām ar bēgļu statusu. Darbs tika sākts ar 8 klientēm, bet personīgu iemeslu dēļ visas sesijas apmeklēja tikai 6 klientes. Ar katru klienti notika 5 individuālas sesijas, katras sesijas ilgums pusotra stunda, viena sesija nedēļā. Mākslas terapijas sesijām bija jaukata struktūra – tika izmantota gan direktīva, gan nedirektīva pieeja

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts, un pētniece uzzināja, ka iezīmējas divas galvenās tendences – tēlu simboliskajos aprakstos klientes / respondentes izmantoja savas pēctecības, piesaistes veida vecākiem un savas mātes lomas atklāsmes arī partnerattiecību veidošanas grūtības, kas Junga analīzes skatījumā ir mātes arhetipa un “negatīvā mātes kompleksa” klātbūtne tēlu simboliskajās nozīmēs. Otra tendence bija dabas ainavu vai tās elementu atveidojums un izklāsts kā resursu meklējums nākotnei, kas sasaucas ar krīzes pārvarēšanas rekonstrukcijas stadijas uzdevumiem.

Darba autore secināja, ka ar mākslas terapiju iespējams palīdzēt krīzē nonākušiem cilvēkiem, tādēļ būtu nozīmīgi turpmāk pētīt citas mākslas terapijas metodes krīzes pārvarēšanā citās tās stadijās. Būtu interesanti arī pētīt mākslas terapijas ietekmi visā krīzes intervences procesā un gaitā. Būtu nozīmīgi arī pētīt un salīdzināt citu krīzē nonākušu klientu grupu tēlus un simbolus.

“Iekšējā spēka” stiprināšana vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās sievietēm ar onkoloģiskām saslimšanām

Darba autore Inta Bartaševiča, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsone. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: iekšējais spēks, stiprināšana, sievietes ar onkoloģiskām saslimšanām, gadījumu analīze, O-D-I cikla metode, humānistiski eksistenciālā pieeja, kognitīvi biheiviorālā pieeja.

Pētījuma mērķis: analizēt “iekšējā spēka” stiprināšanas procesu vizuāli plastiskās mākslas terapijas sesijās sievietēm ar onkoloģiskām saslimšanām un noskaidrot, kā mainās “iekšējā spēka” rādītāji pēc mākslas terapijas sesijām.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) daļēji strukturētā intervija;
- 2) “Iekšējā spēka” aptauja sievietēm ar hroniskām saslimšanām (*Reux, Dingley, Lewis, 2004; adaptējusi I. Bartaševiča, 2009*).

Pētījumā tiek apskatīts jēdziena “iekšējais spēks” teorētiskais pamats, īpaši izceļot “iekšējā spēka” (IS) definējumus un koncepta analīzi, pētījumus par IS sievietēm ar hroniskām saslimšanām, kā arī IS aptaujas sievietēm ar hroniskām saslimšanām raksturojumu un lietojumu. Sniegts onkoloģisko pacientu grupas raksturojums un mākslas terapija darbā ar onkoloģijas pacientiem, akcentējot humānistiski eksistenciālo un kognitīvi biheiviorālo pieeju mākslas terapijā darbā ar onkoloģijas pacientiem.

Pētījuma izlasi veido 5 sievietes ar onkoloģiskām saslimšanām un augstu paš-refleksijas spēju.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, īstenojot 10 mākslas terapijas sesijas un 3 izvērtēšanas sesijas, no kurām viena bija pirms mākslas terapijas sesiju sākuma un otra pēc sesiju beigšanas.

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts: pacientēm ar onkoloģiskām saslimšanām vislielākais IS iztrūkums ir skalā Raizes slimības dēļ, bet visaugstākais punktu skaits ir skalā Garīgais aspekts. Lielākajai daļai pacienšu pēc mākslas terapijas sesijām ir uzlabojums skalā Garīgais aspekts. Visām pacientēm rezultāts bija uzlabojies arī citās apakšskalās, ne tikai tajās, kurās tika veikts darbs ar mākslas terapiju.

Veidojot mākslas terapijas plānu konkrēta mērķa sasniegšanai, ir iespējams arī apvienot vai integrēt dažādu skalu uzdevumus.

Darba autore secina, ka turpmākajos pētījumos būtu ieteicams veikt kvalitatīvu uz fenomenoloģisko pieeju balstītu pētījumu latviešu valodas kultūrvidē par sievietes iekšējo spēku, ņemot vērā, ka šajā pētījumā ir izmantota “Iekšējā spēka” aptaujas sievietēm ar hroniskām saslimšanām pilotversija. Tā kā IS konstrukts ir saistīts ar dzimumu īpatnībām, būtu nepieciešami arī pētījumi par to, kas nosaka vīriešu iekšējo spēku.

Vizuāli plastiskās mākslas terapijas ietekme uz depresijas simptomiem sievietēm no sociālā riska ģimenēm

Darba autore Edīte Krevice, darba zinātniskais vadītājs Kristaps Cīrcenis. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: depresija, sociālā riska sievietes, kognitīvi biheiviorālā mākslas terapija.

Pētījuma mērķis: pārbaudīt, vai vizuāli plastiskās mākslas terapija ietekmē depresijas simptomu izmaiņas sievietēm no sociālā riska ģimenēm.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Beka depresijas aptauja II (BDA-II) (*Beck Depression Inventory II*) (Beck, Steer & Brown, 1996);
- 2) strukturētā intervija.

Pētījumā tika apskatīts depresijas jēdzienu skaidrojums, simptomu, cēloņu raksturojums un depresija dažādu psiholoģisko teoriju skatījumā, kā arī depresijas riska faktoru raksturojums viena vecāka ģimenes modelī. Īpaši darbā aplūkoti kognitīvi biheiviorālās terapijas modeļi depresijas ārstēšanā, A. T. Beka depresijas kognitīvais modelis, kā arī izvairīgās uzvedības, uzvedības aktivācijas un problēmu risināšanas modeļi. Mākslas terapijas intervence zaudējuma pārvarēšanai, intervence grupā un intervence depresijas simptomu mazināšanā, kā arī aktīvās / direktīvās pieejas mākslas terapijā.

Pētījuma izlasi veidoja 60 respondenti, no kuriem kontrolizlasē iekļauti 30 respondenti un eksperimentālajā izlasē – 30 respondenti. Eksperimentālā grupa tika sadalīta 3 apakšgrupās, kuras piedalījās mākslas terapijas grupas sesijās un sadarbojās ar sociālo darbinieku. Kontrolizlases dalībnieki mākslas terapijas sesijās nepiedalījās, bet sadarbojās ar sociālo darbinieku.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, praktiskajā daļā eksperimentālās izlases dalībniekus sadalot 3 grupās. Pirmajā grupā ietilpa 9 klienti, otrajā grupā – 8 klienti, trešajā grupā – 13 klienti. Mākslas terapijas sesijas notika 2 reizes nedēļā sociālā dienesta telpās (zālē). Katrai grupai notika 10 mākslas terapijas sesijas, vienas sesijas ilgums pusotra stunda. Sesijās tika izmantota kognitīvi biheiviorālā / aktīvā direktīvā pieeja mākslas terapijā. Grupas pamatsarunvaloda bija latviešu valoda, krievu tautības respondentiem bija zināšanas latviešu valodas sarunvalodas līmenī, refleksijas par radīto mākslas darbu daļai respondentu bija iespēja izteikt dzimtajā valodā.

Pētījuma rezultāti apstiprināja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp depresijas simptomu vidējiem rādītājiem kopumā un vidējiem rādītājiem apakšskalās kontrolizlasei un eksperimentālajai izlasei, kura piedalījās mākslas terapijas grupā, apstiprinot pieņēmumu, ka vizuāli plastiskā mākslas terapija ietekmē depresijas simptomu izmaiņas.

Darba autore secināja, ka turpmāk vajadzētu veikt pētījumus dažādām izlasēm, piesaistot kvalitatīvas metodes, palielinot mākslas terapijas programmas ilgumu (vismaz līdz 20 sesijām), veicot detalizētāku izpēti depresijas simptomu izmaiņām apakšskalās, kas sniegtu precīzākus rezultātus, pētījumā būtu iekļaujama eksperta viedokļa metode, lai saņemtu daudzpusīgāku novērtējumu. Minēto pētījumu veikšana varētu veicināt efektīvas mākslas terapijas programmas izveidi depresijas prevencijai.

Vizuāli plastiskās mākslas terapijas ietekme uz izdegšanas rādītājiem māsām

Darba autore Inta Gžibovska, darba zinātniskā vadītāja Ļubova Renemane. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis: izpētīt vizuāli plastiskās mākslas terapijas ietekmi uz izdegšanas vidējiem rādītājiem psihiatrijas māsām.

Pētījuma instrumentārijs:

1) Maslačas izdegšanas aptauja MBI-HSS (*The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)*) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), adaptējusi S. Aišpure (2002);

2) daļēji strukturēta intervija.

Pētījumā tika apskatīts “izdegšanas” process, simptomi, norises process un “izdegšanas” novērtēšanas stratēģijas indivīdam un organizācijai. Īpaša uzmanība pievērsta īstermiņa un ilgtermiņa stratēģijām un “izdegšanas” novēršanas stratēģijas organizācijai.

Pētījuma izlasi veidoja slimnīcas “ABC” 100 psihiatrijas medmāsas. Pamatojoties uz K. Maslačas izdegšanas sindroma aptaujas vidējo rādītāju, tika atlasītas 60 psihiatrijas māsas, kuru aptaujas iegūto punktu skaits pārsniedza kopējo vidējo rādītāju.

Pētījuma norise. Pētījuma ietvaros tika izveidotas divas grupas – eksperimentālā grupa, kurā pēc nejaušības principa ar SPSS programmu tika atlasītas 30 psihiatrijas māsas, un kontrolgrupa, kurā pēc šī paša principa tika iekļautas 30 psihiatrijas māsas. Mākslas terapija tika veikta eksperimentālajai grupai, sadalot to trīs slēgtās apakšgrupās, katrā 10 dalībnieki. Katra apakšgrupa kopā saņēma 12 mākslas terapijas sesijas, no kurām katra ilga pusotru stundu. Gan kontrolgrupai, gan izpētes grupai notika divas tikšanās, lai veiktu K. Maslačas izdegšanas sindroma aptauju. Abām grupām testēšana tika veikta pirms mākslas terapijas grupu sākšanas.

Rezultāti. Psihiatrijas māsām pētot izdegšanas sindroma esamību, ir pierādīts, ka visām māsām bija izdegšanas sindroma pazīmes un 60% pārsniedza vidējo izdegšanas rādītāju pēc K. Maslačas aptaujas anketas. Visaugstākais vidējais izdegšanas rādītājs pēc K. Maslačas aptaujas anketas korelēja ar respondentu jaunāko vecumu (no 18 līdz 30 gadiem) un išāko darba stāžu (no 0 līdz 10 gadiem).

Darba autore secināja, ka vizuāli plastiskās mākslas terapijas grupas sesijas paaugstina psihiatrijas medicīnas māsu fizisko un emocionālo labsajūtu.

2009. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Mākslas terapijas ietekme uz stresu un trauksmi organizācijas darbiniekiem

Darba autore Dace Visnola, darba zinātniskā vadītāja Dagmāra Sprūdža, konsultante Diana Šuškova.

Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Pētījuma mērķis: pārbaudīt mākslas terapijas ietekmi uz stresu un trauksmi organizācijas darbiniekiem. Izveidot atbilstošu mākslas terapijas programmu organizācijas darbinieku vajadzībām, kas dotu iespēju tikt galā ar stresa situācijām un mazināt pārmērīgu stresu un trauksmi.

Pētījumā apskatīta teorija, stresa fizioloģiskie procesi, organizācijas darbinieku psihoemocionālā stresa teorētiskie aspekti, trauksmes izpratne dažādās teorētiskajās pieejās un pētījumi par mākslas terapijas ietekmi uz stresu un trauksmi.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) stresa hormona kortizoala noteikšanai siekalās tiek izmantota AESH metode;
- 2) RSU DDVVI anketa.

Pētījuma izlasi veidoja pēc nejaušības principa atlasīti 60 cilvēki vecumā no 20 līdz 69 gadiem. Tika izveidotas 2 grupas – eksperimentālā grupa un kontrolgrupa.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, savācot siekalu paraugu testu. Izpētes grupa piedalījās mākslas terapijas sesijās, kas balstītas uz kognitīvi biheivorālo un humānistisko pieeju. Kopā notika 9 mākslas terapijas sesijas, kuras tika iedalītas trijos posmos; katrā posmā notika 3 sesijas, viena sesija nedēļā, kuras ilgums viena stunda.

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts, konstatējot to, ka statistiski nozīmīgi samazinās organizācijas darbinieku stresa līmenis. Profilaktiski statistiski nozīmīgi uzlabojusies organizācijas darbinieku pašsajūta, kā arī tika atklātas statistiski nozīmīgas izmaiņas, kuras norāda uz paškonceptijas stiprināšanos un personības izaugsmes veicināšanu.

Darba autore secināja, ka mākslas terapija, kura balstīta uz kognitīvi biheivorālo un humānistisko pieeju, dod iespēju apzināt stresa situācijas, apgūt prasmi tikt galā ar stresa situācijām un meklēt risinājumu, kā arī veicina pozitīvu domāšanu un attieksmes maiņu pret situāciju. Tika izveidota mākslas terapijas programma, kura sastāv no 3 posmiem.

Mākslas terapijas izmantošana bērnu trauksmes mazināšanai paliatīvajā aprūpē

Darba autore Iveta Jermolājeva, darba zinātniskā vadītāja Liāna Deklava.
Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Pētījuma mērķis: noskaidrot mākslas terapijas ietekmi uz paliatīvās aprūpes pacientu – bērnu – trauksmes mazināšanu.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) projektīvais tests “Māja, koks, cilvēks”;
- 2) Mākslas terapijas formālo elementu skala (MTFES) (*Gantt & Tabone, 1998*).

Pētījumā tika apskatīts trauksmes jēdziens, bērnu paliatīvā aprūpe, pacientu psiholoģiskais portrets un bērnu paliatīvā aprūpe Latvijā. Darbā aplūkoti pētījumi, kuros raksturota mākslas terapijas efektivitāte darbā ar paliatīvās aprūpes pacientiem / bērniem, kā arī mākslas terapijas metodes un projektīvo testu izmantošana mākslas terapijā un terapijā tapušo mākslas darbu analīzes principi.

Pētījuma izlasi veidoja Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas Hematoloģijas nodaļas (20. nodaļas) pacienti – bērni ar dažādām diagnozēm vecumā no 5 līdz 12 gadiem.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, no 10 pacientiem atlasot 5 pacientus, kas tika iekļauti eksperimentālajā grupā. Pārējie 5 pacienti ietilpa kontrolgrupā. Pētījuma ietvaros notika 10 mākslas terapijas sesijas izpētes grupai un 2 izvērtēšanas sesijas abām grupām.

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts, un tika noskaidrota trauksmes attīstības gaita. Varēja novērot nelielas izmaiņas projektīvo testu saturā, kas varētu liecināt par trauksmes mazināšanos, bet izmaiņas bija vērojamas arī kontrolgrupai.

Darba autore secināja, ka pētījuma laikā tika veikts nozīmīgs terapijas process, ar kura palīdzību bija iespējams atklāt dažādus tēlus un izjūtas bērniem, kuri piedalījās eksperimentālajā grupā.

Trauksmes līmeņa izmaiņas pēc dažādu mākslas terapijas tehniku izmantošanas speciālās sākumskolas pedagogiem

Darba autore Jolanta Leinarte, darba zinātniskais vadītājs Kristaps Cīrcenis. Darbs aizstāvēts RSU Māziniību fakultātē 2009. gadā.

Pētījuma mērķis: noskaidrot to, kā vizuāli plastiskās mākslas terapijas metožu izmantošana maina trauksmes līmeni speciālās sākumskolas pedagogiem.

Pētījuma instrumentārijs: Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma aptauja (STAI-Y-I).

Pētījumā tiek apskatīti trauksmes jēdziena teorētiskie aspekti, īpaši Č. Spīlberģera teorijas ietvars. Aplūkoti trauksmes cēloņi pedagoģiskā darba kontekstā, sniegts pedagogu grupas psiholoģiskais raksturojums, iztirzāts mākslas terapijas jēdziens un metožu izmantošana grupu darbā. Darbā ir sniegts ieskats par mākslas terapijas metožu ietekmi, lai samazinātu trauksmes līmeni.

Pētījuma izlasi veido rajona 60 skolu pedagogi.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, izveidojot eksperimentālo grupu no 30 pedagogiem, kuri piedalījās 10 mākslas terapijas sesijās. Kontrolgrupā tika iekļauti 30 pedagogi, kuri nepiedalījās mākslas terapijas sesijās.

Rezultāti. Pētījumā mērķis tika sasniegts, jo autore apstiprināja izvirzīto hipotēzi, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības trauksmes stāvokļu izmaiņās starp pedagogiem, kuri bija eksperimentālajā grupā, un tie, kuri bija kontrolgrupā.

Darba autore secināja, ka salīdzinošu rezultātu ieguvei turpmāk būtu nepieciešams veikt pētījumu, kurā mākslas terapijas programma pedagogiem trauksmes mazināšanai tiktu realizēta 3 grupās – eksperimentālajā, kontrolgrupā un vēl vienā kontrolgrupā, kuru veidotu ar pedagoģiju nesaistīti cilvēki.

Dzīves nozīmīgu izjūtu izvērtēšana mākslas terapijā sievietēm vēlīnā briedumā (65–75)

Darba autore Anda Lase, darba zinātniskā vadītāja Ārija Karpova.
Darbs aizstāvēts RSU Mākszinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: dzīves nozīmīguma izjūta, iekšējā saskaņas izjūta, vēlīnais briedums, vizuāli plastiskās mākslas terapija, R. H. Ravid-Horesh (2004) metode.

Pētījuma mērķis: teorētiski analizēt un salīdzināt zinātniskajos avotos minēto informāciju par dzīves nozīmīguma izjūtu, vizuāli plastiskās mākslas terapijas ietekmi un vēlīnā brieduma vecumposmu, kā arī empīriski izpētīt, vai mākslas terapija ietekmē dzīves nozīmīguma izjūtu – vienu no iekšējās saskaņas komponentēm.

Pētījumā tika apskatītas dzīves nozīmīguma izjūtas caur salutogēnā veselības modeļa konceptiem, dzīves nozīmīguma izjūta – iekšējās saskaņas izjūtas pamatkomponents, pētījumi par iekšējo saskaņas izjūtu, R. H. Ravid-Horesh mākslas terapijas metode kā Ēriksona epigēnētiskais modelis un vēlīnā brieduma teorētiskie aspekti.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Iekšējās saskaņas aptauja (*Antovsky, 1987*);
- 2) Formālo elementu mākslas terapijas skalas (*FEATS*) (*Gantt & Tabone, 1998*);
- 3) daļēji strukturēta anketēšana.

Pētījuma izlasi veidoja sievietes vēlīnā briedumā (65–75). Izlase veidota Latvijas rajonā, x pagastā. Izlasē iekļautas pensionāres no X pagasta pensionāru grupas. Kopā pētījumā piedalījās 56 sievietes – 27 sievietes tika iekļautas eksperimentālajā grupā un 27 – kontrolgrupā.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts abām grupām anketēšanas veidā. Eksperimentālā grupa 1 reizi nedēļā saņēma mākslas terapiju, kur katra sesija ilga pusotru stundu; kopā notika 8 sesijas. Mākslas terapija tika strukturēta pēc R. H. Ravid-Horesh metodes.

Pētījuma rezultāti parādīja, ka pastāv statistiski nozīmīga atšķirība starp dzīves nozīmīguma izjūtas rādītājiem pirms mākslas terapijas saņemšanas un pēc tās, kā arī pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības kopējās iekšējās saskaņotības izjūtas rādītājos pirms un pēc mākslas terapijas.

Darba autore secināja, ka turpmāk būtu vēlams strādāt eksperimentālajā grupā ar respondentiem, lai paaugstinātu motivāciju.

Mākslas terapijas metožu izmantošana vecākiem ar pirmsskolas vecuma bērnu ar garīgās attīstības traucējumiem

Darba autore Ilze Krūkle, darba zinātniskā vadītāja Inga Millere.
Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: trauksme, depresivitāte, mākslas terapija, bērns ar garīgās attīstības traucējumiem.

Pētījuma mērķis: noskaidrot, vai mākslas terapijas metožu izmantošana ietekmē trauksmes izteiktības pakāpi un depresivitātes pazīmju izpausmi mātēm, kurām ir bērni ar garīgās attīstības traucējumiem.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Beka depresijas aptauja II (BDA-II) (*Beck Depression Inventory II*) (Beck, Steer & Brown, 1996);
- 2) Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma aptauja (*STAI-Y-I*).

Pētījumā tika apskatīts trauksmes jēdziens psiholoģijā gan bioloģiskā, psihoanalītiskā, gan kognitīvi biheiviorālā kontekstā. Darbā aplūkots arī depresivitātes pazīmju jēdziens psiholoģijā un trauksmes pazīmju novērtējums mātes un bērna, kuram ir garīgās attīstības traucējumi, attiecībās dažādu autoru skatījumā.

Pētījuma norise. Pētījuma izlasi veidoja 18 mātes, kurām ir bērni ar garīgās attīstības traucējumiem un kuri apmeklēja speciālo pirmsskolas iestādi. Pētījums tika veikts 12 sesijās vienu reizi nedēļā trīs mēnešus pēc kārtas. Tika izveidotas divas grupas: kontrolgrupa, kurā tika iekļautas 15 mātes, un eksperimentālā grupa, kurā bija 18 mātes. Pēc 6 mēnešiem tika veikts atkārtots trauksmes mērījums.

Rezultāti un secinājumi. Pētījuma mērķis tika sasniegts, un veiktais pētījums ļāva secināt, ka mākslas terapijas sesijas vairāk iespaido tās mātes, kuru sākotnējais depresivitātes līmenis bija augstāks. Pētījums pierādīja, ka nav mazinājusies situatīvā trauksme un ka terapijas kurss nav mazinājis bāziskās trauksmes līmeni.

Uzvedības traucējumu mazināšana pusaudžiem mākslas terapijas grupā

Darba autore Anda Upmale, darba zinātniskā vadītāja Inga Millere.
Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Pētījuma mērķis: pārbaudīt, vai pēc piedalīšanās mākslas terapijas grupā samazinās pusaudžu uzvedības traucējumu rādītāji un agresīva uzvedība. Noskaidrot, kāda ir saistība starp pusaudžu eksternalizētas uzvedības pašnovērtējumu un pusaudžu vecāku (māšu) novērtējumu par pusaudžu eksternalizēto uzvedību pirms mākslas terapijas un pēc tās.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Ahenbaha aptauja “Jaunieša pašnovērtējums” (vecumā no 11 līdz 18 gadiem) (*Youth Self-Report*);
- 2) “Bērna uzvedības novērtējuma anketa” (vecumā no 6 līdz 18 gadiem) (*The Child Behavior Checklist*).

Pētījuma teorētiskajā daļā tiek apskatīti uzvedības traucējumi bērnībā un pusaudžu vecumā, mākslas teorijas darbā ar uzvedības traucējumiem un kognitīvi biheiviorālās pieejas izmantošana mākslas terapijā darbā ar pusaudžiem, kuriem ir uzvedības traucējumi.

Pētījuma izlasi veidoja 140 respondenti pētījuma sākumā (70 pusaudzes meitenes un 70 pusaudžu vecāki – mātes) un 108 respondenti pētījuma noslēgumā (56 pusaudzes meitenes un 56 pusaudžu vecāki – mātes).

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, pētījumā piedaloties pusaudzēm – 9 meitenēm ar uzvedības traucējumiem vecumā no 12 līdz 13 gadiem, kuras mācās Rīgas vispārīgglītojošas skolas parastā klasē ar latviešu mācību valodu. Tika izveidota eksperimentālā grupa ar 36 dalībniekiem, kura sastāvēja no trim apakšgrupām. Katrā apakšgrupā ietilpa 12 dalībnieki, kas piedalījās mākslas terapijas sesijās. Tika izveidota arī kontrolgrupa no 34 dalībniekiem, kuri nepiedalījās mākslas terapijas sesijās. Pētījumā piedalījās arī pusaudžu (meiteņu) vecāki (36 pusaudžu mātes eksperimentālajā grupā un 34 – kontrolgrupā). Katras eksperimentālās grupas apakšgrupas dalībnieki apmeklēja 10 mākslas terapijas sesijas, kuras notika vienu reizi nedēļā, vienas sesijas ilgums bija 110 minūtes. Mākslas terapijas sesijas noritēja direktīvi.

Pētījuma rezultāti parādīja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp pusaudžu uzvedības traucējumu radītājiem – agresīvo uzvedību un eksternalizēto uzvedību kopumā pirms un pēc mākslas terapijas (pusaudžu pašnovērtējumā) un agresīvo uzvedību, normas un likumus pārkāpjošo uzvedību un eksternalizēto uzvedību kopumā pirms un pēc mākslas terapijas (vecāku novērtējumā).

Praktisko iemaņu un telpiskās domāšanas attīstīšana jauniešiem ar mentālās attīstības traucējumiem, pielietojot mērķtiecīgas mākslas terapijas metodes

Darba autore Līga Sarkane, darba zinātniskā vadītāja Raisa Andrēziņa.
Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: mērķtiecīgas mākslas terapijas metodes, 15 līdz 21 gadu veci jaunieši, mentālās attīstības traucējumi, telpiskā domāšana.

Pētījuma mērķis: praktisko iemaņu, telpiskās domāšanas attīstīšana un procesa analīze, izmantojot mērķtiecīgas mākslas terapijas metodes jauniešiem no 15 līdz 21 gada vecumam ar vidēji smagiem mentālās attīstības traucējumiem.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Reivena tests;
- 2) mini mentālā stāvokļa izmeklēšana (*Mini-Mental State Examination*), vispārējo traucējumu un figūru pārzīmēšanas izpēte;
- 3) intervijas ar vecākiem;
- 4) dokumentācijas izpēte.

Pētījumā tika apskatīts mentālās attīstības jēdziens un attīstības posmu īpatnības. Praktiskās iemaņas un specifika ar 15 līdz 21 gadu veciem jauniešiem ar mentālās attīstības traucējumiem. Mērķtiecīgs mākslas terapijas apskats darbā ar 15 līdz 21 gadu veciem jauniešiem ar vidēji smagiem mentālās attīstības traucējumiem.

Pētījuma izlasi veidoja Rīgas speciālās internātskolas skolnieki – 10 pētījuma dalībnieki – jaunieši vecumā no 15 līdz 21 gadam ar vidēji smagiem mentālās attīstības traucējumiem.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, izveidojot kontrolgrupu no 3 jauniešiem un eksperimentālo grupu no 7 jauniešiem. Eksperimentālā grupa tika sadalīta apakšgrupās ar 3 līdz 4 dalībniekiem. Kopā tika novadītas 10 mākslas terapijas sesijas kontrolgrupai, kā arī 6 pārbaudes sesijas abām grupām. Mākslas terapijas sesijas ilga 80 minūtes un notika 3 reizes nedēļā, pārbaudes sesija ilga 40 minūtes.

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts, kā arī tika noskaidrots, ka, izmantojot mērķtiecīgas mākslas terapijas metodes darbā ar minēto mērķgrupu, var attīstīt praktiskās iemaņas un telpisko domāšanu.

Izdegšanas un noguruma aiz līdzjūtības mazināšana ar mākslas terapiju ilgstošas sociālās aprūpes personālam

Darba autore Ilze Dreifelde-Gabruševa, darba zinātniskā vadītāja Inga Millere.
Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: izdegšana, nogurums aiz līdzjūtības, sociālās aprūpes darbinieki, mākslas terapija, izdegšanas un noguruma aiz līdzjūtības mazināšanas programma.

Pētījuma mērķis: noskaidrot, vai sociālās aprūpes personālam mazinās izdegšana un nogurums aiz līdzjūtības pēc piedalīšanās “Izdegšanas un noguruma aiz līdzjūtības mazināšanas programmā” ar mākslas metodēm.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) K. Maslačas izdegšanas aptauja (MBI – *Maslach Burnout Inventory*);
- 2) Č. Fagleja, B. Hudnala Stamma aptauja;
- 3) Č. Fagleja “Pašpalīdzības aptauja”.

Pētījumā tika aprakstīta izdegšana, tās cēloņi, simptomi un faktori. Izdegšana sociālās aprūpes personālam. Īpaši apskatīts nogurums aiz līdzjūtības un tas, kā mākslas terapiju var izmantot, lai mazinātu izdegšanu un nogurumu aiz līdzjūtības.

Pētījuma izlasi veidoja 60 ilgstošā sociālajā aprūpē strādājošas sievietes, kuras strādā LR tiešās pakļautības iestādē – ilgstošas sociālās aprūpes centra (tagad – valsts sociālās aprūpes centrs “Rīga”, filiāle “Ezerkrasti”) veco laužu un invalīdu nodaļā.

Pētījuma norise. Pētījums tika veikts, mērķgrupu sadalot divās grupās: eksperimentālajā, kurā ietilpa 30 dalībnieces, un kontroles grupā – 30 sievietes. Eksperimentālā grupa savukārt tika sadalīta divās apakšgrupās: katrā apakšgrupā ietilpa 15 dalībnieces, kuras kopumā piedalījās 16 nodarbībās, kas notika 2 reizes nedēļā; nodarbības ilgums bija 60 minūtes. Grupas bija direktīvas. Visām grupām pirms mākslas terapijas sākšanas un pēc tās tika veikts izvērtējuma mērījums.

Rezultāti. Pētījuma mērķis tika sasniegts – tika pierādīta programmas efektivitāte. Pirmā eksperimentālā grupa uzrādīja statistiski nozīmīgas izmaiņas starp pirmo un otro mērījumu.

Secinājumi. Izstrādātā programma būtu jāizmanto darbam institūcijas robežās.

PĀRSKATS PAR MĀKSLAS TERAPIJAS PROFESIONĀLĀ MAĢISTRA STUDIJU PROGRAMMAS DEJU UN KUSTĪBU TERAPIJAS SPECIALIZĀCIJĀ AIZSTĀVĒTAJIEM MAĢISTRA DARBIEM LAIKPOSMĀ NO 2009. LĪDZ 2013. GADAM

*Zane Kušnareva, Sanita Silniece,
Liene Ķince, Kristīne Mārtinsone*

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Profesionālā maģistra studiju programma mākslu terapijā Rīgas Stradiņa universitātē (RSU) tiek realizēta kopš 2006. gada, un jau no pašiem pirmsākumiem tajā ir iekļauta deju un kustību terapijas specializācija.

Ar deju un kustību terapijas palīdzību klienti / pacienti daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai individuāli vai grupā terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā radošā veidā var nonākt pie pilnīgākas psihiskās, emocionālās un sociālās labklājības, dažādu simptomu mazināšanās, personības izaugsmes un izmaiņām (Mihailova, Majore-Dūšeļa, Vende, 2011). Deju un kustību terapija līdzās pārējām mākslu terapijas specializācijām (vizuāli plastiskās mākslas terapijai, mūzikas terapijai, drāmas terapijai) ir salīdzinoši jauna joma veselības aprūpē Latvijā, tādēļ pētnieciskais darbs un pierādījumu vākšana šajā specializācijā ir īpaši nozīmīga.

Maģistra darbi, kas ir neatņemama maģistra studiju programmas sastāvdaļa un prasība, reprezentē katrā studiju gadā aktuālās tēmas deju un kustību terapijā, tādējādi netieši raksturojot arī profesijas attīstību Latvijā.

Darba mērķis

Darba mērķis ir apkopot informāciju par deju un kustību terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam.

Pētnieciskie jautājumi

- Kādās profesionālās **darba vidēs** maģistra darbi ir izstrādāti?
- Kas ir bijuši **pētījuma dalībnieki** (klienti, pacienti, citi)?
- Kādas ir pētījuma dalībnieku pārstāvētās **vecuma grupas**?

- Kādas ir aizstāvētajos maģistra darbos izvēlētās **pētāmās pazīmes**?
- Kādi **pētījumu dizaini** tikuši izmantoti?
- Kāds ir bijis **sesiju plānojums**?
- Kādi ir galvenie iegūtie pētījumu **rezultāti** un no tiem izrietošie **secinājumi**?
- Kādi ir **ieteikumi** turpmākajiem pētījumiem?

Pētījuma metode

Pētījums ir veidots kā aizstāvēto maģistra darbu pārskats. Sākotnējā datu apstrādes procesā maģistra darbu rezultāti tika apkopoti vienotā tabulā, pēc tam tika veiktas aritmētiskas darbības skaitlisko vienību iegūšanai, aprēķināti aprakstošās statistikas rādītāji, veidoti grafiskie attēli, veidots kopējais maģistra darbu apraksts un apkopoti iegūtie secinājumi.

Kopumā laikposmā no 2009. līdz 2013. gadam ir aizstāvēti 22 maģistra darbi, 2009. gadā – 6 darbi, 2010. gadā – 4 darbi, 2011. gadā – 4 darbi, 2012. gadā – 4 darbi un 2013. gadā – 4 darbi.

Rezultāti

Darba vide

Kā tas jau ir noteikts profesijas standartā (MK noteikumi Nr. 461), mākslas terapeits strādā veselības, sociālās aprūpes vai izglītības jomā, veicot savu profesionālo darbību patstāvīgi, multiprofesionālas vai daudzdisciplināras komandas sastāvā. Studiju procesā maģistrantam ir jāapgūst deju un kustību terapijas medicīnas tehnoloģija (Latvijā apstiprinātās mākslu terapijas medicīniskās tehnoloģijas, MT 10-013) un jāmācās izprast dažādās darba vides.

Arī maģistra darbu pētījumi ir veikti dažādās profesionālajās vidēs, atspoguļojot daudzveidīgo iespēju spektru, kurā deju un kustību terapija var būt piemērota:

- veselības aprūpes iestādēs vai sadarbojoties ar tām – 9 maģistra darbos, piemēram, ambulatorā rehabilitācijas iestāde, veselības centrs “Baltezers”, Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs;
- sociālās palīdzības / aprūpes iestādēs – 5 maģistra darbos, piemēram, pansionātos, ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijā (bērnu namā) un dienas centrā;
- izglītības iestādēs – 2 maģistra darbos – abi pētījumi tika veikti vispār-izglītojošās skolās;
- ar klientu grupām ārpus klīniskās un sociālās aprūpes vai izglītības iestādēm – 3 maģistra darbos, piemēram, veidojot sadarbību ar komerciālu svira samazināšanas programmu ir izstrādāti 2 darbi, bet Tieslietu ministrijas pakļautībā esošā iestādē – ieslodzījuma vietā – 1 darbs;

- darba vide nav nosakāma 3 maģistra darbos, jo nebija konkrētas pacientu vai pētījuma dalībnieku grupas, ar kuru tiktu veikts terapeitiskais darbs; divi no šiem darbiem vēltīti deju un kustību terapijas iz(no)vērtēšanas instrumentārija izstrādei, bet viens – pašattieksmes rādītāju noteikšanai sievietēm, kas nodarbojas ar atšķirīgiem deju veidiem.

Par profesionālo vidi, kur veikt pētījumus (1. att.), 41% gadījumu ir izvēlētas veselības aprūpes iestādes, otra lielākā darbos pārstāvētā vide ir sociālās aprūpes iestādes – 23% gadījumu, vismazāk darbu ir veikti izglītības iestādēs – 9% gadījumu. Grupā “Cita vide” ietilpst 27% jeb 6 iepriekš minētie darbi, kuros nav notikusi deju un kustību terapijas intervence pilnā apjomā vai arī tie ir realizēti ārpus veselības, sociālās aprūpes vai izglītības iestādēm.

Pētījumu dalībnieki

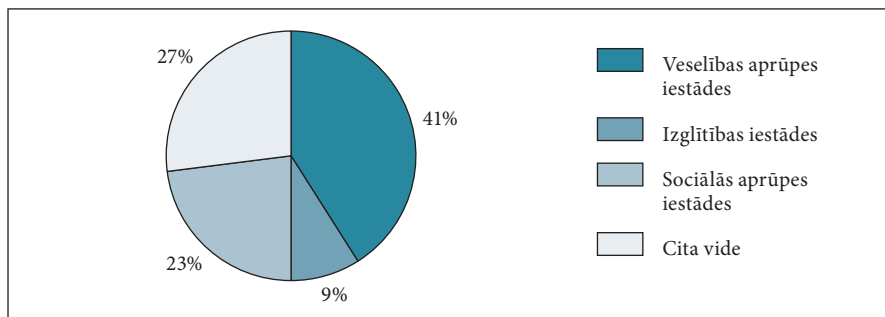
Deju un kustību terapija 19 maģistra darbos ir veikta grupās, izņemot vienu, kur terapeitiskais darbs tika uzsākts grupā taču, ņemot vērā pētījuma laikā notikušās izmaiņas demences pacientu veselības stāvoklī, tas tika pārorientēts uz individuālo darbu.

Maģistra darbos izvēlēto izpēti grupu lielums ir no 6 līdz 30 dalībniekiem. Ja bija nepieciešams, grupas tika sadalītas apakšgrupās. Pētījumu dalībnieku grupas pēc dzimuma iedalījuma ir bijušas vai nu jauktas (58% gadījumu jeb 11 darbos) vai homogēnas (42% gadījumu jeb 8 darbos), t. sk. arī bērni un jaunieši. Svarīgi atzīmēt, ka viendzimuma grupas ir veidojušas sievietes, pārsvarā tieši pieaugušo vecumposmā. Iespējams, ka līdz šim nav bijis aktuāli veikt kādas problēmas izpēti homogēnā vīriešu grupā, vai arī šāda situācija ir saistīta ar sociāli kulturālajiem priekšstatiem Latvijā par veidu, kāds terapeitisks atbalsts ir pieprasīts un atbilstošs katram dzimumam gan no pētnieku, gan no sabiedrības puses.

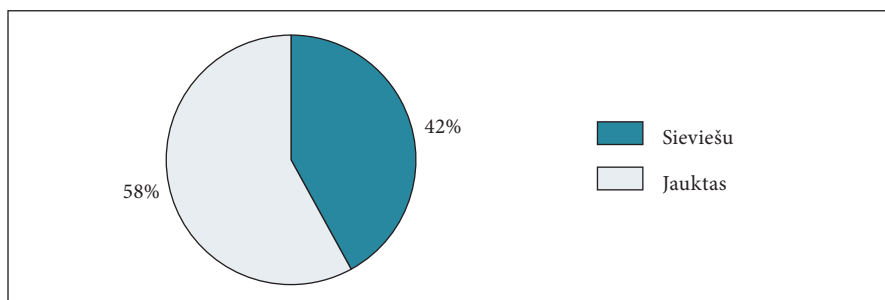
No kopējā grupu skaita, kuros ir ticis veikts deju un kustību terapijas process, 42% gadījumu ir pārstāvētas sievietes, bet jauktas grupas pēc dzimuma bijušas 58% gadījumu (2. att.). Vērtējot pēc vecuma, 21% gadījumu jeb 4 darbos pētījuma dalībnieki bija bērnu un jauniešu vecumposmā, 58% jeb 11 darbos – pieaugušo vecumposmā darbības vecumā (tas ir, runājot par grupas vidējo vecumu, taču 4 darbos grupās ir piedalījušies atsevišķi cilvēki, kuri ir vecāki par 65 gadiem), 21% gadījumu jeb 4 darbos – vēlinā brieduma cilvēkiem (sākot no 65 gadu vecuma). Kopumā pētījumos piedalījušies cilvēki vecumā no 7 līdz 95 gadiem.

Piecu gadu laikā ir bijuši 3 maģistra darbi, kur pētījuma gaitā nav ticis pielietots deju un kustību terapijas process pilnā apjomā. Tā 2013. gadā ir aizstāvēti 2 maģistra darbi, kas vēltīti Lābana kustību profila analīzei, un tajos ir pamatota deju un kustību terapijas instrumentārija izstrāde, pieaicinot un aptaujājot ekspertus, bet tā validitātes noteikšana notikusi, pētot bērnu ar un bez eksternalizētas uzvedības traucējumiem kustību kvalitātes. Savukārt 2009. gada darbā ir aptaujātas 20–30 gadīgas sievietes, lai noskaidrotu atšķirības pašattieksmes rādītājos tām sievietēm, kuras nodarbojas (1) ar strukturētām dejām (Austrumu dejām), (2) ar aerobiku vai (3) ar fiziskām aktivitātēm nenodarbojas vispār.

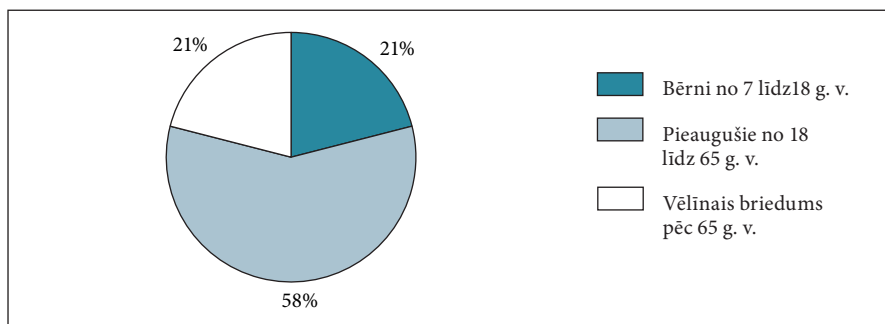
Procentuāli visvairāk ir pētīta deju un kustību terapijas ietekme pieaugušo vecumposmā – 58% maģistra darbu, savukārt bērnu un vēlinā brieduma periodam ir veltīts vienāds īpatsvars darbu – 21% (3. att.).



1. attēls. Profesionālās darbības vide (procentuāli) RSU aizstāvētajos maģistra darbos deju un kustību terapijā



2. attēls. Pētījumu dalībnieku iedalījums (procentuāli) pēc dzimuma



3. attēls. Pētījumu dalībnieku iedalījums (procentuāli) vecuma grupās

Pētāmās pazīmes

Aizstāvētajos maģistra darbos ir pētīta deju un kustību terapijas iedarbība garīgās, fiziskās un sociālās veselības uzlabošanā un problēmu risināšanā dažādās pacientu / klientu grupās. **Depresijas** simptomu mazināšanas iespējas ir pētītas kopumā 3 darbos, un pētījumu dalībnieki ir pieaugušie, t. sk. vēlīnajā briedumā.

Vairumā darbu ir pētīta deju un kustību terapija rehabilitācijas procesā vai arī dažādu slimības izraisīto emocionālo simptomu samazināšanas iespējas konkrētu **slimību gadījumā** – kopumā 59% jeb 13 darbos: otrā tipa cukura diabēts, krūts vēzis pēc mastektomijas operācijas, stājas traucējumi, hroniskas muguras sāpes, hroniskas mukuloskeletālas sāpes, demence, bronhiālā astma, šizofrēnija, insults.

Deju un kustību terapijas iespējas samazināt **ķermeņa tēla distresu** ir pētītas 3 darbos – krūts vēža pacientēm kā veids, lai uzlabotu ķermeņa pieņemšanu pēcoperācijas un rehabilitācijas periodā, sievietēm ar aptaukošanās un emocionālās ēšanas problēmām un pusaudzēm ar stājas problēmām.

Pašvērtējuma, psiholoģiskās un subjektīvās labizjūtas, dzīves kvalitātes, iekšējās saņķotības, pašefektivitātes un motoro funkciju uzlabošanas iespējas ir pētītas visās vecuma grupās, kopumā 8 darbos.

Trauksmes mazināšanas iespēja ir pētīta divos darbos – pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm un novārtā pamestiem bērniem, stresa līmeņa izmaiņas pētītas 1 darbā – mātēm, kuru bērni slimo ar bronhiālo astmu.

Divi darbi, kā minēts, vēltīti deju un kustību terapijas iz(no)vērtēšanas instrumentārija izstrādei, bet viens darbs – pašattieksmes rādītāju noteikšanai sievietēm, kas nodarbojas ar atšķirīgiem deju veidiem.

Pētījumu dizains

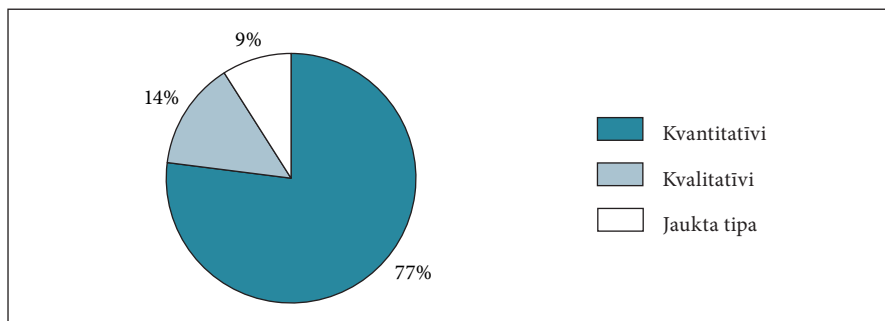
Lielākajā daļā darbu (77% pētījumu jeb 17 darbos) ir izvēlēta kvantitatīvā stratēģija; 16 no tiem ir kvaziekperimentāls dizains, vienam – šķēsgriezuma dizains (salīdzinošais un sakarību). Izmantota ir arī jauktā stratēģija (9% pētījumu jeb 2 darbi) un kvalitatīvā stratēģija (14% pētījumu jeb 3 darbos); 2 darbi no tiem ir ar fenomenoloģisko dizainu, bet viens – ar kvalitatīvā rezultāta novērtēšanas dizainu.

Kā redzams 4. attēlā, kvantitatīvā stratēģija ir izvēlēta lielākajā daļā darbu.

Sesiju plānojums

Lielā mērā viens no apstākļiem, kas ir noteicis deju un kustību terapijas intervenču ilgumu tajos 19 darbos, kuros ir veikts deju un kustību terapijas process pilnībā, ir studiju procesā atvēlētais laiks maģistra darba izstrādei un ar to saistītās secīgās procedūras, lai nonāktu līdz pētījumā paredzēto intervenču veikšanai: pētījuma idejas un aktualitātes pamatošana, problēmas, mērķa, pētnieciskā jautājuma / hipotēzes formulēšana, literatūras apskats un tā izveide, pētījuma

metodoloģijas izstrāde: instrumentārijs, dalībnieku atlase un RSU Ētikas komitejas atļaujas saņemšana pētījuma veikšanai. Tādēļ ir izveidojusies situācija, ka deju un kustību terapijas procesam pētījumā ir iespējams atvēlēt laiku no 2 līdz 3 mēnešiem. Galvenokārt maģistranti deju un kustību terapijas darbu ir veikuši 10 sesiju garumā – 10 darbos, 6 darbu ietvaros ir novadītas 12 sesijas, kā arī ir pa vienam darbam, kur ir bijušas 15 un 16 grupas sesijas, kā arī ir viens maģistra darbs, kur sākotnēji tika plānotas 12 grupas sesijas, kas, ņemot vērā pētījuma dalībnieku veselības stāvokli, vēlāk tika modificēts uz 3 grupas un 9 individuālajām sesijām.



4. attēls. Pētījumu iedalījums (procentuāli) pēc izvēlētās stratēģijas

Maģistra darbu autoru secinājumi un ieteikumi

Gandrīz visos maģistra darbos, kuros pētījuma gaitā ir piedalījušās izpētes grupas un kontrolgrupas, pētījumu rezultāti parāda, ka pēc veiktās deju un kustību terapijas intervences ir konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas saskaņā ar pētījumā izvirzītajiem pētījuma jautājumiem, būtisku izmaiņu nav tikai divos darbos.

Kopumā var secināt, ka deju un kustību terapija ir efektīva gan dažādu simptomu mazināšanā, gan dažādu psiholoģisko stāvokļu uzlabošanā. Runājot par maģistra darbos aprakstītajiem ierobežojumiem, tie nav izdalīti piecos darbos, tomēr maz ticams, ka tādi nepastāv. Vismaz astoņos darbos ir minēts, ka bijis pārāk mazs dalībnieku skaits, vai arī tas pētījuma laikā ir samazinājies.

Kvalitatīvajos pētījumos ir aprakstīta padziļināta un detalizēta vienas nelielas grupas dalībnieku subjektīvā pieredze, taču ir atzīmēts, ka tajos iegūtos rezultātus nav iespējams pārliecinoši vispārināt attiecībā uz līdzīgu klientu / pacientu pieredzi. Vairākos darbos minēts ierobežojums, ka rezultāti nav attiecināmi uz visu populāciju, jo pētījums veikts vienā konkrētā sociālā vidē, kā arī vairākos darbos tiek minēts, ka slimību, traucējumu cēloņi var būt arī nesaistīti tieši ar pētāmo pacientu grupu, bet vēl ar kādām interpersonālām attiecībām vai notikumiem apkārtējā vidē.

Divos darbos netiek norādīti ieteikumi tālākiem pētījumiem. Pārējos maģistra darbos turpmākajiem pētījumiem ir izvirzīti šādi galvenie ieteikumi: ir vēlams turpināt pētījumus, lai noskaidrotu deju un kustību terapijas iespējas mazināt kādu no pētījumos izvirzītajām problēmām, tās simptomus. Tāpat ir ieteikts nākotnē veikt gan kvantitatīvus, gan kvalitatīvus pētījumus katras izvirzītās tēmas plašākai izpētei, kā arī rezultātu nostiprināšanai, jo pārsvarā maģistra darbu izstrādes ietvaros deju un kustību terapija ir pielietota kā īstermiņa terapija. Vairumā darbu ir minēta nepieciešamība turpināt informēt ārstniecības personas un pacientus par deju un kustību terapijas metožu un tehniku pielietošanas iespējām un efektivitāti simptomu mazināšanā, kā arī ir ieteikta deju un kustību terapiju iekļaušana multiprofesionālas komandas sastāvā veselības aprūpes iestādēs, lai veidotu sadarbību ar ārstniecības personām.

Secinājumi un ieteikumi

Rezumējot veikto analīzi saskaņā ar uzstādītajiem pētījuma jautājumiem, var secināt, ka aizstāvētie maģistra darbi deju un kustību terapijā pietiekoši plaši ir “pārklājuši” gan dažādas darba vides, gan dažādus vecumposmus.

Ja darbus analizē pēc pētāmajām pazīmēm, tad pētījumi parāda tikai nelielu daļu no iespējamām problēmām, ar kurām deju un kustību terapiju varētu strādāt. Tas varētu būt skaidrojams ar salīdzinoši nelielo maģistra darbu skaitu, pretstatot to iespējamajam darba laukam.

Būtiski ir pieminēt, ka maģistra darba izstrādei atvēlētajā laikā ir iespējams veikt un izvērtēt tikai īstermiņa deju un kustību terapijas ietekmi un efektivitāti, respektīvi mācību procesa ietvaros nav iespējams veikt ilgtermiņa deju un kustību terapiju, kas būtu aktuāla atsevišķām pacientu grupām (piemēram, darbā ar šizofrēnijas pacientiem). Tādēļ, lai zinātniski pamatoti nostiprinātu deju un kustību terapijas pozitīvo ietekmi un varētu veidot secinājumus par procesa rezultātu ilgtermiņa noturību, ieteicams veikt longitudinālus pētījumus. To būtu iespējams realizēt, piemēram, piedaloties dažādos pētnieciskos projektos.

Lai gan deju un kustību terapija savas pozīcijas veselības aprūpes sistēmā nostiprina aizvien vairāk, maģistra darbu autoru bieži pieminētā nepieciešamība informēt gan ārstniecības iestāžu vadību, gan personālu, gan arī potenciālos klientus / pacientus par terapijas sniegtajām iespējām, ir vērtējama kā izskaidrojošā un informējošā darba aktualitāte. Tādēļ maģistra darbu veidotājiem ieteicams uz izstrādāto darbu bāzes veidot publikācijas, šādā veidā informējot plašāku sabiedrības daļu par deju un kustību terapijas iespējām dažādu ar veselību saistīto problēmu risināšanā.

Nobeigums

Kaut arī maģistra darbi deju un kustību terapijas specializācijā tiek aizstāvēti tikai 5 gadus, kopumā var teikt, ka tie visi ir rakstīti par konkrētajā laikposmā aktuālām tēmām, no kurām lielākā daļa veselības aprūpes jomā ir aktuālas joprojām (piemēram, hroniskas muskuloskeletālās sāpes, aptaukošanās, insults u. c.).

Ja pirmajos maģistra darbos uzsvars ir likts, lai skaidrotu, kas ir deju un kustību terapija un kādus rezultātus ar to ir iespējams panākt, tad turpmākajos darbos deju un kustību terapijas pozitīvā intervence tiek pieņemta jau kā izejas faktors, mazāk resursu veltot tās vispārīgās efektivitātes skaidrošanai, un vairāk pievēršoties hipotēzēm specifiskos veselības aprūpes jautājumos.

Vērtējot 2013. gadā aizstāvētos darbus, ir redzama tendence un studiju programmas vadības vīzija arvien vairāk resursu ieguldīt dažādu instrumentāriju adaptēšanā un pielietojamības optimizēšanā. Salīdzinoši var teikt, ka maģistra darbu izstrādes kvalitāte līdz ar gadiem ir augusi, kā arī to tēmas iezīmē jaunus pagrieziena punktus profesijas kvalitatīvajā attīstībā.

Literatūra

1. Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461. "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību".
2. Izvērts apstiprināmās medicīniskās tehnoloģijas "deju un kustību terapija" apraksts // <http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicnisko-tehnoloiju-datu-bze/30-rehabilitacijas-mediciniskie-pakalpojumi/347-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/izversts-apstiprinamas-mediciniskas-tehnologijas-deju-un-kustibu-terapija-apraksts> (sk. 15.12.2013.).
3. Mihailova S., Majore-Dūšele I., Vende K. Deju un kustību terapija // Mākslu terapija / Sast. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2011. – 300. lpp.

2009.–2013. gadā aizstāvētie maģistra darbi deju un kustību terapijā

1. Bebriša Lienīte (2010). Trauksmes izpēte deju un kustību terapijā ar novārtā pamestiem bērniem. Darba vadītāja Indra Majore-Dūše. RSU, npublicēts darbs.
2. Čistjakova Svetlana (2010). Deju un kustību terapijas ietekme uz hronisku muguras sāpju pacientu subjektīvo psiholoģiskās labklājības izjūtu un sāpju sajūtām. Darba vadītāja Ināra Logina. RSU, npublicēts darbs.
3. Dūdiņa Alise (2013). Deju un kustību terapijas ietekme šizofrēnijas pacientu negatīvo simptomu mazināšanā. Darba vadītāja Kristīne Vende. RSU, npublicēts darbs.
4. Fedulova Dana (2013). Lābana kustību analizē balstītā piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta kriteriālās validitātes noteikšana saistībā ar bērnu eksternalizētas uzvedības traucējumiem un kustību kvalitātēm. Darba vadītāja Indra Majore-Dūše, konsultante Kristīne Vende. RSU, npublicēts darbs.
5. Geidmane Dace (2012). Deju un kustību terapija bērnu ar bronhiālo astmu mātēm vecāku stresa mazināšanai. Darba vadītāja Kristīne Mārtinsonē. RSU, npublicēts darbs.
6. Grīnfelde Santa (2011). Deju un kustību terapija iekšējās saskaņotības izjūtas paaugstināšanai pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Darba vadītāja Kristīne Mārtinsonē. RSU, npublicēts darbs.
7. Kalniņa Kristiāna (2010). Deju un kustību terapijas ietekme uz ķermeņa tēlu 14–15 gadus vecām meitenēm ar stājas traucējumiem. Darba vadītāja Indra Majore-Dūše. RSU, npublicēts darbs.
8. Karjagina Viktorija (2011). Deju un kustību terapija subjektīvās sāpju sajūtas un trauksmes mazināšanai pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Darba vadītāja Kristīne Mārtinsonē. RSU, npublicēts darbs.
9. Krisberga Sandra (2011). Deju un kustību terapijas kustību un komunikācijas saistīšanas metodes efektivitāte personām ar demenci sociāli psiholoģisko faktoru kontekstā. Darba vadītāja *Ute Kowarzik*. RSU, npublicēts darbs.
10. Lauva Zanda (2009). Labklājības izjūtas veicināšana pansionāta iemītniekiem ar deju un kustību terapiju. Darba vadītājs Kristaps Circenis. RSU, npublicēts darbs.
11. Lauža Sandra (2011). Deju un kustību terapija depresijas simptomu mazināšanai pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Darba vadītāja Kristīne Mārtinsonē. RSU, npublicēts darbs.

12. Majore-Dūšele Indra (2009). Deju un kustību terapijas efektivitāte psiholoģiskās labsajūtas un pozitīva pašvērtējuma veicināšanā sievietēm ar aptaukošanās problēmu. Darba vadītāja Inga Millere. RSU, npublicēts darbs.
13. Mihailova Sandra (2009). Strukturēta dejas sieviešu pašattiecības uzlabošanai. Darba vadītāja Inga Millere. RSU, npublicēts darbs.
14. Naumova Lidija (2009). Deju un kustību terapijas ietekme ķermeņa tēla distresa izmaiņās onkoloģijas slimniecēm rehabilitācijas periodā. Darba vadītāja Ināra Krūmiņa. RSU, npublicēts darbs.
15. Orinska Simona (2009). Kreativitātes resursu paaugstināšanas iespējas ar buto dejas terapijas metodēm jauniešiem. Darba vadītāja Māra Vidnere. RSU, npublicēts darbs.
16. Paparinska Ilze (2012). Deju un kustību terapija dzīves kvalitātes paaugstināšanai bērniem ar bronhiālo astmu. Darba vadītāja Kristīne Mārtinsone. RSU, npublicēts darbs.
17. Rasa Ieva (2012). Deju un kustību terapija depresijas simptomu mazināšanā sociālā aprūpes centra iemītniekiem. Darba vadītāja Kristīne Vende. RSU, npublicēts darbs.
18. Tomberga Elīna (2013). Deju un kustību terapija pašefektivitātes paaugstināšanā un motoro funkciju uzlabošanā insulta pacientiem. Darba vadītāja Kristīne Mārtinsone. RSU, npublicēts darbs.
19. Vāverniece Ieva (2009). Ķermeņa tēla distresa samazināšana ar deju un kustību terapiju sievietēm ar aptaukošanos un emocionālo ēšanu. Darba vadītāja Inga Millere. RSU, npublicēts darbs.
20. Zemīte Solvita (2012). Deju un kustību terapija depresijas simptomu mazināšanai ieslodzītajām. Darba vadītāja Indra Majore-Dūšele. RSU, npublicēts darbs.
21. Žiaugre Anete (2013). Lābana kustību analizē balstītā Piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta konstruēšanas sākumposms. Darba vadītāja Indra Majore-Dūšele, RSU, npublicēts darbs.
22. Žvīgure Inga (2010). Deju un kustību terapijas iespējas psiholoģiskās labklājības veicināšanā otrā tipa cukura diabēta pacientēm pensijas vecumā. Darba vadītāja Indra Majore-Dūšele. RSU, npublicēts darbs.

2009.–2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas deju un kustību terapijā

2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Deju un kustību terapijas ietekme šizofrēnijas pacientu negatīvo simptomu mazināšanā

Darba autore Alise Dūdiņa, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Vende.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, šizofrēnija, negatīvie simptomi.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, vai pēc deju un kustību terapijas šizofrēnijas pacientiem mazināsies šizofrēnijas radītā negatīvā simptomātika. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma hipotēze: pacientiem ar šizofrēniju, kuri apmeklē deju un kustību terapiju, samazinās negatīvā simptomātika.

Pētījuma instrumentārijs: PANSS aptauja (*Positive and negative syndrome scale*) (Kay, Fiszbein & Opler, 1987), adaptēta Latvijā, tulkojusi Jolanta Cihanoviča (1998). Aptauja sastāv no pozitīvās, negatīvās un vispārējās psihopatoloģijas skalas. Pētījumā tika izmantota tikai negatīvo simptomu skala.

Pētījuma izlasē dalībnieki tika atlasīti pēc eksperta, ārsta psihiatra, dienas centra vadītāja vērtējuma, sākotnējā izvērtējuma deju un kustību terapijā, kā arī PANSS skalas. Izlasē tika iekļauti pacienti ar diagnozi paranoīdā šizofrēnija (F.20); kopā 53 dalībnieki vecumā no 20–60 gadiem.

Pētījuma procedūra. Izpētes grupu (n = 24) veidoja pacienti, kuri bija stacionēti, uzrādīja negatīvos simptomus, apmeklēja dienas centru, lietoja medikamentus, apmeklēja deju un kustību terapiju. Kontrolgrupā (n = 22) bija pacienti, kuri ārstējās stacionārā, apmeklēja dienas centru, lietoja medikamentus, uzrādīja negatīvos simptomus, bet nepiedalījās deju un kustību terapijā. Izpētes grupa tika sadalīta četrās apakšgrupās, un tās dalībnieki piedalījās 10 deju un kustību terapijas sesijās 3 vai 4 reizes nedēļā. Vienas sesijas ilgums bija 60minūtes.

Teorētiskajā pamatojumā raksturota šizofrēnija, tās negatīvā simptomātika, apskatīta informācija, kā ar deju un kustību terapiju iespējams mazināt slimības radītās sekas ilgtermiņā – BASICS modelis, M. Čeisas (*Marian Chace*) pieeja, T. Šūpas (*Trudi Schoop*) pieeja, S. Sandelas (*Susan L. Sandel*) pieeja, ķermeņa apzināšanās terapija (*body awareness therapy*). Deju un kustību terapijas procesā izmantota

integratīvi eklektiskā pieeja (M. Čeisa, R. Lābans (*Rudolf Laban*)), kā arī direktīvas vai daļēji direktīvas metodes.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Rezultāti apliecina, ka abās grupās negatīvie simptomi mazinājās, taču ne statistiski nozīmīgi. Pacienti ar šizofrēniju, kuri apmeklēja deju un kustību terapiju, negatīvā simptomātika samazinājās. Izpētes un kontrolgrupā netika novērotas būtiskas statistiskās atšķirības saistībā ar negatīvo simptomu samazināšanos. Lai mazinātu negatīvo simptomātiku, īstermiņa deju un kustību terapija pacientu grupai ar šizofrēniju ir neefektīva, tāpēc nepieciešams veikt pētījumu, kur deju un kustību terapijas intervence būtu ilglaicīga, t. i., vismaz 20 sesijas. Būtu nepieciešams arī lielāks dalībnieku skaits un randomizēta dalībnieku atlase.

Lābana kustību analizē balstītā piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta kriteriālās validitātes noteikšana saistībā ar bērnu eksternalizētas uzvedības traucējumiem un kustību kvalitātēm

Darba autore Dana Fedulova, darba zinātniskā vadītāja Indra Majore-Dūšeļa, konsultante Kristīne Vende.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: Lābana kustību analīze, piepūles kvalitātes, eksternalizētas uzvedības traucējumi bērniem, kriteriālā validitāte.

Pētījuma mērķis ir noteikt Lābana kustību analizē balstītā piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta kriteriālo validitāti, noskaidrojot vai pastāv statistiski nozīmīga atšķirība starp kustību kvalitātēm bērniem ar un bez eksternalizētas uzvedības traucējumiem. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, šķērsriezuma dizains (salīdzinošais un sakarību).

Pētījuma jautājumi:

1. Vai Lābana kustību analizē balstītais izvērtēšanas instruments ir valids un mēra pazīmi – piepūles kvalitātes saistībā ar noteikto kritēriju – eksternalizēti uzvedības traucējumi?
2. Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp kustību kvalitātēm bērniem ar un bez eksternalizētas uzvedības traucējumu pazīmēm?

Pētījuma instrumentārijs. Lābana kustību analīzes piepūles kvalitāšu izvērtēšanas protokols, kuru izstrādāja Anete Žiaugre, lai izvērtētu kustību kvalitātes bērniem ar un bez eksternalizētiem uzvedības traucējumiem vecumā no 7 līdz 11 gadiem. Lai noteiktu šos traucējumus, tika izmantota 2006. gadā adaptētā Ahenbaha bērnu un jauniešu uzvedības novērtējuma aptaujas forma vecākiem (*Child behavior checklist for ages 6–18, CBCL/6–18*) (Achenbach, Rescorla, 2001), kuru adaptējuši I. Laizāne, S. Sebre, M. Rašcevska un R. Upenieks.

Pētījuma izlasē tika iekļauti 45 bērni vecumā no 7 līdz 11 gadiem un viņu mātes; 28 bērni bija bez eksternalizētas uzvedības traucējumu pazīmēm, bet 17 bērniem bija eksternalizētas uzvedības traucējumu pazīmes.

Pētījuma procedūra. Izlasē iekļautās mātes ar bērniem tika lūgtas piedalīties kustību uzdevumā, lai izvērtētu bērna ķermeņa kustību izpausmi dažādās kustību kvalitātēs, un tas tika ierakstīts video. Kustības tika analizētas, izmantojot A. Žiaugres konstruēto Lābana kustību analizē balstīto piepūles kvalitāšu izvērtēšanas protokolu, un pēc tam tika veikti statistiskie aprēķini, lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem.

Teorētiskajā pamatojumā tiek aplūkota teorija un pētījumi par Lābana kustību analīzi un tiek analizēta literatūra par eksternalizētas uzvedības traucējumiem bērniem vecumā no 7 līdz 11gadiem.

Terapijas plāna nav.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Iegūtie rezultāti apliecina, ka statistiski nozīmīgas atšķirības ir kustību kvalitātēs *telpa* un *laiks*, kas reprezentē kustību kvalitāšu kognitīvo dimensiju; validitāte tiek uzrādīta vienā kvalitātē – *laiks*, un gandrīz pilnvērtīgu validitāti uzrāda kvalitāte *svars*. Lai nākotnē rezultāti būtu reprezentabli, nepieciešams veikt pētījumu ar lielāku izlasi, kā arī aptauju par uzvedības traucējumiem “Bērnu un jauniešu uzvedības novērtējuma aptaujas forma vecākiem” aizpildīt arī skolotājiem, kas izslēgtu vecāku vērtēšanas subjektivitāti. Nepieciešams izvērtētāju kompetences nolūkos attīstīt spēju saskatīt tieši šīs kustību kvalitātes, lai pēc iespējas izslēgtu subjektivisma faktoru.

Deju un kustību terapija pašefektivitātes paaugstināšanā un motoro funkciju uzlabošanā insulta pacientiem

Darba autore Elīna Tomberga, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsone. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, pašefektivitāte, motorās funkcijas, insults.

Pētījuma mērķis ir izpētīt, vai deju un kustību terapija paaugstina pašefektivitāti un uzlabo motorās funkcijas pacientiem pēc insulta stacionārās rehabilitācijas laikā. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekspierimentāls dizains.

Pētījuma jautājumi:

1. Vai deju un kustību terapija paaugstina pašefektivitāti un uzlabo motorās funkcijas pacientiem pēc insulta stacionārās rehabilitācijas laikā?
2. Vai deju un kustību terapija paaugstina funkcionālas neatkarības līmeni insulta pacientiem stacionārās rehabilitācijas laikā?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Vispārējās pašefektivitātes skala (GSES) (*General Self-Efficacy Scale*) (Schwarzer & Jerusalem, 1995); skalas latviešu valodas versiju 2006. gadā adaptējis R. Supe;

- 2) goniometrija motoro funkciju noteikšanai, lai noskaidrotu aktīvo un pasīvo kustību apjomu locītavās;
- 3) funkcionālās neatkarības mērījums (FIM) (*Functional Independence Measure*), ar kura palīdzību novērtē personai nepieciešamo asistēšanas līmeni.

Pētījuma izlasē tika iekļauti 57 pacienti ne vēlāk kā sešus mēnešus pēc išēmiska vai hemorāģiska insulta ar labās vai kreisās puses hemiparēzi vecumā no 40–64 gadiem.

Pētījuma procedūra. Izpētes grupa ($n = 27$) piedalījās 10 deju un kustību terapijas sesijās. Vienas sesijas ilgums – 45 minūtes. Kontrolgrupa ($n = 30$) deju un kustību terapijas procesā nepiedalījās, bet, tāpat kā izpētes grupa, saņēma rehabilitācijas kursu.

Teorētiskajā pamatojumā aprakstīta insulta etioloģija un klasifikācija, tā radītie traucējumi, kā arī skaidrots pašefektivitātes jēdziens A. Banduras sociāli kognitīvās teorijas ietvaros. Darbā ir aprakstītas deju un kustību terapijas iespējas darbā ar insulta pacientiem, iekļaujot neverbālās komunikācijas nozīmīgumu. Pētījuma ietvaros deju un kustību terapijas plāns ir izveidots, ņemot vērā teorētiskajā daļā aplūkoto literatūru, deju un kustību terapijas grupu procesu, M. Čeisas (*Marion Chace*) sesiju struktūru deju un kustību terapijas sesiju realizēšanā un R. Lābana (*Rudolf Laban*) piepūles teorijas pamatelementu principus. Tehnikās izmantota individualizēti aktīva direktīva un nedirektīva pieeja.

Terapijas plāns ir.

Pētījuma rezultāti rāda, ka izpētes grupai ir statistiski nozīmīgas izmaiņas vispārējās pašefektivitātes skalā. Gan izpētes, gan kontrolgrupai nenovēro statistiski nozīmīgas pārmaiņas motorajās funkcijās (locītavu kustību apjomā), kā arī nenovēro statistiski nozīmīgas pārmaiņas funkcionālās neatkarības mērījuma datus pirms un pēc pētījuma nevienā no pētījuma dalībnieku izlasēm, tomēr jāatzīmē, ka abos gadījumos rādītāji ir uzlabojušies. Iegūtos rezultātus nevar attiecināt uz visu populāciju mazā dalībnieku skaita dēļ, kā arī tādēļ, ka pētījums veikts konkrētās rehabilitācijas iestādēs. Autore iesaka veikt ilgtermiņa terapiju, kā arī pēc laika veikt rezultātu noturības pārbaudi.

Lābana kustību analizē balstītā Piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta konstruēšanas sākumposms

Darba autore Anete Žiaugre, darba zinātniskā vadītāja Indra Majore-Dūšele, konsultante Kristīne Vende.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Atslēgvārdi: Lābana kustību analīze, piepūles teorija, izvērtēšanas instruments, kustību uzdevums.

Pētījuma mērķis ir teorētiski analizēt piepūles koncepcijas attīstību un būtību Lābana kustību analīzes ietvaros un, ņemot vērā teorētisko bāzi un ekspertu viedokļus, uzsākt Piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta (turpmāk – PKII) konstruēšanu. Pētījumam izvēlēta jaukta stratēģija (izmantotas gan kvalitatīvas, gan kvantitatīvas datu ievākšanas metodes). Pēc būtības tas ir attīstības pētījums, kura rezultāts būs uzsākta iz(no)vērtējuma instrumenta konstruēšana.

Pētījuma jautājuma nav.

Pētījuma instrumentārija nav.

Pētījuma izlasē piedalās diplomēti un praktizējoši deju un kustību terapeiti Latvijā un Lielbritānijā, “Mākslu terapijas” programmas deju un kustību terapijas specializācijas studenti Latvijā.

Pētījuma procedūra. Balstoties uz analizēto literatūru, tika veikta iz(no)-vērtēšanas instrumenta novērošanas protokola konstruēšana, ko veido 9 panti (9 apgalvojumi, kas raksturo piepūles koncepcijas kategorijas). Katra apgalvojuma novērtēšanai tika izvēlēta skala (rangu skala, 0–6 vērtības), kur katrs lielums tika raksturots saistībā ar konkrētās pazīmes (piepūles kvalitātes) izpausmes biežumu laikā. Izveidotā novērošanas instrumenta satura atbilstību teorētiskajām nostādnēm un praktiskajam pielietojumam noteica eksperts, pēc kura ieteikumiem tika veiktas izmaiņas instrumenta mērijumu skalas vērtību formulēšanā (balstoties uz anketu, ko aizpildīja pieaicinātais eksperts). Pētījuma laikā tika veikta PKII plānotajam saturam atbilstoša kustību uzdevuma izstrāde (balstoties uz teorētiskas literatūras analīzi, ekspertu viedokļiem un kustībimprovizācijas uzdevuma analīzi, iesaistoties RSU studiju programmas “Mākslu terapija” deju un kustību terapijas specializācijas studentiem).

Teorētiskajā pamatojumā: Lābana kustību analīzes attīstība un koncepcija, detalizēta piepūles teorijas analīze, instrumenta konstruēšanas pamatprincipi.

Terapijas plāna nav.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Pētījuma rezultātā ir uzsākta Piepūles kvalitāšu izvērtēšanas instrumenta konstruēšana, izveidojot novērošanas protokolu, kuram tika noteikta vidēja un vidēji augsta vērtētāju korelācija, izstrādāts uzdevums “Metaforas” un uzsākta deju un kustību terapeita un klienta / pacienta anketas pantu kopas izveide. Vēl ir nepieciešams pārstrādāt un precizēt novērošanas skalas vērtības un to apzīmējumus, kā arī papildināt novērošanas protokolus ar intensitātes raksturojumiem, savukārt izveidotajām pantu kopām jāveic psihometriskā analīze.

2012. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Deju un kustību terapija bērnu ar bronhiālo astmu mātēm vecāku stresa mazināšanai

Darba autore Dace Geidmane, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, bronhiālā astma bērniem, vecāku stress mātēm.

Pētījuma mērķis ir izpētīt literatūru un pārbaudīt, vai pēc deju un kustību terapijas sesijām mazinās vecāku stresa rādītāji mātēm, kuru bērni slimo ar bronhiālo astmu. Pētījumam izmantota kvantitatīvā stratēģija, kvaziekspērimētālais dizains.

Pētījuma jautājums: vai bērnu ar bronhiālo astmu mātēm mazinās vecāku stresa indekss pēc deju un kustību terapijas?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) R. Abidina vecāku stresa aptauja “Vecāku stresa indekss – isā forma” (*Parenting Stress Index – PSI 3rd version, Short form*) (Abidin, 1995);
- 2) bērnu dzīves kvalitātes aptauja, ko lietoja deju un kustību terapijas maģistrante I. Paparinska.

Pētījuma izlasē tika iekļautas 50 mātes ar bērniem vecumā no 7–10 gadiem ar bronhiālo astmu, kuras uzrādīja paaugstinātu vecāku stresa indeksu.

Pētījuma procedūra. Izpētes grupa (n = 24) pētījuma procesa laikā lietoja medikamentus, atradās ārsta alergologa uzskaitē un 4 apakšgrupās piedalījās 10 deju un kustību terapijas sesijās. Vienas sesijas ilgums bija 60 minūtes. Kontrolgrupa (n = 26) lietoja medikamentus un nepiedalījās citās alternatīvās terapijās.

Teorētiskajā pamatojumā tiek apskatīti dažādi zinātniskās literatūras avoti, kas analizē vecāku stresa izcelsmi, bronhiālās astmas simptomātiku, kā arī deju un kustību terapijas procesu rehabilitācijā darbā ar bērnu bronhiālo astmu, īpašu uzmanību vēršot uz darbu ar mātē / bērna mijiedarbības aspektiem. Deju un kustību terapijas daļas teorētiskais pamats balstās objektu attiecību teorijā, kur būtisks ir D. Vinikota (*Donald Winnicott*) aprakstītais jēdziens “saturošā telpa” (*holding environment*), kas ietver gan mātes un bērna, gan laika un telpas nozīmi. Deju un kustību terapijas procesā tika izvēlēta integratīvi eklektiskā pieeja (B. Mīkuma (*Bonnie Meekums*), S. Tortora (*Suzie Tortor*) u. c.).

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Pētījuma autore secina, ka bērnu ar bronhiālo astmu mātēm, kurām ir paaugstināts vecāku stress, pēc deju un kustību terapijas statistiski nozīmīgi mazinās vecāku stresa rādītāji.

Deju un kustību terapija dzīves kvalitātes paaugstināšanai bērniem ar bronhiālo astmu

Darba autore Ilze Paparinska, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsonē.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, bērnu astma, dzīves kvalitāte.

Pētījuma mērķis ir pārbaudīt, vai deju un kustību terapija paaugstina dzīves kvalitāti bērniem ar bronhiālo astmu. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma jautājums: vai deju un kustību terapijas procesa rezultātā bērniem ar astmu statistiski nozīmīgi paaugstināsies dzīves kvalitāte?

Pētījuma instrumentārijs: "Dzīves kvalitātes aptauja bērniem ar astmu ar standartizētām darbībām" (PAQLQ(S)) (*The Standardised Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire*).

Pētījuma izlasē tika iekļauti 50 bērni vecumā no 7 līdz 10 gadiem ar vidēji smagu bronhiālo astmu, dzīves kvalitātes indekss < 7, un bērnu mātes ar paaugstinātu vecāku stresa līmeni.

Pētījuma procedūra. Izpētes grupa (n = 24) tika sadalīta 4 apakšgrupās. Pētījuma dalībnieki piedalījās 10 deju un kustību terapijas sesijās reizi nedēļā 2,5 mēnešu garumā. Kontrolgrupas dalībnieki (n = 26) nepiedalījās deju un kustību terapijā.

Teorētiskajā pamatojumā ir analizēts bronhiālās astmas jēdziens, bērnu astmas jēdziens, dzīves kvalitātes jēdziens. Deju un kustību terapijas plāna teorētiskajā pamatojumā izmantots B. Mīkumas (*Bonnie Meekums*) radošā cikla process, V. Šerbornas (*Veronica Sherborne*) attīstošo kustību pamatprincipi un bērna un mātes interpersonālo mijiedarbību veicinošas tehnikas. Deju un kustību terapijas procesā tika pielietota integratīvi eklektiskā pieeja.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Deju un kustību terapija var paaugstināt dzīves kvalitāti bērniem ar astmu.

Deju un kustību terapija depresijas simptomu mazināšanā sociālā aprūpes centra iemītniekiem

Darba autore Ieva Rasa, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Vende.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Atslēgvārdi: vēlīnais briedums, depresija, deju un kustību terapija.

Pētījuma mērķis: noskaidrot, vai deju un kustību terapija mazina depresijas simptomus sociālā aprūpes centra iemītniekiem. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma jautājums: vai mazinās depresijas simptomi sociālā aprūpes centra iemītniekiem pēc deju un kustību terapijas sesijām, salīdzinot ar sociālā aprūpes centra iemītniekiem, kuriem nav bijusi deju un kustību terapija?

Pētījuma instrumentārijs: Geriatrijas depresijas skala (GDS) (*Geriatric Depression Scale Short Form*) (Sheikh & Yesavage, 1986), kas pētījuma vajadzībām tika adaptēta latviešu valodā.

Pētījuma izlase tika veidota vienā no Latvijas sociālās aprūpes centriem. Pētījuma izlasi veidoja 60 cilvēki, sākot no 70 gadu vecuma, kas saskaņā ar Geriatrijas depresijas skalu uzrādīja depresijas simptomus no 5 līdz 8 ballēm.

Pētījuma procedūra. Izpētes grupai (n = 30) 4 apakšgrupās notika 10 deju un kustību terapijas sesijas 2 reizes nedēļā. Vienas sesijas ilgums bija 60 minūtes. Kontrolgrupai (n = 30) deju un kustību terapijas sesijas nenotika.

Teorētiskajā pamatojumā tika veikta literatūras izpēte saistībā ar iekļautās izlases vecumposma īpatnībām. Tika izskatīti depresijas simptomi, veidošanās teorijas, kā arī tās ietekme uz vēlinā brieduma cilvēkiem. Tika izpētīti literatūras avoti saistībā ar deju un kustību terapiju, tās iespējām darbā ar vēlinā brieduma cilvēkiem un depresijas slimniekiem. Terapijas teorētisko un metodoloģisko pamatu veidoja S. Sandelas (*Susan L. Sandel*) un L. Espenakas (*Liljan Espenak*) pieeja darbā ar vēlinā brieduma cilvēkiem.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Izpētes grupas rezultāti uzrādīja depresijas simptomu samazināšanos pēc deju un kustību terapijas sesiju apmeklēšanas. Pētījums pierāda pozitīvu DKT iespaidu uz depresijas simptomu mazināšanos sociālā aprūpes centra iemītniekiem, tomēr tos nav iespējams vispārināt.

Deju un kustību terapija depresijas simptomu mazināšanai ieslodzītajām

Darba autore Solvita Zemīte, darba zinātniskā vadītāja Indra Majore-Dūšele.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Pētījuma mērķis: pārbaudīt, vai deju un kustību terapijas ietekmē statistiski nozīmīgi mazinās depresijas simptomu izpausmes sievietēm, kas atrodas ieslodzījumā – cietumā. Pētījumam tika izvēlēta kvantitatīva stratēģija, kvazieksperimentāls pētījuma dizains.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) “Beka depresijas aptauja” (BDA-II) (*Beck Depression Inventory II*) (Beck, Steer & Brown, 1996); Latvijā šo metodi adaptējusi S. Voitkāne un S. Miezīte (2001);
- 2) papildus izmantotas arī daļēji strukturētas intervijas, kurās iegūtie dati izmantoti rezultātu interpretācijā.

Pētījuma izlasē brīvprātīgi piedalījās ieslodzītās no Ilģuciema sievietes cietuma, definētais vecumposms 21–51 gads, kuras uzraudzības iestādē atrodas dažādu soda izciešanas termiņu ilgumā.

Pētījuma procedūra. Pētījuma dalībnieces tika sadalītas izpētes grupā (n = 33) un kontrolgrupā (n = 31). Izpētes grupai tika novadītas 10 deju un kustību terapijas sesijas, kas notika 2 reizes nedēļā.

Teorētiskajā pamatojums ir balstīts integratīvi eklektiskajā teorētiskajā nostādnē ar akcentu uz kognitīvi biheiviorālo pieeju. Pētījuma teorētiskajā daļā apskatīts pētījumos un zinātniskajā literatūrā atrodamais teorētisko konceptu apskats par depresijas simptomiem, jēdziena skaidrojums, izpausmju, cēloņu raksturojums, depresijas riska faktoru ietekme cietuma vidē, depresijas skaidrojumi dažādās psiholoģijas teorijās, Ā. T. Beka (*Aaron T. Beck*) depresijas kognitīvais modelis depresijas simptomu kontekstā un pierādījumos balstītas DKT iespējas depresijas simptomu mazināšanā. Metode bija direktīva istermiņa DKT, kas fokusa uz depresijas simptomu mazināšanu.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Pētījuma rezultāti apliecina, ka izpētes grupai pēc DKT statistiski nozīmīgi mazinājušies depresijas simptomi, kamēr kontrolgrupai netika konstatēta statistiski nozīmīga atkarīgā mainīgā – depresijas – simptomu samazināšanās. DKT var būt efektīva depresijas simptomu mazināšanai, un arī šī maģistra darba pētījuma rezultāti apstiprināja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp depresijas simptomu rādītājiem kopumā un vidējiem rādītājiem izpētes grupā, kas piedalījās DKT, apstiprinot pieņēmumu, ka DKT slēgta tipa uzturēšanās iestādē ietekmē depresijas simptomu izpausmju mazināšanos ieslodzītajām.

2011. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Deju un kustību terapija iekšējās saskaņotības izjūtas paaugstināšanai pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm

Darba autore Santa Grīnfelde, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsonsone. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: hroniskas sāpes, hroniskas muskuloskeletālas sāpes, iekšējās saskaņotības izjūta (ISI), deju un kustību terapija.

Pētījuma mērķis: izpētīt, vai deju un kustību terapija paaugstina iekšējās saskaņotības izjūtu pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Pētījumam izvēlēta kvantitatīva stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma hipotēze: pēc deju un kustību terapijas paaugstinās iekšējās saskaņotības izjūta pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm.

Pētījuma instrumentārijs: Iekšējās saskaņotības skala (ISI) (*Sense of coherence scale /SOC/*) (*Antonovsky*, 1987); metode latviešu valodā tulkota un adaptēta (*Veilande, Bahmačova*, 2000).

Pētījuma izlasē ir iekļauti pacienti ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm, tie tiek atlasīti, pamatojoties uz speciālistu (ārstu neirologu, rehabilitologu, reimatologu) ieteikumiem un pēc iekšējās saskaņotības izjūtas skalas datiem, kā arī pēc maģistra darba autorei izvērtējuma (pacientu piemērotība deju un kustību terapijai). Pētījums norisinājās ambulatorā rehabilitācijas centrā. Kopumā pētījumā piedalījās 51 pacients ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm vecumā no 29 līdz 69 gadiem, kuriem bija pazemināta iekšējās saskaņotības izjūta.

Pētījuma procedūra. Pacienti tika sadalīti izpētes grupā (n = 25) – pacienti, kuri uzrāda pazeminātus iekšējās saskaņotības izjūtas rādītājus un kuriem rehabilitācijas kursa ietvaros tiek piedāvāta deju un kustību terapija, un kontrolgrupā (n = 26) – pacienti, kuri uzrāda pazeminātus iekšējās saskaņotības izjūtas rādītājus un kuri rehabilitācijas kursa ietvaros deju un kustību terapiju neapmeklē. Izpētes grupai notika 12 sesijas 6 nedēļu garumā ar intensitāti 2 reizes nedēļā. Vienas sesijas ilgums bija 90 minūtes.

Teorētiskajā pamatojumā autore analizē informāciju par iekšējās saskaņotības izjūtu, vispārējām sāpēm, hroniskām sāpēm, hroniskām muskuloskeletālām sāpēm, deju un kustību terapijas procesu darbā ar pacientiem, kuriem ir hroniskas muskuloskeletālās sāpes. Deju un kustību terapijas procesa pamatā izvēlēts aktīvās / direktīvās pieejas princips, R. Lābana (*Rudolf Laban*) piepūles teorijas pamatprincipi, M. Čeisas (*Marian Chace*) pieeja sesiju struktūrai.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Rezumējot pētījuma rezultātus, autore secina, ka ar deju un kustību terapiju var paaugstināt iekšējās saskaņotības izjūtu pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm.

Deju un kustību terapija subjektīvās sāpju sajūtas un trauksmes mazināšanai pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm

Darba autore Viktorija Karjagina, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsonsone. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, subjektīvā sāpju sajūta, trauksme, hroniskas muskuloskeletālās sistēmas sāpes.

Pētījuma mērķis: noskaidrot, vai deju un kustību terapija mazina subjektīvo sāpju sajūtu un trauksmi pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Pētījumam izvēlēta kvantitatīva stratēģija, kvazieksperimentāls dizains.

Pētījuma hipotēzes:

- 1) pēc deju un kustību terapijas mazinās subjektīvā sāpju sajūta pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm;
- 2) pēc deju un kustību terapijas mazinās trauksmes līmenis pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Vizuālā analoģu skala (VAS);
- 2) Numeriskā analoģu (reitingu) skala (NRS);
- 3) Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma anketa (*State Trait Anxiety Inventory, STAI Form Y-1; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jakobs, 1982*); Latvijā šo metodi adaptējusi Daina Škuškovnika (2004).

Pētījuma izlasē tika iekļauti 65 ambulatorās rehabilitācijas iestādes pacienti ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm vecumā no 29 līdz 63 gadiem.

Pētījuma procedūra. Pētījuma dalībnieki tika sadalīti izpētes grupā (n = 32) un kontrolgrupā (n = 33). Izpētes grupas dalībnieki 6 nedēļu garumā 2 reizes nedēļā apmeklēja deju un kustību terapijas nodarbības. Vienas sesijas ilgums bija 90 minūtes.

Teorētiskajā pamatojumā apskatīts pētījumos un zinātniskajā literatūrā atrodamais teorētisko konceptu apskats par muskuloskeletālo sistēmu un sāpēm, jēdziena skaidrojums, izpaušmju, cēloņu raksturojums, trauksmes vispārīgs raksturojums, kā arī hroniskas sāpes un trauksme, Spilbergera trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes teorija. Deju un kustību terapijas process balstīts uz darbā analizētajiem pētījumiem, V. Karkuvas (*Vicky Karkou*) un P. Sandersones (*Patricia Sanderson*) aprakstītajiem deju un kustību terapijas principiem, K. Šmaisais (*Claire Schmais*) aprakstīto deju un kustību terapijas grupu procesu, M. Čeisas (*Marian Chace*) sesiju struktūru deju un kustību terapijas sesiju realizēšanā, Lābana piepūles teorijas pamatelementu principiem.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Statistiski nozīmīga atšķirība starp izpētes un kontrolgrupu ir novērojama tikai STAI (trauksmes stāvokļa) rezultātos, tādēļ var secināt, ka deju un kustību terapija samazina situatīvo trauksmi pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Pētījuma rezultāti norāda, ka izpētes grupai ir novērojamas statistiski nozīmīgas izmaiņas situatīvās trauksmes rādītājos. Gan izpētes, gan kontrolgrupai novēro statistiski nozīmīgas pārmaiņas subjektīvās sāpju sajūtas rādītājos, bet nenovēro statistiski nozīmīgas pārmaiņas trauksmes kā personas iezīmes datus pirms un pēc pētījuma nevienā no pētījuma dalībnieku izlasēm.

Deju un kustību terapijas Kustību un komunikācijas saistīšanas metodes efektivitāte personām ar demenci sociāli psiholoģisko faktoru kontekstā

Darba autore Sandra Krisberga, darba zinātniskā vadītāja *Ute Kowarzik*. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: demence, sociāli psiholoģiskie faktori, kustību un komunikāciju saistīšanas metode, deju un kustību terapija.

Pētījuma mērķis ir detalizētāk izpētīt deju un kustību terapijas efektivitāti pacientiem ar demenci kustību, komunikācijas un ekspresijas aspektā, ņemot vērā sociāli psiholoģisko faktoru kontekstu. Pētījumam izvēlēta kvalitatīvā stratēģija, kvalitatīvā rezultāta novērtēšanas dizains.

Pētījuma jautājums: kāda ir deju un kustību terapijas kustību un komunikācijas saistīšanas metodes efektivitāte personām ar demenci sociāli psiholoģisko faktoru kontekstā?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Iekšējās saskaņotības skala (ISI) (*Sense of coherence scale, SOC*) (A. Antonovsky, 1987); metodi latviešu valodā tulkojusi un adaptējusi A. Veilande un N. Bahmačova;
- 2) daļēji strukturētas intervijas ar pansionāta aprūpes personālu;
- 3) eksperta (ģimenes ārsta) daļēji strukturēta intervija;
- 4) mākslā balstīts izvērtējums – Komunikācijas un kustību saistīšanas metodes novērtējuma anketa (Kowarzik, 2001).

Pētījuma izlasē tika iekļauti 6 pansionāta iemītnieki vecumā no 71 līdz 87 gadiem, kam diagnosticēta kāda no demences formām.

Pētījuma procedūra. Kopā izlases dalībniekiem tika plānotas 12 deju un kustību terapijas sesijas grupā, kas notika 2 reizes nedēļā. Grupas dalībnieku skaita samazināšanās dēļ trīs sesijas notika grupā saskaņā ar plānu, bet turpmākās deviņas – individuāli.

Teorētiskais pamatojumā ir analizēta teorētiskā literatūra par demenci un personām ar demenci, par šādu personu aprūpi un deju un kustību terapijas iespējām. Izmantota salutogēnā veselības modeļa koncepcija (A. Antonovsky). Deju un kustību terapijas procesa teorētiskais pamatojums balstīts uz maģistra darbā analizētajiem empīriskajiem pētījumiem, deju un kustību terapijas teorētiskajām nostādnēm un aktīvās / direktīvās pieejas principiem, R. Lābana (*Rudolf Laban*) piepūles teorijas pamatelementu principiem, deju un kustību terapijas grupu procesu, M. Čeisas (*Marian Chace*) interaktīvo pieeju deju un kustību terapijas sesiju struktūrai, kā arī M. Violetas (*Marion Violets*) izstrādātais sesiju plāns.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Iegūtie rezultāti apliecina, ka deju un kustību terapija var stimulēt uzlabojumus komunikācijas, kustības un ekspresijas aspektā. Tā var būt integrāla uz personu centrētas demences aprūpes sastāvdaļa, kas veicina un stiprina personu ar demenci emocionālās drošības un sevis izjūtu. Tomēr jāatzīst, ka sociāli psiholoģiskie faktori spēj būtiski ietekmēt deju un kustību terapijas gaitu un rezultātu, tāpēc ir nepieciešams ieguldīt resursus personāla apmācībā, šādi nodrošinot noturīgu rezultātu.

Deju un kustību terapija depresijas simptomu mazināšanai pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm

Darba autore Sandra Lauža, darba zinātniskā vadītāja Kristīne Mārtinsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: depresijas simptomi, hroniskas sāpes, muskuloskeletālas sāpes, deju un kustību terapija.

Pētījuma mērķis ir pārbaudīt, vai deju kustību terapija samazina depresijas simptomus pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma hipotēze: pēc deju un kustību terapijas mazinās depresijas simptomi pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm.

Pētījuma instrumentārijs: Beka depresijas aptauja (*Beck Depression Inventory II*) (Beck, Steer & Brown, 1996); Latvijā šo metodi adaptējusi S. Voitkāne un S. Miezīte (2001).

Pētījuma izlasē tika iekļauti 65 ambulatorās iestādes pacienti ar hroniskām muskuloskeletālās sistēmas sāpēm vecumā no 25 līdz 75 gadiem.

Pētījuma procedūra. Izpētes grupai ($n = 33$) 6 nedēļu laikā tika novadītas 12 deju un kustību terapijas sesijas, kas notika 2 reizes nedēļā. Vienas sesijas ilgums bija 90 minūtes. Kontrolgrupa ($n = 32$) deju un kustību terapijas sesijās nepiedalījās.

Teorētiskajā pamatojumā ir izskaidrots vispārējais sāpju raksturojums, ir veikta literatūras izpēte par muskuloskeletālo sistēmu un sāpēm, kā arī depresijas simptomu saistību ar hroniskām sāpēm. Terapijas metodoloģisko pamatu veido Beka kognitīvā depresijas teorija. Deju un kustību terapijas procesa teorētiskais pamatojums ir balstīts uz teorētiskajā daļā analizētajiem empīriskajiem pētījumiem un kognitīvi biheiviorālās pieejas (aktīvās / direktīvās) deju un kustību terapijas principiem, deju un kustību terapijas teorētiskajām nostādņēm, R. Lābana piepūles teorijas pamatelementu principiem, K. Šmaisais (*Claire Schmais*) un B. Mikumas (*Bonnie Meekums*) deju un kustību terapijas grupu procesu, kā arī M. Čeisas interaktīvo pieeju deju un kustību terapijas sesiju struktūrai.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Iegūtie rezultāti norāda, ka izpētes grupai pirms un pēc deju un kustību terapijas var konstatēt statistiski nozīmīgas atšķirības starp depresijas vidējiem rādītājiem, bet rezultātos starp kontrolgrupas depresijas vidējiem rādītājiem pirms un pēc izpētes grupas piedalīšanās deju un kustību terapijā statistiski nozīmīgas atšķirības nepastāv. Tas ļauj secināt, ka deju un kustību terapija mazina depresijas simptomus pacientiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm.

2010. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Trauksmes izpēte deju un kustību terapijā ar novārtā pamestiem bērniem

Darba autore Lienīte Bebriša, darba zinātniskā vadītāja Indra Majore-Dūšele.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: novārtā pamešana, trauksme, deju un kustību terapija.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, kā izpaužas trauksmes simptomi novārtā pamestiem bērniem deju un kustību terapijas procesā. Pētījumam izvēlēta kvalitatīva stratēģija un fenomenoloģiskā pieeja.

Pētījuma jautājums: kā izpaužas trauksmes simptomi novārtā pamestiem bērniem deju un kustību terapijas procesā?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Spilbergera trauksmes kā stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma aptauja bērniem (*State-Trait Inventory for Children / STAIC Form C-2*) (Spielberger, Edwards, Montuori & Lushene, 1973);
- 2) daļēji strukturētas intervijas ar bērniem;
- 3) eksperta vērtējuma metode;
- 4) novērošanas metode;
- 5) Lābana kustību analīze.

Pētījuma izlasi veidoja 6 novārtā pamesti bērni (5 meitenes un 1 zēns) ar paaugstinātu trauksmes līmeni (pēc bērnu nama psihologa sniegtās informācijas) vecumā no 11 līdz 13 gadiem, kuri uzturas ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijā (bērnu namā).

Pētījuma procedūra. Pētījuma laikā dalībniekiem tika organizētas 10 deju un kustību terapijas nodarbības, kas notika 2 reizes nedēļā. Vienas sesijas ilgums bija 45 minūtes.

Teorētiskajā pamatojumā ir analizēta literatūra par novārtā pamešanu, nedrošo piesaisti un trauksmi, terapeitiskajām iespējām strādāt ar pusaudžiem ar trauksmi, kā arī aprakstītas deju un kustību terapijas iespējas šajā jomā. Galvenokārt darba pamatā ir Spilbergera trauksmes teorija. Deju un kustību terapijas intervences pamatojums ir balstīts integratīvi eklektiskā pieejā, izmantojot gan psihodinamisko teoriju, kurā balstās piesaistes teorija, gan kognitīvi biheiviorālo teoriju. Izmantota R. Lābana (*Rudolf Laban*) kustību analīze un H. Peinas (*Helen Payne*) izstrādātā sesiju veidošanas struktūra darbā ar trauksmainiem bērniem.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Pētījuma rezultāti parāda, ka grupas dalībnieki atpazīst trauksmes fizioloģiskās izpausmes, taču neatpazīst emocionālās trauksmes izpausmes. Veidi, kādā bērni izpauž trauksmi, galvenokārt bija neapzināti, brīžiem šiem veidiem esot neatbilstoši, dezorganizējoši. Trauksme tika izpausta "acting out" (izlāde darbībā) uzvedībā, kas liecina par zemu impulsu

kontroles līmeni un trauksmes toleranci. Trauksmes izpētē novārtā pamestiem bērniem nozīmīga ietekme bija institucionālajam kontekstam – bērnu namam, kurā tika veikts pētījums. Pētījuma laikā autore secināja, ka tā ir vide, kas pastiprina trauksmainu reakciju rašanos. Kopumā deju un kustību terapija ir veicinājusi grupas dalībnieku apzinātību par trauksmes emocionālajām izpausmēm, veicinot prasmes trauksmes izreaģēšanai adaptīvā veidā. Šī pētījuma rezultātus līdzīgi kā citus kvalitatīvos pētījumus nav iespējams pārliecinoši vispārināt attiecībā uz citu novārtā pamestu bērnu trauksmes pieredzi.

Deju un kustību terapijas ietekme uz hronisku muguras sāpju pacientu subjektīvo psiholoģiskās labklājības izjūtu un sāpju sajūtām

Darba autore Svetlana Čistjakova, darba zinātniskā vadītāja Ināra Logina.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis ir izpētīt, kā deju un kustību terapija ietekmē hronisku muguras sāpju pacientu subjektīvo psiholoģiskās labklājības izjūtu un sāpju sajūtu. Pētījumā izmantota kvalitatīvā pētījuma stratēģija un fenomenoloģiskā pieeja.

Pētījuma jautājumi:

1. Kā DKT ietekmē hronisku muguras sāpju pacientu subjektīvo psiholoģiskās labklājības izjūtu?
2. Kā DKT ietekmē hronisku sāpju pacientu sāpju sajūtas?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) vizuālā analogu skala;
- 2) daļēji strukturēta intervija. Deju un kustību terapijas ietekme uz subjektīvo psiholoģiskās labklājības izjūtu tika izzināta ar daļēji strukturētas intervijas palīdzību. Iegūtie dati tika papildināti ar sesiju laikā veiktajiem kustību kvalitāšu novērojumiem pēc Lābana piepūles teorijas.

Pētījuma izlasē tika iekļautas 6 pacientes vecumā no 48 līdz 67 gadiem ar hroniskām muguras sāpēm, kuru izcelsme saistīta ar deģeneratīvām nespecifiskām balsta skeleta sistēmas slimībām un stabiliem seku stāvokļiem.

Pētījuma procedūra. Visas pacientes piedalījās 12 deju un kustību terapijas sesijās, kas norisinājās 2 reizes nedēļā (1 individuālā sesija, 11 grupas sesijas).

Teorētiskajā pamatojumā ir aprakstīts sāpju biopsihosociālais fenomens, J. Kulberga izstrādātais psihosomatiskais modelis, kā arī E. Dīnera (*Ed Diener*) subjektīvās labklājības jēdziens. Plānojot deju un kustību terapijas procesu, autore izvēlējusies izmantot K. Šmaisas (*Claire Schmais*) izpratni par deju un kustību terapijas grupu attīstības stadijām, B. Mīkumas (*Bonnie Meekums*) izpratni par grupas attīstības posmiem, izmantojusi arī M. Čeisas (*Marian Chace*) pieeju un vingrinājumus, L. Espenakas (*Liljan Espenak*) aprakstītos integrācijas aspektus, kā arī I. Jaloma (*Irvin Jalom*) skatījumu uz grupas dalībnieku sociālās uzvedības stiliem un savstarpējo mijiedarbību.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Deju un kustību terapijas beigās pēc Vizuālo analoģu skalas sāpju intensitāte visām pacientēm bija samazinājusies vidēji par 44%. Spriežot pēc pacienšu intervijas datiem un kustību novērošanas rezultātiem, deju un kustību terapija pozitīvi ietekmē hronisku muguras sāpju pacientu subjektīvo psiholoģiskās labklājības izjūtu: ir uzlabojies ķermeņa paštēls, mazinājušies ēšanas traucējumi, labāk apzināti savi personīgie resursi – aspekti, kurus pašas pacientes ir izvēlējušās terapijas gaitā izpētīt un uzlabot. Kā tas raksturīgs kvalitatīviem pētījumiem, iegūtos rezultātus nav iespējams pārliecinoši vispārināt attiecībā uz citu hronisku muguras sāpju pacientu pieredzi.

Deju kustību terapijas ietekme uz ķermeņa tēlu 14–15 gadus vecām meitenēm ar stājas traucējumiem

Darba autore Kristiāna Kalniņa, darba zinātniskā vadītāja Indra Majore-Dūšele. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, ķermeņa tēls, ķermeņa tēla distress, bērna attīstība, pusaudžu vecumposms, ķermeņa stāja, stājas traucējumi.

Pētījuma mērķis ir izmantot deju un kustību terapijas metodes un izpētīt to efektivitāti, lai mazinātu ķermeņa tēla distressu 14–15 gadus vecām meitenēm ar stājas traucējumiem. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma jautājumi:

1. Vai deju un kustību terapija ietekmē ķermeņa tēla distressu?
2. Vai deju un kustību terapija ietekmē stājas biometriskos mērījumus?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) ķermeņa stājas antropometrisko parametru simetrijas noteikšana ar antropometru un stājas tipa vērtējums pēc prof. A. Biežiņa metodes (veica RSU AAI laboratorija doc. S. Umbraško vadībā);
- 2) ķermeņa tēla distressa situāciju aptaujas anketa (SIBID) (*The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria*) (Cash, 2002), Latvijā metodi 2008. gadā adaptējusi I. Vāverniece;
- 3) anketa ar 2 jautājumiem kvalitatīvai datu apstrādei.

Pētījuma izlasē tika iekļautas 64 meitenes vecumā no 14–15 gadiem, kuras mācās vispārīgglītojošā pamatskolā.

Pētījuma procedūra. Visas 64 dalībnieces ar nejaušās atlases metodi tika sadalītas 2 grupās: kontrolgrupā ($n = 34$) un eksperimentālajā grupā ($n = 30$). Eksperimentālā grupa savukārt tika sadalīta 3 apakšgrupās, un to dalībnieces piedalījās 10 deju un kustību terapijas sesijās 5 nedēļas, 2 reizes nedēļā. Vienas sesijas ilgums bija 80 minūtes.

Teorētiskajā pamatojumā ir analizēti ķermeņa tēla un ķermeņa tēla distresa jēdzieni, pētīta psihe saistība ar ķermeņa izpausmēm, bērna attīstība un pusaudžu vecumposms, kā arī literatūra par stājas traucējumiem un deju un kustību terapijas iespējām, risinot šo problēmu. Pamatā izvēlēts balstīties uz T. Keša (*Thomas Cash*) kognitīvās attīstības modeli. Plānojot deju un kustību terapijas procesu, tika pielietota integratīvi eklektiskā pieeja, apvienojot psiholoģiskās metodes ar uz ķermeni orientētām tehnikām. Grupas dinamika vērtēta pēc deju terapeites K. Šmaisas (*Claire Schmais*) grupu attīstības teorijas. Izmantotas M. Čeisas (*Marian Chace*) četras pieejas deju un kustību terapijā. Kustību uzdevumiem un salīdzinošai izvērtēšanai izmantoti R. Lābana (*Rudolf Laban*) piepūles teorijas pamatelementu principi.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Eksperimentālās grupas abi mērījumi ir ļoti līdzīgi un būtiski atšķiras tikai SIBID rādītāji un kakla lordozes (cm) rādītāji, kuri pēc deju un kustību terapijas ir samazinājušies. Nedaudz ir palielinājies arī ķermeņa garums, jo pēc deju un kustību terapijas ķermenis ir vairāk iztaisnojies kā pirms tās, taču atšķirības nav būtiskas. Deju un kustību terapijas metodes samazina pētījumā iesaistītajām meitenēm ķermeņa tēla distresu un rada pozitīvu izmaiņu tendenci stājas biometriskajos rādītājos. Tātad īslaicīga deju un kustību terapija var ietekmēt ķermeņa tēla distresa rādītājus, tos statistiski būtiski samazinot, kā arī ietekmēt ķermeņa stāju, veicinot muskuļu sasprindzinājuma mazināšanos un stājas iztaisnošanos.

Deju un kustību terapijas iespējas psiholoģiskās labklājības veicināšanā otrā tipa cukura diabēta pacientēm pensijas vecumā

Darba autore Inga Žvīgure, darba zinātniskā vadītāja Indra Majore-Dūšele. Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, hroniska saslimšana, psiholoģiskā labklājība, cukura diabēts.

Pētījuma mērķis bija izpētīt deju un kustību terapijas iespējas psiholoģiskās labklājības veicināšanā otrā tipa cukura diabēta pacientēm pensijas vecumā. Pētījumam tika izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekspērimētālais dizains.

Pētījuma jautājums: vai deju un kustību terapija veicina psiholoģisko labklājību otrā tipa cukura diabēta pacientēm pensijas vecumā?

Pētījuma instrumentārijs. Pētījumā izmantoti 2 kvantitatīvie instrumenti:

- 1) cukura diabēta pacientu aptauja (demogrāfiskie dati, daļēji strukturēta intervija);
- 2) psiholoģiskās labklājības skala (*Scales of Psychological Well Being*) (Ryff, 1989). Metodi Latvijā 2001. gadā adaptējusi S. Voitkāne un S. Miezīte.

Pētījuma izlasē tika iekļautas otrā tipa cukura diabēta pacientes pensijas vecumā (65–75 gadi, M = 68). Pacientes slimo ar otrā tipa cukura diabētu 6–8 gadus.

Pētījuma procedūra. Pētījuma dalībnieces tika sadalītas 2 grupās – eksperimentālajā (n = 30) un kontrolgrupā (n = 30). Eksperimentālās grupas dalībnieces piedalījās deju un kustību terapijas nodarbībās, bet kontrolgrupas dalībnieces nodarbojās ar citām fiziskajām aktivitātēm (nūjošanu, vingrošanu u. c.). Pētījuma ietvaros astoņu nedēļu laikā eksperimentālajai grupai notika 12 deju un kustību terapijas sesijas.

Teorētiskajā pamatojumā ir veikta teorētiskās literatūras un pētījumu analīze par psiholoģiskās labklājības jēdzienu un otrā tipa cukura diabēta pacientu garīgās veselības problēmu riska faktoriem, kā arī par deju un kustības terapijas iespējām pacientiem ar hroniskām saslimšanām. Pētījuma kvantitatīvā daļa tika balstīta uz K. Rifa (*Carol Ryff*) multidimensionālo psiholoģiskās labklājības modeli. Deju un kustību terapijas intervences pamatā ir M. Vaithausas (*Mary S. Whitehouse*) teorija par aktīvo iztēli kustībā deju un kustību terapijas procesā un teorija par ķermeņa kontakta izveidi ar savām jūtām, M. Čeisas (*Marian Chace*) teorija par savas personiskās telpas paplašināšanas iespējām, kā arī T. Šūpas (*Trudy Schoop*) teorija par pozitīvāku ķermeņa tēla pieņemšanu. Pētījuma dalībnieku kustību analīze veikta saskaņā ar R. Lābana (*Rudolf Laban*) piepūles teoriju.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Pētījuma rezultāti ļauj secināt, ka ar deju un kustību terapiju ir iespējams veicināt psiholoģisko labklājību otrā tipa cukura diabēta pacientēm pensijas vecumā, kā tā spēj radīt atbilstošu terapeitisku vidi un terapeitiskās intervences, lai palīdzētu otrā tipa cukura diabēta pacientēm sadzīvot ar savu slimību, kā arī spēj mazināt kustību diskomfortu, veicinot sadarbības prasmes un pozitīvas attiecības. Savukārt aktivitātes un dažādas fiziskās nodarbības pašas par sevi otrā tipa cukura diabēta pacientēm psiholoģisko labklājību neietekmē.

2009. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Labklājības izjūtas veicināšana pansionāta iemītniekiem ar deju un kustību terapiju

Darba autore Zanda Lauva, darba zinātniskais vadītājs Kristaps Circenis.
Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: subjektīvā labklājības izjūta, veci cilvēki, gerontoloģija, sociālās aprūpes institūcijas, pansionāti, deju un kustību terapija.

Pētījuma mērķis ir teorētiski izpētīt un praktiski pārbaudīt, vai deju un kustību terapija var ietekmēt labklājības izjūtas līmeni pansionāta iemītniekiem. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma jautājums: vai un cik lielā mērā var mainīties labklājības izjūtas līmenis pansionāta iemītniekiem pēc deju un kustību terapijas sesijām, salīdzinot ar pansionāta iemītniekiem, kam nav bijusi deju un kustību terapija?

Pētījuma instrumentārijs. Subjektīvās labklājības mērījumi ar Dīnera un kolēģu izstrādāto "Apmierinātības ar dzīvi skalu" (*Satisfaction with Life Scale; Diener, Emmons, Larsen & Griffins, 1985*).

Pētījuma izlasē tika iekļauts 41 pensionārs ar kustību traucējumiem (bioloģiskā novecošanās); visi bija viena pansionāta iemītnieki. Eksperimentālajā grupā tika iekļauts 21 dalībnieks, kontrolgrupā – 20. Dalībnieki bija 60–95 gadus veci pensionāri.

Pētījuma procedūra. Eksperimentālā grupa tika sadalīta trijās daļās. Katrai grupai notika 10 deju un kustību terapijas sesijas, kas norisinājās 2 reizes nedēļā, vienas sesijas ilgums bija 60 minūtes.

Teorētiskajā pamatojumā ir analizēta literatūra, kas ir saistīta ar jēdzienu "subjektīvā labklājības izjūta", literatūra par vēlinā brieduma cilvēkiem, kā arī deju un kustību terapijas iespējas darbā, izmantojot L. Espenakas (*Liljan Espenak*) un M. Čeisas (*Marian Chace*) izstrādātās pieejas. Izmantota R. Lābana (*Rudolf Laban*) kustību kvalitāšu analīze, kā arī darbs ar rekvizītiem.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Pēc veiktā deju un kustību terapijas procesa izpētes grupai un kontrolgrupai apmierinātības līmenis palika nemainīgs – mazliet apmierināts ar dzīvi. Nav statistiski nozīmīgas atšķirības starp izlases grupām pirms un pēc deju un kustību terapijas procesa. Neuzrādījās statistiski nozīmīgas sakarības starp apmierinātības ar dzīvi līmeni un subjektīvās labklājības rādītājiem, kā arī starp sociālo kontaktu biežumu un fiziskām aktivitātēm.

Deju un kustību terapijas efektivitāte psiholoģiskās labsajūtas un pozitīva pašvērtējuma veicināšanā sievietēm ar aptaukošanās problēmu

Darba autore Indra Majore-Dūšele, darba zinātniskā vadītāja Inga Millere. Darbs aizstāvēts RSU Mākslinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapijas efektivitāte, psiholoģiskā labsajūta, pašvērtējums, aptaukošanās, emocionālā ešana.

Pētījuma mērķis ir izpētīt deju un kustību terapijas metodes efektivitāti, palīdzot uzlabot psiholoģiskās labsajūtas līmeni un pašvērtējumu sievietēm ar aptaukošanās problēmu. Pētījumam izvēlēta kvantitatīva stratēģija, kvaziekspērimētālais dizains.

Pētījuma jautājumi:

1. Vai ar deju un kustību terapiju var statistiski nozīmīgi uzlabot pašvērtējuma rādītājus sievietēm, kas cieš no aptaukošanās?
2. Vai ar deju un kustību terapijas palīdzību var statistiski nozīmīgi palielināt psiholoģiskās labsajūtas rādītājus sievietēm, kas cieš no aptaukošanās?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) ēšanas uzvedības aptauja, Holande (DEBQ) (*Dutch Eating Behavior Questionnaire*) (Tatjana van Strien, 2002);
- 2) CORE-OM aptauja (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*) (Core System Group, 1998);
- 3) Rozenberga pašcieņas skala (*The Rosenberg Self-esteem Scale*) (Rosenberg, 1989); adaptācijai tika izmantota tiešās tulkošanas metode.

Pētījuma izlasi veidoja 92 sievietes vecumā no 20 līdz 67 gadiem, kas bija iesaistījušās programmā “Svara vērotāji” un kuru ķermeņa masas indekss (ĶMI) > 28.

Pētījuma procedūra. Eksperimentālajai grupai (n = 30) tika piedāvātas 10 deju un kustību terapijas sesijas, kas kopumā norisinājās 5 nedēļas; vienas sesijas ilgums bija 90 minūtes. Savukārt 1. kontrolgrupa (n = 30) nodarbojās ar kādu fizisku aktivitāti, bet 2. kontrolgrupa (n = 32) nebija iesaistīta fiziskās aktivitātēs..

Teorētiskajā pamatojumā tiek skaidrota jēdzienu “psiholoģiskā labsajūta”, “pašvērtējums” un “ķermeņa tēls” attīstība, kā arī ir aprakstīta aptaukošanās problemātika veselības aprūpē un emocionālā ēšana. No deju un kustību terapijas perspektīvas aptaukošanās un ēšanas traucējumu ārstēšanā analizēta B. Evansas (*Blanche Evans*) psihoanalītiskā pieeja, kā arī B. Mīkumas (*Bonnie Meekums*) un K. Blūmas (*Katja Bloom*) pieejas.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Rezultāti parādīja statistiski nozīmīgas atšķirības psiholoģiskās labsajūtas un pašvērtējuma rādītājos pēc deju un kustību terapijas izpētes grupai un nozīmīgu psiholoģisko simptomu samazināšanos (depresija, trauksme, traumas sekas), salīdzinot ar abām kontrolgrupām, kur nebija notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas ne psiholoģiskās labsajūtas, ne pašvērtējuma rādītājos. Vispārējās funkcionēšanas rādītājos nav notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas. Autore secina, ka deju un kustību terapija spēj piedāvāt atbilstošu terapeitisku vidi un terapeitiskās intervences, lai nozīmīgi palīdzētu tai klientu / pacientu grupai, kas cieš no emocionālas ēšanas, aptaukošanās un ēšanas traucējumiem vispār.

Strukturētā deju sievietes pašattieksmes uzlabošanai

Darba autore Sandra Mihailova, darba zinātniskā vadītāja Inga Millere.
Darbs aizstāvēts RSU Mākslinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: deju un kustību terapija, strukturētās dejas, Austrumu dejas, sievietes pašattieksme.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, vai strukturētās dejas bez citiem deju un kustību terapijas nosacījumiem (terapeitiskās attiecības, terapeitiskā vide u. c.) izmaina sievietes pašattieksmi. Pētījumam izvēlēts jaukta tipa dizains.

Pētījuma jautājums: vai atšķiras pašattieksmes rādītāji sievietēm, kuras nodarbojas ar strukturētām dejām (Austrumu dejām), no sievietēm, kuras nodarbojas ar aerobiku, vai no sievietēm, kuras ar fiziskām aktivitātēm nenodarbojas?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) S. Pantiļejeva (*Пантилеев*, 1993) pašattieksmes izpētes metodika, ko savā disertācijā latviešu valodā 1999. gadā adaptējusi S. Jirgena;
- 2) 5 daļēji strukturētas intervijas ar sievietēm, kas dejo Austrumu dejas vairāk nekā gadu.

Pētījuma izlasē tika iekļautas 90 20–30 gadu vecas sievietes, kuras tika sadalītas 3 grupās, katrā 30 sievietes: sievietes, kuras dejo Austrumu dejas ilgāk kā gadu, sievietes, kuras ilgāk kā gadu apmeklē aerobiku, un sievietes, kuras ilgāk kā gadu nekādās regulārās kustību aktivitātēs nepiedalās.

Pētījuma procedūra. Respondentēm tika piedāvāta anketa ar testu: 110 jautājumi un standarta atbilžu lapa. Aizpildītās anketas tika apstrādātas un to rezultāti apkopoti pa pētījuma grupām. Kvalitatīvi tika analizētas 5 daļēji strukturētas intervijas.

Teorētiskajā pamatojumā ir analizēta literatūra par deju un kustību terapiju, tās vēsturi, aprakstīti Austrumu deju terapeitiskie efekti, skaidrots pašattieksmes jēdziens, veidots agrīnā brieduma sieviešu sociālpsiholoģiskais raksturojums.

Terapijas plāna nav.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Strukturētas dejas bez citiem deju un kustību terapijas nosacījumiem (terapeitiskās attiecības, terapeitiskā vide u. c.) neizmaina sievietes pašattieksmi. Gan pozitīvās pašattieksmes, gan negatīvās pašattieksmes ziņā nav statistiski būtisku atšķirību starp sievietēm, kuras dejo, vingro vai nenodarbojas ar fiziskām aktivitātēm. Lai mazinātu sievietes fizisko diskomfortu, strukturētās dejas, t. sk. Austrumu dejas, var tikt izmantotas kā jebkurš fitnesa vai dejošanas veids, taču, lai mazinātu iekšējo diskomfortu, tās ir jāiekļauj deju un kustību terapijas procesā.

Deju un kustību terapijas ietekme ķermeņa tēla distresa izmaiņās onkoloģijas slimniecēm rehabilitācijas periodā

Darba autore Lidija Naumova, darba zinātniskā vadītāja Ināra Krūmiņa. Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: ķermeņa tēls, distress, ķermeņa tēla distress.

Pētījuma mērķis ir izpētīt, kā deju un kustību terapijas metodes ietekmē ķermeņa tēla distresa izmaiņas krūts vēža slimniecēm rehabilitācijas periodā. Pētījumam izmantota kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma jautājums: vai deju un kustību terapija samazina ķermeņa tēla distresa līmeni krūts vēža slimniecēm rehabilitācijas periodā?

Pētījuma instrumentārijs: T. Keša (*Thomas Cash*) izstrādātā ķermeņa tēla distresa situāciju aptauja (SIBID) (*The Situational Inventory of Body Image Dysphoria*) (Cash, 2000).

Pētījuma izlasē tika iekļautas 60 30–50 gadu vecas sievietes ar krūts vēža diagnozi 4–12 mēnešus pēc mastektomijas operācijas.

Pētījuma procedūra. Dalībnieces tika sadalītas izpētes grupā ($n = 30$) un kontrolgrupā ($n = 30$). Savukārt izpētes grupas dalībnieces tika sadalītas divās daļās, un viņas piedalījās 16 grupu sesijās 4 mēnešus.

Teorētiskajā pamatojumā ir veidots konstrukta “ķermeņa tēls” teorētiskais apskats, analizēti jēdzieni “distress” un “ķermeņa tēla distress”, aprakstīta etioloģija saslimstībai ar krūts vēzi, kā arī veidots teorētiskais apskats par iespējamo deju un kustību terapijas pielietojumu somatiskiem pacientiem.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Deju un kustību terapija veicina sava ķermeņa pieņemšanu pēcoperācijas un rehabilitācijas periodā krūts vēža pacientēm un deju un kustību terapija mazina ķermeņa tēla distressu.

Kreativitātes resursu paaugstināšanas iespējas ar buto dejas terapijas metodēm jauniešiem

Darba autore: Simona Orinska, darba zinātniskā vadītāja Māra Vidnere.
Darbs aizstāvēts RSU Mākslinību fakultātē 2009. gadā.

Atslēgvārdi: jaunieša vecums, deju un kustību terapija, buto deja, kreativitāte, kreativitātes resursi, pašcieņa, kinestētiskās spējas, intrapersonālās spējas.

Pētījuma mērķis ir izpētīt kreativitātes resursu un pašcieņas paaugstināšanas iespējas jauniešiem, izmantojot buto dejas terapijas metodes. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma jautājumi:

1. Vai buto dejas terapija veicina kreativitātes resursu un pašcieņas paaugstināšanos?
2. Vai buto dejas terapija veicina daudzpusīgo spēju komponentes (kinestētisko un intrapersonālo)?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Tests “Izvērtē savus kreativitātes resursus” (*Torrance Test of Creativity*) (*Torrance, 1962*);
- 2) M. Rozenberga pašcieņas aptauja (*M. Rosenberg Self Esteem Scale*) (*Rosenberg, 1965*);
- 3) daudzpusīgo spēju tests (*Multiple Intelligences Test*) (*Gardner, 1983*).

Pētījuma izlasi veido vidusskolēni vecumā no 16 līdz 19 gadiem.

Pētījuma procedūra. Pētījuma dalībnieki, kas tika iekļauti izpētes grupā ($n = 30$), piedalījās 15 deju un kustību terapijas sesijās 2 mēnešu garumā. Vienas sesijas ilgums bija 90 minūtes. Kontrolgrupas dalībnieki ($n = 30$) deju un kustību terapijas sesijās nepiedalījās.

Teorētisko pamatojumu veido humānistiski fenomenoloģiskā pieeja, zinātniskās literatūras analīze par kreativitāti, pašcienu, intrapersonālo, kinestētisko inteliģenci, deju un kustību terapiju, buto dejas terapiju. Deju un kustību terapijā izmantota uz klientu centrētā pieeja, buto dejas tehnikas, kā arī improvizācijas un kontaktimprovizācijas tehnikas.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Buto dejas terapija veicina daudzpusīgo spēju komponentes (kinestētisko un intrapersonālo). Buto dejas ietekmē paaugstināšanās tendence redzama kreativitātes resursu mērījumos, pašcieņas rezultātos nav būtisku izmaiņu.

Ķermeņa tēla distresa samazināšana ar deju un kustību terapiju sievietēm ar aptaukošanos un emocionālo ēšanu

Darba autore Ieva Vāverniece, darba zinātniskā vadītāja Inga Millere.
Darbs aizstāvēts RSU Māszinību fakultātē 2009. gadā.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, vai deju un kustību terapija samazina ķermeņa tēla distresu sievietēm ar aptaukošanos un emocionālo ēšanu. Pētījumam izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, kvaziekperimentāls dizains.

Pētījuma jautājums: vai deju un kustību terapija samazina ķermeņa tēla distresu sievietēm ar aptaukošanos, kurām raksturīga emocionālā ēšana?

Pētījuma instrumentārijs. Pētījumā izmantotas divas aptaujas, kuru adaptācija veikta pēc testu adaptācijas vadlīnijām (*Oakland*, 2000), izmantota tiešā tulkšanas metode:

- 1) ēšanas uzvedības aptauja, Holande (DEBQ) (*Dutch Eating Behavior Questionnaire*) (*Tatjana van Strien*, 2002);
- 2) situatīvā aptauja par ķermeņa tēla distresu (SIBID) (*The Situational Inventory of Body Image Dysphoria*) (*Cash*, 2000).

Pētījuma izlasi veidoja sievietes, kuras ietur diētu programmas “Svara vērotāji” ietvaros. Visām pētījuma dalībniecēm ķermeņa masas indekss (ĶMI) bija > 28 un visām bija raksturīga emocionālā ēšana.

Pētījuma procedūra. Eksperimentālajā grupā (n = 30) tika iekļautas dalībnieces, kuras apmeklēja deju un kustību terapiju, 1. kontrolgrupā (n = 32) – dalībnieces, kuras nodarbojas ar kādu fizisku aktivitāti, bet 2. kontrolgrupā (n = 30) – dalībnieces, kuras nenodarbojas ar fiziskām aktivitātēm. Nevienā no kontrolgrupām dalībnieces neapmeklēja deju un kustību terapiju. Eksperimentālās grupas dalībnieces tika sadalītas 4 apakšgrupās, katrai no tām tika novadītas 10 grupas sesijas, kas notika 2 reizes nedēļā. Vienas sesijas ilgums bija 90 minūtes.

Teorētiskajā pamatojumā ir veikta koncepta “ķermeņa tēla distress” izpēte, kā arī tiek noskaidroti pamatjautājumi par ķermeņa tēla distresa veidošanos. Tiek skaidrots jēdziens “emocionālā ēšana”, tā izpēte tiek veikta, balstoties

psihosomatiskajā pieejā. Pētījuma teorētisko daļu autore noslēdz ar deju un kustību terapijas raksturojumu, kura pamatā ir teorētiskās nostādnes un pētījumi par deju un kustību terapiju darbā ar ēšanas traucējumiem, kā arī ar ķermeņa tēlu un tā distresu saistītiem jautājumiem. Deju un kustību terapijas procesā tika izmantota interaktīva pieeja, kombinējot direktīvas un nedirektīvas metodes.

Terapijas plāns ir.

Galvenie rezultāti un secinājumi. Ķermeņa tēla distresa mērījums eksperimentālajā grupā pēc īstermiņa deju un kustību terapijas programmas uzrāda statistiski nozīmīgu pazemināšanos. Tā kā deju un kustību terapijas programma tika realizēta sievietēm, kuras ietur diētu, var secināt, ka ietekmi uz ķermeņa tēla izjūtu atstāj arī iespējamais svara zudums, taču pētījuma rezultāti to neuzrāda. Respondentu skaits visās grupās pētījuma gaitā samazinās. Tā kā aprēķini liecina par izmaiņām salīdzinošajos mērījumos starp sākotnējo un vēlāko izlasi, var secināt, ka izlases lielums ietekmē rezultātus.

PĀRSKATS PAR MĀKSLAS TERAPIJAS PROFESIONĀLĀ MAĢISTRA STUDIJU PROGRAMMAS MŪZIKAS TERAPIJAS SPECIALIZĀCIJĀ AIZSTĀVĒTAJIEM MAĢISTRA DARBIEM LAIKPOSMĀ NO 2006. LĪDZ 2013. GADAM

Sanita Šuriņa, Džoanna Eglīte, Kristīne Mārtinsonsone

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Rīgas Stradiņa universitātē mākslu terapijas studiju programma tiek realizēta kopš 2006. gada. Mūzikas terapija ir viena no mākslu terapijas specializācijām, kurā klientu / pacientu daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai, individuāli vai grupā, terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā izmanto mūziku un tās izteiksmes līdzekļus, muzicēšanas tehnikas un darbības domu, priekšstatu, pārdzīvojumu, jūtu, emociju, vajadzību problēmu utt. izpausmei un refleksijai, lai nonāktu pie izmaiņām emocionālajā stāvoklī un domāšanas veidā, pie pilnīgākas fiziskas, emocionālas un sociālas integrācijas [Paipare, 2011, 340].

Mūzikas terapija līdzās citām mākslu terapijas specializācijām (vizuāli plastiskās mākslas terapija, deju un kustību terapija, drāmas terapija) ir salīdzinoši jauna veselības aprūpes joma Latvijā. Par mūzikas terapeitu var strādāt pēc profesionālā maģistra grāda veselības aprūpē iegūšanas.

Studiju laikā maģistranti paplašina savas zināšanas un iegūst pētnieciskā darba pieredzi, atbilstoši studiju programmas izvirzītajām prasībām un izvēlētajai darbības jomai. Lai iegūtu maģistra grādu veselības aprūpē un kvalifikāciju mākslas terapeits ar specializāciju mūzikas terapijā, topošajam speciālistam ir jāizstrādā maģistra darbs – patstāvīgs pētnieciskais darbs.

Pētījuma mērķis

Pētījuma mērķis ir apkopot informāciju par mūzikas terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem no 2006. līdz 2013. gadam. Kopumā šajā laikposmā ir aizstāvēti 10 maģistra darbi – 2010. gadā četri darbi, 2011. gadā trīs darbi un 2013. gadā trīs darbi.

Pētījuma jautājumi

- Kādi pētījumu dizaini tika izmantoti?
- Kādas bija izvēlētās pētāmās pazīmes?

- Kādās darba vidēs pētījumi tika izstrādāti?
- Kas bija pētījumu dalībnieki (vecuma grupas, diagnozes)?
- Kādi ir pētījumu rezultāti un secinājumi?
- Kādi ir ieteikumi turpmākajiem pētījumiem?

Pētījuma metode

Pētījums ir veidots kā aizstāvēto maģistra darbu pārskats. Darbā analizēta pētījumu stratēģija un dizains, pētāmās pazīmes, darba vide, pacientu grupas, apkopoti pētījumu rezultāti un secinājumi, kā arī norādīti ieteikumi turpmākajiem pētījumiem.

Rezultāti

Pētījumu dizains

Pētījumos pamatā izvēlēta kvantitatīvā stratēģija – 70% gadījumu, savukārt kvalitatīvā stratēģija izmantota 30% gadījumu. Pētījumos, kuros izvēlēta kvantitatīvā stratēģija, visbiežāk izmantotais pētījuma dizains ir kvaziekspiments – 86% gadījumu. Visos pētījumos, kuros izvēlēta kvalitatīvā stratēģija, izmantota gadījumu analīze.

Maģistra darba pētījumi ir veikti studiju procesā, maģistra darba izstrādei atvēlētajā laikā. Darba izstrāde ietver vairākas secīgas darbības: iepazīt pētnieciskajām idejām atbilstošu literatūru, veidot literatūras sarakstu, pamatot pētījuma ideju un aktualitāti, formulēt problēmu, mērķi, pētījuma jautājumu / hipotēzi, izstrādāt pētījuma metodoloģiju un saņemt RSU Ētikas komitejas atļauju pētījuma veikšanai. Atbilstoši maģistra studiju programmas “Mākslas terapija” īstenotajam studiju grafikam vairumā gadījumu pētījuma praktiskā daļa noritējusi maģistra studiju trešajā gadā jeb piektajā semestrī. Pētījuma praktiskā daļa 70% gadījumu izstrādāta divu līdz triju mēnešu laikā, 20% gadījumu – piecu līdz sešu mēnešu laikā, bet 10% gadījumu – mēneša laikā.

Vairumā pētījumu mūzikas terapijas sesiju ilgums bijis no 30 līdz 60 minūtēm, 2–3 reizes nedēļā. Būtiski atšķirīgs mūzikas terapijas sesiju plānojums ir divos pētījumos: vienā pētījumā praktiskā daļa sastāv no diviem posmiem, pirmais pētījuma posms ir veikts Vācijā, kur pētījuma dalībnieki katru dienu ir piedalījušies trijās mūzikas terapijas sesijās 10 dienas pēc kārtas, savukārt pētījuma otrajā posmā, kas ir realizēts Latvijā, pētījuma dalībnieki katru dienu piedalījās divās mūzikas terapijas sesijās 15 dienas pēc kārtas. Otrā pētījumā katrs pētījuma dalībnieks saņēma 15 minūšu garas mūzikas terapijas sesijas trīs dienas pēc kārtas.

Pētāmās pazīmes

Maģistra darbos pētīta mūzikas terapijas ietekme uz paliatīvās aprūpes pacientu iekšējās saskaņas izjūtu; muzikālās komunikācijas prasmēm bērniem ar garīgās attīstības traucējumiem; pulsa un asiņu piesātinājuma līmeņa ar skābekli

izmaiņām jaundzimušajiem; telpiskās orientācijas spējām vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem; šizofrēnijas pacientu subjektīvo labklājību; dzīves kvalitāti un kognitīvajām spējām vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci; psoriāzes un atopiskā dermatīta pacientu slimības rādītājiem; sociālo mijiedarbību bērniem ar autismu; agresivitāti pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem.

Darba vide

Atbilstoši profesijas standartam [MK noteikumi Nr. 461] mākslas terapeits strādā veselības, izglītības vai sociālās aprūpes jomā, veicot savu profesionālo darbību patstāvīgi, multiprofesionālas vai daudzdisciplināras komandas sastāvā. Studiju procesā maģistrantam ir iespēja iepazīt katru no minētajam darba vidēm un izvēlēties, kurā no tām veikt pētniecisko darbu.

Maģistra darbos pētījumi par mūzikas terapijas izmantošanu veikti (sk. 1. att.):

- veselības aprūpes iestādēs – 40% gadījumu (Bērnu kliniskā universitātes slimnīca, Jelgavas reģionālā slimnīca, Vācijas dermatoloģijas klinika *Schloss Friedensburg*, Latvijas Onkoloģijas centrs, Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs);
- izglītības iestādēs – 40% gadījumu (Speciālā pirmsskolas izglītības iestāde bērniem ar redzes traucējumiem, Rīgas speciālā internātpamatskola, Jelgavas speciālā internātpamatskola);
- sociālās palīdzības / aprūpes iestādēs – 20% (Ilgstošas sociālās aprūpes centrs).

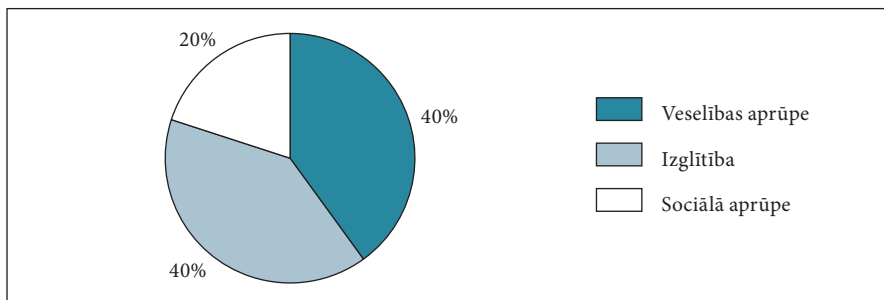
Pētījumu dalībnieki

Pētnieciskais darbs veikts gan grupu, gan individuālās mūzikas terapijas sesijās. 40% gadījumu pētījumi veikti, strādājot individuāli, bet 60% gadījumu – grupā. Dalībnieku skaits pētījumos variē no 5 līdz 72 dalībniekiem. Ņemot vērā mūzikas terapijas intervenču dažādo pielietojumu, šo terapijas veidu ir iespējams pielāgot klientiem / pacientiem ar būtiski atšķirīgu fizisko un psihoemocionālo stāvokli visās vecumgrupās. Pētījumu dalībnieku vecums ir no 28.–35. gestācijas nedēļas jaundzimušajiem, līdz pat 93 gadu vecumu sasniegušiem senioriem. Visos pētījumos, kuros lietota mūzikas terapija grupā, ir veidotas heterogēnas grupas. 30% pētījumu, kuros bijis iesaistīts lielāks dalībnieku skaits, notikusi arī izteiktāka pētījuma dalībnieku izstāšanās no pētījuma (saistīts gan ar pašu dalībnieku motivācijas trūkumu, gan ar dažādiem ārējiem apstākļiem, piemēram, izrakstīšanās no stacionāra, vai sadzīviska rakstura problēmām).

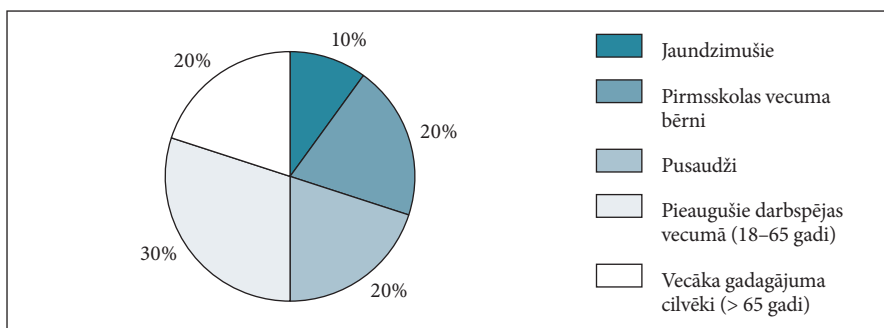
Pētījumu iedalījums pēc pacientu / klientu diagnozes: priekšlaikus dzimuši bērni (10%), vājredzīgi un neredzīgi bērni (10%), bērni ar garīgās attīstības traucējumiem (10%), bērni ar autismu (10%), pusaudži ar uzvedības traucējumiem (10%), psoriāzes un atopiskā dermatīta pacienti (10%), šizofrēnijas slimnieki (10%), onkoloģiskie slimnieki (10%), pacienti ar vaskulāro demenci (20%).

Pētījumu iedalījums pēc pacientu / klientu vecuma grupām: jaundzimušie (10%), pirmsskolas vecuma bērni (20%), pusaudži (20%), pieaugušie darbaspējas vecumā (18–65 gadi) (30%), vecāka gadagājuma cilvēki (> 65 gadi) (20%).

Visvairāk ir to maģistra darbu (30%), kuros pētīta mūzikas terapijas ietekme uz pieaugušajiem, vienāds skaits maģistra darbu pētījumu (20%) ir veltīti pirmsskolas vecuma bērniem, pusaudžiem un vecāka gadagājuma cilvēkiem (sk. 2. att.). Savukārt 10% darbu ir pētīta mūzikas terapijas izmantošana darbā ar priekšlaikus dzimušiem bērniem. Šādu pētījumu iedalījumu pēc vecuma grupām var skaidrot ar pētījumu autoru turpmākajām profesionālajām interesēm, gan arī ar pētījuma izlašu veidošanas iespējām.



1. attēls. Pētījumu iedalījums (procentuāli) pēc darba vides



2. attēls. Pētījumu dalībnieku iedalījums (procentuāli) pēc vecuma grupām

Secinājumi

Veiktie pētījumi aptver gan dažādas profesionālās darba vides (veselības aprūpe, sociālā aprūpe, izglītība), gan dažādus vecumposmus. Mūzikas terapijas studentu izstrādātie maģistra darbi prezentē aktuālās tēmas mūzikas terapijas specializācijā, kā arī raksturo profesijas attīstību Latvijā.

Visos analizētajos maģistra darbu pētījumos novērota mūzikas terapijas ietekme dažādās klientu / pacientu grupās: ir konstatētas nozīmīgas izmaiņas dažādu simptomu mazināšanā, kā arī dažādu psihisko stāvokļu uzlabošanās.

Apkopojot pētījumu rezultātus, var secināt, ka ir novērota pozitīva mūzikas terapijas ietekme uz:

- paliatīvās aprūpes pacientu iekšējās saskaņas izjūtu;
- muzikālās komunikācijas prasmēm bērniem ar garīgās attīstības traucējumiem;
- pulsa un asiņu piesātinājuma līmeņa ar skābekli izmaiņām jaundzimušajiem;
- telpiskās orientācijas spējām vājdredzīgiem un neredzīgiem bērniem;
- šizofrēnijas pacientu subjektīvo labklājību;
- dzīves kvalitāti un kognitīvajām spējām vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci;
- psoriāzes un atopiskā dermatīta pacientu slimības rādītājiem;
- sociālo mijiedarbību bērniem ar autismu;
- agresivitāti pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem.

Gandrīz visos darbos ir norādītas grūtības un ierobežojumi, ar kādiem maģistranti ir sastapušies, veicot pētījumu (tādi nav minēti trijos darbos, tomēr maz ticams, ka tādi nav bijuši):

- grūtības un ierobežojumi, kas saistīti ar katra pētījuma specifiku un neparedzamiem ārējiem faktoriem;
- ierobežojumi saistībā ar pētījumam atvēlēto laiku;
- grūtības pētījumu dalībnieku izlases veidošanā, kas saistītas ar veselības aprūpes sistēmu un klientu / pacientu uzturēšanās ilgumu stacionāros;
- grūtības saskaņot mūzikas terapiju grupā ar tās dalībnieku darba laiku un iespējām piedalīties visās sesijās;
- grūtības veikt randomizāciju (piedalīšanās mūzikas terapijas sesijās ir brīvprātīga un dalībai piesakās dalībnieki, kas ir motivēti pārmaiņām);
- finansiālu apstākļu radītie ierobežojumi.

Ieteikumi

Visos maģistra darbos ir ieteikts turpināt pētījumus ar iepriekš minētajām klientu / pacientu grupām, lai noskaidrotu mūzikas terapijas iespējas mazināt klientu / pacientu problēmas. Ieteikts veikt gan kvalitatīvus, gan kvantitatīvus pētījumus katras izvirzītās tēmas plašākai izpētei, kā arī rezultātu nostiprināšanai, jo visos maģistra darbu pētījumos mūzikas terapija ir izmantota kā īstermiņa interence, kas parāda mūzikas terapijas rezultātus īsā laika periodā, taču neļauj gūt pilnīgu priekšstatu par mūzikas terapijā gūto rezultātu noturību ilgākā laikposmā.

Tādēļ, lai pamatojoties uz pierādījumiem, nostiprinātu mūzikas terapijas profesijas izveidi un attīstību Latvijā, pētījumu autoriem būtu vēlams nākotnē piedalīties pētnieciskajos projektos, veikt longitudinālus pētījumus, lai iegūtu rezultātus un secinājumus par mūzikas terapijas procesa rezultātu noturību.

Nobeigums

Neskatoties uz to, ka mūzikas terapija ir salīdzinoši jauna profesija mūsu valstī, gūstot pierādījumus par tās efektivitāti, arvien nostiprinās tās pozīcijas veselības aprūpē, sociālajā aprūpē un speciālajā izglītībā. Tomēr, lai turpinātu veiksmīgu profesijas tālāku attīstību, maģistra darbu autori bieži uzsver nepieciešamību turpināt informēt ārstniecības, sociālās aprūpes un izglītības iestāžu vadītājus un personālu, ka arī klientus / pacientus par mūzikas terapijas metožu pielietošanas iespējām un efektivitāti dažādu simptomu mazināšanā, fiziskā un psihoemocionālā stāvokļa uzlabošanā. Vairumā darbu ieteikta mūzikas terapeitu iekļaušana multiprofesionālas komandas sastāvā iepriekš minētajās institūcijās.

Literatūra

1. Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību". 2. pielikums "Profesiju standarti".
2. Paipare M. Mūzikas terapija // Mākslu terapija / Sast. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2011. – 432 lpp.

2010.–2013. gadā aizstāvētie maģistra darbi mūzikas terapijā

1. Heinsberga I. (2010) Mūzikas terapija iekšējās saskaņas izjūtas izmaiņās paliatīvās aprūpes pacientiem. Darba vadītāja I. Millere. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
2. Kunce J. (2013) Muzikālās komunikācijas prasmju paaugstināšana mūzikas terapijā bērniem ar vidēji smagiem garīgās attīstības traucējumiem. Darba vadītāja M. Paipare. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
3. Leja M. (2013) Sirds pulsa ātruma un skābekļa piesātinājuma līmeņa arteriālajās asinīs izmaiņas mūzikas terapijas laikā un pēc tās priekšlaicīgi dzimušajiem perinatālās aprūpes centrā. Darba vadītāja M. Paipare. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
4. Misjūne S. (2010) Orientācijas spēju attīstīšana telpā vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem ar mūzikas terapiju. Darba vadītājs K. Circenis. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
5. Ozoliņa K. (2010) Subjektīvās labklājības izmaiņas šizofrēnijas pacientiem pēc mūzikas terapijas. Darba vadītāja B. Kupča. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
6. Skripka J. (2011) Mūzikas terapija subjektīvās dzīves kvalitātes rādītāju paaugstināšanā vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci. Darba vadītājs J. Zaļkalns. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
7. Zariņa Dz. (2011) Mūzikas medicīniskās rezonanses terapijas ietekme uz psoriāzes un atopiskā dermatīta pacientu slimības rādītājiem dinamiskā un viņu emocionālo stāvokli. Darba vadītājs J. Ķīsis. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
8. Zaula S. (2011) Mūzikas terapija kognitīvo spēju uzlabošanai vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci. Darba vadītājs J. Zaļkalns. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
9. Zunda-Kuplā I. (2010) Mūzikas terapijas efektivitāte sociālās mijiedarbības veicināšanā bērniem ar autismu. Darba vadītāja S. Barsinēviča. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.
10. Žigure A. (2013) Mūzikas terapija agresijas mazināšanā pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem. Darba vadītāja M. Paipare. Npublicēts darbs, pieejams RSU bibliotēkā.

2010.–2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas mūzikas terapijā

2013. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Muzikālās komunikācijas prasmju paaugstināšana mūzikas terapijā bērniem ar vidēji smagiem garīgās attīstības traucējumiem

Darba autore Jolanta Kunce, darba vadītāja Mirdza Paipare.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Pētījuma mērķis ir pārbaudīt, vai mūzikas terapija spēj paaugstināt muzikālās komunikācijas prasmes bērniem ar vidēji smagiem garīgās attīstības traucējumiem.

Pētījuma dizains: kvantitatīvs pētījums ar kvalitatīvi eksperimentālu pētījuma dizainu.

Pētījuma instrumentārijs: Nordofa un Robinsa komunikācijas skalas: instrumentu spēle, vokalizācija un kustība dalībnieku savstarpējas muzicēšanas laikā.

Pētījuma izlase. Pētījums tika veikts Rīgas speciālajās skolās sadarbībā ar skolu ārstniecisko personālu un skolotājām. Pēc skolas ārstu ieteikuma un vecāku parakstītajām atļaujām piedalīties pētījumā tika atlasīti 44 bērni 7 līdz 12 gadu vecumā ar vidēji smagiem garīgās attīstības traucējumiem. Atbilstoši kritērijiem pētījumā tika iekļauti 44 bērni – 22 bērni izpētes un 22 bērni kontrolgrupā. Izpētes grupa piedalījās 10 mūzikas terapijas sesijās, kā arī divās izvērtēšanas / novērtēšanas sesijās. Kontrolgrupa nepiedalījās citās alternatīvās terapijās, bet piedalījās izvērtēšanas un novērtēšanas sesijās mūzikas terapijā, kuru laikā notika videoieraksts, un pēc šī ieraksta tika veikta to analīze.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Pētījums pierādīja, ka mūzikas terapijas ietekmē bērniem ar vidēji smagiem garīgās attīstības traucējumiem uzlabojās muzikālā komunikācija grupā. Ņemot vērā pētījuma rezultātus, pēc mūzikas terapijas aprēķinot t kritēriju starp izpētes un kontrolgrupu, pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības eksperimentālajai grupai ($p > 0,05$), turpretī kontrolgrupas rezultāti uzrāda statistiski nenozīmīgas izmaiņas. Salīdzinot vidējos rādītājus, var redzēt, ka izpētes grupai tas ir augstāks ($M = 3,04$) nekā kontrolgrupai ($M = 2,0$).

Sirds pulsa ātruma un skābekļa piesātinājuma līmeņa arteriālajās asinīs izmaiņas mūzikas terapijas laikā un pēc tās priekšlaicīgi dzimušajiem perinatālās aprūpes centrā

Darba autore Monta Leja, darba vadītāja Mirdza Paipare, konsultante Inese Medvecka.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Pētījuma mērķis ir noteikt sirds pulsa frekvences (PF) izmaiņas un skābekļa piesātinājuma arteriālajās asinīs (SpO_2) izmaiņas mūzikas terapijas laikā un pēc tās priekšlaicīgi dzimušajiem.

Pētījuma hipotēzes:

- Mūzikas terapijas laikā priekšlaicīgi dzimušajiem samazinās PF.
- Pēc mūzikas terapijas priekšlaicīgi dzimušajiem bērniem ir samazināta PF.
- Mūzikas terapijas laikā priekšlaicīgi dzimušajiem bērniem paaugstinās SpO_2 .
- Pēc mūzikas terapijas priekšlaicīgi dzimušajiem bērniem ir augstāks SpO_2 .
- Šūpuļdziesmas dziedāšana (vokalizēšana) priekšlaicīgi dzimušajiem ir efektīvāka nekā ierakstītu šūpuļdziesmu atskaņošana.

Pētījuma dizains: kvantitatīvs pētījums ar šķērsriezuma dizainu.

Pētījuma instrumentārijs: fizioloģiskie dati (PF, SpO_2) ievākti, izmantojot “Massimo” firmas pulsoksimetru “Radical-7”.

Pētījuma izlase. Liepājas reģionālās slimnīcas Jaundzimušo patoloģijas un intensīvās terapijas nodaļā un BKUS Neonatoloģijas klīnikā 19 priekšlaicīgi dzimuši bērni.

Atlases kritēriji: 1) dzimšanas vecums 28–35 gestācijas nedēļas; 2) svars no 800 g līdz 2,5 kg; 3) stabils kliniskais stāvoklis; 4) bez skābekļa terapijas; 5) vecāku piekrišana un parakstīta vienošanās par mūzikas terapijas pielietošanu un iegūto rezultātu iekļaušanu pētījumā.

Izslēgšanas kritēriji pētījuma izlasei: 1) nestabils kliniskais stāvoklis; 2) smagas iedzimtas anomālijas, kas var ietekmēt neiroloģisko attīstību; 3) zarnu problēmas, piemēram nekrotiskais enterokolīts (NEK); 4) skābekļa terapija; 5) hiperreaģēšana uz mūziku; 6) nedzirdība.

Pētījuma rezultāti un secinājumi:

- Pētījumā noskaidrots, ka nav statistiski nozīmīgu skābekļa piesātinājuma izmaiņu priekšlaicīgi dzimušu bērnu arteriālajās asinīs mūzikas terapijas laikā (gan šūpuļdziesmas vokalizēšanas, gan šūpuļdziesmas atskaņošanas) un pēc tās.
- Pastāv statistiski nozīmīgas izmaiņas priekšlaicīgi dzimušo sirds pulsa frekvences vidējos rādītājos gan šūpuļdziesmas vokalizēšanas, gan šūpuļdziesmas atskaņošanas laikā un arī 30 minūšu periodā pēc tām. Hipotēzes attiecībā uz sirds pulsa frekvences rādītājiem mūzikas terapijas laikā un

pēc tās apstiprinājās – gan šūpuļdziesmu vokalizēšana, gan šūpuļdziesmu atskaņošana priekšlaicīgi dzimušajam var pazemināt sirds pulsa frekvenci. Aprēķinātie t testa dati rāda, ka, salīdzinot PF rādītājus kontroles datiem un PF rādītājus mūzikas terapijas sesijas laikā, pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības – mūzikas terapijas laikā PF statistiski nozīmīgi samazinājās. Tas notiek gan šūpuļdziesmas vokalizēšanas ($p = 0,002$), gan ierakstītas šūpuļdziesmas atskaņošanas ($p = 0,006$) rezultātā. Nav statistiski nozīmīgas atšķirības ($p = 0,496$) starp šiem diviem intervenču veidiem – gan vokalizēšana, gan atskaņošana veicina PF samazināšanos.

- Nav būtiskas atšķirības ($p = 0,906$) starp šūpuļdziesmas vokalizēšanu un šūpuļdziesmas atskaņošanu, kaut sākumā tika izvirzīta hipotēze, ka šūpuļdziesmas vokalizēšana varētu būt nomierinošāka, nekā ierakstītas šūpuļdziesmas atskaņošana. Pētījuma rezultāti parādīja, ka šūpuļdziesmu atskaņošana priekšlaicīgi dzimušajiem arī var būt nomierinoša. Arī pēc mūzikas terapijas PF izmaiņas paliek statistiski nozīmīgas – šūpuļdziesmas vokalizēšanas gadījumā $p = 0,002$, bet ierakstītas šūpuļdziesmas atskaņošanas gadījumā – $p = 0,001$.

Ņemot vērā pētījuma rezultātus, var secināt, ka būtu vēlams iekļaut mūzikas terapeitus perinatālās aprūpes multidisciplinārās komandas sastāvā.

Mūzikas terapija agresijas mazināšanā pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem

Darba autore Aiva Žigure, darba vadītāja Mirdza Paipare, konsultante Anda Upmale.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2013. gadā.

Pētījuma mērķis ir pārbaudīt, vai mūzikas terapija mazina agresiju pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem.

Pētījuma dizains: kvantitatīvs pētījums ar kvaziekspērimētālu dizainu.

Pētījuma instrumentārijs: Agresijas aptauja (*Aggression Questionnaire*, Buss, Perry, 1992), kas ir tulkota latviešu valodā un adaptēta latviešu izlasei (Gaitniece-Putāne, 2008).

Pētījuma izlase. Pētījums tika veikts, sadarbojoties ar Jelgavas speciālo internātpamatskolu un Rīgas speciālo internātpamatskolu. Pēc Agresijas aptaujas aizpildīšanas tika atlasīti 58 pusaudži vecumā no 13 līdz 16 gadiem ar diagnozi Uzvedības traucējumi (F91) vai Jaukti uzvedības un emocionālie traucējumi (F92). Izpētes grupā tika iekļauti 28 ($n = 28$), bet kontrolgrupā 30 ($n = 30$) dalībnieki.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Apkopojot rezultātus, redzams, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības izpētes grupā pirms un pēc mūzikas terapijas visās aptaujas skalās. Aplūkojot aprakstošās statistikas rādītājus, redzams, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp pusaudžu agresijas rādītājiem – fizisko agresiju

($t = -0,29$; $p = 0,76$) pirms un pēc mūzikas terapijas, verbālo agresiju ($t = -2,27$; $p = 0,30$) pirms un pēc mūzikas terapijas, dusmām ($t = -3,08$; $p = 0,04$) pirms un pēc mūzikas terapijas, naidīgumu ($t = -1,54$; $p = 0,13$) pirms un pēc mūzikas terapijas un agresijas rādītāju kopumā ($t = -4,67$; $p = 0,00$) pirms un pēc mūzikas terapijas.

2011. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Mūzikas terapija subjektīvās dzīves kvalitātes rādītāju paaugstināšanā vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci

Darba autore Jeļena Skripka, darba vadītājs Jānis Zaļkalns.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Pētījuma mērķis ir izpētīt subjektīvās dzīves kvalitātes rādītāju izmaiņas pēc mūzikas terapijas vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci. Noskaidrot, kādas dzīves kvalitātes rādītājus mūzikas terapija spēj mainīt.

Pētījuma dizains: kvantitatīvs pētījums ar kvaziekperimentālu dizainu.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Mini mentālā stāvokļa izmeklēšanas tests (MMSE) – pētījumam tiek atlasīti pacienti ar viegliem un vidējiem kognitīviem traucējumiem – no 18 līdz 23 punktiem pēc MMSE testa rezultātiem;
- 2) Kornela–Brauna dzīves kvalitātes skala cilvēkiem ar demenci (*Brian R. Ott, Rebecca E. Ready. The Cornell–Brown Scale for Quality of Life in Dementia // Alzheimer Disease and Associated Disorders; An International Journal, 2002; 16 (2): 109–115.*).

Pētījuma izlase. Pētījuma izlasi veidoja cilvēki vecumā pēc 65 gadiem, kuriem ir vaskulārās demences diagnoze un viegli vai vidēji kognitīvie traucējumi. Pētījumā piedalījās 60 cilvēki, kas tika sadalīti divās grupās – izpētes grupā ($n = 30$) un kontrolgrupā ($n = 30$). Visi pētījuma dalībnieki ir veco ļaužu pansionātu pacienti, kas ilgstoši atrodas aprūpes centros.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Kā liecina iegūtie rezultāti, ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp izlašu vidējiem rādītājiem ($p < 0,01$) izpētes grupā pirms un pēc mūzikas terapijas. Tas nozīmē, ka izpētes grupā subjektīvā dzīves kvalitāte pēc mūzikas terapijas ir statistiski nozīmīgi uzlabojusies – aritmētiskais vidējais 1,27 (pirms mūzikas terapijas) un 7,93 (pēc mūzikas terapijas). Savukārt kontrolgrupas subjektīvās dzīves kvalitātes vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi neatšķiras. Tas nozīmē, ka kontrolgrupai subjektīvā dzīves kvalitāte statistiski nozīmīgi neizmainījās, atkārtoti veicot aptauju.

Mūzikas terapijas laikā mūzikas terapijas grupu dalībniekiem uzlabojušās vairākas pazīmes, kas saistītas ar psihosociālo mijiedarbību. Statistiski nozīmīgi uzlabojās mūzikas terapijas grupu dalībnieku iesaistīšanās komunikācijā

ar mūzikas terapietu ($p < 0,01$, aritmētiskais vidējais pirms 2,90 un pēc 3,77), acu kontakta uzturēšana ar mūzikas terapietu ($p < 0,01$, aritmētiskais vidējais pirms 3,00 un pēc 3,57), reakcija uz norādījumiem / uzdevumiem ($p < 0,05$, aritmētiskais vidējais pirms 3,23 un pēc 3,40), uzmanības noturēšana uzdevumu laikā ($p < 0,05$, aritmētiskais vidējais pirms 3,10 un pēc 3,23), kā arī spēja uzņemties iniciatīvu sarunā ($p < 0,01$, aritmētiskais vidējais pirms 2,67 un pēc 3,23). Kaut arī statistiski nozīmīgi nav uzlabojusies pētījuma dalībnieku uzvedības kontrole pēc mūzikas terapijas, tomēr ir novērota tendence šai pazīmei uzlaboties ($p = 0,059$). Nav statistiski nozīmīgi uzlabojusies pētījuma dalībnieku spēja izrādīt atbilstošus afektus.

Apkopojot pētījuma rezultātus, var secināt, ka īslaicīga mūzikas terapija statistiski nozīmīgi uzlabo subjektīvo dzīves kvalitāti vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci.

Mūzikas medicīniskās rezonanses terapijas ietekme uz psoriāzes un atopiskā dermatīta pacientu slimības rādītājiem dinamiskā un viņu emocionālo stāvokli

Darba autore Dzintra Zariņa, darba vadītājs Jānis Ķīsis.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Pētījuma mērķis ir pārbaudīt, vai pēc mūzikas medicīniskās rezonanses terapijas (MMRT) samazinās pacientu slimības rādītāji, stresa fizioloģisko izpausmju rādītāji un uzlabojas emocionālais stāvoklis psoriāzes un atopiskā dermatīta pacientiem.

Pētījuma dizains: kvantitatīvs pētījums ar kvaziekperimentālu pētījuma dizainu.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) ārsta dermatologa veikts vispārējs pacienta slimības smaguma pakāpes novērtējums pēc PASI vai SCORAD;
- 2) fizioloģiskie mērījumi – asinsspiediens, sirds ritms, kortizola līmenis asinīs;
- 3) emociju aptaujas “EQ – 26.5” 1. un 2. anketa (Vošs (*Wosch*));
- 4) daļēji strukturēta intervija (DSI);
- 5) mūzikas analīzes strukturālais modelis (SMMA) (*Grocke, Wigram*).

Pētījuma izlase. Pētījumā piedalījās 30 psoriāzes (Ps) un atopiskā dermatīta (AD) pacienti – 15 izpētes un 15 kontrolgrupā.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. MMRT ietekmē Ps pacientu slimības rādītājus dinamiskā, kas parādās klīnisko izpausmju izmaiņās, uzrādot statistiski nozīmīgas atšķirības starp pirmo (pirms MMRT uzsākšanas) un otro (pēc MMRT) izpētes grupu (Ig) PASI vērtējumu ($t = 2,689$, $p = 0,018$). Konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupu, kas piedalījās MMRT, un, kas nepiedalījās MMRT, PASI vērtējumiem ($t = -2,747$, $p = 0,016$).

MMRT ietekmē AD pacientu slimības rādītājus dinamikā, kas parādās klinisko izpausmju izmaiņās, uzrādot statistiski nozīmīgas atšķirības starp pirmo (pirms MMRT uzsākšanas) un otro (pēc MMRT) Ig SCORAD vērtējumu ($t = 3,322$, $p = 0,006$). Konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp Ig, kas piedalījās MMRT, un kontrolgrupu (Kg), kas nepiedalījās MMRT, SCORAD vērtējumiem ($t = -3,468$, $p = 0,005$). MMRT ietekmē Ps un AD pacientu stresa fizioloģisko izpausmju rādītājus, jo pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp Ig kortizola līmeņa pirmo (pirms MMRT uzsākšanas) un otro (pēc MMRT) mērījumu ($t = 2,726$, $p = 0,012$). Konstatēts, ka kortizola līmenis asinīs ir pazeminājies. MMRT ietekmē Ig pacientu emocionālo stāvokli, jo Ig MMRT rezultātā ir konstatēta statistiski nozīmīga Laimes līmeņa paaugstināšanās visā izlasē ($t = 3,726$, $p = 0,001$) un izpētes grupas Ps izlasē ($t = -2,376$, $p = 0,032$). Ig visu emociju izteiktība pēc MMRT sesijām ir mainījusies, ko uzrāda aritmētiskie vidējie rādītāji, bet ne statistiski nozīmīgi. Pētījuma rezultāti parāda, ka izpētes grupas slimības rādītāji un stresa psihofizioloģiskie rādītāji, salīdzinot ar kontrolgrupu, ir samazinājušies. MMRT spēj atvieglot Ps un AD izpausmi, uzlabot emocionālo stāvokli un var būt kā papildu terapija dermatoloģijas pacientu ārstēšanā.

Mūzikas terapija kognitīvo spēju uzlabošanai vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci

Darba autore Santa Zaula, darba vadītājs Jānis Zaļkalns.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, vai mūzikas terapija uzlabo kognitīvās spējas vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci.

Pētījuma dizains: kvantitatīvs pētījums ar kvaziekspērimētālu pētījuma dizainu.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Mini mentālā stāvokļa izmeklēšanas tests (MMSE) (*Folstein, Folstein & McHugh, 1975*);
- 2) Ērika B. Millera (*Eric B. Miller*) vispārējā izvērtēšana mūzikas terapijā (*Generic music therapy assessment – GMTA*);
- 3) novērošanas formas mūzikas daļas pazīmes tika paņemtas, balstoties uz teorētiskās literatūras analīzi (*Aldrige, 2002; Ridder, 2003*).

Pētījuma izlase. Pētījuma izlasi veidoja dalībnieki vecumā no 65 gadiem, kuri atrodas ilgstošās aprūpes centrā un kuriem ir vaskulārā demence. Izpētes un kontrolgrupa tika veidota, izmantojot MMSE, kas nosaka kognitīvo spēju līmeni cilvēkiem ar demenci. Pētījumā tika iekļauti pacienti ar vaskulāro demenci, kuri ieguva 18–23 punktus pēc MMSE rādītājiem (viegli vai vidēji kognitīvie traucējumi).

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Pēc mūzikas terapijas statistiski nozīmīgi uzlabojās vairākas sensomotorās / kognitīvās spējas:

- spēja noturēt bungu vāļītes ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 3,47, pēc – 3,80;
- abu roku izmantošana darbībā ($p < 0,05$); vidējais aritmētiskais pirms 3,50, pēc – 3,67;
- vokālo skaņu augstuma diferencēšanas spēja ($p < 0,05$); vidējais aritmētiskais pirms 2,30, pēc – 2,53;
- instrumentālo skaņu augstuma diferencēšanas spēja ($p < 0,05$); vidējais aritmētiskais pirms 2,60, pēc – 2,80;
- spēja uztvert dinamikas izmaiņas ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 2,73, pēc – 3,30;
- spēja apzināties savu ķermeni ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 3,47, pēc – 3,70;
- spēja atcerēties nesenos notikumus ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 2,60, pēc – 3,10;
- spēja atbildēt uz jautājumiem ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 4,03, pēc – 4,43;
- vokālās improvizācijas spēju rezultāti ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 1,60, pēc – 2,17;
- spēja instrumentāli improvizēt ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 3,33, pēc – 3,93;
- spējas dziesmu dziedāšanā ($p < 0,01$); vidējais aritmētiskais pirms 3,07, pēc – 3,70.

Statistiski nozīmīgas atšķirības nepastāv verbalizācijai un spējai atcerēties senos notikumus ($p > 0,05$).

Ņemot vērā pētījuma rezultātus, redzams, ka mūzikas terapija ir efektīva kognitīvo spēju uzlabošanā vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vaskulāro demenci.

2010. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Mūzikas terapija iekšējās saskaņas izjūtas izmaiņās paliatīvās aprūpes pacientēm

Darba autore Ineta Heinsberga, darba vadītāja Inga Millere.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot mūzikas terapijas (MT) iespējas paliatīvās aprūpes (PA) pacientu iekšējās saskaņas izjūtas (ISI) paaugstināšanā.

Pētījuma dizains: kvalitatīvs pētījums ar gadījumu sērijas analīzi.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) daļēji strukturēta intervija;
- 2) Ā. Antonovska Iekšējās saskaņas izjūtas (ISI) aptaujas skala (*Sense of Coherence Questionnaire – SOC, Antonovsky, 1987*).

Pētījuma izlase. Izvērtējot Latvijas onkoloģijas centra paliatīvās aprūpes nodaļas 32 pacientes, par pētījuma dalībniecēm tika izvēlētas sešas patientes.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Mūzikas terapija PA pacientiem atbalsta terapijas formā palielina sociālo kapacitāti, kā arī aktivizē pacientu psihiskās un fiziskās spējas, rosinot vērtību sistēmas pārvērtēšanu un sava iekšējā potenciāla realizēšanu, kas atvieglo psihisko pielāgošanos un uzlabo spēju pieņemt neizbēgamās izmaiņas eksistenciālajā līmenī, nonākot samierināšanās stadijā. Mūzikas terapija PA pacientiem, izmantojot neverbālo komunikāciju emocionalitātes atklāsmē, paver papildu iespējas veidot jaunas kvalitātes attiecības ar piederīgajiem. MT aktivizē PA pacientu iekšējos resursus, sniedz iespēju veiksmīgāk integrēties klīniskajā vidē un kļūt par PA komandas dalībnieku, līdz ar šo iesaistīšanos pilnveidojot savas veselības aprūpes kvalitāti.

Orientācijas spēju attīstīšana telpā vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem ar mūzikas terapiju

Darba autore Sandra Mišjūne, darba vadītājs Kristaps Cīrcenis.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis ir pārbaudīt, vai ar mūzikas terapiju var attīstīt orientācijas spējas telpā 3–6 gadus veciem vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem.

Pētījuma dizains: kvalitatīvs pētījums ar vairāku gadījumu analīzi.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) pētījuma dalībnieku strukturēta intervija ar tiflopedagogu;
- 2) orientācijas spēju telpā izvērtēšanas protokols vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem; aizpilda tiflopedagogs;
- 3) orientācijas uz mūzikas skaņas dinamiku telpā protokols; aizpilda pētījuma autore.

Pētījuma izlase. Speciālajā pirmsskolas izglītības iestādē bērniem ar redzes traucējumiem pētījumam tika atlasīti pieci pacienti vecumā no 3–6 gadiem pēc tiflopedagoga ieteikuma: divas meitenes un trīs zēni.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Attīstot orientācijas spējas telpā, pētījuma autore secina, ka svarīgi ievērot holistisko pieeju, ietverot un pievēršot uzmanību kognitīvo procesu, motoro un emocionālo funkciju attīstībai. Orientācijas spēju attīstība ietver sevī visu gan garīgo, gan fizioloģisko procesu pieslēgšanos. Līdz ar to nevar izdalīt vienu noteiktu sfēru, fokusējot visu uzmanību tās attīstības procesam. Mūzikas terapijas sesijas procesu ir svarīgi veidot kā vienotu,

nepārtrauktu modeli, integrējot muzikālās improvizācijās kustību elementus un akceptējot pacienta ieturētās pauzes aktīvajā darbībā. Apkopojot mūzikas terapijas izvērtēšanas un novērtēšanas rezultātus, darba autore secina, ka redzes traucējumi ietekmē skaņu diferencēšanas spējas aizmugurē, augšā un lejā. Vājredzīgiem bērniem ir būtisks acu kontakts, respektīvi, svarīgi ir redzēt, “kas man ir priekšā”. Tāpat ir ar skaņām, – ja vājredzīgais redz skaņu izcelsmes avotu, tad viņš to uztver kā personiski uzrunājošu. Savukārt, ja neredz, tad skaņas avotu uztver kā svešu, neinteresantu, nepiederošu un, nevērtīgu. Tādējādi, ja bērns redz skaņas avotu, viņš tam pievērš uzmanību, ja skaņas avots nav redzams, viņš tam uzmanību nepievērš un nemeklē skaņas rašanās vietu. Apkopojot tiflopedagoga vērtējumu un mūzikas terapijas rezultātus kopumā, pētījuma autore secina, ka 3–6 gadus veciem vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem ar mūzikas terapiju var attīstīt orientācijas spējas telpā.

Subjektīvās labklājības izmaiņas šizofrēnijas pacientiem pēc mūzikas terapijas

Darba autore Kristīne Ozoliņa, darba vadītāja Biruta Kupča.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis: noskaidrot, vai ar mūzikas terapiju var uzlabot subjektīvo labklājību šizofrēnijas pacientiem.

Pētījuma dizains: kvantitatīvs pētījums ar kvaziekspērimētālu pētījuma dizainu.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Vispārējās labklājības skala. Vispārējās psiholoģiskās labklājības indekss (PGWB; Dupuy H.). Dzīves kvalitātes novērtējums kardiovaskulārās terapijas klīniskajos izmēģinājumos (Ņujorka: *Le Jacq*, 1984), kas pētījuma ietvaros adaptēts Latvijas specifikai;
- 2) Mūzikas mijiedarbības reitinga skala (šizofrēnijā) (*Mercedes Pavlicevic*);
- 3) daļēji strukturēta intervija ar ārstējošo ārstu – eksperta vērtējums.

Pētījuma izlase. Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā pēc eksperta ieteikuma 88 pacientiem vecumā no 18–60 gadiem tika piedāvāts piedalīties pētījumā. Pēc maģistra darba autore izvērtējuma eksperimentālajai un kontrolgrupai tika atlasīti 72 pacienti.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Ņemot vērā pētījuma rezultātus, redzams, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības eksperimentālajai un kontrolgrupai pirms un pēc mūzikas terapijas pozitīvas labklājības un vitalitātes skalās, jo signifikance $p < 0,05$. Aprēķinot rezultātus eksperimentālajai grupai pirms un pēc mūzikas terapijas, redzams, ka statistiski nozīmīgas atšķirības pastāv starp nomākta garstāvokļa skalas rezultātiem, jo p ir zemāks par 0,05, savukārt pozitīvas labklājības

skalā ir vērojama pozitīva tendence. Starp trauksmes skalas rezultātiem statistiski nozīmīgas atšķirības nepastāv, jo p ir augstāks par 0,05. Eksperimentālās grupas pacienti pirms un pēc eksperimenta tika izvērtēti pēc Mūzikas mijiedarbības reitinga skalas (šizofrēnijā) (MIR(S)) Co – improvizācijas mikroanalizes.

Pirmajā datu ievākšanas reizē eksperimentālās grupas dalībnieku vidējais MIR(S) improvizācijas līmenis ir bijis 2,97 no deviņiem improvizācijas mijiedarbības līmeņiem (pēc grupas vidējā ranga), otrajā datu ievākšanas reizē 4,23 no deviņiem improvizācijas mijiedarbības līmeņiem (pēc grupas vidējā ranga).

Apkopojot pētījuma rezultātus, pētījuma autore secina, ka ar mūzikas terapiju var izmainīt subjektīvo labklājību nomākta garstāvokļa, pozitīvas labklājības un vitalitātes skalā šizofrēnijas pacientiem.

Mūzikas terapijas efektivitāte sociālās mijiedarbības veicināšanā bērniem ar autismu

Darba autore Ieva Zunda-Kuplā, darba vadītāja Sandra Barsineviča.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, kāda ir mūzikas terapijas efektivitāte sociālās mijiedarbības veicināšanā bērniem ar autismu.

Pētījuma dizains: kvalitatīvs pētījums ar gadījuma sērijas analīzi.

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Nordofa un Robinsa mūzikas terapijas vērtēšanas skalas autiskiem bērniem “Bērna un terapeita attiecības muzikālajā aktivitātē” un “Muzikālā komunikācija” (Nordoff, Paul, Robbins, Clive. *Creative Music Therapy*, 1977);
- 2) daļēji strukturēta intervija ar vecākiem.

Pētījuma izlase. Pētījumā piedalījās seši 3–5 gadus veci BKUS pacienti ar autismu.

Pētījuma rezultāti un secinājumi. Mūzikas terapija veicina sociālo mijiedarbību bērniem ar autismu. Mūzikas terapijas sesiju gaitā bērni iesaistījās sociālā mijiedarbībā ar mūzikas terapeiti daudz biežāk, nekā mūzikas terapijas sākumā, biežāk un ilgāk uzturēja acu kontaktu, aktīvāk atbildēja uz citu rosināto mijiedarbību.

PĀRSKATS PAR MĀKSLAS TERAPIJAS PROFESIONĀLĀ MAĢISTRA STUDIJU PROGRAMMAS DRĀMAS TERAPIJAS SPECIALIZĀCIJĀ AIZSTĀVĒTAJIEM MAĢISTRA DARBIEM LAIKPOSMĀ NO 2010. LĪDZ 2012. GADAM

Sindija Meluškāne, Daiga Lindiša, Kristīne Mārtinsonsone

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Drāmas terapija (DT) ir viena no mākslu terapijas specializācijām, kura 2007. gadā tika iekļauta Rīgas Stradiņa universitātes mākslu terapijas studiju programmā.

Drāmas terapijas klientu / pacientu daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai individuāli vai grupā terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā izmanto dažādas teātra tehnikas, lomu spēles, sociodrāmu un psihodrāmu, izvērstu dramatizējumu, stāstus, pasakas, metaforas, simbolus, sapņus, maskas, grīmu, priekšmetus, lelles un marionetes, fotogrāfijas un video, lai radošā veidā sekmētu dažādu simptomu mazināšanos, kā arī personības izaugsmi [Sudraba, Vagale, 2011, 374].

Līdzās pārējām mākslu terapijas specializācijām (vizuāli plastiskās mākslas terapija, mūzikas terapija, deju un kustību terapija) DT ir salīdzinoši jauna joma veselības aprūpē Latvijā, tādēļ pētnieciskajam darbam un pierādījumu apkopšanai šajā nozarē ir liela nozīme.

Maģistra darbi, kas ir neatņemama mākslu terapijas izglītības programmas sastāvdaļa un prasība, reprezentē katrā studiju gadā maģistrantu izvirzītās aktuālās pētniecības tēmas drāmas terapijā un raksturo arī profesijas attīstību Latvijā.

Darba mērķis

Darba mērķis ir apkopot informāciju par drāmas terapijas specializācijā aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2010. līdz 2012. gadam, iekļaujot ziņas par maģistra darbu pētījumu tēmām, darba vidi, klientu / pacientu grupām, pētījumu dizainiem, pētījumu rezultātiem, secinājumiem un ieteikumiem.

Pētījuma jautājumi

- Kādi pētījumu dizaini tika izmantoti?
- Kādas ir pētāmās pazīmes?
- Kādās darba vidēs izstrādāti pētījumi?

- Kādās pacientu un klientu grupas piedalījušās pētījumos?
- Kādi ir galvenie pētījumu rezultāti un secinājumi?
- Kādi ir ieteikumi turpmākajiem pētījumiem?

Pētījuma metode

Lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem, veikts maģistra darbu pārskats par aizstāvētajiem maģistra darbiem laikposmā no 2010. līdz 2012. gadam. Kopumā līdz 2013. gadam šajā specializācijā ir aizstāvēti 12 maģistra darbi – 2010. gadā tika aizstāvēti 5 maģistra darbi, 2011. gadā – 4 maģistra darbi, bet 2012. gadā – 3 maģistra darbi (sk. 1. att.).

Rezultāti

Maģistra darbu pētījumu tēmas

Maģistra darbu pētījumi veikti, lai pārbaudītu drāmas terapijas ietekmi depresijas (6 darbi) un trauksmes (1 darbs) mazināšanā, pašcieņas (1 darbs) un apmierinātības ar dzīvi paaugstināšanā (1 darbs), alkohola atturības pašefektivitātes nodrošināšanā (1 darbs), izdegšanas sindroma darbā mazināšanai (1 darbs), kā arī uzvedības vadišanas spējas palielināšanai jauniešiem ar proaktīvu uzvedību un atkarību no psihoaktīvām vielām (1 darbs).

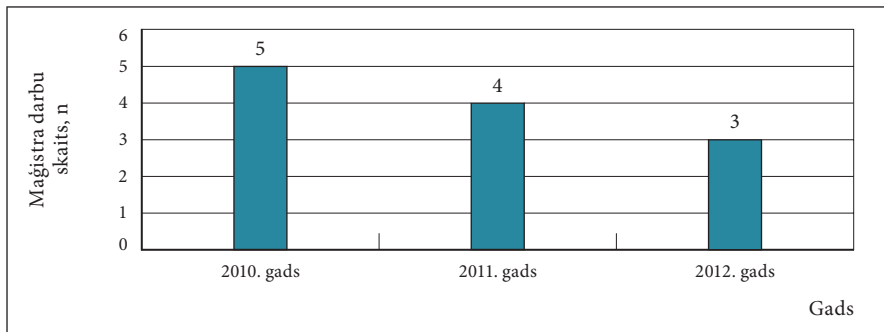
Darba vide

Lai noskaidrotu, kādās profesionālajās darba vidēs ir veikti maģistra darbu pētījumi, tika apkopotī visi darbi (sk. 2. att.).

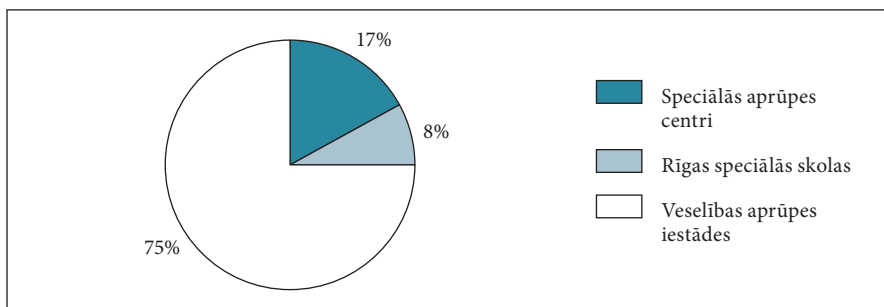
Profesijas standarts nosaka, ka mākslas terapeits strādā veselības, sociālās aprūpes vai izglītības uzņēmumos, veicot savu profesionālo darbību patstāvīgi, multiprofesionālas vai multidisciplināras komandas sastāvā [MK noteikumi Nr. 461]. Arī maģistra darbu pētījumi ir veikti iepriekšminētajās profesionālās vidēs: veselības aprūpes iestādēs (9 darbi), kas ir 75% no visiem pētījumiem, sociālās palīdzības / aprūpes centros (2 darbi), kas ir 17%, Rīgas speciālajās skolās, kur mācās jaunieši ar viegliem garīgās veselības traucējumiem (1 darbs), kas ir 8% no visiem pētījumiem.

Klientu / pacientu grupas

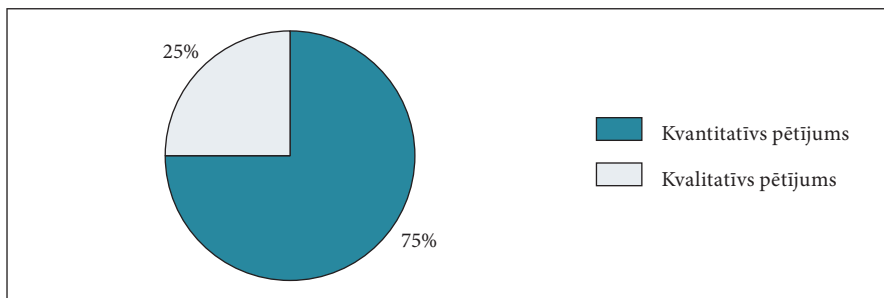
Drāmas terapijas efektivitāte pētīta darbā ar šādām klientu / pacientu grupām: Pārkinsona slimības pacientiem (2 darbi), no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem (1 darbs), pacientiem ar simptomātiskiem ešanas traucējumiem (2 darbi), alkohola atkarīgiem pacientiem (1 darbs), geriatrijas pacientiem (1 darbs), jauniešiem ar viegliem garīgās attīstības traucējumiem (1 darbs), māsām (1 darbs), mātēm pēcdzemdību periodā (1 darbs), hronisku sāpju pacientiem (1 darbs), 2. tipa cukura diabēta pacientiem (1 darbs).



1. attēls. RSU aizstāvētie maģistra darbi DT no 2010. līdz 2012. gadam



2. attēls. Profesionālās darbības vides iedalījums (procentuāli) pēc iestāžu veida RSU aizstāvētajos maģistra darbos drāmas terapijā laikposmā no 2010. līdz 2012. gadam



3. attēls. Pētījumu dizaina iedalījums (procentuāli) RSU aizstāvētajos maģistra darbos drāmas terapijā laikposmā no 2010. līdz 2012. gadam

Pētījumu dizains

Deviņos maģistra darbu pētījumos izmantota kvantitatīva stratēģija un kvazi-eksperimentāls dizains (75% pētījumu). Trijos no 12 maģistra darbiem (25% pētījumu) izmantota kvalitatīva stratēģija (viens no tiem ar Pamatotās teorijas dizainu, viens ar Alsandera pētījuma dizainu, viens – ar gadījuma analīzes sērijas dizainu).

Secinājumi

Visos pētījumos apstiprinājusies drāmas terapijas efektivitāte darbā ar dažādām pacientu grupām depresijas un trauksmes mazināšanai, pašcieņas paaugstināšanai, atturības nostiprināšanai un izdegšanas sindroma mazināšanai.

Vienā no maģistra darbiem neapstiprinājās sākotnēji izvirzītā hipotēze, proti, par drāmas terapijas ietekmi uz jauniešu ar viegliem garīgās attīstības traucējumiem pašcieņu un apmierinātību ar dzīvi. Izvērtējot pētījuma ierobežojumus, tika secināts, ka ir izvēlēts nepiemērots instrumentārijs.

Apkopojot drāmas terapijā aizstāvēto maģistra darbu rezultātus, var secināt, ka drāmas terapija ir efektīva vairākās klientu / pacientu grupās, piemēram, Pārkinsona slimības pacientiem, trauksmainiem no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem, pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem, alkohola atkarīgiem pacientiem ar zemu alkohola atturības pašefektivitāti, geriatrijas jeb gados veciem pacientiem, jauniešiem ar viegliem garīgās attīstības traucējumiem, māsām, jaunajām māmiņām un hronisku sāpju pacientiem.

Ieteikumi

Visos maģistra darbos ir ieteikts turpināt pētījumus iepriekš minētajās klientu / pacientu grupās, lai noskaidrotu drāmas terapijas iespējas mazināt klientu / pacientu problēmas. Ieteikts veikt gan kvalitatīvus, gan kvantitatīvus pētījumus katras izvirzītās tēmas plašākai izpētei, kā arī rezultātu noturības pārbaudei, jo visos maģistra darbu pētījumos drāmas terapija ir pielietota kā īstermiņa intervence, kas parāda drāmas terapijas rezultātus salīdzinoši neilgā laika periodā.

Lai nostiprinātu drāmas terapijas specializācijas attīstību Latvijā, pētījumu autoriem būtu vēlams arī turpmāk piedalīties pētnieciskajos projektos, veikt longitūdinālus pētījumus, kas ļautu iegūt rezultātus un secinājumus par drāmas terapijas procesa rezultātu ilgnoturību.

Nobeigums

Lai arī DT ir salīdzinoši jauna specializācija mūsu valstī, arvien nostiprinās tās pozīcijas veselības aprūpē, sociālajā aprūpē un speciālajā izglītībā. Tomēr, lai mākslas terapeita profesija turpinātu veiksmīgi attīstīties, maģistra darbu autori

bieži uzsver, ka nepieciešams vairāk informēt ārstniecības personas un pacientus par drāmas terapijas pielietošanas iespējām un efektivitāti, kā arī veidot sadarbību ar ārstiem, citiem funkcionālajiem speciālistiem, sociālajiem darbiniekiem, strādājot multidisciplinārā komandā.

Literatūra

1. Ministru kabineta 2010. gada 18. maija noteikumi Nr. 461 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību". 2. pielikums "Profesiju standarti".
2. Sudraba V., Vagale A. Drāmas terapija // Mākslu terapija / K. Mārtinsone (sast.). – Rīga: RaKa, 2011.

2010.–2012. gadā aizstāvētie maģistra darbi drāmas terapijā

1. Ābele A. (2010) Drāmas terapija geriatrijas pacientiem ar depresīvu reakciju.
2. Anšmite G. (2012) Drāmas terapija Pārkinsona slimības pacientiem depresijas simptomu mazināšanai.
3. Garnaka R. (2012) Drāmas terapija Pārkinsona slimības pacientiem trauksmes simptomu mazināšanai.
4. Hartmane S. (2011) Drāmas terapijas efektivitāte trauksmainiem no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem rehabilitācijas procesā.
5. Kovkājeva E. (2011) Drāmas terapija, lai paaugstinātu pašapziņu pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem.
6. Muktupāvela I. (2010) Drāmas terapijas ietekme uz jauniešu ar viegliem garīgās attīstības traucējumiem pašcieņu un apmierinātību ar dzīvi.
7. Rožlapa-Grase A. (2010) Drāmas terapijas ietekme uz izdegšanas sindromu māsām.
8. Rudzinska K. (2010) Drāmas terapijas ietekme postnatālās depresijas simptomu mazināšanai sievietēm mātēm ar bērniem vecumā līdz 1 gadam.
9. Rundāle L. (2010) Drāmas terapija hronisku sāpju pacientiem ar depresijas simptomiem.
10. Šteina A. (2011) Drāmas terapija depresijas simptomu mazināšanai pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem.
11. Tabore-Toka E. (2011) Drāmas terapija alkohola atkarīgiem pacientiem ar zemu alkohola un pašefektivitāti Minesotas programmā.
12. Vītoļiņa I. (2012) Drāmas terapija 2. tipa cukura diabēta pacientiem depresijas simptomu mazināšanai.

2010.–2012. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas drāmas terapijā

2012. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Drāmas terapija Pārkinsona slimības pacientiem depresijas simptomu mazināšanai

Darba autore Gunta Anšmite, darba vadītāja Kristīne Mārtinsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Atslēgvārdi: Pārkinsona slimība, depresija, drāmas terapija.

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, vai drāmas terapija mazina depresijas simptomus Pārkinsona slimības pacientiem.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums ar eksperimentāla pētījuma dizainu. Pētījumā piedalījās 58 dalībnieki ($n = 58$), kur $n = 28$ piedalījās izpētes grupā, bet $n = 30$ – kontrolgrupā.

Instrumentārijs:

- 1) Pārkinsona slimības pašnovērtējuma anketa PDQ-39 (*The Parkinson's Disease Questionnaire; Damiano A. M., Snyder C., Strauser B., Willian M. A., 1999*);
- 2) Beka depresijas aptauja BDA-II (*Beck Depression Inventory II; Beck, Steer & Brown, 1996*). Latvijā šo metodi adaptējušas S. Voitkāne un S. Miezīte (2001).

Terapeitiskā intervence. Izpētes grupa piedalījās 12 drāmas terapijas sesijās.

Secinājumi un ieteikumi:

- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas BDA-II vidējiem rādītājiem pirms un pēc piedalīšanās drāmas terapijas grupā.
- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas un kontrolgrupas BDA-II vidējiem rādītājiem pēc izpētes grupas piedalīšanās drāmas terapijas grupā.
- Nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības BDA-II vidējos rādītājos pirms un pēc drāmas terapijas kontrolgrupai.
- Ieteicams turpināt pētījumu, lai apzinātu rezultātu noturību ilgākā laikposmā.
- Ieteicams arī turpmāk veikt pētījumus (gan kvalitatīvus, gan kvantitatīvus) par drāmas terapijas ietekmi un efektivitāti Pārkinsona slimības pacientiem.

- Nepieciešams informēt ārstniecības personas un pacientus par drāmas terapijas iespējām un efektivitāti Pārkinsona slimības depresijas simptomu mazināšanā, ņemot vērā to, ka šādu pētījumu nav daudz un Latvijā drāmas terapija vēl ir mazpazīstama metode.
- Ieteicams veidot sadarbību ar neirologiem, piedāvājot drāmas terapiju kā nozīmīgu atbalsta terapiju PS pacientiem depresijas simptomu mazināšanai, drāmas terapeitam strādājot multidisciplinārā komandā.

Drāmas terapija Pārkinsona slimības pacientiem trauksmes simptomu mazināšanai

Darba autore Rita Garnaka, darba vadītāja Kristīne Mārtinsonsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Atslēgvārdi: drāmas terapija, Pārkinsona slimība, trauksme.

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, vai drāmas terapija mazina trauksmes simptomus Pārkinsona slimības pacientiem.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums Rīgas Stradiņa universitātes Neiroloģijas un neiroķirurģijas katedras telpās. Pētījumā piedalījās 58 dalībnieki ($n = 58$), kuri slimo ar Pārkinsona slimību 1. un 2. attīstības stadijā, no kuriem 28 dalībnieki ($n = 28$) tika iekļauti izpētes grupā, un 30 – kontrolgrupā ($n = 30$).

Instrumentārijs: Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes noteikšanas anketa (STAI) jauniešiem (*State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1982). Latvijā šo instrumentu adaptējusi D. Škuškovnika (2004).

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 10 drāmas terapijas sesijas (vienas sesijas ilgums 60 minūtes) divas reizes nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas T-stāvokļa skalas rādītājiem pirms un pēc piedalīšanās DT grupā.
- Ieteicams turpināt pētījumu par drāmas terapijas ietekmi Pārkinsona slimības pacientiem trauksmes simptomu mazināšanai, pārbaudot rezultātu ilgturību.
- Ieteicams veikt pētījumus par drāmas terapijas ietekmi un efektivitāti arī saistībā ar citiem Pārkinsona slimības nemotorajiem simptomiem.
- Ieteicams informēt par pētījuma rezultātiem un veidot sadarbību ar ģimenes ārstiem, ārstiem neirologiem un Pārkinsona slimības pacientu biedrību, piedāvājot drāmas terapiju kā efektīvu un vērā ņemamu atbalsta terapijas veidu Pārkinsona slimības pacientiem.

Drāmas terapija 2. tipa cukura diabēta pacientiem depresijas simptomu mazināšanai

Darba autore Ilze Vītoļņa, darba vadītāja Aelita Vagale.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2012. gadā.

Atslēgvārdi: cukura diabēts, depresija un depresijas simptomi, drāmas terapija.

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, vai drāmas terapija mazina depresijas simptomus 2. tipa cukura diabēta pacientiem.

Pētījuma metode. Pētījuma veikšanai tika izmantota kvalitatīva metode ar Alsandera pētījuma dizainiem. Pētījums tika veikts Daugavpils Sociālo lietu pārvaldes Sociālās aprūpes un rehabilitācijas dienas centrā. Sadarbībā ar ārstiem endokrinologiem un ģimenes ārstiem dalībai pētījumā tika atlasīti 87 pacienti vecumā no 60–85 gadiem. Pētījumā piedalījās 60 2. tipa cukura diabēta pacienti, 30 no viņiem – eksperimentālajā grupā un 30 – kontrolgrupā.

Instrumentārijs. Pētījuma veikšanai tika izmantota:

- 1) kvalitatīva metode ar Alsandera pētījuma dizainiem;
- 2) Beka depresijas aptauja (*Beck Depression Inventory II*; Beck, Steer & Brown, 1996). Latvijā metodi ir adaptējušas S. Voitkāne un S. Miezīte (2001).

Secinājumi un ieteikumi:

- Pētījums apliecināja, ka drāmas terapija mazina depresijas simptomus 2. tipa cukura diabēta pacientiem.
- Pētījumā iegūto rezultātu noturību un objektivitāti nepieciešams pārbaudīt, vēlreiz veicot atkārtotus mērījumus izpētes grupā pēc sešiem mēnešiem.
- Ir rekomendācijas paplašināt pētījumu, pirms un pēc drāmas terapijas sesijas veicot glikozes līmeņa izmaiņas, lai pilnvērtīgāk novērotu kopējās izmaiņas, kā arī veidot secinājumus par emociju ietekmi uz glikozes līmeni asinīs.

2011. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Drāmas terapijas efektivitāte trauksmainiem no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem rehabilitācijas procesā

Darba autore Sandra Hartmane, darba vadītāja Kristīne Mārtinsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: drāmas terapija, trauksme, psihoaktīvas vielas, atkarība, pusaudži, rehabilitācijas komanda.

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, kāda efektivitāte ir drāmas terapijai darbā ar trauksmainiem no proaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem rehabilitācijas procesā, lai sekmētu savas uzvedības vadīšanas spējas.

Pētījuma metode. Pētījums tika veikts kvalitatīvās pētniecības ietvaros, pielietojot gadījumu analīzes sērijas dizainu. Pētījumā piedalījās pieci no psihoaktīvām vielām atkarīgi pusaudži (15–17 g.) ar paaugstinātu trauksmes un trauksmainības līmeni, kuri iziet rehabilitācijas kursu pusaudžu rehabilitācijas iestādē.

Instrumentārijs: Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes noteikšanas anketa (STAI) jauniešiem (*State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*); *Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs*, 1982). Latvijā šo instrumentu adaptējusi D. Škuškovnika (2004).

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 10 drāmas terapijas individuālās sesijas (vienas sesijas ilgums 90 minūtes) vienu reizi nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Drāmas terapija ir piemērota un efektīva darbā ar trauksmainiem no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem rehabilitācijas procesā, lai sekmētu viņu uzvedības vadīšanas spējas: pieaug motivācija nelietot psihoaktīvās vielas un samazinās vielu lietošanas gadījumi, mazinās trauksme un nedrošība, novērojama izaugsme rehabilitācijas procesā, mazinās *acting-out* uzvedības reakcijas, paaugstinās pašvērtējums, spēja apzināties savas emocijas, adekvāta atbildības izjūta un refleksijas spējas.
- Lai pārbaudītu pētījumā iegūto datu un rezultātu noturību laikā, būtu jāveic ilgstošs kvalitatīvs pētījums plašākā respondentu grupā šī pētījuma dizaina ietvaros. Ārpus rehabilitācijas iestādes drāmas terapija jāiekļauj kā rehabilitācijas pasākums trauksmainiem no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pusaudžiem rehabilitācijas programmā.
- Veicināt veselības aprūpes speciālistu informētību par drāmas terapiju un tās iespējām no psihoaktīvām vielām atkarīgu pusaudžu rehabilitācijas procesā.

Drāmas terapija, lai paaugstinātu pašapziņu pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem

Darba autore Evija Kovkājeva, darba vadītāja Kristīne Mārtinsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: drāmas terapija, pašapziņa, simptomātiskie ēšanas traucējumi.

Pētījuma mērķis bija pārbaudīt, vai drāmas terapija palielina pašapziņu pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums ar eksperimentāla pētījuma dizainu. Pētījumā piedalījās 55 dalībnieki ($n = 55$), no kuriem 27 piedalījās izpētes grupā, bet 28 – kontrolgrupā.

Instrumentārijs:

- 1) EAT-26 (*Eating Attitudes Test EAT-26*; David M. Garner, Paul E. Garfinkel, 1979; David M. Garner, et al., 1982).
- 2) Rozenberga pašcieņas skala (*Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg, 1965);
- 3) datu apstrādei tika izmantota SPSS programma.

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 12 drāmas terapijas sesijas (vienas sesijas ilgums 90 minūtes) vienu reizi nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas pašcieņas skalas rādītājiem pirms un pēc piedalīšanās drāmas terapijas grupā.
- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas un kontrolgrupas pašcieņas skalas rādītājiem pēc izpētes grupas piedalīšanās drāmas terapijas grupā.
- Pašcieņas skalā nav statistiski nozīmīgu atšķirību starp kontrolgrupu un izpētes grupu pirms un pēc drāmas terapijas.
- Ieteicams turpināt pētījumu, lai noskaidrotu drāmas terapijas rezultātu noturību ilgtermiņā.
- Ieteicams arī turpmāk veikt gan kvantitatīvus, gan kvalitatīvus pētījumus par drāmas terapijas ietekmi un efektivitāti pacientiem ar ēšanas traucējumiem.
- Nepieciešams informēt ārstniecības personas un pacientus par drāmas terapijas metožu un tehniku pielietošanas iespējām un efektivitāti, ņemot vērā to, ka Latvijā drāmas terapija vēl ir mazpazīstama metode.
- Ieteicams veidot sadarbību ar ārstiem dietologiem, ārstiem psihietriem, piedāvājot drāmas terapiju kā nozīmīgu papildu metodi darbam ar sekundāriem un terciāriem mērķiem ēšanas traucējumu ārstēšanā, drāmas terapeitam strādājot multidisciplinārā komandā.

Drāmas terapija depresijas simptomu mazināšanai pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem

Darba autore Anna Šteina, darba vadītāja Kristīne Mārtinsone.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: drāmas terapija, depresijas simptomi, simptomātiskie ēšanas traucējumi.

Pētījuma mērķis bija izpētīt, vai drāmas terapija mazina depresijas simptomus pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums ar eksperimentāla pētījuma dizainu. Pētījumā piedalījās 55 dalībnieki ($n = 55$), kur 27 piedalījās izpētes grupā, bet 28 – kontrolgrupā.

Instrumentārijs:

- 1) lai noteiktu ēšanas traucējumu simptomātiku un atlasītu pētāmo izlasi, tika izmantota "Aptauja par attieksmi pret ēšanu" – EAT-26 (*Eating Attitudes Test EAT-26; Garner D. M., Olmsted M. P., Bohr Y. & Garfinkel P. E., 1982*). Latvijā aptauju tulkojusi un adaptējusi I. Rezgaļe (2008);
- 2) depresijas simptomu un to dziļuma pakāpes noteikšanai izlases ietvaros tika lietota viena no pasaulē visplašāk izmantotajām metodēm Beka izveidotās depresijas aptaujas atkārtotā papildinātā versija BDA-II (*Beck Depression Inventory II; Beck, Steer & Brown, 1996*). Latvijā šo metodi ir adaptējušas S. Voitkāne un S. Miezīte (2001);
- 3) datu apstrādei tika izmantota SPSS programma.

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 12 drāmas terapijas sesijas (vienas sesijas ilgums 90 minūtes) vienu reizi nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas depresijas simptomu rādītājiem pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem pirms un pēc drāmas terapijas grupā.
- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas un kontrolgrupas depresijas simptomu rādītājiem pēc izpētes grupas piedalīšanās drāmas terapijā.
- Nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp kontrolgrupas pirmajiem un otrajiem depresijas simptomu mērījumiem.
- Pētījums apliecina, ka drāmas terapija mazina depresijas simptomus pacientiem ar simptomātiskiem ēšanas traucējumiem.
- Izstrādāt īstermiņa (12–14 sesijas) drāmas terapijas programmu depresijas simptomu mazināšanai darbam grupā ar pacientiem, kam ir ēšanas traucējumi.

- Informēt ārstniecības personas un pacientus par pētījuma rezultātiem un drāmas terapijas pielietošanas iespējām darbā ar pacientiem, kuri uzrāda depresijas un ēšanas traucējumu simptomātiku.
- Arī turpmāk veikt pētījumus par drāmas terapijas iespējām depresijas simptomu mazināšanā.
- Sadarbībā ar dietologiem un uztura speciālistiem turpināt veikt pētījumus par drāmas terapijas iespējām ēšanas traucējumu simptomātikas mazināšanā.

Drāmas terapija alkohola atkarīgiem pacientiem ar zemu alkohola un pašefektivitāti Minesotas programmā

Darba autore Eva Tabore-Toka, darba vadītāja Aelita Vagale.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2011. gadā.

Atslēgvārdi: drāmas terapija, alkohola atkarība, atturība.

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, kādas drāmas terapijas metodes darbā ar alkohola atkarīgiem pacientiem Minesotas programmā sekmē pašefektivitāti augsta riska recidīva situācijās.

Pētījuma metode. Tika veikts kvalitatīvs pētījums ar Pamatotās teorijas dizainu, kā arī izmantota pētījuma satura kontentanalīze. Pētījumā piedalījās seši alkohola atkarīgi pacienti ($n = 6$) ar zemu alkohola atturības pašefektivitāti, kuri ārstējās Minesotas programmā.

Instrumentārijs:

- 1) Alkohola atturības pašefektivitātes skala (*Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASES)*; DiClemente C. C., Carbonari J. P., Montgomery R. P. G., Hughes S. O., 1994). Latvijā šo instrumentu adaptējusi Natālija Dauberga (2008);
- 2) eksperta vērtējums, anamnēze;
- 3) daļēji strukturēta intervija.

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 10 drāmas terapijas individuālās sesijas (vienas sesijas ilgums 90 minūtes) 3 reizes nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- DT sešu daļu stāsta metode alkohola atkarīgiem pacientiem sekmē atturības pašefektivitāti Minesotas programmā.
- Sešu daļu stāsta metodes ietvaros salīdzinot pacientu pirmo stāstu ar pēdējo, bija vērojama dinamika pacientu spējā atpazīt problēmsituāciju un izvēlēties adekvātu risināšanas stratēģiju.
- Veicot alkohola atturības pašefektivitātes skalas retestu pēc DT, tika konstatēts, ka pacientu atturības pašefektivitātes rādītāji, salīdzinot ar skalas rādītājiem pirms DT, ir paaugstinājušies.

- DT ir efektīva darbā ar alkohola atkarīgiem pacientiem. To, ka DT ir sekmējusi pacientu spēju uzņemties vairāk atbildības, viņi ir kļuvuši motivētāki un pārliecinātāki par sevi, apliecina arī eksperta viedoklis, ne tikai empīriskie pētījumi.
- Pētījumu rezultātu interpretācijas un analīzes rezultātā tika iegūts teorētiskais modelis, kas atspoguļo DT nozīmību alkohola atkarības pašefektivitātes sekmēšanā darbā ar alkohola atkarīgiem pacientiem.
- Tā kā pētījuma ietvaros ir izmantots īstermiņa terapeitiskais process, tad paliek atklāts jautājums par DT rezultātu noturību. Tomēr ir skaidrs, ka pētījuma rezultāti parāda pozitīvas DT iespējas palīdzēt minētajai klientu / pacientu grupai arī īslaicīgā fokusētā DT formā.
- DT būtu ieteicama kā viena no palīgmetodēm Minesotas programmā atkarīgu pacientu atveseļošanās procesā. DT varētu būt kā papildinājums jau tam, ko piedāvā Minesotas programma: programmas ietvaros pacienti saņem informāciju par savu slimību, atveseļošanās iespējām, strādā ar jūtu atpazīšanu, apzināšanu, bet tas viss notiek grupā un tiek verbalizēts. DT savukārt ir vērsta uz darbību, kurā jaunus uzvedības veidus, problēmu risināšanas stratēģijas var izspēlēt un trenēt, kas palielinātu pacientu ārstēšanās efektivitāti.
- Aktuāls jautājums turpmākos pētījumos būtu par drāmas terapijas efektivitātes noturību, ko varētu realizēt pēc ilgāka laika perioda, aptaujājot pētījuma dalībniekus atkārtoti.
- Aktīvāk vajadzētu informēt alkohola atkarīgos pacientus, ārstus un citus veselības aprūpes speciālistus par drāmas terapijas iespējām un potenciālu.
- Veiktajam pētījumam ir izveidots teorētiskais modelis, kas var būt pamatā kvantitatīvam pētījumam.

2010. gadā aizstāvēto maģistra darbu anotācijas

Drāmas terapija geriatrijas pacientiem ar depresīvu reakciju

Darba autore Anita Ābele, darba vadītājs Kristaps Circenis.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: geriatrijas pacienti, depresīva reakcija, drāmas terapija.

Pētījuma mērķis ir izvērtēt drāmas terapijas ietekmi uz geriatrijas pacientu depresīvo reakciju.

Pētījuma metode. Pētījuma mērķa sasniegšanai un pētījuma veikšanai tika izvēlēta kvantitatīvā metodoloģija un izmantots eksperimentāls dizains. Pētījuma izlases (kontroles un izpētes grupas) veidošanas procesā tika izmantota arī daļēji strukturēta intervija.

Izlases apjoms pētījuma sākumā – 60 dalībnieki (n = 60), kas ir geriatrijas pacienti ar depresīvu reakciju. Izlases dalībniekus iedalīja kontrolgrupā (n = 30) un izpētes grupā (n = 30).

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Beka depresijas aptauja BDA-II (*Beck Depression Inventory II*; Beck, Steer & Brown, 1996). Latvijā šo metodi adaptējušas S. Voitkāne un S. Miezīte (2001);
- 2) daļēji strukturēta intervija.

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 10 drāmas terapijas sesijas (vienas sesijas ilgums 120 minūtes) vienreiz nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Drāmas terapijas pielietojums var nozīmīgi samazināt depresijas pazīmes. Drāmas terapija salīdzinoši lielākas pozitīvas izmaiņas rada geriatrijas pacientu kognitīvi afektīvajā sistēmā, mazāk – somatiski produktīvajā.
- Drāmas terapiju būtu ieteicams izmantot sociālās aprūpes iestādēs, lai ar tās palīdzību mazinātu pacientiem depresīvas reakcijas un uzlabotu viņu adaptāciju jauniem apstākļiem. Drāmas terapiju var izmantot arī depresijas profilaksei.
- Ieteicams turpināt padziļinātus pētījumus, lai pārbaudītu rezultātu noturīgumu.

Drāmas terapijas ietekme postnatālās depresijas simptomu mazināšanai sievietēm mātēm ar bērniem vecumā līdz 1 gadam

Darba autore Kristīne Rudzinska, darba vadītāja Inga Millere.

Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: sievietes mātes, depresīvi simptomi, drāmas terapija.

Pētījuma mērķis ir izpētīt drāmas terapijas efektivitāti postnatālās depresijas simptomu mazināšanā sievietēm mātēm ar bērniem vecumā līdz 1 gadam.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums ar eksperimentāla pētījuma dizainu. Pētījumā piedalījās 60 dalībnieces (n = 60), kuras tika iedalītas kontrolgrupā (n = 30) un izpētes grupā (n = 30).

Instrumentārijs:

- 1) Edinburgas postnatālās depresijas skala (EPDS) (*The Edinburgh Postnatal Depression Scale*; Cox & Holden, 1987). Latvijā šo metodi adaptējusi K. Smirnova (2005);
- 2) daļēji strukturēta intervija.

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 10 sesijas (120 minūtes viena sesija) trīs reizes nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Pētījums pierāda DT efektivitāti, jo tās ietekmē sievietēm mātēm ar bērniem līdz 1 gadam mazinās postnatālās depresijas simptomi.
- Ieteicams turpināt pētījumus, lai noskaidrotu iespējas ar DT palīdzību ilgtermiņā saglabāt iegūtos rezultātus.
- Paralēli kvantitatīviem pētījumiem ieteicams veikt kvalitatīvus pētījumus par drāmas terapijas ietekmi uz PPD (pēcdzemdību depresijas) simptomu mazināšanos.
- Dziļākai drāmas terapijas intervencei nepieciešama ilglaicīgāka terapija.
- Ieteicams veidot sadarbību ar pirms un pēcdzemdību aprūpes speciālistiem un ārstiem, piedāvājot DT kā nozīmīgu papildu metodi PPD profilaksē un ārstēšanā.
- Vēlams izveidot PPD profilakses un tās simptomu mazināšanas programmu, drāmas terapeitam strādājot multidisciplinārā komandā atbilstoši biopsihosociālajam terapijas modelim.

Drāmas terapijas ietekme uz izdegšanas sindromu māsām

Darba autore Agne Rožlāpa-Grase, darba vadītāja Liāna Deklava.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: māsas, izdegšanas sindroms, drāmas terapija.

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, vai drāmas terapija var ietekmēt izdegšanas sindromu māsām.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums ar kvaziekspērimētāla pētījuma dizainu. Pētījumā piedalījās 72 dalībnieces ($n = 72$), no kurām 32 piedalījās izpētes grupā, bet 38 – kontrolgrupā.

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 10 drāmas terapijas sesijas (vienas sesijas ilgums 90 minūtes) vienreiz nedēļā.

Instrumentārijs. Izdegšanas sindroma noteikšanai tika izmantota Maslačas izdegšanas aptauja MBI-HSS (*The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS); Maslach C., Jackson S. E. & Leiter M. P., 1996). Latvijā šo instrumentu adaptējusi S. Aišpure (2002).

Rezultāti:

- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes un kontrolgrupas izdegšanas sindroma rādītājiem pēc drāmas terapijas grupā emocionālā izsūkuma un personīgo panākumu mazināšanās skalu rezultātos.
- Nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp eksperimentālās un kontrolgrupas izdegšanas sindroma rādītājiem pēc drāmas terapijas grupā depersonalizācijas skalā.
- Nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības pirms un pēc drāmas terapijas grupā izdegšanas sindroma rādītājiem eksperimentālajai grupai emocionālā izsūkuma un depersonalizācijas skalu rezultātos.

- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības pirms un pēc drāmas terapijas grupā izdegšanas sindroma rādītājiem eksperimentālajai grupai personīgo sasniegumu mazināšanās skalā.
- Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības pirms un pēc drāmas terapijas grupā izdegšanas sindroma rādītājiem kontrolgrupai emocionālā izsīkuma, depersonalizācijas un personīgo sasniegumu mazināšanās (t.i., visos) skalu mērījumos.

Secinājumi:

- Atsevišķi analizējot izdegšanas sindroma aritmētiskos vidējos rādītājus pirms un pēc drāmas terapijas grupā eksperimentālajai un kontrolgrupai, var secināt, ka pēc drāmas terapijas ir mazinājusies izdegšana eksperimentālajai grupai un pastiprinājusies kontrolgrupai.
- Analizējot drāmas terapiju grupā eksperimentālās grupas kontekstā, var secināt, ka:
 - māsas, kas regulāri apmeklēja drāmas terapiju grupā, kļuva saliedētākas, draudzīgākas, veidojās savstarpēji izprotoša un atbalstoša grupa, līdz ar to uzlabojās komunikatīvās un savstarpējā atbalsta funkcijas arī viņu darba vidē;
 - vairākas māsas atzina par īpaši noderīgām tās sesijas, kas bija saistītas ar “robežu nosprašanu”, resursu apzināšanos un iespēju izmēģināt jaunas lomas un darbības;
 - drāmas terapijas grupā apmeklējumu ietekmēja māsu darba apstākļi; nodarbības tika krevētas, ja māsām bija jāatrodas savā postenī tad, kad tika uzņemts akūts patients, un nebija māsas, kas varētu aizvietot, kā arī gadījumos, kad vairākas māsas no vienas nodaļas vienlaikus vēlējās apmeklēt drāmas terapijas grupu (tas varēja notikt, ja sakrita dežūru laiki).

Ieteikumi:

- Izstrādāt īstermiņa drāmas terapijas programmu (12–14 sesijas) māsām izdegšanas sindroma profilaksei un tā mazināšanai.
- Drāmas terapijas sesijas piedāvāt tikai pēc darba laika tām māsām, kas strādā pēc noteikta grafika, ko iespējams saskaņot ar drāmas terapijas sesiju norišu laikiem.
- Informēt par pētījuma rezultātiem veselības aprūpes iestādes (slimnīcas, poliklīnikas, rehabilitācijas centrus u. c.).
- Veicināt māsu informēšanu par psihohigiēnu, vēlamu atbalsta grupu apmeklēšanu, tajā skaitā drāmas terapijas grupu.
- Veikt padziļinātākus pētījumus par drāmas terapiju izdegšanas sindroma mazināšanai māsām un atkārtot izdegšanas sindroma mērījumu pēc diviem mēnešiem, lai pārbaudītu rezultātu noturīgumu.

Drāmas terapija hronisku sāpju pacientiem ar depresijas simptomiem

Darba autore Līga Rundāne, darba vadītājs Dainis Balodis.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: depresijas simptomi, hroniskas sāpes, drāmas terapija.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, vai drāmas terapija mazina depresijas simptomus pacientiem ar hroniskām sāpēm.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums ar kvaziekspierimentāla pētījuma dizainu. Pētījumā piedalījās 60 dalībnieki ($n = 60$), kur 30 piedalījās eksperimentālajā grupā, bet 30 – kontrolgrupā.

Pētījuma instrumentārijs: Beka depresijas aptauja BDA-II (*Beck Depression Inventory II*; Beck, Steer & Brown, 1996). Latvijā šo metodi adaptējušas S. Voitkāne un S. Miezīte (2001).

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 12 drāmas terapijas sesijas (vienas sesijas ilgums 120 minūtes) divas reizes nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Drāmas terapija var mazināt depresijas simptomus pacientiem ar hroniskām muguras un muguras lejasdaļas sāpēm.
- Drāmas terapija kā aktīva pieeja, piedāvājot dažādu terapeitisko tehniku klāstu, veicina DT dalībnieku motivāciju iesaistīties terapijas procesā.
- Drāmas terapija hronisku sāpju pacientiem, veicinot kreativitāti, spontanitāti, strādājot ar lomām un stiprinot iekšējos resursus, palīdz mazināt depresijas simptomus.
- Līdzās iepriekš minētajiem terapijas veidiem, kurus pēc biopsihosociālā modeļa parauga veiksmīgi izmanto, lai ārstētu hronisku sāpju pacientus ar depresijas simptomiem, ieteicams izmantot arī drāmas terapiju.
- Svarīgi turpmākajos pētījumos noskaidrot arī drāmas terapijas rezultātu noturīgumu ilgtermiņā.
- Vēlams turpināt pētījumus hronisku sāpju pacientiem ar depresijas simptomiem, komandā iesaistoties vairākiem pētniekiem un izmantojot daudzveidīgu instrumentāriju.
- Vēlams turpmāk veikt arī kvantitatīvi kvalitatīvus pētījumus, kur paralēli pētījuma statistikai būtu iespējams izanalizēt vienu vai divus gadījumus no kopējā DT procesa.
- Ieteicams lielāku uzmanību pievērst sabiedrības informēšanai par drāmas terapijas iespējām, jo pētījuma laikā noskaidrojās, ka lielākajai daļai respondentu par drāmas terapiju un mākslu terapiju kopumā trūkst informācijas.

Drāmas terapijas ietekme uz jauniešu ar viegliem garīgās attīstības traucējumiem pašcieņu un apmierinātību ar dzīvi

Darba autore Ieva Muktupāvela, darba vadītāja Indra Majore-Dūšele.
Darbs aizstāvēts RSU Rehabilitācijas fakultātē 2010. gadā.

Atslēgvārdi: jaunieši, viegla garīga atpalcība, pašcieņa, apmierinātība ar dzīvi, drāmas terapija.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, vai drāmas terapija ietekmē jauniešu ar viegliem garīgās attīstības traucējumiem pašcieņu un apmierinātību ar dzīvi.

Pētījuma metode. Tika veikts kvantitatīvs pētījums ar eksperimentāla pētījuma dizainu. Pētījumā piedalījās 81 dalībnieks ($n = 81$), kur 29 piedalījās izpētes grupā, bet 52 – kontrolgrupā.

Instrumentārijs:

- 1) M. Rozenberga pašcieņas aptauja (SES, 1965) un S. Hjūbnera skala (DADSS, 1994) (ģimene, draugi, skola, vide, pašvērtējums), kura tika adaptēta pētījuma ietvaros;
- 2) datu apstrādei tika izmantota SPSS programma.

Terapeitiskā intervence. Pētījuma laikā notika 10 drāmas terapijas sesijas (vienas sesijas ilgums 90 minūtes) vienu reizi nedēļā.

Secinājumi un ieteikumi:

- Kopumā 10 nodarbību laikā nav iespējams gūt ievērojamus rezultātus, taču jaunieši spēj labāk verbalizēt domas un jūtas.
- Nepieciešams piedāvāt ilgtermiņa DT grupu visa mācību gada garumā.
- Mērķiem un uzdevumiem ir jābūt vienkāršiem, saprotamiem un izpildāmiem.
- Turpmākajos pētījumos vēlams izmantot kvalitatīvu pētīšanas metodi.
- Ieteikums piedāvāt DT ne tikai jauniešiem ar viegliem garīgās attīstības traucējumiem, bet arī viņu vecākiem.

III. MĀKSLU TERAPIJAS PRAKSE

ZĪMĒJUMU SĒRIJAS SKALAS ADAPTĀCIJAS LATVIJĀ PIRMAIS POSMS

*Daiga Dzene*¹, *Evita Dakse*², *Kristīne Mārtinsone*³

¹ *Latvijas Mākslas terapijas asociācija*

² *SAC "Ciāna"*

³ *Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte*

Ievads

Kā veselības aprūpes profesionāļiem mākslas terapeitiem bieži ir jāizvērtē klienti / pacienti, pamatojoties uz nelielu informācijas daudzumu, kas parasti tiek iegūts vienas vai divu mākslas terapijas sesiju laikā. Mākslā balstītie iz(no)vērtēšanas instrumenti tiek izmantoti, lai noteiktu klienta / pacienta funkcionēšanas līmeni, formulētu ārstniecības mērķus, uzdevumus, izvērtētu klienta / pacienta resursus, iegūtu dziļāku izpratni par klienta raksturīgajām problēmām, kā arī novērtētu mākslas terapijas procesa progresu [Betts, 2006; Mārtinsone, 2009].

Zīmējumu sērija (ZS) ir pirmais vizuāli plastiskās mākslas terapijas instruments, kas ticis sistemātiski pētīts [Cohen, 1983; Cohen, et al., 1994]. Tā attīstība turpinās, un pētījumi par ZS tiek izplatīti ziņojumos interesentu grupās un prezentēti profesionālās tikšanās reizēs [Mills, Cohen, Meneses, 1993].

Zīmējumu sērijas skalu pielietojuma efektivitāte ir apstiprināta dažādām pacientu grupām – ar ēšanas traucējumiem (Kessler, 1994), posttraumatisko stresa sindromu (Marais, Barnes, 1993) u. c., tai skaitā arī depresijas slimnieku (Cohen, et al., 1988; Moris, 1995) un šizofrēnijas slimnieku grupai (Cohen, et al., 1988; 1994; Mills, et al., 1993,1996). Ir veikti pētījumi (Turkington, 1985; Cohen, Hammer, Singer, 1988; Creekmore, 1989; Mills, Cohen, Meneses, 1993; Cohen, Mills, Kijak, 1994; Moris, 1995; Hacking, 1999), kuros ir analizētas atšķirības zīmējumu sērijas skalās pacientiem ar šizofrēniju, salīdzinot ar praktiski veselīgiem cilvēkiem. 1988. gadā tika veikts pētījums ar trijām grupām (n = 239), kurās bija sadalīti pacienti ar depresijas, šizofrēnijas un distīmijas diagnozi, lai noskaidrotu, vai pastāv korelācija starp ZS attēlu raksturojumiem un neatkarīgi noteiktajām psihiatru diagnozēm.

Tika konstatēts, ka pacienti ar depresiju attēlu uz papīra novietoja neparasti (unikāli) [Cohen, et al., 1988]. Šis pētījums pavēra ceļu turpmākiem šī instrumenta pētījumiem [Gulbro-Leavitt, 1989; Neale, 1994; Morris, 1995; Meeuwissen, 2009]. Nīderlandē 2009. gadā multidisciplināras komandas sastāvā tika veikts apjomīgs pētījums [Meeuwissen, 2009], izmantojot ZS, lai diagnosticētu depresiju vairākām pacientu grupām, piemēram, bērniem, imigrantiem un cilvēkiem ar runas traucējumiem.

Latvijā šis iz(no)vērtēšanas instruments ir akceptēts mākslas terapijas medicīnisko tehnoloģiju ietvaros [Mākslas terapijas tehnoloģijas, 2010], tāpēc nepieciešams veikt šī instrumenta adaptāciju.

Pētījuma mērķis

Šī pētījuma mērķis ir pārbaudīt ZS validitāti (izmantojot zināmo grupu metodi, neatkarīgo vērtētāju vērtējumu saistību) un ticamība (nosakot iekšējās saskaņotības rādītājus).

Pētījuma jautājumi

- Kādi ir ZS skalu iekšējās saskaņotības rādītāji?
- Kāda ir triju neatkarīgo ekspertu vērtējuma saistība?
- Kādas ir atšķirības ZS zīmējumos pacientiem ar šizofrēniju un praktiski veseliem cilvēkiem?
- Vai pastāv saistība starp BDA-II aptauju un ZS skalām izpētes grupā?

Zīmējumu sērijas raksturojums

Zīmējumu sērija (ZS) ir mākslas terapijas iz(no)vērtēšanas instruments ar standartizētu izvērtēšanas sistēmu, kas mākslas terapijai raksturīgo uzmanību pret mākslas materiāliem un procesu apvieno ar izpētes metodoloģiju [Cohen, 1986; 1994].

ZS tika radītas atbilstoši pieņēmumam, ka labi izveidotam mākslas terapijas instrumentam jāatbilst šādiem kritērijiem:

- 1) iespējams iegūt maksimālu informācijas daudzumu vienas sesijas laikā, tai pat laikā iekļaujot vairāk nekā vienu zīmēšanas uzdevumu [Gantt & Howie, 1979, kā minēts, Cohen, et al., 1994];
- 2) izmanto materiālus un tehnikas, kas raksturīgas mākslas terapijas metodoloģijai un praksei;
- 3) atspoguļo pētāmā emocionālās un uzvedības izmaiņas sesijas laikā [Cohen, Mills, Kijak, 1994];
- 4) ir standartizēts attiecībā uz materiālu komplektu, testēšanas procedūrām un rezultātu reģistrāciju;

- 5) ietver prasību fiksēt zāļu nozīmējumu, laiku un lietošanas ilgumu;
- 6) ir standartizēta rezultātu novērtēšanas sistēma, kas balstīta uz pētījumiem [Mills, Cohen & Menese, 1993];
- 7) pielietojams dažādu profilu speciālistiem garīgās veselības jomā [Cohen, Mills, Kijak, 1994].

Lai veiktu pētījumu klīniskā vidē, ZS tiek dotas rekomendācijas un īss apraksts katrai formai, kuras ir pieejamas ZS rokasgrāmatā (Psihiatrijas diagnozes forma, Darba lapa, Pacienta piekrišanas forma, Zīmējumu aptaujas forma, Speciālistu lapa, Zīmējumu analīzes forma – ZAF) [Cohen, 1986/1994].

ZS autors ir noteicis konkrētu kritiņu zīmolu ASV – *Alphacolor*, Eiropā un Āzijā to ir atļauts aizvietot ar *Faber Castell*. Viena iepakojuma kastīti var izmantot vairākkārtīgi. Vēl nepieciešams balts papīrs ar vieglu faktūru 18" × 24" (45 × 60 cm); materiālu aizvietošana netiek pieļauta [Cohen, 1986].

Iz(no)vērtēšanas sesijas var organizēt klientiem / pacientiem, sākot no 13 gadu vecuma, gan individuāli, gan grupās [Cohen, 1986]. Sesijas ilgums ir 50 minūtes, kuru laikā tiek uzzīmēti trīs zīmējumi, atvēlot 15 minūtes katram (parasti klientiem / pacientiem katra zīmējuma veikšanai nepieciešamas mazāk kā 15 minūtes). Katram zīmējumam paredzēta atsevišķa lapa, kuru var novietot jebkurā virzienā. Norādījumi katram nākamajam zīmējumam seko pēc iepriekšējā zīmējuma pabeigšanas. Attēli tiek apspriesti, kad visi trīs zīmējumi ir pabeigti [Cohen, 1986/1994; Cohen, et al., 1994].

Uz pirmo zīmējumu bieži atsaucas kā uz "brīvo" zīmējumu. Cilvēku lūdz radīt attēlu, izmantojot dotos materiālus – papīru un kritiņus. Tas ir nestrukturēts uzdevums zīmējumu sērijā. Šis vispārīgais norādījums izraisa dažādas neverbālas atbildes, sākot ar entuziasmu un spontanitāti, beidzot ar aizvainojumu vai pat naidīgumu [Cohen, 1986; 1988; 1994].

Norādījumi nākamajam zīmējumam ir uzzīmēt koku jeb zīmējumu, kurā ir koks, arī tajos gadījumos, ja koks ir uzzīmēts pirmajā zīmējumā [Cohen, 1986/1994]. Otrā zīmējuma uzdevums ir direktīvs. Tas, pēc ZS autoru uzskatiem, sniedz atvieglojumu pēc aizkaitinājumu provocējošā pirmā zīmējuma. Ikviens cilvēks ir redzējis koku un tic, ka to spēj uzzīmēt. Šis zīmējums ir noderīgs, novērtējot organiskus traucējumus [Cohen, 1986/1994].

Trešā un pēdējā zīmējuma uzdevums ir radīt attēlu, kā klients / pacients jūtas, izmantojot līnijas, formas un krāsas. ZS autori uzskata, ka šis uzdevums ir apzināti subjektīvs un varētu veicināt psiholoģiskas pabeigtības izjūtu sesijā. Minētais uzdevums ir unikāls tiešuma dēļ. Vaicājot tiešu jautājumu, var sagaidīt arī tiešu atbildi [Cohen, 1988].

Ja klients / pacients nepaspēj uzsākt vai pabeigt kādu no ZS uzdevumiem, neaizpildīta vai daļēji aizpildīta lapa arī tiek reģistrēta un izvērtēta kā ZS sastāvdaļa.

Lai iegūtu zinātniski pamatotus rezultātus, strādājot ar ZS, nedrīkst mainīt noteikumus [Cohen, 1986/1994].

ZS skalu autors savu mākslā balstīto iz(no)vērtēšanas instrumentu fokusē uz to, kā cilvēki zīmē, nevis, ko zīmē. Tas nozīmē, ka svarīga ir zīmējuma struktūra nevis saturs [Turkington, 1985; Hinz, 2009].

Vairāku pētījumu ietvaros (Cohen, Hammer, Singer, 1988; Couch, 1992; Gulbro-Leavitt, Schimmel, 1991; Kress, 1992; Mills, 1989; Cohen, Mills, 1993; Neale, 1991) ir ievākts liels skaits ZS, kas ir ļāvis saskatīt objektīvas, statistiski pamatotas atšķirības zīmējumos dažādām pacientu grupām [Cohen, Mills, Kijak, 1994].

Mākslas terapeiti savos pētījumos (Cohen, Hammer, Singer, 1988; Creekmora, 1989; Mills, Cohen, Meneses, 1993; Cohen, Mills, Kijak, 1994; Morris, 1995) ir uzrādījuši pacientu ar šizofrēniju radītajos zīmējumos dominējošas specifiskas iezīmes. Intervijā Amerikas psiholoģijas asociācijas žurnālam (APA) [Turkington, 1985] ZS skalu autors (Cohen) apgalvo, ka nav tāda viennozīmīga “šizofrēnijas zīmējuma”, uzzīmētais ir atkarīgs no vairākiem faktoriem: pacienta sociālā un materiālā stāvokļa; uzstādītās diagnozes ilguma un medikamentu lietošanas biežuma (intervāla), tomēr ir novērotas vairākas būtiskas līdzības, kas atkārtojas dažādos pētījumos.

Ņemot vērā iegūto informāciju, var secināt, ka šizofrēnijas pacienti labi tiek galā ar otro (koka) zīmējumu, bet viņi piedzīvo grūtības izveidot pirmo (brīvās izvēles) un trešo (jūtu) zīmējumu. Pirmais zīmējums izraisa trauksmi, jo, tā kā uzdevums nav direktīvs, ir jāizmanto izdoma un jāzīmē pašu spēkiem [Turkington, 1985]. Trešais zīmējums, kā jau tika minēts, sagādā grūtības tādēļ, ka pacienti nespēj identificēt un izpaust savas jūtas. Pētnieki atzīmē, ka no visiem ZS zīmējumiem tieši trešais zīmējums pacientiem ar šizofrēniju sagādā vislielākās grūtības [Cohen, Mills, Kijak, 1994].

Nav iespējams nepārprotami noteikt, vai konkrētais zīmējums ir pacienta ar šizofrēniju radīts, taču ir iespējams konstatēt specifiskas iezīmes šo pacientu zīmējumos, salīdzinot ar citu diagnožu grupu pacientu zīmējumiem [Mills, kā minēts, Malchiodi, 2003]. Iz(no)vērtējot zīmējumus, ir jāņem vērā arī kultūrvide.

Lai izpētītu autoru apgalvojumu, ka ZS korelē ar DSM-III-R (trešā DSM redakcija, kas pastāvēja līdz 1987. gadam) psihiatrijas diagnozēm, tika veikts pētījums [Gulbro-Leavitt, 1989]) bērniem un pusaudžiem ar depresijas diagnozi. Pētījuma rezultāti uzrādīja tikai vidēji ciešu ZS un depresijas simptomu saistību. Jāuzsver, ka šie mērījumi balstījās uz pašu bērnu un pusaudžu izvērtētām ZS analīzes formām, tādēļ iegūtie dati ir jāizvērtē kritiski [Gulbro-Leavitt, 1989].

1995. gadā mākslas terapeite B. Morisa (Morris), balstoties uz Krikmora izvērtēšanas aptauju [Creekmora, 1989], veica pētījumu ar 80 dalībniekiem (20 ar multipliem personības traucējumiem, 20 ar depresiju, 20 ar šizofrēniju un 20 kontrolgrupas dalībnieki). Pretēji Gilbro-Levita secinājumiem, Morisas rezultāti sniedza pierādījumus, ka atšķirības starp grupām, iz(no)vērtējot ar ZS, pastāv. Pacientiem ar

depresiju raksturīga bija 2–3 krāsu lietošana, zīmējumu atveidē galvenokārt tika izmantota tikai līnija, varēja konstatēt neparastu attēla novietojumu, un otrajā zīmējumā koks bija dezintegrēts (sadalīts) ar haotisku zaru sistēmu [Morris, 1995]. Mākslas terapeite Brūka (*Brook*) kā vājākos punktus šiem pētījumam min demogrāfiskā raksturojuma un vērtētāju kvalifikācijas apraksta trūkumu [Brook, 2004].

B. Kohens (*Cohen*) 1988. gadā veica pētījumu ar 239 depresijas, distīmijas un šizofrēnijas pacientiem. Šajā pētījumā galvenie mainīgie, kas bija raksturīgi depresijas pacientiem un kas neparādījās nevienā citā diagnostiskajā grupā, bija attēla neparastais novietojums uz lapas gan brīvajā, gan koka zīmējumā, pamatlīnijas (horizonta) trūkums koka zīmējumā un ūdens jūtu zīmējumā [Cohen, 1988].

Pētījuma instrumentārijs

1. Zīmējumu sērija (ZS)

(*Diagnostic Drawing Series – DDS; Cohen, 1986/1994*).

ZS sastāv no trijiem zīmējumu uzdevumiem, kas veikti ar standartizētiem materiāliem (sk. iepriekš), katram uzdevumam atvēlot 15 minūtes. ZS paredzēta klientiem / pacientiem, kas sasnieguši 13 gadu vecumu. Ja iz(no)vērtēšana notiek klīniskā vidē, tad izvērtēšana jāveic 1–3, ilgākais piecu dienu laikā no stacionēšanas brīža.

Zīmējumu analīzes forma (ZAF) sastāv no 23 skalām: 1) krāsu tips; 2) krāsu saplūšana; 3) idiosinkrātiska krāsa; 4) līnija / forma; 5) integrācija; 6) abstrakcija vai 7) reprezentācija (jāizvēlas vai nu 6., vai 7.); 8) tēls; 9) ierāmējums; 10) pamatlīnija (horizonts); 11) cilvēki; 12) dzīvnieki; 13) nedzīvi objekti; 14) abstrakti simboli; 15) vārdu iekļaušana; 16) dabas ainava; 17) līnijas kvalitāte (spiediens); 18) līnijas garums; 19) kustība; 20) telpas izmantojums; 21) koks; 22) slīpums; 23) neierasts novietojums.

Katra skala ir skaidri definēta, un ir noteikti precīzi novērtēšanas kritēriji. Desmit skalām iespējamie atbilžu varianti ir dihotomi – jā / nē. Trīspadsmit skalās atbildēm ir trīs un četri atbilžu varianti.

ZS skalu iekšējās saskaņotības (Kronbaha alfa) koeficients šajā pētījumā ($n = 100$) bija 0,66 (1. zīmējumam $\alpha = 0,65$; 2. zīmējumam $\alpha = 0,67$; 3. zīmējumam $\alpha = 0,68$).

2. Beka depresijas aptauja II

(*Beck Depression Inventory-II – BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996*).

Latvijā šo metodi ir adaptējušas Sarmīte Voitkāne un Solveiga Miezīte (2001). Aptauja sastāv no 21 apgalvojuma un ir izmantojama depresijas smaguma pakāpes novērtēšanai. Katram no apgalvojumiem ir četri līdzvērtīgi varianti (vērtē no 0 līdz 3), no kuriem respondentam jāizvēlas viens, kurš vislabāk raksturo viņa pašizjūtu. Metaanalīžu apkopojumā par BDA-II iekšējās saskaņotības vidējie rādītāji svārstās no 0,89–0,94 [Beck, kā minēts, Mattson, 2011].

Pētījuma procedūra

Pētījuma pirmais posms. Pēc testa adaptācijas atļaujas saņemšanas tests tika tulkots, izmantojot “turp un atpakaļ tulkošanas”¹ pieeju. Divi neatkarīgi tulki veica testa verbālās daļas “turp tulkošanu” latviešu valodā, kas tika saskaņota ar pētījuma autorēm. Tika salīdzināti un analizēti tulkojumi un izvēlēts labākais katra panta tulkojums. Cits neatkarīgs profesionāls tulks, kurš netika iepazīstināts ar oriģinālu, no labākā latviešu valodas tulkojuma veica “atpakaļtulkojumu” angļu valodā. Šis “atpakaļtulkojums” tika saskaņots ar ZS autoru B. Kohenu (*Cohen*). Pēc oriģinālā testa parauga tika izveidotas tulkotā teksta veidlapas un stimulmateriāls. Rokasgrāmatas teksta rediģēšanā tika pieaicināta profesionāla valodniece.

Pētījuma pirmajā posmā tika izveidota pieejamā izlase no 100 ($n = 100$) dalībniekiem vecumā no 18 līdz 65 gadiem – 38 sievietēm un 12 vīriešiem ar dažādiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kā arī veseliem cilvēkiem – 38 sievietēm un 12 vīriešiem. Grupas tika pielīdzinātas pēc demogrāfiskajiem rādītājiem. Izvērtējot 300 zīmējumus (100 ZS), tika iegūti iekšējās saskaņotības rādītāji. ZS tika vērtētas pēc Zīmējumu analīzes formas (ZAF).

Papildus tika noteikta neatkarīgo ekspertu vērtējuma saistība, piedaloties trijiem ekspertiem. No pētījuma pirmajā posmā iegūtajām 100 zīmējumu sērijām nejauši tika izvēlētas 15 zīmējumu sērijas.

Pētījuma otrais posms. Otrajā posmā piedalījās 50 dalībnieki vecumā no 20 līdz 60 gadiem, no kuriem izpētes grupā bija 25 pacienti ar diagnozi paranoīdā šizofrēnija (F20.0) – 16 sievietes un 9 vīrieši, un attiecīgi kontrolgrupā 25 praktiski veseli cilvēki – 16 sievietes un 9 vīrieši. Otrajā izpētes grupā tika iekļauti pacienti ar depresijas simptomiem – 23 sievietes vecumā no 23 līdz 65 gadiem un 3 vīrieši vecumā no 18 līdz 57 gadiem. Otrajā kontrolgrupā tika iekļautas 23 sievietes vecumā no 26 līdz 65 gadiem un 3 vīrieši vecumā no 18 līdz 57 gadiem. Grupas tika pielīdzinātas pēc dzimuma un vecuma.

Pētījuma rezultāti

Lai atbildētu uz pirmo pētījuma jautājumu, tika aprēķināts ZS Kronbaha alfas koeficients. Tas bija $\alpha = 0,66$ (1. zīmējumam $\alpha = 0,65$; 2. zīmējumam $\alpha = 0,67$; 3. zīmējumam $\alpha = 0,68$).

Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu, tika aprēķināts neatkarīgo vērtētāju vērtējumu iekšējās saskaņotības koeficients (*Intraclass Correlation Coefficient* – ICC)². Rezultāti uzrādīja augstu neatkarīgo ekspertu vērtējuma saistību ($r = 0,89$).

¹ Turp un atpakaļ tulkošana nozīmē, ka viens vai divi neatkarīgi speciālisti tulko no oriģinālās valodas mērķa populācijas valodā un citi speciālisti (viens vai divi) neatkarīgi veic atpakaļtulkojumu [Raševska, 2005].

² *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) ir vispārējs mērījums, ar ko var noteikt atbilstību starp diviem un vairāk vērtējumiem ar nosacījumu, ka datu empīriskais sadalījums atbilst normālam sadalījumam [Shrout, Fleiss, 1979].

Lai atbildētu uz trešo pētījuma jautājumu, tika izvirzīta nulles hipotēze par divu izlašu līdzību un grupas tika salīdzinātas, izmantojot t-testu gan ZS katrai skalai atsevišķi, gan katram ZS zīmējumam (sk. 1., 2., 3. un 4. tab.).

1. tabula. *Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji izpētes grupai un kontrolgrupai – katrai ZS skalai**

ZS skalas	Izpētes grupa		Kontrolgrupa		t	p
	M	SD	M	SD		
Krāsu tips	2,08	0,71	2,53	0,66	-4,031	0,000
Krāsu saplūšana	1,09	0,34	1,33	0,47	-3,575	0,000
Idiosinkrātiska krāsa	1,08	0,32	1,05	0,23	0,591	0,556
Līnija / forma	1,40	0,82	2,04	0,98	-4,337	0,000
Integrācija	2,03	0,46	2,12	0,36	-1,367	0,174
Abstrakcija	0,38	0,82	0,57	1,05	-1,210	0,228
Reprezentācija	1,58	0,93	1,62	1,08	-0,242	0,809
Tēls	1,37	0,51	1,42	0,49	-0,645	0,520
Ierāmējums	1,36	0,51	1,40	0,49	-0,488	0,626
Pamatlīnija	1,37	0,51	1,48	0,50	-1,285	0,201
Cilvēki	1,11	0,35	1,05	0,22	1,105	0,271
Dzīvnieki	1,06	0,30	0,10	0,31	-0,802	0,424
Nedzīvi objekti	1,36	0,51	1,29	0,45	0,842	0,401
Abstrakti simboli	1,10	0,35	1,21	0,41	-1,705	0,090
Vārdu iekļaušana	1,10	0,35	1,01	0,11	2,184	0,031
Dabas ainava	0,26	0,60	0,37	0,69	-1,007	0,315
Līnijas kvalitāte / spiediens	1,92	0,67	2,10	0,42	-2,036	0,044
Līnijas garums	2,93	0,38	2,93	0,30	0,000	1,000
Kustība	1,96	1,10	2,00	1,20	-0,212	0,832
Telpas izmantojums	1,76	0,76	2,46	0,76	-5,666	0,000
Koks	0,14	0,61	0,04	0,25	1,399	0,164
Slīpums	1,04	0,25	1,08	0,27	-0,924	0,357
Neierasts novietojums	1,17	0,41	1,05	0,22	2,199	0,029
Kopā	30,7	5,12	33,3	3,91	-3,509	0,001

M – mediāna; SD – standartnovirze; t – Stjūdenta t-tests; p – nozīmības līmenis.

2. tabula. *Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji izpētes grupai un kontrolgrupai: ZS 1. zīmējums*

1. zīmējums						
ZS skalas	Izpētes grupa		Kontrolgrupa		t	p
	M	SD	M	SD		
Krāsu tips	2,20	0,76	2,80	0,50	3,50	0,001
Krāsu saplūšana	1,12	0,33	1,40	0,50	2,17	0,037
Idiosinkrātiska krāsa	1,20	0,41	1,12	0,33	-0,12	0,904
Līnija / Forma	1,44	0,82	2,16	0,98	3,29	0,002
Integrācija	1,92	0,40	2,12	0,33	1,11	0,271
Abstrakcija	0,28	0,68	0,36	0,86	0,25	0,805
Reprezentācija	1,80	0,87	1,80	1,00	0,36	0,718
Tēls	1,64	0,49	1,52	0,50	-0,61	0,545
Ierāmējums	1,64	0,49	1,56	0,50	-0,34	0,735
Pamatlīnija	1,44	0,51	1,72	0,45	1,68	0,098
Cilvēki	1,24	0,44	1,12	0,33	-0,49	0,625
Dzīvnieki	1,16	0,37	1,16	0,37	-0,12	0,904
Nedzīvi objekti	1,60	0,50	1,48	0,50	-0,58	0,564
Abstrakti simboli	1,16	0,37	1,20	0,40	0,23	0,818
Vārdu iekļaušana	1,08	0,28	1,00	0,00	-1,44	0,139
Dabas ainava	0,40	0,65	0,80	0,76	2,19	0,034
Līnijas kvalitāte / spiediens	1,88	0,60	2,16	0,47	1,80	0,074
Līnijas garums	2,96	0,20	2,96	0,20	0,05	0,955
Kustība	2,28	1,24	1,84	1,10	0,46	0,643
Telpas izmantojums	1,88	0,83	2,48	0,82	0,82	0,409
Koks	0,00	0,00	0,00	0,00	—	—
Slīpums	1,08	0,28	1,12	0,33	-2,35	0,020
Neierasts novietojums	1,20	0,41	1,04	0,20	3,72	0,000
Kopā	32,6	3,97	30,7	3,96	7,70	0,000

M – mediāna; SD – standartnovirze; t – Stjūdena t-tests; p – nozīmības līmenis.

3. tabula. *Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji izpētes grupai un kontrolgrupai: ZS 2. zīmējums*

2. zīmējums						
ZS skalas	Izpētes grupa		Kontrolgrupa		t	p
	M	SD	M	SD		
Krāsu tips	1,08	1,08	1,20	0,40	1,47	0,146
Krāsu saplūšana	2,00	2,00	2,24	0,66	1,10	0,277
Idiosinkrātiska krāsa	1,00	1,00	1,04	0,20	0,96	0,342
Līnija / forma	1,32	1,32	2,04	1,01	3,35	0,002
Integrācija	2,12	2,12	2,12	0,43	-0,07	0,939
Abstrakcija	0,00	0,00	0,16	0,62	1,22	0,225
Reprezentācija	2,04	2,04	2,08	0,75	0,73	0,464
Tēls	1,36	1,36	1,32	0,47	0,09	0,926
Ierāmējums	1,36	1,36	1,32	0,47	0,09	0,926
Pamatlīnija	1,48	1,48	1,48	0,50	-0,26	0,791
Cilvēki	1,00	1,00	1,00	0,00	1,13	0,241
Dzīvnieki	1,04	1,04	1,08	0,27	0,51	0,609
Nedzīvi objekti	1,32	1,32	1,24	0,43	-0,17	0,863
Abstrakti simboli	1,04	1,04	1,08	0,27	0,51	0,609
Vārdu iekļaušana	1,16	1,16	1,04	0,20	-1,51	0,137
Dabas ainava	0,08	0,08	0,08	0,27	-0,06	0,948
Līnijas kvalitāte / spiediens	1,92	1,92	2,08	0,40	1,50	0,139
Līnijas garums	2,96	2,96	2,88	0,43	-0,76	0,450
Kustība	1,28	1,28	1,24	0,72	-0,28	0,778
Telpas izmantojums	1,76	1,76	2,36	0,70	2,44	0,018
Koks	0,44	0,44	0,12	0,43	-1,56	0,123
Slīpums	1,04	1,04	1,04	0,20	0,51	0,609
Neierasts novietojums	1,16	1,16	1,08	0,27	-0,96	0,339
Kopā	30,0	3,20	31,3	3,74	1,71	0,093

M – mediāna; SD – standartnovirze; t – Stjūdenta t-tests; p – nozīmības līmenis.

4. tabula. *Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji izpētes grupai un kontrolgrupai: ZS 3. zīmējums*

3. zīmējums						
ZS skalas	Izpētes grupa		Kontrolgrupa		t	p
	M	SD	M	SD		
Krāsu tips	2,04	0,89	2,56	0,71	2,28	0,027
Krāsu saplūšana	1,08	0,40	1,40	0,50	2,49	0,016
Idiosinkrātiska krāsa	1,04	0,35	1,00	0,00	-0,56	0,572
Līnija / forma	1,44	0,92	1,92	0,95	1,81	0,076
Integrācija	2,04	0,54	2,12	0,33	0,63	0,530
Abstrakcija	0,88	1,09	1,20	1,29	0,94	0,349
Reprezentācija	0,92	1,08	1,00	1,19	0,24	0,804
Tēls	1,12	0,44	1,44	0,50	2,38	0,021
Ierāmējums	1,08	0,40	1,32	0,47	1,93	0,060
Pamatlīnija	1,20	0,50	1,24	0,43	0,30	0,764
Cilvēki	1,08	0,40	1,04	0,20	-0,44	0,657
Dzīvnieki	1,00	0,29	1,08	0,27	1,00	0,322
Nedzīvi objekti	1,16	0,47	1,16	0,37	0,00	1,00
Abstrakti simboli	1,12	0,44	1,36	0,48	1,82	0,075
Vārdu iekļaušana	1,08	0,40	1,00	0,00	-1,00	0,322
Dabas ainava	0,32	0,69	0,24	0,72	-0,40	0,691
Līnijas kvalitāte / spiediens	1,96	0,73	2,08	0,40	0,71	0,477
Līnijas garums	2,88	0,60	2,96	0,20	0,63	0,530
Kustība	2,32	0,95	2,92	1,07	2,09	0,042
Telpas izmantojums	1,64	0,81	2,56	0,76	4,10	0,000
Koks	0,00	0,00	0,00	0,00	—	—
Slīpums	1,00	0,29	1,08	0,27	1,00	0,322
Neierasts novietojums	1,16	0,47	1,04	0,20	-1,16	0,248
Kopā	29,5	7,01	33,7	3,23	2,69	0,010

M – mediāna; SD – standartnovirze; t – Stjūdena t-tests; p – nozīmības līmenis.

5. tabula. Zīmējumu sērijas skalu un depresijas (BDA-II) rādītāju savstarpējā saistība pēc Pirsona korelācijas koeficienta (*r*)

Zīmējumu sērija	1. zīmējums	2. zīmējums	3. zīmējums	Kopējais
Krāsu tips	-0,04	-0,01	-0,03	-0,05
Krāsu saplūšana	0,11	-0,19	0,12	0,15
Idiosinkrātiska krāsa	0,10	—	—	-0,20
Līnija / forma	-0,06	-0,05	0,28	0,45*
Integrācija	0,27	0,32	0,73*	—
Abstrakcija	0,36	—	0,55	0,43*
Reprezentācija	-0,17	0,47*	-0,61	-0,33
Tēls	-0,46*	0,36*	-0,62	-0,26
Ierāmējums	-0,47*	0,36*	-0,62	-0,26
Pamatlīnija	-0,23	0,18	0,53*	-0,28
Cilvēki	0,22	—	0,48*	0,35*
Dzīvnieki	-0,12	—	-0,61	-0,17
Nedzīvi objekti	-0,45*	0,36*	-0,62	-0,14
Abstrakti simboli	-0,14	—	-0,29	-0,10
Vārdu iekļaušana	—	—	—	—
Dabas ainava	0,04	—	—	0,05
Līnijas kvalitāte	-0,06	-0,07	0,59*	0,25
Līnijas garums	—	—	—	—
Kustība	-0,11	0,47*	0,12	0,25
Telpas izmantojums	-0,22	-0,00	-0,03	0,17
Koks	—	0,38*	—	0,37*
Slipums	-0,02	0,25	—	-0,45*
Neierasts novietojums	0,11	0,27	—	0,02

* $p < 0,05$

Aprēķinot t-kritēriju, tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp pacientu ar šizofrēniju un praktiski veselu cilvēku grupu 10 skalās:

Krāsu tips ($M = 2,08 / M = 2,53$; $t = -4,031$, $p = 0,000$);

Krāsu saplūšana ($M = 1,09 / M = 1,33$; $t = -3,575$, $p = 0,000$);

Līnija / forma ($M = 1,40 / M = 2,04$; $t = -4,337$, $p = 0,000$);

Tēls ($M = 1,12 / M = 1,44$; $t = 2,38$, $p = 0,021$);

Dabas ainava ($M = 0,40 / M = 0,80$; $t = 2,19$, $p = 0,034$);

Vārdu iekļaušana ($M = 1,10 / M = 1,01$; $t = 2,184$, $p = 0,031$);

Kustība ($M = 2,32 / M = 2,92$; $t = 2,09$, $p = 0,042$);
Telpas izmantojums ($M = 1,76 / M = 2,46$; $t = -5,666$, $p = 0,000$);
Slīpums ($M = 1,08 / M = 1,12$; $t = -2,35$, $p = 0,020$);
Neierasts novietojums ($M = 1,17 / M = 1,05$; $t = 2,199$, $p = 0,029$).

Kopējie ZS rezultāti starp abām izlašu grupām uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības ($M = 30,7 / M = 33,3$; $t = -3,509$, $p = 0,001$).

Lai atbildētu uz ceturto pētījuma jautājumu, tika noteikta saistība starp Beka depresijas aptaujas rādītājiem un ZS skalām, aprēķinot Pīrsona korelācijas koeficientu (r) (sk. 5. tab.).

Rezultāti liecina, ka izpētes grupas depresijas rādītāji statistiski nozīmīgi korelē ar ZS pirmo (brīvo) zīmējumu skalās: tēls ($r = -0,46$, $p < 0,05$), ierāmējums ($r = -0,47$, $p < 0,05$) un nedzīvi objekti ($r = -0,45$, $p < 0,05$).

ZS otrajā (koka) zīmējumā izpētes grupas depresijas rādītāji statistiski nozīmīgi korelē ar reprezentācijas skalu ($r = 0,47$, $p < 0,05$), kā arī statistiski nozīmīga saistība ir ar tēla ($r = 0,36$, $p < 0,05$), ierāmējuma ($r = 0,36$, $p < 0,05$), nedzīvu objektu ($r = 0,36$, $p < 0,05$), kustības ($r = 0,47$, $p < 0,05$) un koka skalu ($r = 0,38$, $p < 0,05$).

ZS trešajā (jūtu) zīmējumā izpētes grupas depresijas rādītāji statistiski nozīmīgi korelē ar integrācijas skalu ($r = 0,73$; $p < 0,05$), cilvēka ($r = 0,53$; $p < 0,05$), pamatlīnijas ($r = 0,53$; $p < 0,05$) un līnijas kvalitātes skalu ($r = 0,59$; $p < 0,05$).

Kopējie izpētes grupas rādītāji ZS un BDA-II statistiski nozīmīgi korelē ar ZS Līnijas / formas skalu ($r = 0,45$; $p < 0,05$), kā arī statistiski nozīmīga saistība ir ar abstrakcijas ($r = 0,43$; $p < 0,05$), cilvēku ($r = 0,35$; $p < 0,05$), koka ($r = 0,37$; $p < 0,05$) un slīpuma skalu ($r = -0,45$; $p < 0,05$).

Diskusija

ZS iekšējā saskaņotība ir apmierinoša. Neatkarīgo ekspertu vērtējumā saistība ir augsta un atbilst citos pētījumos [*Cohen, Hammer, Singer, 1998; Mills, Cohen, Meneses, 1993*] uzrādītajiem rezultātiem.

Aprēķinot atšķirības visiem ZS zīmējumiem starp abām izlašu grupām – šizofrēnijas slimnieku grupu un praktiski veselu cilvēku grupu –, var secināt, ka statistiski nozīmīgas atšķirības ir šādās skalās: krāsu tips; krāsu saplūšana; līnija / forma; vārdu iekļaušana; telpas izmantojums un Neierasts novietojums. Tas atbilst arī citos pētījumos [*Cohen, et al., 1988; Mills, et al., 1993; Cohen, et al., 1994; Morris, 1995*] iegūtajiem datiem, kuros tika uzrādīts specifisks zīmējumu raksturojums pacientiem ar šizofrēniju: zīmējumos ir mazāk izmantotas krāsas, bet vairāk līnijas; zīmējumi tiek papildināti, iekļaujot vārdus; netiek izmantots viss lapas laukums; zīmējumā attēlotais tēls atrodas vairāk augšējā stūrī vai nu tuvāk lapas kreisajai, vai labajai malai.

Analizējot **katru zīmējumu atsevišķi**, var secināt, ka **pirmajā** zīmējumā ir redzamas atšķirības vairākās skalās: krāsu tips, krāsu saplūšana, līnija / forma, dabas ainava, slīpums un neierasts novietojums. Tā kā pētījumos [Cohen, et al., 1988; Mills, et al., 1993; Cohen, et al., 1994] minēts, ka pirmais (brīvais) zīmējums var izraisīt trauksmi, naidīgumu un aizvainojumu, liekot cilvēkam būt uzmanīgam, kas pastiprina aizsardzības mehānismus, tad, iespējams, pacientiem ar šizofrēniju tas ierobežo spontanitāti un ekspresiju zīmējumos.

Otrajā zīmējumā ir redzamas atšķirības līnijas / formas skalā, kas nozīmē, ka pacienti ar šizofrēniju vairāk zīmē ar kritiņa šķautni, izkrāsojot tēlus līnijas veidā, nevis izmantojot kritiņa sāna malu, kas palīdzētu izkrāsot tēlu pilnībā. Atšķirības var novērot arī telpas izmantojuma skalā. Lai gan šī uzdevuma direktīvā daba – strukturētība palīdz pacientiem ar šizofrēniju zīmēt atpazīstamus, integrētus kokus [Cohen, et al., 1988; 1994], tomēr ir tendence tos attēlot, neizmantojot visu lapas laukumu.

Runājot par saturiskām iezīmēm, ASV veiktajā pētījumā [Moris, 1995] tika uzrādītas specifiskas iezīmes šizofrēnijas pacientu grupai koka zīmējumā, kas sakrīt ar šī pētījuma rezultātiem – pacienti ar šizofrēniju lapu novieto horizontāli, retāk vertikāli, kā arī kokus zīmē bez saknēm.

Trešajā zīmējumā var novērot atšķirības skalās: krāsu tips; krāsu saplūšana; tēls; kustība un telpas izmantojums. Tā kā trešais zīmējums ir “jūtu” zīmējums, kas pacientiem ar šizofrēniju sagādā grūtības [Cohen, et al., 1994], iespējams, tāpēc šie pacienti izvēlas zīmēt nelielus tēlus, izmanto maz krāsu, nesapludinot tās, aizpilda nelielu papīra lapas daļu, kā arī zīmējumā nerada ne reālu, ne iedomātu kustību.

Apkopojot iegūtos rezultātus, var secināt, ka tie sakrīt ar iepriekšējos pētījumos [Cohen, et al., 1988; Mills, et al., 1993; Cohen, et al., 1994; Morris, 1995] visbiežāk pieminētajām atšķirībām starp šizofrēnijas pacientu grupu un praktiski veselu cilvēku grupu veidotajiem zīmējumiem.

Analizējot ZS skalas saistību ar Beka depresijas aptauju II (BDA-II) izpētes grupā katram zīmējumam, var secināt, ka ir statistiski nozīmīga negatīva saistība 1. zīmējumā starp BDA-II un divām skalām – tēls un nedzīvi objekti. Šīs abas skalas ir savstarpēji saistītas, jo tēls pēc rokasgrāmatā dotajiem norādījumiem var būt “salikts” vai “vienkāršs”. Jo pacients jūtas vairāk nomākts, jo vairāk viņš zīmē vienkāršus tēlus bez papildinājumiem (šajā gadījumā nedzīvus tēlus, pie kuriem, pēc autora domām, ir pieskaitāmi ēdieni, augi un dabas tēli). 2. zīmējumā ir saistība starp BDA-II un reprezentācijas un koka skalu, kur koks galvenokārt tiek zīmēts, izmantojot “liklīnijas un lokus” (tāda ir viena no reprezentācijas skalas trim atbildēm). 3. zīmējumā ir saistība starp BDA-II un integrācijas, pamatlīnijas un līnijas kvalitātes skalu, kas varētu norādīt uz to, ka “jūtu” zīmējumi ir “nabadzīgi”, izmantojot vienu krāsu un abstraktus tēlus, bez pamatlīnijas. Attēli veidoti ar “vieglu” kritiņa uzspiedienu (labi redzama papīra šķiedra, rodas iespaids, it kā darbs būtu zīmēts ar zīmuli).

Analizējot ZS skalu saistību ar BDA-II aptauju izpētes grupā, var secināt, ka ir statistiski nozīmīga saistība starp BDA-II un līnijas / formas, abstrakcijas, koka un slīpuma skalu. Šī saistība varētu norādīt uz to, ka pacienti ar depresiju, radot savus darbus, biežāk mēdz zīmēt ģeometriskas un biomorfās abstrakcijas “brīvajā” un “jūtu” zīmējumā. “Koka” zīmējumā koks mēdz būt “nabadzīgs” – attēlots ar vienu krāsu, līdzīgs atslēgas caurumam, ledenei (angl. *lollipop*) vai zirneklim. Slīpuma skalai ir nozīmīga negatīva saistība ar BDA-II, kas varētu liecināt par to, ka, jo depresīvāk pacients jūtas, jo slīpākus attēlus viņš veido.

Lai arī pētījumos ir konstatētas zināmas tendences, tomēr ZS ir lietojama tikai kopā ar klienta / pacienta stāstījumu (ja tas ir iespējams), novēroto uzvedību mākslas radīšanas laikā, terapeitisko attiecību, situācijas un vides izpēti [Mārtinsone, 2011].

Secinājumi

Zīmējumu sērija – ZS (angļu valodā – *Diagnostic Drawing series – DDS*)³ ir ASV autoru mākslas terapietu Berija M. Kohena (*B. Cohen*) un Barbaras Lesovicās (*B. Lesowitz*) 1982. gadā radītais mākslā balstītais izvērtēšanas instruments, kurš pazīstams ne tikai ASV, bet arī Nīderlandē, Spānijā, Japānā, Francijā un Vācijā [Cohen, et al., 1986/1994].

ZS ir paredzēta izvērtēšanai – hipotēzes formulēšanai, mākslas terapijas mērķu izvirzīšanai, plāna izveidei – un novērtēšanai – starprezultātu un mākslas terapijas rezultātu novērtējumam [Mārtinsone, 2011].

Zīmējumu sērijas instruments galvenokārt ir veidots, lai iegūtu objektīvu informāciju par respondentu zīmējumiem. Pētījumi veikti, lai noteiktu atšķirības starp dažādu diagnožu pacientu grupām. Iegūtie rezultāti ir vērtējami kā pamatoti, jo skalas uzrāda līdzīgas tendences dažādos pētījumos.

Zīmējumu sērijas skala ir:

- 1) iz(no)vērtēšanas instruments empīriskiem pētījumiem, lai apkopotu objektīvu informāciju (**kā zīmē**, vērtējot zīmējuma struktūru, nevis saturu), izmantojot lielu respondentu skaitu, no dažādu diagnožu pacientu grupām;
- 2) iz(no)vērtēšanas instruments, lai iegūtu subjektīvu informāciju (**ko zīmē** – sasaistot kopā attēloto zīmējumā un verbālu stāstījumu par zīmējuma saturu), un iegūstot informāciju par klienta / pacienta izjūtām, sesijas sākumā un beigās.

³ Angļu valodā ZS nosaukumā ir vārds “diagnostika”, jo sākotnēji ZS tika radīta kā klīniskās vides instruments, lai sagrupētu psihiatrijas slimniekus pēc diagnozēm. Latvijā (latviskajā tulkojumā), lai izvairītos no pārpratumiem, vārds “diagnostika” netiek lietots.

Vēlams turpināt pētījumus šizofrēnijas diagnozes grupai, salīdzinot iespējamās atšķirības starp pacientiem ar dažādu diagnozes uzstādīšanas ilgumu, kā arī vēlams turpināt pētījumus, izmantojot Zīmējumu sēriju citu diagnožu grupām, piemēram, pacientiem ar ēšanas traucējumiem, adaptācijas traucējumiem, Alcheimera pacientiem.

Ņemot vērā atšķirīgās ASV un Latvijas kultūrvides, būtu ieteicams veikt pētījumu par simbolisko koka nozīmi depresijas pacientiem Latvijā.

Literatūra

1. Andrēziņa R., Tērauds E. Šizofrēnijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas // *Latvijas Ārsts*, 2008; 11: 32–40.
2. Mārtinsons K. Izvērtēšana un novērtējums mākslas terapijā // *Mākslas terapija: teorija un prakse* / Sast. Mārtinsons K. – Rīga: Drukātava, 2009.
3. Mārtinsons K. Mākslas terapijas sesijās radīto darbu analīze un interpretācija // *Mākslas terapija: teorija un prakse* / Sast. Mārtinsons K. – Rīga: Drukātava, 2009.
4. Mārtinsons K. (Red.) *Mākslu terapija*. – Rīga: RaKa, 2011. – 431 lpp.
5. Raščevska M. Psiholoģisko testu un aptauju konstruēšana un adaptācija. – Rīga: RaKa, 2005. – 279 lpp.
6. Tērauds E. Psihisko un uzvedības traucējumu agrīna diagnostika primārajā veselības aprūpē. – Rīga: Nacionālais apgāds, 2010.
7. Voitkāne S., Miezīte S. Pirmā kursa studentu adaptācijas problēmas. Latvijas Universitāte, Latvija // *Baltijas Psiholoģijas Žurnāls*, 2001; 2 (1): 43–58.
8. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. *BDI-II Beck Depression Inventory: Manual*. – 2nd ed. – San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.
9. Beck A. T., Alford B. A. *Depression: Causes and treatment*. – 2nd ed. – Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009.
10. Brooke S. *Tools of the trade: therapist's guide to art therapy assessments*. – Springfield: Charles Thomas, 2004.
11. Betts D. J. *A systematic analysis of art therapy assessment and rating instrument literature: Doctoral dissertation*. – Tallahassee: Florida State University, 2005 // <http://www.art-therapy.us/assessment.htm>.
12. Betts D. J. *Art therapy assessments and rating instruments: Do they measure up?* // *The Arts in Psychotherapy: An International Journal*, 2006; 33 (5): 371–472.
13. Cohen B. M. (ed.) (1983). *The Diagnostic Drawing Series Handbook*. – Self published, Alexandria, VA, USA.
14. Cohen B. M. (ed.) (1985). *DDS Newsletter*.
15. Cohen B. M. (ed.) (1986/1994). *The Diagnostic Drawing Series Rating Guide*. (Available from Barry M. Cohen, P. O. Box 9853, Alexandria, Virginia, USA 22304).
16. Cohen B. M., Hammer J., Singer S. *The Diagnostic Drawing Series (DDS): A systematic approach to art therapy evaluation and research* // *Arts in Psychotherapy*, 1988; 15 (1): 11–21.

17. Cohen B. M., Mills A., Kijak A. K. An introduction to the Diagnostic Drawing Series: A standardized tool for diagnostic and clinical use // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 1994; 11 (2): 105–110.
18. Couch J. B. Diagnostic Drawing Series: Research with older people diagnosed with organic mental syndrome and disorders // *Art Therapy*, 1994; 11 (3): 111–115.
19. Creekmore J. (1989) The Diagnostic Drawing Series Tree Scale // Morris M. B. The Diagnostic Drawing Series and the Tree Rating Scale: An isomorphic representation of multiple personality disorder, major depression and schizophrenia populations // *Art Therapy*, 1995; 12 (2): 118–128 // <http://www.diagnosticdrawingseries.com/resource.html>
20. Gulbro-Leavitt C. & Schimmel B. Brief report: Assessing depression in children and adolescents using the Diagnostic Drawing Series modified for children (DDS-C) // *The Arts in Psychotherapy*, 1991; 18 (4): 353–356.
21. Hinz L. D. *Expressive Therapies Continuum: a framework for using art in therapy.* – New York: Routledge, 2009.
22. Malchiodi A. C. *Handbook of art therapy.* – New York, London: The Guilford Press, 2003. – P. 461.
23. Meeuwissen J. A. C. *Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie)*, 2009 // www.trimbos.nl/.../MDR%20Depressie
24. Mills A. The Diagnostic Drawing Series // *Handbook of art therapy* / Ed. by Malchiodi C. – New York: The Guilford Press, 2003. – Pp. 401–409.
25. Mills A., Cohen B. M. & Meneses J. Z. Reliability and validity tests of the Diagnostic Drawing Series // *The Arts in Psychotherapy*, 1993; 20 (1): 83–88.
26. Morris M. B. The Diagnostic Drawing Series and the Tree Rating Scale: An isomorphic representation of multiple personality disorder, major depression and schizophrenia populations // *Art Therapy*, 1995; 12 (2): 118–128.
27. Neale E. L. The Children's Diagnostic Drawing Series // *Art Therapy*, 1994; 11 (2): 119–126.
28. Shrout P. E., Fleiss J. L. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability // *Psychological Bulletin*, 1979; 86 (2): 420–428.
29. Turkington C. Therapist seeks correlation between diagnosis, drawings // *APA Monitor*, 1985; 16 (4): 34–36.
30. Wittchen H. U., et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 // *Eur. Neuropsychopharmacol*, 2011; 21 (9): 655–679.

MĀKSLAS TERAPIJAS FORMĀLO ELEMENTU SKALA: TĀS PIELIETOJUMS DAŽĀDĀS KLIENTU / PACIENTU GRUPĀS

*Sanita Ciganovska*¹, *Līga Veide-Nedviga*^{2, 3},
*Kristīne Mārtinsone*²

¹ RPNC Ambulatorās aprūpes centrs "Veldre"

² Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

³ Nodarbību centrs bērniem "Mārite ABC"

Ievads

Mākslas terapijas praksē, lai veiktu klienta / pacienta izvērtēšanu, kas ir orientēta uz viņa vajadzību un resursu noteikšanu un ir pamatā mākslas terapijas mērķu izvirzīšanai, darbības plāna izveidošanai, kā arī mākslas terapijas rezultātu novērtēšanai pēc mākslas terapijas, papildus intervijai ar klientu / pacientu, medicīniskās dokumentācijas izpētei un citiem instrumentiem tiek izmantoti mākslā balstīti izvērtēšanas instrumenti.

Mākslas terapietiņiem Latvijā ir pazīstami vairāki mākslā balstīti izvērtēšanas instrumenti, piemēram, Mākslas terapijas formālo elementu skala ar zīmējumu "Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka" [Gantt & Tabone, 1998], Zīmējumu sērijas [Cohen, Hammer & Singer, 1988], Silveres zīmējumu tests [Silver, 1983] un citi.

Mākslas terapijas formālo elementu skalas raksturojums

Mākslas terapijas formālo elementu skala (turpmāk – MTFES) ir Lindas Gantas (*Linda Gantt*) un Karmello Tabones (*Carmello Tabone*) attīstīta mērījumu sistēma, kas varētu palīdzēt novērtēt mākslas darba formālos elementus, piemēram, krāsu, līniju, aizpildīto laukumu un citus [Gantt & Tabone, 1998]. Skala ir balstīta mākslas pieejā un ir paredzēta, lai izpētītu klienta / pacienta klīnisko stāvokli (nevis personības iezīmes), kas varētu būt nozīmīgi, izvērtējot dažādus psihiskos traucējumus [Gantt, 2001, kā minēts Betts, 2005]. Autori psihiatrijas pacientu zīmējumus ir ievākuši un aprakstījuši vairāk nekā 10 gadu garumā, šo darbu sākot 1986. gadā [Gantt & Tabone, 1998]. Visi zīmējumi tika aprakstīti, balstoties uz DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 2000).

L. Ganta un K. Tabone norāda, ka iegūtajos zīmējumos ir pietiekami daudz informācijas, kas atspoguļo to autoru psihisko stāvokli, un tajos novērotās

raksturīgās iezīmes ir saistītas ar vienu no četrām DSM diagnožu kategorijām: smaga depresija, šizofrēnija, bipolāri traucējumi (mānija) un organiski psihiski traucējumi (delīrijs, demence, amnēzija un citi kognitīvi traucējumi).

Parasti MTFES tiek izmantota kopā ar zīmējumu “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka”, bet, tā kā vērtējums atteicas uz mākslas darba formālajiem elementiem, to var izmantot arī ar citiem tematiskiem zīmējumiem dažādās vecuma grupās [Gantt & Tabone, 1998], t. i., divu dimensiju mākslas darbiem [Gantt, 2001].

MTFES sastāv no 14 skalām: krāsu pielietojums, krāsu atbilstība, ieguldītā enerģija, laukums, integrācija, loģiskums, reālisms, problēmrisināšana, attīstības līmenis, objektu un apkārtējās vides detaļas, līniju kvalitāte, cilvēks, rotācija un atkārtošāns. Zīmējumi tiek izvērtēti piecu punktu Likerta skalā.

Lai pārbaudītu MTFES ticamību, ir veikti vairāki desmiti pētījumu dažādās vecuma, dzimuma un klientu / pacientu grupās. Piemēram, ASV klīniskie psihologi Pema Rokvela un Madris Dunams [Rockwell & Dunham, 2006] pētīja MTFES zīmējumus “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka” pieaugušajiem ar vielu atkarības traucējumiem. Izvērtējot šos zīmējumus 12 MTFES skalās no 14 (netika iekļauta rotācijas un atkārtošāns skala), pētījuma autori ziņoja par labu skalu iekšējo saskaņotību un saistību starp vairāku neatkarīgu vērtētāju vērtējumiem 9 skalās no 12 (izņemot līniju kvalitātes, integrācijas un problēmrisināšanas skalu). Neskatoties uz šo skalu zemajiem rādītājiem, visas 12 skalas tika iekļautas zīmējumu analizē. Pētījums parādīja, ka klientu / pacientu grupas ar vielu atkarības traucējumiem zīmējumos ir statistiski nozīmīgas atšķirības, salīdzinot ar kontrolgrupas zīmējumiem, reālisma, attīstības līmeņa un cilvēka skalā.

ASV mākslas terapeits Deivids Gusaks [Gussak, 2004; 2006] izmantoja MTFES un zīmējumu “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka”, lai izpētītu mākslas terapijas efektivitāti depresijas simptomu mazināšanai ieslodzītajiem. Izmantojot MTFES, Aptauju par ieslodzīto savstarpējo mijiedarbību un pakļaušanos noteikumiem un Beka depresijas aptauju (*Beck Depression Inventori* – BDI), D. Gusaks pētīja MTFES lietderību ieslodzītajiem, kuri bija iesaistīti četru nedēļu mākslas terapijas programmā, un izvērtēja simptomu izmaiņas laikā. Šajā pētījumā D. Gusaks novēroja nozīmīgas izmaiņas zīmējuma “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka” piecās skalās: krāsu pielietojums, krāsu atbilstība, ieguldītā enerģija, objektu un apkārtējās vides detaļas un laukums.

ASV mākslas terapeite Nora Svāna-Fostere kopā ar kolēģiem [Swan-Foster, Foster & Dorsey's, 2003] izmantoja modificētu MTFES, pētot grūtnieču cilvēka figūru zīmējumus. Pētījuma mērķis bija izpētīt MTFES lietderību grūtnieču garīgās veselības problēmu izvērtēšanā grūtniecības laikā. Grūtnieces bija iekļautas trijās riska grupās – augsta riska ambulatorās pacientes, augsta riska stacionārās pacientes un zema riska pacientes. Lai izvērtētu grūtnieču zīmējumus, pētnieki izmantoja

deviņas MTFES skalas: krāsu pielietojums, laukums, objektu un apkārtējās vides detaļas, cilvēks, reālisms, attīstības līmenis, ieguldītā enerģija, līniju kvalitāte un atkārtotība. Statistiski nozīmīgas atšķirības starp grupām uzrādīja piecas skalas: krāsu pielietojums, laukums, objektu un apkārtējās vides detaļas, cilvēks un ieguldītā enerģija. Pētījuma autori ziņoja par MTFES skalu labu iekšējo saskaņotību, kā arī par vairāku MTFES skalu pietiekami precīziem rādītājiem, kas ļauj identificēt grūtnieču garīgās veselības problēmas, izmantojot zīmējumus, kas nav zīmējums “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka”.

ASV pētnieki Deivids Anšels, Silvija Dolče, Armins Švarcmans un Roberts Fišers [*Anschel, Dolce, Schwartzman, 2005*] izmantoja MTFES kā diagnostisku instrumentu pieaugušajiem ar epilepsiju. No katra pētījuma dalībnieka tika ievākti trīs zīmējumi: “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka”, “Brīvais zīmējums” un “Ķermeņa kontūra”. MTFES tika izmantota zīmējumu “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka” un “Brīvā zīmējuma” izvērtēšanai. Šī pētījuma rezultāti liecināja, ka ar MTFES var noteikt atšķirības starp pacientu ar epilepsiju grupām un kontrolgrupu. Kaut arī šajā pētījumā nebija noteikta MTFES iekšējā saskaņotība, šeit tika apstiprināta iespēja izmantot mākslā balstīto izvērtēšanu un MTFES darbā ar pacientiem, kuriem ir epilepsija.

ASV mākslas terapeites K. Vaita, Dž. Volisa un L. Hufmane [*White, Wallace & Huffman, 2004*] savā pētījumā izmantoja MTFES, lai ar tās palīdzību izvērtētu bērnu un pusaudžu zīmējumus, kuri bija aizpildījuši uzvedības un emocionālo problēmu pašaptaujas anketu “Bērnu uzvedības aptauja” (*Child Behavior Checklist – CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001*). Šajā pētījumā tika iekļauti pusaudži ar dažādām komorbīdām psihiatriskām diagnozēm. Izmantojot CBCL rādītājus, klienti / pacienti tika sadalīti divās grupās: ar domāšanas traucējumiem un bez domāšanas traucējumiem. Dispersiju analīze uzrādīja nozīmīgu atšķirību starp abām grupām problēmrisināšanas, integrācijas, reālisma, attīstības līmeņa un objektu un vides detaļu skalā. Šī pētījuma rezultāti parādīja, ka ar MTFES palīdzību ir iespējams atšķirt psihiatrijas pacientu zīmējumus, sadalot pacientus grupās.

Saskaņā ar iepriekš minētajiem un citu pētījumu datiem, kur MTFES ir lietota kopā ar zīmējumu “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka”, šajos zīmējumos var novērot iezīmes, kuras ir saistāmas ar garīgiem traucējumiem [*Williams, Agell, Gantt & Goodman, 1996; Gantt & Tabone, 1998; Gantt, 2001; Munley, 2002*], kurus L. Ganta un K. Tabone ir aprakstījuši, balstoties uz DSM-IV (*American Psychiatric Association, 2000*).

Apskatītie pētījumi, kuros izmantota MTFES, liecina, ka L. Ganta un K. Tabone ir izveidojuši instrumentu, kas ļauj iegūt informāciju par klienta / pacienta psihisko stāvokli. Šo instrumentu var lietot dažādās klientu / pacientu un vecumu grupās. Tomēr ir nepieciešams veikt jaunus pētījumus, lai stiprinātu MTFES ticamību, kā arī pārbaudītu tā pielietojumu dažādās klientu / pacientu grupās.

Mākslas terapijas formālo elementu skalas pirmā posma adaptācija Latvijā

MTFES pirmā posma adaptācija Latvijā notika 2012. gadā no 1. februāra, kad tika saņemta skalas adaptācijas atļauja, līdz 1. decembrim. Šajā procesā maģistra darbu (vadītāja – asoc. prof. K. Mārtinsone) ietvaros tika veikti divi pētījumi dažādās klientu / pacientu un vecuma grupās: L. Veide-Nedviga “Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums vizuāli plastiskās mākslas terapijā trauksmes mazināšanai bērniem ar astmu” un S. Ciganovska “Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums sievietēm ar krūts vēzi depresijas simptomu izvērtēšanai”.

L. Veide-Nedviga “Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums vizuāli plastiskās mākslas terapijā trauksmes mazināšanai bērniem ar astmu”

Viens no L. Veides-Nedvigas pētījuma mērķiem bija veikt MTFES adaptāciju Latvijā un pārbaudīt, vai pastāv saistība starp MTFES un trauksmes / nomāktības skalas rādītājiem pēc CBCL/6-18 [Achenbach, 2001] pusaudžiem ar astmu.

Lai īstenotu pētījuma mērķus, bija nepieciešams atbildēt uz vairākiem jautājumiem:

- Kāda ir MTFES iekšējā saskaņotība?
- Vai MTFES rezultāti ir noturīgi laikā?
- Vai pastāv saistība starp neatkarīgu vērtētāju MTFES vērtējumiem?
- Kāda ir saistība starp MTFES un Achenbach aptaujas CBCL/6-18 trauksmes / nomāktības skalu bērniem un pusaudžiem ar astmu?

Šajā pētījumā izmantotais instrumentārijs bija:

- 1) Mākslas terapijas formālo elementu skala (MTFES) (*The Formal Elements Art Therapy Scale* – FEATS; Gantt & Tabone, 1998) un
- 2) Bērna uzvedības novērtējuma aptauja (*Child Behaviour Checklist* – CBCL/6-18; Achenbach, 2001), kas Latvijā ir adaptēta Latvijas Universitātes Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultātes psiholoģijas nodaļā.

Pētījums tika veikts divos posmos. Pirmajā pētījuma posmā tika iesaistīti 37 pētījuma dalībnieki vecumā no 7 līdz 12 gadiem, kuriem ir jaukta tipa bronhiālā astma. Otrā pētījuma posma izlase tika veidota no pirmā pētījuma posma izlases dalībniekiem, kas uzrādīja paaugstinātu trauksmes līmeni pēc CBCL/6-18 aptaujas, uzrādot četrus un vairāk punktus trauksmes un nomāktības skalā. No 37 respondentiem 12 respondenti uzrādīja zemu trauksmes traucējumu simptomātiku – mazāk par četriem punktiem, līdz ar to izlases atlasē turpmākajā posmā netika iekļauti. Savukārt 25 respondenti uzrādīja paaugstinātu trauksmes traucējumu līmeni un tika iekļauti turpmākajā pētījuma posmā.

Pētījuma rezultāti. Lai noteiktu, kāda ir MTFES iekšējā saskaņotība, tika aprēķināts Kronbaha alfa (α) koeficients. Pētījumā iegūtie rezultāti uzrādīja, ka MTFES skalu iekšējā saskaņotība ir vērtējama kā laba ($\alpha = 0,90$).

Lai pārbaudītu, vai MTFES rezultāti ir noturīgi laikā, tika aprēķināts Pīrsona korelācijas koeficients (r) starp vienas un tās pašas izlases pirmo un otro mērījumu ar divu nedēļu laika intervālu. Iegūtie dati parādīja, ka korelācijas koeficients svārstās no 0,21–0,99, un viszemākā korelācija ir skalā Logiskums.

Lai pārbaudītu, vai pastāv saistība starp neatkarīgu vērtētāju MTFES rezultātiem, tika aprēķināts neatkarīgo vērtētāju vērtējumu iekšējās saskaņotības koeficients (*Intraclass Correlations Coefficient*) (r) starp divu neatkarīgu apmācītu vērtētāju MTFES vērtējumiem. Iegūtā korelācijas koeficienta vērtība bija 0,76. Papildus iekšējās saskaņotības koeficients tika aprēķināts arī starp triju neatkarīgu vērtētāju vērtējumiem, no kuriem viens nebija apmācīts MTFES rokasgrāmatas pielietošanā. Iegūtā korelācijas koeficienta vērtība bija 0,54.

Lai pārbaudītu, kāda ir saistība starp MTFES un Ahenbaha aptaujas CBCL/6-18 trauksmes / nomāktības skalu bērniem un pusaudžiem ar astmu, tika aprēķināts Pīrsona korelācijas koeficients. Iegūtie rezultāti parādīja, ka šajā izlasē ir statistiski nozīmīga korelācija starp Ahenbaha CBCL/6-18 trauksmes / nomāktības skalu un MTFES Krāsu atbilstības skalu (korelācijas koeficienta vērtība $-0,678$). Līdz ar to varēja secināt, ka, jo augstāki rezultāti iegūti CBCL/8-16 trauksmes / nomāktības skalā, jo zemāki rezultāti ir MTFES krāsu atbilstības skalā.

S. Ciganovska “Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums sievietēm ar krūts vēzi depresijas simptomu izvērtēšanai”

S. Ciganovskas pētījuma mērķi bija veikt MTFES adaptāciju Latvijā un izpētīt, vai sievietes, kurām diagnosticēts un ārstēts krūts vēzis, zīmējumos ir kādas kopīgas iezīmes (piemēram, līniju kvalitāte, krāsu izmantojums u. c.) un vai tās atšķiras no praktiski veselu sieviešu grupas zīmējumiem.

Lai īstenotu mērķus, tika izvirzīti šādi pētījuma jautājumi:

1. Kāda ir MTFES iekšējā saskaņotība?
2. Kāda ir MTFES testa un retesta saistība?
3. Vai ir statistiski nozīmīga saistība starp neatkarīgo vērtētāju MTFES vērtējumiem?
4. Vai ir statistiski nozīmīga atšķirība starp izpētes grupas un kontrolgrupas MTFES vērtējumiem?
5. Vai ir saistība starp MTFES un depresijas rādītājiem izpētes grupā?

Pētījuma instrumentārijs:

- 1) Mākslas terapijas formālo elementu skala (MTFES) (*The Formal Elements Art Therapy Scale* – FEATS; Gantt & Tabone, 1998);

- 2) Beka depresijas aptauja-II (*Beck Depression Inventory-II* – BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996), ko Latvijā ir adaptējušas Sarmīte Voitkāne un Solveiga Miezīte (2001).

Pētījums tika veikts trijos posmos. Pirmajā pētījuma posmā tika iesaistītas 53 sievietes vecumā no 25 līdz 60 gadiem. Otrajā pētījuma posmā 53 sievietes tika sadalītas izpētes grupā (sievietes ar krūts vēža diagnozi līdz trim gadiem) un kontrolgrupā (sievietes bez onkoloģiskas diagnozes). Trešajā pētījuma posmā tika iesaistītas 26 sievietes ar krūts vēža diagnozi līdz trim gadiem.

Pētījuma rezultāti. Lai atbildētu uz jautājumu, kāda ir MTFES iekšējā saskaņotība, tika aprēķināta Kronbaha alfas koeficienta vērtība. Mērījuma rezultāti parādīja, ka $\alpha = 0,88$, kas liecina par MTFES labu iekšējo saskaņotību.

Atbildot uz jautājumu, kāda ir MTFES testa un retesta saistība, tika aprēķināts Pīrsona korelācijas koeficients starp vienas un tās pašas izlases pirmo un otro mērījumu ar triju nedēļu laika intervālu. Mērījumu rezultāti parādīja, ka korelācijas koeficienta vērtība visās skalās svārstās no 0,72 līdz 0,98, viszemāko rādītāju uzrādot rotācijas skalā, bet visaugstāko – atkārtotāšanās skalā. Tā kā korelācijas koeficienta vērtība visās skalās ir lielāka par 0,7 ($p < 0,01$), var secināt, ka starp testa un retesta mērījumiem ir cieša saistība, un tas liecina par MTFES noturīgumu laikā.

Lai atbildētu uz jautājumu, vai ir statistiski nozīmīga saistība starp neatkarīgu vērtētāju MTFES vērtējumiem, tika aprēķināts neatkarīgo vērtējumu iekšējās saskaņotības koeficients (*Intraclass Correlations Coefficient*). Tā kā starp triju neatkarīgu vērtētāju vērtējumiem korelācijas koeficients uzrādīja vidēji ciešu korelāciju ($r = 0,57$), tika pieņemts lēmums izrēķināt korelāciju starp diviem, MTFES pielietošanā apmācītiem, vērtētājiem. Šajā gadījumā korelācijas koeficients uzrādīja ciešu korelāciju ($r = 0,78$). Tika izdarīts secinājums, ka starp divu neatkarīgu vērtētāju MTFES vērtējumiem ir statistiski nozīmīga saistība ($p = 0,002$).

Lai atbildētu uz jautājumu, vai ir statistiski nozīmīga atšķirība starp izpētes grupas un kontrolgrupas MTFES vērtējumiem, vispirms tika izvirzīta nulles hipotēze H_0 par divu izlašu līdzību. Aprēķini parādīja, ka nulles hipotēze ir jānoraida un ka ir statistiski nozīmīga atšķirība starp izpētes grupas un kontrolgrupas MTFES vērtējumiem šādās skalās: krāsu atbilstība ($p = 0,005$), loģiskums ($p = 0,015$), liniju kvalitāte ($p = 0,033$) un atkārtotāšanās ($p = 0,021$).

Lai noteiktu, vai ir saistība starp MTFES un depresijas rādītājiem izpētes grupā, tika aprēķināts Pīrsona korelācijas koeficients. Aprēķinu rezultāti parādīja, ka pētījuma izlasē ($n = 26$) ir statistiski nozīmīga saistība starp MTFES un depresijas rādītājiem loģiskuma skalā ($r = -0,49$; $p = 0,010$) un liniju kvalitātes skalā ($r = -0,52$; $p = 0,006$).

Secinājumi

Abos Latvijā veiktajos pētījumos tika iegūts augsts Kronbaha alfas koeficienta rezultāts, kas liecina par MTFES latviskās versijas iekšējo saskaņotību. Iegūtais Kronbaha alfas koeficienta rezultāts ir tāds pats vai tuvs MTFES autoru rezultātam, kas bija 0,88 [Gantt & Tabone, 1989].

Pārbaudot MTFES noturīgumu laikā, mērījumu rezultāti parādīja, ka zīmējumu “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka” testa un retesta rezultāti kopumā ir augsti gan pieaugušo, gan bērnu izlasēs, kas tika veikti attiecīgi ar divu un triju nedēļu intervālu. Bērnu un pusaudžu pētījumā Loģiskuma skalā iegūtā korelācijas koeficienta vērtība bija salīdzinoši zema. Bet, kā minēts MTFES rokasgrāmatā – šī skala izvērtē neeloģiskas atbildes reakcijas zīmējumā. Pieredze liecina, ka daži klienti / pacienti, īpaši pusaudži, kuri otrreiz tiek aicināti uzzīmēt zīmējumu “Cilvēks, kurš plūc ābolu no koka”, šo zīmējumu veido daudz brīvāk – bieži vien zīmējums ir radīts humoristiski vai satīriski [Gantt, 1998].

Atbildot uz jautājumu, vai ir statistiski nozīmīga saistība starp neatkarīgu vērtētāju MTFES vērtējumiem, var secināt, ka saistība ir cieša starp diviem neatkarīgajiem vērtētājiem, kas bija apmācīti MTFES rokasgrāmatas pielietošanā. Tā kā saistība starp triju neatkarīgu vērtētāju vērtējumiem bija vidēja, uz ko norādīja iegūtie rezultāti, tika secināts, ka ir nepieciešams apmācīt Latvijas mākslas terapeitus MTFES pielietošanā, lai izvairītos no neprecīziem un kļūdainiem vērtējumiem.

Saistībā ar katra Latvijā veiktā pētījuma specifiskajiem mērķiem var secināt, ka ar MTFES palīdzību ir iespējams iegūt informāciju par trauksmes rādītājiem bērniem un pusaudžiem ar astmu un par depresijas simptomu specifiskajām iezīmēm sievietēm ar krūts vēzi. MTFES var izmantot kā izvērtēšanas / novērtēšanas instrumentu pirms un pēc mākslas terapijas, kā arī, balstoties uz šajā rakstā minētajiem pētījumiem [Gussak, 2004; 2006; Swan-Foster, Foster & Dorsey's, 2003; Anshel, Dolce, Schwartzman & Fisher, 2005 u. c.], var secināt, ka ir atšķirības dažādu klientu / pacientu grupu zīmējumos, kuras var izpētīt, izmantojot MTFES.

Literatūra

1. Ciganovska S. Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums sievietēm ar krūts vēzi depresijas simptomu izvērtēšanai: [Maģistra darbs]. – RSU, 2013. [Nepublicēts.]
2. Ciganovska S., Veide-Nedviga L., Mārtinsons K. Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā // Rīgas Stradiņa universitāte. 2013. gada zinātniskā konference: Tēzes. – Rīga: RSU, 2013. – 315. lpp.
3. Mārtinsons K. Izvērtēšana un novērtējums mākslas terapijā // Mākslas terapija: teorija un prakse / Sast. Mārtinsons K. – Rīga: Drukātava, 2009. – 520 lpp.

4. Medicīniskās tehnoloģijas // <http://vec.gov.lv/datu-bazes/arstnieciba-izmantojamo-medicinisko-tehnologiju-datu-baze/makslas-terapija>.
5. Veide-Nedviga L. Mākslas terapijas formālo elementu skalas adaptācija Latvijā un tās pielietojums vizuāli plastiskās mākslas terapijā trauksmes mazināšanai bērniem ar astmu: [Maģistra darbs]. – [Rīga]: RSU, 2013. [Nepublicēts.]
6. Voitkāne S., Miežīte S. Pirmā kursa studentu adaptācijas problēmas // Baltijas Psihoģijas Žurnāls, 2001; 2 (1): 43–58.
7. Achenbach T. M. & Rescorla L. A. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. – Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
8. Anschel D. J., Dolce S., Schwartzman A., Fisher R. S. A blinded pilot study of artwork in a comprehensive epilepsy center population // *Epilepsy & Behavior*, 2005; 6: 196–202.
9. Beck A. T., Steer R. A. & Brown G. K. BDI-II Beck depression inventory manual. – 2nd ed. – San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.
10. Betss D. J. A systematic analysis of art therapy assessment and rating instrument literature: Doctoral Dissertation, 2005 // www.art-therapy.us/assessment.htm (sk. 12.09.2012.).
11. Betss D. Art therapy assessments and rating instruments: do they measure up? // *Arts in Psychotherapy*, 2006; 33: 422–434.
12. Gantt L. & Tabone C. The formal elements Art Therapy Scale: The rating manual. – Morgantown, WV: Gargoyle Press, 1998.
13. Gussak D. A pilot research study on the efficacy of art therapy with prison inmates // *Arts in Psychotherapy*, 2004; 31 (4): 245–259.
14. Gussak D. The effects of art therapy with prison inmates: A follow-up study // *Arts in Psychotherapy*, 2006; 33: 188–198.
15. Munley M. Comparing the PPAT drawings of boys with AD/HD and age-matched controls using the Formal Elements Art Therapy Scale // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2002; 19 (2): 69–76.
16. Rockwell P. & Dunham M. The utility of the formal elements Art Therapy Scale in assessment for substance use disorder // *Art Therapy*, 2006; 23 (3): 104–111.
17. Swan-Foster N., Foster S. & Dorsey A. The use of human figure drawings with pregnant women // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2003; 21 (4): 293–307.
18. White C. R., Wallace J. & Huffman L. C. Use of drawings to identify impairment among students with emotional and behavioral disorders: An exploratory study // *American Journal of Art Therapy*, 2004; 21 (4): 210–218.
19. Williams K., Agell G., Gantt L. & Goodman R. Art based diagnosis: Fact or fantasy? // *American Journal of Art Therapy*, 1996; 35: 9–13.

MĀKSLĀ BALSTĪTĀS IZVĒRTĒŠANAS INSTRUMENTA “PUTNA LIGZDAS ZĪMĒJUMS” ADAPTĀCIJAS PIRMAIS POSMS LATVIJĀ

Naira Šķone^{1, 2}, *Kristīne Mārtinsonē*³

¹ Rīgas Stradiņa universitāte, maģistra studiju
programma “Mākslas terapija”

² Biedrība “Saules sala”

³ Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads un mērķis

Mākslā balstītā izvērtēšana ir viena no vizuāli plastiskās māksla terapijas medicīniskajās tehnoloģijās ietvertajām metodēm, kuru mākslas terapeiti izmanto, lai izvērtētu pacienta orientējošo, aktuālo fizisko un psiholoģisko stāvokli un sociālo situāciju. Mākslā balstītie iz(no)vērtēšanas instrumenti palīdz mākslas terapeitiem izvirzīt savas darba hipotēzes, noteikt un formulēt mākslas terapijas mērķus un uzdevumus, kā arī novērtēt un analizēt mākslas terapijas rezultātus [Medicīniskās tehnoloģijas, Nacionālais veselības dienests, 2010].

Ši pētījuma mērķis ir mākslā balstīta izvērtēšanas instrumenta “Putna ligzdas zīmējums” (turpmāk – PLZ) (*Birds Nest’s Drawing; Donna Kaiser, 1996*) adaptācijas Latvijā pirmais posms. Šobrīd PLZ ir vienīgais mākslā balstītais izvērtēšanas instruments, kas sakņojas kādā konkrētā teorijā, šajā gadījumā – piesaistes teorijā [Boulbjijs, 1998].

PLZ ir izveidojusi ASV māksla terapeite Donna Kaizere [*Donna Kaiser, 1996*], pamatojoties uz Kaplana un Maina (*Kaplan & Main*) ģimenes zīmējuma pētījumu [*Kaplan & Main, 1986*], kā arī Liebermana, Vestona un Pavla (*Lieberman, Weston & Pawl*) pētījumu [*Lieberman, Weston & Pawl, 1991*], kurā tika izzinātas terapeitiskās intervences, kas, iespējams, mātēm ar nedrošu piesaistes stilu un viņu bērniem spētu mainīt esošo piesaistes modeli.

PLZ interpretācija vērtē zīmējuma kopējo iespaidu, tā simbolisko saturu un attēla formālās kvalitātes. Pamatojoties uz PLZ autorei novērojumiem, klienti / pacienti PLZ uzskata par vieglu, neapdraudošu un ātri paveicamu mākslas terapijas instrumentu. Ja uz lūgumu uzzīmēt ģimeni klienti / pacienti reaģēja ar trauksmi, noliegumu un negatīvu atbildi, tad uz lūgumu zīmēt putna ligzdu daudziem indivīdiem, īpaši bērniem, tika novērota pozitīva attieksme un ticība saviem spēkiem izpildīt šo uzdevumu. Tāpat jāakcentē novērojums, ka bērniem patīk rakstīt vai stāstīt stāstu par savu PLZ, tādējādi dodot mākslas terapeitam iespēju iegūt noderīgu papildinformāciju [*Kaiser, Deaver, 2009*].

Kaizere novēroja, ka simboliski iedomātas putna ligzdas attēlošana atklāj informāciju, kas saistīta ar cilvēka drošību un piesaisti. Putna ligzdas attēlojums tiek uztverts kā nekaitīgs uzdevums, un lielākā daļa indivīdu bieži vien atklāj bagātīgas asociācijas par ligzdas formas fiziskajiem aspektiem, putna barotāja klātbūtni vai klāt neesamību, kā arī to, vai putnēni un / vai olas ir iezīmētas, vai nav. Turklāt ligzda tiek uzskatīta par maternitātes, drošības un aizsardzības simbolu, jo tai piemīt “saturēšanas” (*containing*) funkcija un tai ir dzemdei līdzīga forma [Edinger, 1972; Kaiser, 1996]. Ja zīmējumā tiek iekļauts arī koks, tas var norādīt uz citu aprūpes aspektu, jo koka attēls tiek uzskatīts par mātes simbolu [Kaiser, 1996].

Līdz šim nav veikti vērienīgi pētījumi par PLZ, tomēr, arī esošajos pētījumos ir statistiski nozīmīgi dati, tendences un novērojumi, kuri ir jāpārbauda turpmākos pētījumos.

Mākslas terapeiti savos pētījumos [Kaiser, 1996; Overbeck, 2002; Hylers, 2002; Fine, 2002; Francis, Kaiser & Deaver, 2003; Trewartha, 2004; Lenssen, 2006; Sheller, 2007] ir ziņojuši par datiem, kas liecina, par to, ka klientu / pacientu ar dažādiem piesaistes stiliem putna ligzdas zīmējumā ir novērotas atšķirības.

Kā jau iepriekš minēts, PLZ autore, ASV mākslas terapeite D. Kaizere [Kaiser, 2003] uzskata, ka PLZ sniedz informāciju par indivīda piesaistes stilu, kas savukārt ir uzskatāma par noderīgu klīnisku informāciju terapeitisko attiecību attīstības procesā, terapeitisko mērķu formulēšanā, kā arī iespējamām cerībām uz terapeitiskā procesa iznākumu, jo, kā minēts pētījumā [Karen, 1998], indivīdi ar drošu piesaisti ir pārliecināti par sevi, spējot gan paļauties uz sevi, gan arī prasīt atbalstu no citiem. Turpretim indivīdi ar nedrošu piesaisti sagaida negatīvas reakcijas no citiem attiecībā pret sevi, nespējot uzticēties un lūgt palīdzību.

Pētījumi par PLZ kā izvērtēšanas instrumentu piesaistes stila noteikšanai ir veikti dažādās izlasēs: sievietēm, kuras ir mātes [Kaiser, 1996], augsta sociālā riska grūtniecēm [Overbeck, 2002], koledžas studentiem [Reyes, 2002], anoreksijas pacientēm [Fine, 2002], 9–11 gadus veciem pamatskolas skolēniem [Hylers, 2002], no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pacientiem (turpmāk – PAV) [Francis, Kaiser & Deaver, 2003], pusaudžiem bērnunamā [Trewartha, 2004], pusaudžiem, kuru vecāki ir atkarīgi no PAV [Lenssen, 2006] un kvalitatīvs pētījums bērniem, kuru vecākiem ir nedroša piesaiste [Sheller, 2007].

Pētījuma jautājumi

1. Kāda ir PLZ iekšējā saskaņotība?
2. Kāda ir PLZ testa un retesta saistība?
3. Vai ir statistiski nozīmīga saistība starp neatkarīgo vērtētāju PLZ vērtējumiem?

4. Vai ir statistiski nozīmīga atšķirība starp izpētes grupas un kontrolgrupas PLZ vērtējumiem?
5. Vai ir saistība starp PLZ iegūtajiem vērtējumiem un ar pašnovērtējuma metodi pieaugušo piesaistes izpētei "Attiecību aptauja" (RQ, *Bartholomew and Horowitz's*) iegūtajiem rezultātiem visā pētījuma izlasē?

Pētījuma materiāls un metode

Instrumentārijs

1. Putna ligzdas zīmējuma [Kaiser, 1996] radišanai izmantojamie materiāli ir balta A3 formāta lapa, 10 krāsaini, smalki flomāsteri (*fine point*) un papildu lapa stāstam. Instrukcija: "Lūdzu, attēlo zīmējumā putna ligzdu." Ja persona vaicā, ko var iekļaut zīmējumā, jāatbild: "Tu savā zīmējumā vari zīmēt visu, ko vēlies." Pēc zīmējuma pabeigšanas palūdz, lai klients / pacients radītajam zīmējumam izdomā nosaukumu, kas ir citādāks nekā "Putna ligzda", un palūdz nosaukumu uzrakstīt lapas otrā pusē. Tad klientu / pacientu uz citas papīra lapas lūdz uzrakstīt īsu (2–3 teikumi) stāstu par zīmējumu. Ja klients / pacients nevar vai nevēlas to rakstīt, tad jāpalūdz viņam šo stāstu izstāstīt vārdiski. Terapeits visu rūpīgi pieraksta un pēc tam uzmanīgi, skaidri to nolasa.

PLZ vērtēšanā tiek izmantotas 14 skalas:

- 1) zīmējumā attēlots viens vai vairāki putni;
- 2) zīmējumā attēlota putnu ģimene;
- 3) zīmējumā attēlota apkārtējā vide;
- 4) zīmējumā ir lietotas četras vai vairākas krāsas;
- 5) zīmējumā dominējošā ir zaļā krāsa;
- 6) PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas;
- 7) zīmējumā dominējošā ir brūnā krāsa;
- 8) ligzda ir noliekusies 45 grādu leņķī un vairāk, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritis;
- 9) ligzdai nav apakšas, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritis;
- 10) ligzda ir attēlota neaizsargātā vietā;
- 11) līnijas ir zīmētas pārāk enerģiski un aizņem lielāko lapas daļu;
- 12) zīmējums ir vairākkārt atsākts zīmēt, tajā ir daudz dzēstu un svītrotu vietu;
- 13) zīmējumā ir izmantoti neparasti, dīvaini, neloģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes;
- 14) PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu (vai abi).

Vērtējumi tiek veikti, izmantojot Likerta skalu no nulles līdz pieci atbilstoši PLZ vadlīnijām. Drošajai piesaistei atbilst 1.–6. skala, savukārt nedrošajai piesaistei atbilst 7.–14. skala. Lai noteiktu, kāda klientam / pacientam ir piesaiste, ir jāskaita

1.–6. skalas summa un jāzdala ar seši, bet 7.–14. skalas summa jādala ar astoņi. Kuru skalu punkti ir lielāki, tāds piesaistes stils ir klientam / pacientam. Ja summas ir vienādas, tad tas tomēr liecina par nedrošu piesaisti, jo ir pārāk daudz nedrošas piesaistes indikatoru [Kaiser, 2010].

2. Attiecību aptauja (turpmāk – AA) (*Relationship Questionnaire; Bartholomew & Horowitz, 1991*). Latvijā šo metodi adaptējusi I. Bite.

Aptauja sastāv no divām daļām un to izmanto indivīda piesaistes stila noteikšanai. Pirmajā daļā dalībnieki izlasa četru dažādu attiecību veidošanās stilu aprakstus un rindkopā atzīmē tos stilus, kas visprecīzāk raksturo viņu izturēšanos tuvās attiecībās. Otrajā daļā respondents izvērtē katra stila atbilstību sev septiņu ballu Likerta skalā (1 – stils nemaz neatbilst man; 7 – stils pilnībā raksturo mani). Klasifikāciju pamatojošie “es” un “citi” darbības modeļi var būt pozitīvi vai negatīvi, veidojot A – drošu (es +; citi +), B – izvairīgi bailīgu (es –; citi –), C – pārņemtu (es –; citi +) un D – izvairīgi noraidošu (es +; citi –) kategoriju. Autori [Scharfe & Bartholomew, 1994] ziņoja, ka atkārtotas testēšanas noturība astoņu mēnešu periodā ir $r = 0,71$ drošajai, $r = 0,69$ izvairīgi bailīgajai, $r = 0,59$ pārņemtajai un $r = 0,49$ izvairīgi noraidošajai kategorijai.

Procedūra

Pētījuma 1. posms. Uzsākot adaptācijas darbu, tika saņemta atļauja no PLZ autore Kaizeres. Stimula materiālu tulkojumi tika veikti, izmantojot “turp un atpakaļ” tulkošanas pieeju, “kad viens vai divi neatkarīgi speciālisti tulko no oriģinālvalodas mērķa populācijas valodā, savukārt citi speciālisti (viens vai divi) neatkarīgi veic atpakaļ tulkojumu. Pēc tam iegūtie tulkojumi tiek analizēti, izvēloties tos tulkotos pantus, kas atpakaļ tulkojumā sakrīt ar oriģinālteksta attiecīgo pantu” [Raščevska, 2005].

Pētījuma pirmajā posmā tika iekļauti 50 dalībnieki, kuriem Lidsas atkarības aptauja (turpmāk – LAA) (*Leeds Dependency Questionnaire; Raistrick, Bradshaw, Tober, Weiner, Allison & Healy, 1994*; aptauja tika adaptēta šī pētījuma ietvaros) uzrādīja atkarības no PAV izteiktības tendenci (punkti 1–30), kopumā 20 vīrieši vecumā no 19 līdz 59 gadiem un 30 sievietes vecumā no 22 līdz 60 gadiem, un 50 dalībnieki, kuriem LAA neuzrādīja atkarību no PAV (0 punkti), kopumā 20 vīrieši vecumā no 19 līdz 59 gadiem un 30 sievietes vecumā no 22 līdz 60 gadiem. Pētījuma pirmā posma dalībnieki tika atlasīti pēc zināmo grupu metodes un pielīdzināti pēc pāru metodes, pielīdzinot dalībniekus pēc vecuma un dzimuma. Izvērtējot 100 zīmējumus, tika iegūti iekšējās saskaņotības radītāji. Tika pārbaudīta PLZ testa un retesta saistība – pēc triju nedēļu intervāla 30 pētījumā iekļautie dalībnieki ($n = 30$) tika aicināti atkārtoti uzzīmēt PLZ (retests), kā arī tika noteikta neatkarīgo ekspertu vērtējuma saistība, piedaloties trijiem ekspertiem, kas neatkarīgi viens no otra izvērtēja 30 nejauši izvēlētos PLZ.

Pētījuma 2. posms. Tika iekļauti tie paši pētījuma dalībnieki, kas piedalījās pētījuma pirmajā posmā, un tika sadalīti divās grupās: izpētes grupā I ($n = 50$) – pacienti ar atkarības no PAV izteiktības tendenci un kontrolgrupā K ($n = 50$) – praktiski veseli respondenti. Tika salīdzināti abu grupu zīmējumu vērtējumi, lai noteiktu, vai ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp izpētes grupas un kontrolgrupas PLZ.

Pētījuma 3. posms. Pētījuma trešajā posmā tika iekļauti visi pētījuma dalībnieki ($n = 129$) un tika aprēķināti dati, lai pārbaudītu, vai ir saistība starp PLZ iegūtajiem vērtējumiem un pašnovērtējuma metodes pieaugušo piesaistes izpētei AA iegūtajiem rezultātiem visā pētījuma izlasē.

Pētījuma rezultāti

Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu par PLZ iekšējo saskaņotību, tika aprēķināts iekšējās saskaņotības koeficients – Kronbaha alfa (α). Mērījuma rezultāti parādīja, ka $\alpha = 0,746$, un tika izdarīts secinājums, ka iekšējā saskaņotība ir laba.

Atbildot uz otro pētījuma jautājumu, kāda ir PLZ testa un retesta saistība, tika aprēķināts Pīrsona korelācijas koeficients starp vienas un tās pašas izlases pirmo un otro mērījumu ar triju nedēļu laika intervālu.

Korelācijas koeficienta vērtība svārstās no $r = 0,43$ līdz $r = 0,85$; viszemākais rādītājs ir skalā “Zīmējumā dominējošā ir zaļā krāsa”, bet visaugstākais skalā “Zīmējumā attēlota putnu ģimene”. Tā kā 10 skalās korelācijas koeficients $r > 0,6$ un signifikances vērtība 10 skalās $p = 0,000$ ($p < 0,01$), var secināt, ka starp testa un retesta mērījumiem ir vidēji cieša saistība, un tas liecina par PLZ noturīgumu laikā.

Lai atbildētu uz trešo pētījuma jautājumu, vai pastāv statistiski nozīmīga saistība starp neatkarīgu vērtētāju PLZ vērtējumiem, tika aprēķināts neatkarīgo vērtētāju iekšējās saskaņotības koeficients (*Intraclass Correlations Coefficient*) (sk. 2. tab.). Visās PLZ skalās ir statistiski nozīmīga korelācija; viszemākā korelācija ($p = 0,004$) ir PLZ skalā “Zīmējums ir vairākkārt atsākts zīmēt, tajā ir daudz dzestu un svīrotu vietu”. Aprēķini uzrādīja labu kopējo korelāciju ($r = 0,83$).

Lai atbildētu uz ceturto pētījuma jautājumu, tika izvirzīta nulles hipotēze par divu izlašu līdzību un grupas tika salīdzinātas, izmantojot t-testu (sk. 2. tab.).

Statistiski nozīmīga atšķirība starp izpētes grupas un kontrolgrupas PLZ vērtējumiem bija šādās PLZ skalās: “Zīmējumā attēlots viens vai vairāki putni” ($p = 0,000$), “Zīmējumā attēlota putnu ģimene” ($p = 0,000$), “Zīmējumā attēlota apkārtējā vide” ($p = 0,028$), “Zīmējumā dominējošā ir zaļā krāsa” ($p = 0,019$), “PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks, un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas”

($p = 0,001$), PLZ vidējos punktos, kuri atbilst drošajai piesaistei ($p = 0,001$), “Zīmējumā ir izmantoti neparasti, dīvaini, nelōģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes” ($p = 0,003$) un “PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu” ($p = 0,001$) un PLZ vidējos punktos, kuri atbilst nedrošajai piesaistei ($p = 0,001$).

Tendences līmenī atšķirības ir PLZ skalā “Ligzda ir noliekusies 45 grādu leņķi un vairāk, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritīs” ($p = 0,060$).

Lai atbildētu uz piekto pētījuma jautājumu, vai pastāv saistība starp PLZ un piesaistes rādītājiem visā pētījuma izlasē ($n = 129$), tika aprēķināts Spīrmena rangu korelācijas koeficients (r) (sk. 3. tab.).

Statistiski nozīmīga korelācija ir starp PLZ skalu “Zīmējumā attēlots viens vai vairāki putni” un AA nedrošo piesaistes stilu B (izvairīgi bailīgais) ($r = -0,174$; $p = 0,049$) un nedrošo piesaistes stilu C (pārņemtais) ($r = -0,263$; $p = 0,003$), starp PLZ skalu “Zīmējumā attēlota putnu ģimene” un AA nedrošo piesaistes stilu C (pārņemtais) ($r = -0,218$; $p = 0,013$) un nedrošo piesaistes stilu D (izvairīgi noraidošais) ($r = -0,195$; $p = 0,027$), starp PLZ skalu “PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks, un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas” un AA nedrošo piesaistes stilu C (pārņemtais) ($r = 0,199$; $p = 0,024$) un nedrošo piesaistes stilu D (izvairīgi noraidošais) ($r = -0,185$; $p = 0,036$), starp PLZ skalu “Zīmējumā dominējošā ir brūnā krāsa” un AA nedrošo piesaistes stilu C (pārņemtais) ($r = 0,187$; $p = 0,034$), starp PLZ skalu “Ligzda ir attēlota neaizsargātā vietā” un AA nedrošo piesaistes stilu C (pārņemtais) ($r = 0,179$; $p = 0,042$), starp PLZ skalu “Līnijas ir zīmētas pārāk enerģiski un aizņem lielāko papīra daļu” un AA drošo piesaistes stilu ($r = -0,194$; $p = 0,028$), starp PLZ skalu “Zīmējumā ir izmantoti neparasti, dīvaini, nelōģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes” un AA drošo piesaistes stilu ($r = -0,198$; $p = 0,025$) un starp PLZ skalu “PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu (vai abi)” un AA nedrošo piesaistes stilu C (pārņemtais) ($r = 0,226$; $p = 0,010$) un nedrošo piesaistes stilu D (izvairīgi noraidošais) ($r = 0,193$; $p = 0,028$). Tādējādi, ja korelācija ir negatīva, tas nozīmē, ka, jo augstāki rezultāti ir AA, jo zemāki rezultāti būs PLZ skalās, un otrādi.

Tendences līmenī saistība ir starp PLZ skalu “Zīmējums ir vairākkārt atsāks zīmēt, tajā ir daudz dzēstu un svītrotu vietu” un AA nedrošo piesaistes stilu C (pārņemtais) ($r = 0,156$; $p = 0,077$) un nedrošo piesaistes stilu D (izvairīgi noraidošais) ($r = 0,155$; $p = 0,079$) un PLZ skalu “PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu (vai abi)” un AA drošo piesaistes stilu A ($r = -0,160$; $p = 0,071$).

1. tabula. PLZ testa un retesta saistības aprēķina rezultāti

PLZ	r	p
Zīmējumā attēlots viens vai vairāki putni	0,66**	0,000
Zīmējumā attēlota putnu ģimene	0,85**	0,000
Zīmējumā attēlota apkārtējā vide	0,71**	0,000
Zīmējumā ir lietotas četras vai vairākas krāsas	0,63**	0,000
Zīmējumā dominējoša ir zaļā krāsa	0,43*	0,017
PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks, un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas	0,57**	0,001
PLZ VID (droša piesaiste)	0,83**	0,000
Zīmējumā dominējoša ir brūnā krāsa	0,59*	0,001
Ligzda ir noliekusies 45 grādu leņķī un vairāk, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritīs	0,54*	0,006
Ligzdai nav apakšas, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritīs	0,63**	0,000
Ligzda ir attēlota neaizsargātā vietā	0,62**	0,000
Līnijas ir zīmētas pārāk enerģiski un aizņem lielāko papīra daļu	0,68**	0,000
Zīmējums ir vairākkārt atsākts zīmēt, tajā ir daudz dzēstu un svītrotu vietu	0,49*	0,006
Zīmējumā ir izmantoti neparasti, dīvaini, neloģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes	0,48*	0,007
PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu (vai abi)	0,57**	0,001
PLZ VID (nedroša piesaiste)	0,75**	0,000

* p < 0,05; ** p < 0,01.

r – Pīrsona korelācijas koeficients; p – nozīmības līmenis.

2. tabula. Aprakstošie un secinošie dati par izpētes grupas ($n = 50$) un kontrolgrupas ($n = 50$) atšķirībām putna ligzdas zīmējumos

PLZ	Izpētes grupa		Kontrolgrupa		t	p*
	M	SD	M	SD		
Zīmējumā attēlots viens vai vairāki putni	1,76	1,49	3,06	2,00	-3,68	0,000
Zīmējumā attēlota putnu ģimene	1,40	1,05	2,52	1,75	-3,88	0,000
Zīmējumā attēlota apkārtējā vide	1,94	1,39	2,60	1,56	-2,23	0,028
Zīmējumā ir lietotas četras vai vairākas krāsas	2,64	1,79	2,62	1,85	0,055	0,956
Zīmējumā dominējoša ir zaļā krāsa	1,60	0,904	2,38	2,11	-2,40	0,019
PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks, un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas	1,48	1,05	2,38	1,60	-3,32	0,001
Vidējais punktu skaits skalām ir 1-6 (atbilst drošai piesaistei)	1,81	0,836	2,54	1,19	-3,55	0,001
Zīmējumā dominējoša ir brūnā krāsa	2,88	1,65	2,72	1,65	0,484	0,629
Ligzda ir noliekusies 45 grādu leņķī un vairāk, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritis	3,66	1,69	3,00	1,74	1,90	0,060
Ligzdai nav apakšas, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritis	3,18	1,57	2,82	1,71	1,09	0,276
Ligzda ir attēlota neaizsargātā vietā	4,36	1,17	3,64	1,48	1,09	0,276
Līnijas ir zīmētas pārāk enerģiski un aizņem lielāko daļu papīra	2,94	1,35	2,64	1,39	1,09	0,277
Zīmējums ir vairākkārt atsākts zīmēt, tajā ir daudz dzēstu un svītrotu vietu	1,46	0,88	1,24	0,625	1,46	0,147
Zīmējumā ir izmantoti neparasti, dīvaini, neloģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes	2,80	1,62	1,92	1,29	2,99	0,003
PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu	4,48	1,05	3,58	1,61	3,29	0,001
Vidējais punktu skaits skalām ir 7-14 (atbilst nedrošai piesaistei)	3,22	0,70	2,66	0,88	3,53	0,001

* $p < 0,005$ ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp izlašu vidējiem rādītājiem.

M – mediāna; SD – standartnovirze; t – Stjudenta t kritērijs; p – nozīmības līmenis.

3. tabula. PLZ un piesaistes rādītāju savstarpējā saistība visā pētījuma izlasē

PLZ	r / p	AASA	AASB	AASC	AASD
Zīmējumā attēlots viens vai vairāki putni	r	0,066	-0,174*	-0,263*	-0,055
	p	0,460	0,049	0,003	0,533
Zīmējumā attēlota putnu ģimene	r	0,122	-0,144	-0,218*	-0,195*
	p	0,169	0,103	0,013	0,027
Zīmējumā attēlota apkārtējā vide	r	0,028	-0,050	-0,151	-0,060
	p	0,750	0,576	0,088	0,497
Zīmējumā ir lietotas četras (4) vai vairākas krāsas	r	0,076	0,059	-0,143	-0,014
	p	0,393	0,508	0,106	0,879
Zīmējumā dominējošā ir zaļā krāsa	r	0,109	0,024	-0,150	-0,150
	p	0,217	0,788	0,089	0,089
PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks, un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas	r	0,137	-0,075	-0,199*	-0,185*
	p	0,122	0,396	0,024	0,036
Zīmējumā dominējošā ir brūnā krāsa	r	0,000	0,048	0,187*	0,032
	p	0,999	0,588	0,034	0,717
Ligzda ir noliekusies 45 grādu leņķī un vairāk, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritīs	r	-0,027	0,041	0,142	-0,007
	p	0,763	0,641	0,109	0,939
Ligzdai nav apakšas, tādēļ izskatās, ka tās saturs izkritīs	r	-0,064	0,025	0,109	-0,024
	p	0,472	0,780	0,221	0,784
Ligzda ir attēlota neaizsargātā vietā	r	-0,097	0,129	0,179*	0,100
	p	0,273	0,146	0,042	0,261
Līnijas ir zīmētas pārāk enerģiski un aizņem lielāko papīra daļu	r	-0,194*	0,124	0,105	0,112
	p	0,028	0,163	0,236	0,208
Zīmējums ir vairākkārt atsācīts zīmēt, tajā ir daudz dzēstas un svītrotas vietas	r	-0,140	0,109	0,156	0,155
	p	0,114	0,218	0,077	0,079
Zīmējumā ir izmantoti neparasti, dīvaini, neloģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes	r	-0,198*	0,066	0,119	0,067
	p	0,025	0,454	0,178	0,450
PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu (vai abi)	r	-0,160	0,081	0,226*	0,193*
	p	0,071	0,363	0,010	0,028

* $p < 0,05$ statistiski nozīmīga korelācija

r – Spīrmena rangu korelācijas koeficients;

AASA – attiecību aptaujas stils A;

AASB – attiecību aptaujas stils B;

AASC – attiecību aptaujas stils C;

AASD – attiecību aptaujas stils D.

Diskusija

Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu, kāda ir PLZ iekšējā saskaņotība, tika aprēķināts Kronbaha alfas koeficients, kura vērtība raksturo PLZ skalu iekšējo saskaņotību, attiecīgi saprotot, vai visi jautājumi mēra vienu pazīmi. Mērījuma rezultāti uzrādīja labu iekšējo saskaņotību.

Atbildot uz otro un trešo pētījuma jautājumu, analizējot rezultātus, var secināt, ka ir rezultātu noturīgums laikā ($r = 0,43 - r = 0,85$), un ir statistiski nozīmīga korelācija starp trim neatkarīgiem vērtētājiem ($r = 0,83$). Būtiski pieminēt, ka šajā pētījumā iegūtie rezultāti par saistību starp trim vērtētājiem ir augstāki par PLZ autores un kolēģu [Francis, Kaiser, Dever, 2003] iegūtajiem rezultātiem (no $r = 0,44$ līdz $r = 0,66$).

Pētījuma rezultātu analīze apliecina, ka izpētes grupā, kurā ietilpa respondenti ar PAV atkarību, pārsvarā varēja konstatēt nedrošo piesaistes stilu (68%) un grupas dalībnieki savos PLZ neattēlo putnus, neietver putnu ģimēni, zīmējumos neattēlo apkārtējo vidi, tajos nedominē zaļā krāsa, zīmējumos tiek izmantoti neparasti, dīvaini, neloģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes un stāsti par PLZ nav saskaņoti un loģiski, tie ietver daudz negatīvu tēmu, kā arī ir tendence zīmēt ligzdas, kuras ir sasvērušās. Iepriekš veiktajā pētījumā, kurā izpētes grupa sastāvēja no PAV atkarīgiem pacientiem, bija statistiski nozīmīgas atšķirības, kā arī secināja, ka respondenti ar drošo piesaisti savos PLZ lieto četras un vairāk krāsas un dominējošā ir zaļā krāsa. Ar pētījuma rezultātiem saskan viena no šīm atšķirībām, tomēr ir daudz vairāk citu statistiski nozīmīgu atšķirību, kas savukārt varētu būt apstiprinājums iepriekšējo pētījumu tendencēm un novērojumiem par PLZ atšķirībām starp indivīdiem ar drošo piesaistes stilu – PLZ ir attēloti putni [Kaiser, 1996; Francis, Kaiser, Dever, 2003; Hylar, 2001], iekļauta putnu ģimene, PLZ lietotas četras un vairāk krāsas, dominējošā krāsa ir zaļā un ligzdas nav sasvērušās [Francis, Kaiser, Dever, 2003; Hylar, 2001], un indivīdiem ar nedrošo piesaisti – PLZ dominējošā ir brūnā krāsa, ligzda attēlota neaizsargātā veidā [Hylar, 2001], ligzda zīmēta sasvērusies un bez pamata [Kaiser, 1996].

Atbildot uz piekto pētījuma jautājumu, vai pastāv saistība starp PLZ un piesaistes rādītājiem visā pētījuma izlasē, pēc pētījuma rezultātiem var secināt, ka ir statistiski nozīmīga saistība PLZ skalai “Zīmējumā attēlots viens vai vairāki putni” ar nedrošās piesaistes stiliem (izvairīgi bailīgo un ar attiecībām pārņemto); korelācija ir negatīva, kas nozīmē, ka šie pētījuma dalībnieki savos PLZ neiekļauj vienu vai vairākus putnus. Tas apstiprina jau iepriekšējos PLZ pētījumos [Kaiser, 1996; Francis, Kaiser & Deaver, 2003; Hylar, 2002] iegūtos datus, ka pētījumu dalībnieki ar drošo piesaistes stilu savos PLZ iekļauj putnus, kas savukārt varētu nozīmēt, ka pētījuma dalībnieki ar nedrošo piesaisti neiekļauj savos zīmējumos vienu vai vairākus putnus.

PLZ skalai “Zīmējumā attēlota putnu ģimene” un nedrošajiem piesaistes stiliem (ar attiecībām pārņemtais un izvairīgi noraidošais) ir negatīva korelācija, tātad šajos PLZ nav attēlota putna ģimene. Tas saskan ar iepriekš veiktajiem pētījumiem

[Francis, Kaiser & Deaver, 2003], kuru autori ir secinājuši, ka pētījuma dalībnieki ar drošo piesaistes stilu savos PLZ ietver putna ģimeni. Ņemot vērā PLZ autore D. Kaizeres [Kaiser, 1996] pieņēmumu, ka PLZ ir iekšējā reprezentācija par sevi un citiem, var pieņemt, ka klienti / pacienti ar nedrošu piesaisti savos zīmējumos neiekļauj putnu ģimeni.

PLZ skalai “PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks, un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas” un nedrošajiem piesaistes stiliem (ar attiecībām pārņemtais un izvairīgi noraidošais) ir negatīva korelācija, kas norāda uz to, ka, šie stāsti nav pozitīvi un tajos ir negatīvas tēmas. Veiktajos pētījumos par PLZ [Francis, Kaiser & Deaver, 2003; Trewartha, 2004; Overbeck, 2002] tika izmantota cita PLZ vērtēšanas skala, kurā netika iekļauta skala par stāstu tēmām un loģiku, tomēr tika veikta stāstu kontentanalīze, un pētījumu autori ziņoja, ka pētījuma dalībniekiem ar nedrošiem piesaistes stiliem stāstos parādās negatīvas tēmas, tādas kā – agresija, izsalkums, pārtika, gaidīšana un pamestība.

PLZ skalai “Zīmējumā dominējošā ir brūnā krāsa” ar nedrošo piesaistes stilu (ar attiecībām pārņemtais) ir pozitīva korelācija, kas nozīmē, ka šajos PLZ dominējošā krāsa ir brūna. Par tādiem pašiem novērojumiem ziņo māksla terapeite Hilere [Hylers, 2002]. PLZ skalai “Ligzda ir attēlota neaizsargātā vietā” ir pozitīva korelācija ar nedrošo piesaistes stilu (ar attiecībām pārņemtais), kas norāda, ka šajos PLZ ligzdas ir attēlotas neaizsargātā veidā. Minētais saskan ar novēroto iepriekšējos pētījumos [Hylers, 2002].

PLZ skalai “Līnijas ir zīmētas pārāk enerģiski un aizņem lielāko papīra daļu” ir negatīva korelācija ar drošo piesaistes stilu, pēc tā var secināt, ka šie zīmējumi nav zīmēti enerģiski un zīmējums neaizņem lielāko lapas daļu. Nav ziņu par šīs skalas mērījumiem citos pētījumos, bet ir svarīgi atzīmēt, ka PLZ autore PLZ vērtēšanas vadlīnijās [Kaiser, 2010] norāda, ka enerģiski zīmēti zīmējumi un zīmējumi, kuri aizņem visu papīra lapu, iespējams, liecina par paaugstinātu trauksmi, kas savukārt norāda uz nedrošo piesaisti.

PLZ skalai “Zīmējumā ir izmantoti neparasti, dīvaini, neloģiski un haotiski elementi vai zīmēšanas metodes” ir negatīva korelācija ar drošo piesaistes stilu, tas nozīmē, ka šajos zīmējumos nav izmantoti neparasti, dīvaini, neloģiski un haotiski elementi. Nav ziņu no citiem pētījumiem par šīs skalas mērījumiem, tomēr nozīmīgu informāciju sniedz “Ģimenes zīmējuma” [Kaplan, Main, 1986] pētījums, kurā viens no secinājumiem bija, ka bērni ar nedrošo piesaisti savos zīmējumos izmanto dīvainus, neloģiskus un haotiskus elementus.

PLZ skalai “PLZ stāsts nav saskaņots un loģisks vai ietver daudz negatīvu tēmu (vai abi)” ir pozitīva korelācija ar nedrošajiem piesaistes stiliem (ar attiecībām pārņemtais un izvairīgi noraidošais), kas apstiprina iepriekš minēto negatīvo korelāciju ar PLZ skalu “PLZ stāsts ir saskaņots un loģisks, un tajā galvenokārt ir pozitīvas tēmas”.

Secinājumi

Pētījuma rezultāti apstiprina, ka PLZ ir mākslā balstīts iz(no)vērtēšanas instruments, kas sniedz informāciju par indivīda piesaistes stilu. Tā ir noderīga klīniska informācija terapeitisko attiecību attīstības procesā, terapeitisko mērķu formulēšanai, kā arī iespējamām cerībām uz terapeitiskā procesa iznākumu. Turpmāk būtu ieteicams veikt pētījumus par PLZ citām pacientu / klientu grupām, piemēram, pacientiem ar ēšanas traucējumiem (anoreksiju, bulīmiju), bērniem bērnu namos, nepilngadīgajiem ar atkarību no PAV, pacientiem ar psihiskām saslimšanām (depresija, šizofrēnija u. c.), kā arī turpināt pētījumus par PLZ no PAV atkarīgiem klientiem / pacientiem. Būtu ieteicams veikt pētījumu par PLZ pielietošanu mākslas terapijas procesā, kas vērsts uz piesaisti terapeitiskajā aliansē, kā arī dinamikas iz(no)vērtēšanu.

Literatūra

1. Bite I. Saistība starp pieaugušo piesaistes veidiem, bērnības vardarbības pieredzi un vardarbību partnerattiecībās [Nepublicēta doktora disertācija]. – Rīga: Latvijas Universitātes Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte, 2002.
2. Boulbijs Dž. Drošais pamats. – Rīga: Rasa ABC, 1998. – 198 lpp.
3. Martinsone B. Pieaugušo piesaistes izpēte ar pašnovērtējuma metodēm [Doktora disertācija]. – Rīga: Latvijas Universitātes Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte, 2003.
4. Raščevska M., Šeniņa I., Maulvurfa A. Psiholoģisko testu un aptauju konstruēšana un adaptācija. – Rīga: Raka, 2005.
5. Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E. & Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed. – Text Revision. Washington, DC: Author, 2000.
7. Betts D. A systematic analysis of an art therapy assessment and rating manual literature [Dissertation]. – Tallahassee, FL: Florida State University, 2005 // <http://www.art-therapy.us/assessment.htm> (12.10.2012.).
8. Bartholomew K. & Horowitz L. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model // Journal of Personality and Social Psychology, 1991; 61: 226–244.
9. Bowlby J. Attachment. – New York: Basic Books, 1969/1982.
10. Feen-Calligan H. The use of art therapy in treatment programs to promote spiritual recovery from addiction // American Journal of Art Therapy, 1995; 12: 46–50.
11. Fine S. Towards an improved measure of attachment using the Kaiser Bird's Nest Drawing art based assessment as an indicator of attachment in adolescents with anorexia [Unpublished master's thesis]. – Belmont, CA Notre Dame de Namur University, 2002.
12. Flores P. J. Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy // International Journal of Group Psychotherapy, 2001; 51 (1): 63–81.
13. Francis D., Kaiser D. & Deaver S. Representations of attachment security in the Bird's Nest Drawings of clients with substance abuse disorders // Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 2003; 20 (3): 124–137.

14. Harms E. Art therapy for the drug addict // *The Arts in Psychotherapy*, 1973; 1: 55–59.
15. Hyler C. Children's drawings as representations of attachment [Unpublished master's thesis]. – Norfolk: Eastern Virginia Medical School, 2002.
16. Julliard K. Increasing chemically dependent patients' belief in step one through expressive therapy // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 1994; 33: 110–119.
17. Kaiser D. H. Indications of attachment theory in a drawing task // *The Arts in Psychotherapy*, 1996; 23 (4): 333–340.
18. Kaiser D. Kaiser's Bird's Nest Drawing Checklist [Unpublished manuscript], 2010.
19. Kaiser D., Deaver S. Assessing attachment with the Bird's Nest Drawing: A review of the research // *Art Therapy*, 2009; 26 (1): 20–33.
20. Kaplan F. Art-based assessments // *Handbook of arttherapy* / Ed. by Malchiodi C. – New York: Guilford Press, 2003. – Pp. 25–35.
21. Kaplan N. & Main M. Instructions for the classification of children's family drawings in terms of representation of attachment [Unpublished manuscript]. – University of California at Berkeley, 1986.
22. Karen R. *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. – New York: Oxford University Press, 1998.
23. Kwiatkowska H. Y. *Family therapy and evaluation through art*. – Springfield, IL: Charles C Thomas, 1978.
24. Lieberman A. F., Weston D. R. & Pawl J. H. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads // *Child Development*, 1991; 62: 199–209.
25. Magai C. Affect, imagery and attachment // *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* / Ed. by Cassidy J. & Shaver P. R. – New York: Guilford Press, 1999. – Pp. 787–802.
26. Malchiodi C. Introduction to special section of art-based assessments // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 1994; 11 (2): 104.
27. Overbeck L. A pilot study of pregnant women's drawings [Unpublished master's thesis]. – Norfolk: Eastern Virginia Medical School, 2002.
28. Prochaska J. O. & DiClemente C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behavior // *Progress in behavior modification* / Ed. by Hersen M., Eisler R. & Miller P. M. – Vol. 28 – Sycamore, IL: Sycamore, 1992. – Pp. 184–214.
29. Reyes C. M. A correlation between the Inventory of parent and peer attachment and the Bird's Nest Drawing as measurements of attachment security [Unpublished master's thesis]. – New Haven, CT: Albertus Magnus College, 2002.
30. Shaver P. R. & Mikulincer M. Attachment-related psycho Dynamics // *Attachment and Human Development*, 2002; 4: 133–161.
31. Sheller S. Understanding insecure attachment: A study using children's bird nest imagery // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2007; 24 (3): 119–127.
32. Simpson J. A. & Rholes W. S. *Attachment theory and close relationships*. – New York: Guilford Press, 1998.
33. Trewartha S. Attachment strategies of adolescents in foster care: Indicators and implications [Unpublished master's thesis]. – Norfolk: Eastern Virginia Medical School, 2004.
34. Walant K. B. *Creating the capacity for attachment: Treating addictions and the alienated self*. – London: Jason Aronson, 1995.

MĀKSLAS EKSPRESIJAS PAKĀPENISKO LĪMEŅU MODELIS MĀKSLAS TERAPIJĀ UZ MĀKSLU BALSTĪTAS IZVĒRTĒŠANAS PROCESĀ: PIEMĒRS AR VARDARBĪBĀ CIETUŠU BĒRNU

Ilze Dzilna-Šilova^{1,2}, *Kristīne Mārtinsonē*¹, *Anda Upmale*¹

¹ Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

² Nodibinājums "Centrs Valdardze"

Ievads

Mākslas terapijas sākumposmā mākslas terapeita pamatuzdevums ir izvērtēt klienta / pacienta grūtības, problēmas un vajadzības, formulēt hipotēzi, izvirzīt mākslas terapijas procesa mērķus un izveidot mākslas terapijas plānu [Upmale, Majore-Dūše, 2011, 110]. Šajā rakstā uzmanība galvenokārt veltīta vienam no pirmajiem mākslas terapeita pamatuzdevumiem – izvērtēšanai, konkrētāk, mākslā balstītai izvērtēšanai. Saskaņā ar Latvijā apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas "mākslas terapija" aprakstu¹, lai izvērtētu pacienta orientējošo aktuālo fizisko un psiholoģisko stāvokli un sociālo situāciju, mākslas terapeits izmanto dažādas izvērtēšanas un analīzes tehnoloģijas: sākotnējās informācijas iegūšanu (kontakta dibināšana un intervija ar pacientu); pacienta grūtību un situācijas analīzi, iegūstot papildu informāciju no piederīgajiem un ārstniecības personāla; mākslā balstītu izvērtēšanu; vispārējā pārskata izveidi (izvērtēšanā iegūtās informācijas, multi-profesionālās komandas dalībnieku izmeklējumu rezultātu un pacienta slimības vēstures analīzes apkopošana) un mākslas terapeita darba hipotēzes izvirzīšanu un formulēšanu, kā arī mākslas terapijas mērķu un uzdevumu formulēšanu un mākslas terapijas rezultātu novērtēšanas plānošanu.

Mākslā balstītā izvērtēšana mākslas terapijā iekļauj mākslā balstītus dažādas formalizācijas pakāpes instrumentus: projektīvos testus, piemēram, Cilvēka zīmējumu / stāstījumu novērtējumu (ZIST); mākslas terapijas testus, piemēram, Zīmējumu sērijas (ZS) (*Diagnostic Drawing Series, DDS; Cohen, Hammer & Singer, 1988*), Mākslas terapijas formālo elementu skalu (MTFES) (*The Formal Elements*

¹ Izvērts medicīniskās tehnoloģijas "mākslas terapija" apraksts // <http://www.vmnvd.gov.lv/ivdatu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicnisko-tehnoloiju-datu-bze/30-rehabilitācijas-mediciniskie-pakalpojumi/347-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnoloģijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/izversts-mediciniskas-tehnoloģijas-makslas-terapija-apraksts> (sk. 01.03.2012.).

Art Therapy Scale, FEATS; Gantt, Tabone, 1998) un testu “Uzzīmē cilvēku, kurš plūc ābolu no koka” (CPAK) (*Draw a Person Picking an Apple from a Tree, PPAT; Lowenfeld, 1947*); brīvos / spontānos mākslas darbus.

Tādējādi mākslā balstītā izvērtēšana var būt gan strukturēta un direktīva, gan brīva, spontāna un nedirektīva. Šajā rakstā uzmanība vairāk veltīta brīvās, spontānās, nedirektīvās mākslinieciskās izpausmes izvērtēšanai. Brīva mākslinieciskā izpausme, it īpaši mākslas terapijas sākumposmā, ir saistīta ar personiski dziļāku mākslinieciskās izpausmes nozīmi un atspoguļo personiski nozīmīgas tēmas [Ellenbecker, 2003, kā minēts Hinz, 2009, 195]. Sesijās spontāni radītie darbi sniedz izpratni par klienta / pacienta unikālo situāciju, sociālo un kultūras realitāti, viņa izjūtām par sevi un citiem [Rubin, 1999, kā minēts Мартинсоне, Дзилна-Шилова, Лусебринк, 2013]. Māksla palīdz atklāt klienta / pacienta neapzinātās un vārdos nenosauktās sajūtas, emocijas, izjūtas un jūtas, izteikt tās tēlos un simbolos [Mārtinsone, Mihailovs, 2010]. Māksla sniedz ierosmi pārdomām, asociācijām, sarunas uzsākšanai, jo tā var saturēt plašu un dziļu informāciju [McNiff, 1998, kā minēts Мартинсоне, Дзилна-Шилова, Лусебринк, 2013]. Tomēr, izmantojot gan direktīvu pieeju – lietojot projektīvos testus vai mākslas terapijas testus, gan nedirektīvu pieeju – izmantojot spontānu, brīvu mākslas izteiksmi, mākslā balstītā izvērtēšana sagādā nopietnus izaicinājumus. Pēc instrukcijas radītie darbi (piemēram, pētījumi par bērnu zīmējumiem [Goodenough, 1928; Schmidt-Waehner, 1924] u. c. projektīvie testi), ja tos izmanto izvērtēšanā, nav guvuši augstu vērtējumu saistībā ar to ticamības un validitātes rādītājiem [Betts, 2006]. Savukārt spontāni radītos darbus iesaka vērot no dažādiem skatpunktiem kā individuālu, sociālu un kultūras faktoru savstarpējās mijiedarbības rezultātu [McNiff, 1998]. Virkne speciālistu, piemēram, mākslas terapeiti no ASV, uzskata, ka mākslas terapeitiem ir nepieciešama izpratne par mākslas formālajiem elementiem jeb mākslas “valodu”, kas ļautu izprast vizuālo izteiksmi tieši visā tās bagātībā [Мартинсоне, Дзилна-Шилова, Лусебринк, 2013].

Vienu no šādiem skatpunktiem, kas mūsdienās ASV ir novērtēts kā stabila platforma mākslas izmantojumam darbā ar klientiem / pacientiem [Hinz, 2009, 17], piedāvā Luisvilas Universitātes profesore, mākslas terapeite Vija Bergs Lusebrinka. Viņas formulētais Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modelis (turpmāk – MEPL) (angl. *Expressive Therapies Continuum (ETC)*; Lusebrink, 1974; Kagin & Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1986; 1990; 1991; 2004; 2008; 2010; Lusebrinka, Mārtinsone, Dzilna-Šilova, 2012) dod iespēju aplūkot māksliniecisko izteiksmi kā sistēmisku, hierarhiski organizētu konceptu, kas palīdz apzināti izmantot mākslas tehnikas un izprast māksliniecisko izteiksmi [Lusebrinka, 2010, 10].

Šis modelis ir attīstījies vairāk nekā trīsdesmit gadus, balstoties uz jaunākajiem psiholoģijas un neirozinātnes pētījumiem par iztēli un vizuālās informācijas apstrādi. MEPL modelis ir plaši apspriests mākslas terapijas literatūrā [Malchiodi, 2003; 2006],

tas ieinteresētās ASV izglītības programmās [Hinz, 2009, 17] ir mākslas terapijas teorijas pamatā, ir pazīstams un tiek attīstīts arī Eiropā, t. sk. specifiski Latvijā [Upmale, Mārtinsone, Krevica, Dzilna, 2011]. Latvijas mākslas terapeitiem sadarbībā ar V. Lusebrinku, sākot ar 2010. gadu, ir tapuši vairāki raksti par MEPL modeli, kas ir publicēti gan Latvijā [Lusebrinka, Dzilna, 2010; Lusebrinka, Dzilna-Šilova, 2011], gan Lielbritānijā [Lusebrinka, Mārtinsone, Dzilna-Šilova, 2012], gan Krievijā [Мартинсоне, Дзилна-Шилова, Лусебринк, 2013]. MEPL lietojums mākslas terapijā Latvijā prezentēts vairākās konferencēs [Dzilna-Šilova, 2011; Dzilna-Šilova, Upmale, 2012] un Starptautiskajā Mākslu terapijas vasaras skolā [Dzilna-Šilova, Mārtinsone, Upmale, 2012]. MEPL modelis kā viena no pamatteoriņām iekļauts Latvijas mākslas terapeitu izglītības programmā, kā arī aprakstīts mākslas terapijas mācību grāmatā [Mākslu terapija / red. Mārtinsone K., 2011].

Šajā rakstā piedāvāts īss MEPL modeļa raksturojums un atspoguļota tā izmantošana mākslā balstītā izvērtēšanā īstermiņa mākslas terapijā vardarbībā cietušiem bērniem. Raksta pirmajā daļā piedāvāts MEPL modeļa teorētiskais raksturojums un tā lietojums mākslā balstītā izvērtēšanā. Raksta otrajā daļā sniegts ieskats par mākslā balstītās izvērtēšanas specifiskajām iezīmēm mākslas terapijā darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem. Teorētiskais pārskats ilustrēts ar gadījuma piemēru.

Darba mērķis

Darba mērķis ir raksturot MEPL modeli un tā lietojumu mākslā balstītā izvērtēšanā, kā arī apkopot secinājumus par mākslā balstītās izvērtēšanas MEPL modeļa ietvaros priekšrocībām un ierobežojumiem mākslas terapijā darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem.

1. Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu (MEPL) modeļa raksturojums un tā lietojums izvērtēšanā mākslas terapijā

Sākotnēji MEPL modeli formulēja Vija Lusebrinka un Sandra Kagina (tagad *Sandra Grawes-Alcorn*), sintezējot pastāvošās idejas par māksliniecisko izteiksmi un savus novērojumus darbā ar pacientiem, kam ir akūta psihoze un attīstības traucējumi [Kagin, Lusebrink, 1978; Lusebrink 1990; 1991]. Vēlāk, attīstot šo modeli, V. Lusebrinka akcentēja, ka mākslinieciskā ekspresija atspoguļo cilvēka smadzeņu darbību, kā arī pārmaiņas psihisko saslimšanu ietekmē. Viņa saistīja vizuālo izteiksmi ar galvas smadzeņu struktūrām un to funkcijām [Lusebrink, 2004; 2010]. Respektīvi, ņemot vērā smadzeņu plastiskumu, cilvēka mākslinieciskā izpausme var palīdzēt viņam radīt pārmaiņas smadzeņu darbības procesos un atrast citus (vai jaunus) ceļus informācijas pārstrādē [Pascual-Leone, 2006]. Izvirzot priekšlikumus par iespējamo vizuālās izteiksmes saikni ar smadzeņu

darbību, V. Lusebrinka balstījās uz saviem pētījumiem par iztēli, apvienojot tos ar informāciju par smadzeņu darbību un funkcijām vizuālās informācijas procesos, kā arī balstoties uz savu disertāciju par iztēles psihofizioloģiskajiem komponentiem profesora Franka Makgigana (*F. J. McGuigan*) vadībā [*Lusebrink, 1986; Lusebrink, McGuigan, 1989*].

V. Lusebrinkas pamatojumi par iespējamo smadzeņu ceļu aktivizēšanu (*activation*) tēlu un vizuālās izteiksmes procesos vairāk ir apskatīti viņas 2004. un 2010. gada rakstos, savukārt ar plašāku vizuālās izteiksmes raksturojumu katrā mākslinieciskās ekspresijas līmenī var iepazīties V. Lusebrinkas 2010. gada rakstā [*Lusebrink V. B., 2010*].

MEPL modelis un tā trīs līmeņi sakņojas mākslas pedagoga Viktora Lovenfelda (*Victor Lowenfeld*), kognitīvās psiholoģijas veidotāja Džeroma Brunera (*Jerome Bruner*), viena no pirmajiem iztēles pētītājiem, psihiatrijas profesora Mardī Horovica (*Mardi Horowitz*), neirozinātnieka un psihiatrijas profesora Džoakina Fustera (*Joaquin Fuster*) un vairāku ASV mākslas terapijas profesijas attīstītāju koncepcijās [*Hinz, 2009*]. MEPL modelis iekļauj konceptus par uztveres un informācijas pārstrādes procesiem (Florence Keina (*Florence Cane, 1951, 35*)); psihodinamiskos konceptus, piemēram, par bezapziņas materiāla izpausmi simboliskā veidā (Margareta Naumburga (*Naumburg, 1950, 1953, 1966*)), par sublimāciju ar radošā procesa palīdzību (Edīte Krāmere (*Kramer, 1971*); Elinora Ulmane (*Ulman, 1987*)), par grafiskās izteiksmes attīstības līmeņiem (*Victor Lowenfeld*); par mākslas materiālu kvalitātes nozīmi (fenomenoloģiskā pieeja, *Mala Betenska*), par uztveri un tūlītēju piedzīvošanu (geštalta pieeja, Dženī Raina (*Rhyme, 1973; 1987*)), par iztēles attīstības aspektiem (*Mardi Horovics, Joaquin Fuster*). Tomēr MEPL modelis neuzsver noteiktu teorētisko virzienu, līdz ar to izpratne par mākslas ekspresijas pakāpeniskiem līmeņiem dod iespēju tos izmantot dažādu teorētisko pieeju speciālistiem (*Lusebrink, Mārtinsons, Dzilna-Šilova, 2012; Мартинсонс, Дзилна-Шилова, Лусебринк, 2013*).

Mākslas terapijā klienta / pacienta pieredze un mākslinieciskā izteiksme, izmantojot mākslas materiālus un tehnikas, ir saistīta ar kinestētisku un sensoru darbību, kas savukārt ir saistīta ar kognitīviem un afektīviem procesiem. Līdz ar to klienta / pacienta mākslinieciskā izpausme un mākslas materiālu un tehniku lietojums var notikt dažādos mākslas ekspresijas līmeņos un dimensijās. Šie līmeņi mākslas terapijā ietver atšķirīgus sensorās, vizuālās un afektīvās informācijas apstrādes un vadišanas veidus un pakāpes, sākot no spontānas fiziskas vai emocionālas reakcijas līdz racionālai vai simboliskai domu un jūtu izpausmei ar mākslas aktivitāšu palīdzību. Mākslinieciskās ekspresijas līmeņu pakāpeniskā secība atspoguļo gan cilvēka mentālās, gan viņa grafiskās izpausmes pēctecīgu attīstību, sākot no vienkāršākiem un virzoties uz augstākiem informācijas apstrādes procesiem [*Lusebrink, 2004; 2010*].

1.1. MEPL modeļa raksturojums

MEPL piedāvā teorētisku modeli mākslā balstītai izvērtēšanai un mākslas materiālu un tehniku lietošanai mākslas terapijā [Lusebrink, 1974; Kagin & Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1986; 1990; 1991; 2004; 2008; 2010; Lusebrink, Mārtinsons, Dzilna-Šilova, 2012]. MEPL modelis sastāv no trijiem māksliniecišķās ekspresijas un mākslas materiālu un tehniku lietošanas līmeņiem (sk. 1. att.), kas atspoguļo tēlu veidošanās attīstības secību un pieaugošu abstrakciju informācijas pārstrādē [Fuster, 2003; Lusebrink, 2004; 2010]: kinestētiski-sensorais līmenis (K/S), perceptīvi-afektīvais līmenis (P/A) un kognitīvi-simboliskais līmenis (Ko/Si). MEPL modeļa līmeņi atspoguļo dažādas smadzeņu funkcijas un struktūras, kas vada vizuālo, sensoro un afektīvo informāciju [Lusebrink, 2010, 168]. Katrs no trijiem līmeņiem ietver divus komponentus – dimensijas, kas ir bipolāras un apzīmē pretējus priekšstatus. Katra līmeņa galējie punkti (dimensijas) norāda uz pārmaiņām / novirzi / psihopatoloģiskām izmaiņām cilvēka vizuālajā izteiksmē konkrētajā dimensijā. Šīs pārmaiņas MEPL modeļa ietvaros ir raksturotas bez saistības ar jebkādu noteiktu diagnostisku kategoriju. Radošais komponents (dimensija) var izpausties visos trijos līmeņos un var iekļaut visu līmeņu sintēzi [Lusebrink, 1990; 2010].

		Radošais	
Kognitīvais	_____	_____	Simboliskais
Perceptīvais	_____	_____	Afektīvais
Kinestētiskais	_____	_____	Sensorais

1. attēls. Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu (*Expressive Therapies Continuum*) shematiska reprezentācija [Lusebrink, 1990, 92; Hinz, 2009, 5]

Kinestētiski-sensorais līmenis (K/S) ietver vienkāršu motoru ekspresiju, izmantojot mākslas materiālus, kā arī pielietotās enerģijas un sensorās pieredzes klātbūtni māksliniecišķajā izpausmē.

K/S līmeņa kinestētiskā (K) dimensija ir saistīta ar uzsvaru uz kinestētisku darbību radošā procesa laikā, kas izpaužas kā fiziska / motora aktivitāte un var būt saistīta ar enerģijas atbrīvošanu vai ritmisku nomierinošu darbību. Pacientam kinestētiskajā dimensijā psihopatoloģiskām pārmaiņām ir raksturīgas trauksmainas kustības, robežu un ierobežojumu neievērošana, piemēram, izmisīga

švikāšana, materiālu mešana vai postīšana, kā arī acīmredzams enerģijas trūkums. Kinestētiskā dimensija atspoguļo bazālo gangliju un smadzeņu garozas primārās motorās zonas dominējošo iesaistīšanos. K/S līmeņa sensorā dimensija radošā procesa laikā ir saistīta ar uzmanības pievēršanu materiālu, virsmu un tekstūru sensorai izpētei. Sensorajā dimensijā psihopatoloģiskās pārmaiņas izpaužas ar pārāk izteiktu “iegrimšanu” sensorajā pieredzē, galēju sensoro jūtīgumu un ievērojamu kustību palēnināšanos radošā procesa laikā.

Ja cilvēka uzmanība mākslinieciskās izpausmes laikā ir vērsta uz kinestētisko darbību, samazinās sensoro sajūtu dimensija. Savukārt uzsvars uz sensoro (S) dimensiju samazina un palēnina kinestētisko darbību, jo uzmanība tiek vērsta uz sajūtu pieredzēšanu. Radošās pārejas zona šajā MEPL modeļa līmenī iekļauj kinestētisku izteiksmi, kas ir integrēta ar kustību sensorās pieredzes apzināšanos mākslas radīšanas laikā. Sensorā dimensija atspoguļo primārās somatosensorās garozas iekļaušanos.

Perceptīvi-afektīvais līmenis (P/A) ir saistīts ar uztveres un emocionālajiem aspektiem mākslinieciskās izpausmes laikā saistībā ar dažādu mākslas materiālu izmantošanu un ietekmi.

Perceptīvā (P) dimensija vērs uzmanību galvenokārt uz formām un to dažādību, un mākslinieciskajai izpausmei ir raksturīga figūru norobežošana ar līnijām vai krāsām, kas veido formu vai iezīmē noteiktas zonas. Perceptīvajā dimensijā psihopatoloģiskās pārmaiņas izpaužas kā formu sadalīšana, nepilnīgas formas un pārāk liels uzsvars uz detaļām vai arī detaļu trūkums. Ierobežotas afektīvās iesaistes gadījumā mākslinieciskajā izpausmē tiek izmantotas ļoti mazas formas, krāsas tiek lietotas minimāli vai arī formu definēšanā netiek lietotas nemaz, kā arī ierobežoti tiek izmantota telpa. Perceptīvā dimensija atspoguļo ventrālās plūsmas procesus vizuālās informācijas apstrādē ar uzvaru uz formu un kontūru atšķiršanu un noskaidrošanu.

Afektīvajai (A) dimensijai ir raksturīga paaugstināta iesaistīšanās afektu izpausmē un formu afektīva pārveidošana. Uz afekta klātbūtni, diferencēšanu un tā izmaiņām norāda daudzveidīgu krāsu toņu lietojums dažādās to dzidruma un tumšuma – gaišuma gradācijās. Afektīvās dimensijas psihopatoloģiskās pārmaiņas izpaužas formu sadalīšanā, nekritiskā krāsu jaukšanā, krāsu kontrastos vai krāsu neatbilstībā saturam un / vai formu un pamata sapludināšanā, un it īpaši – nekritiskā attieksmē krāsu jaukšanā.

Radošās pārejas zona šajā MEPL modeļa līmenī iekļauj labus un / vai diferencētus geštaltus (*gestalts*), kā arī ar krāsu un estētisku formu izkārtojumu atdživinātas dinamiskas formas. Afektīvā dimensija galvenokārt atspoguļo emociju apstrādi amigdālā un tās ietekmi uz ventrālo plūsmu.

Kognitīvi-simboliskais līmenis (Ko/Si) ir saistīts ar garīgiem (mentāliem) tēliem un verbālu refleksiju par tiem.

Kognitīvajā (Ko) dimensijā notiek uzsver izziņas darbības. Tam ir raksturīga formu kognitīva integrācija un līniju izmantošana, kas veido konceptus, kategorizēšana, problēmu risināšana, telpiska dažādība un integrācija, vārdu iekļaušana, objektīvu tēlu nozīmes izšķiršana un abstrakcijas. Kognitīvajā dimensijā psihopatoloģiskās pārmaiņas izpaužas ar virsmas un telpiskās struktūras sairšanu, neloģiskām formu saistībām, konceptuālas nozīmes trūkumu un pārmērīgu vārdu iekļaušanu. Kognitīvajā dimensijā notiek regulējošas “no augšas uz leju” ejošas prefrontālās garozas ietekmes, īpaši dorsolaterālās prefrontālās garozas un, iespējams, priekšējās limbiskās garozas daļas ietekmes.

Simboliskajā (Si) dimensijā dominē vispārēja apstrāde, iekļaujot pievades no sensoriem un afektīviem avotiem, autobiogrāfisku apstrādi un simbolisku izteiksmi. Tai raksturīga afektīvo tēlu simboliska nozīme un simboliskas saites starp tiem, krāsas simbolisks lietojums, simboliskas abstrakcijas un intuitīvi integratīvu konceptu veidošanās. Liela apjoma simboliski tēli var būt saistīti ar reflektīvās distancē trūkumu [Lusebrink, 1990]. Simboliskajā dimensijā psihopatoloģiskām pārmaiņām ir raksturīga apslēpta, neskaidra vai idiosinkrātiska simbolu nozīme, pārāk izteikta identificēšanās ar simboliem, simboliskas aizsardzības izpausmes un figūras / pamata (*figure / ground*) pārmaiņas. Simboliskā dimensija atspoguļo, pirmkārt, lejupejošos orbitofrontālās garozas procesus un, iespējams, aizmugurējo limbiskās garozas daļu. Orbitofrontālās garozas integratīvās funkcijas iekļauj autobiogrāfiskās apziņas atgūšanu [Christian, 2008]. Radošās pārejas zona starp kognitīvo un simbolisko dimensiju ietver intuitīvu problēmu risināšanu, pašatklāsmes tēlus un garīgu izpratni.

Radošā dimensija ir saistīta ar cilvēka pašaktualizāciju un radošās pieredzes apzināšanos. Tajā var notikt dažāda veida sintēzes procesi: starp subjektīvo pieredzi un objektīvo realitāti, starp individuālo pieredzi dažādos mākslas ekspresijas pakāpeniskajos līmeņos, starp pašizpausmi un tās saistību ar subjektīvi nozīmīgiem mākslas materiāliem. Radošā pieredze var izpausties jebkurā MEPL modeļa līmenī. Sublimācija ir radošas darbības piemērs. [Ulman, 1975]

Mākslinieciskā izpausme var ietvert vairākus MEPL modeļa līmeņus, un pārejas starp tiem var būt “plūstošas” un nemanāmas. Labi funkcionējošu indivīdu raksturo spēja vadīt informāciju visos MEPL modeļa līmeņos un dimensijās, kas katrs dod unikālu ieguldījumu cilvēka spējā pieņemt pamatotus lēmumus un izdarīt izvēles [Hinz, 2009, 13–14]. Tomēr bieži vien mākslinieciskajā izpausmē un līdz ar to arī sensorās un afektīvās informācijas vadīšanā dominē viens MEPL modeļa līmenis vai dimensija un var novērot grūtības izpausties citos līmeņos un / vai komponentos.

1.2. Izvērtēšana MEPL modeļa ietvaros

Veicot izvērtēšanu MEPL modeļa ietvaros, var hipotētiski noteikt viena vai vairāku līmeņu pārsvaru mākslinieciskajā izpausmē un sensorās un afektīvās informācijas apstrādē, kas palīdz mākslas terapeitam izvīzīt hipotēzes par klienta / pacienta

resursiem un grūtībām saistībā ar sensorās un afektīvās informācijas apstrādi. Izvērtēšana MEPL modeļa ietvaros vērš uzmanību uz to, kā klienti / pacienti pārstrādā informāciju, lai veidotu tēlus, palīdz izvērtēt un plānot, ar ko sākt mākslas terapiju, kāds būs mākslas terapijas procesa virziens un kādi varētu būt ieteicamie mākslas materiāli un tehnikas. MEPL modelis nodrošina organizētu un efektīvu veidu, kā izvērtēt klientu / pacientu resursus un grūtības, formulēt individualizētus mākslas terapijas mērķus un vadīt mākslas terapijas procesu [Hinz, 2009, 193].

Izvērtēšana MEPL modeļa ietvaros paredz:

- brīvu pieejamību dažādiem mākslas materiāliem;
- 3–5 mākslas darbu radīšanu vienas līdz triju sesiju ietvaros;
- klientu / pacientu brīvību mākslas materiālu un mākslas izteiksmes satura / tēmas izvēlē.

Lai noteiktu klienta / pacienta dominējošo līmeni MEPL modeli, mākslas terapeits pārbauda informāciju, kas iegūta pirmo triju līdz piecu mākslas darbu radīšanas laikā, kas tapuši vienas līdz triju sesiju ietvaros. MEPL modelis izmanto nedirektīvu pieeju, kas nodrošina klientam / pacientam brīvību mākslas materiālu, tehniku un mākslas darba satura izvēlē. Būtisks ir piedāvāto mākslas materiālu un tehniku klāsts (sk. 2. att.), kurā jābūt iekļautiem gan rezistīviem, gan mainīgiem, plūstošiem mākslas materiāliem, divdimensiju un trīsdimensiju materiāliem, dažāda izmēra un kvalitātes papīriem, kā arī katrai tehnikai piemērotiem mākslas instrumentiem.

MEPL modelis piedāvā struktūru, kā, ņemot vērā (1) klienta / pacienta izvēlētos mākslas materiālus, (2) viņa mijiedarību ar tiem, (3) mākslas darba formālos elementus un (4) verbālo atgriezenisko saiti, izvērtēt klienta / pacienta resursus un grūtības vizuālās un afektīvās informācijas vadišanā. Izvērtēšanas elementi apkopoti 1. tabulā.

Divdimensiju materiāli	Mainīgs	Pirkstspīķkrāsas	Akvareļkrāsas	Guaša krāsas	Kritiņi	Flomāsteri, marķieri	Zīmuli	Rezistīvs
	<hr/>							
Trīsdimensiju materiāli	Mainīgs	Māls	Plastika	Koks	Akmens			Rezistīvs
	<hr/>							

2. attēls. Aptuvenās mākslas materiālu īpašības dažiem divdimensiju un trīsdimensiju materiāliem [Lusebrink, 1990, 85]

1. tabula. Mākslā balstītas izvērtēšanas elementi, izmantojot Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modeļa ietvaru [Hinz, 2009, 196]

Izvērtēšanas elements	Sastāvdaļas
1. Izvēlētais medijs (izteiksmes līdzeklis)	Mēdija īpašības Izvēles noturība Riska uzņemšanās
2. Veids, kādā notiek mijiedarbība ar mēdiju	Attieksme pret robežām un ierobežojumiem Iesaistīšanās un frustrācijas tolerance Enerģijas līmenis Spēja tikt galā ar mēdiju
3. Mākslas galaprodukta stilistiskie vai ekspresīvie elementi	Attīstības līmenis Liniju kvalitāte Formu kvalitāte Telpas izmantojums Krāsu lietojums Integrācija Organiskie indikatori Saturs un simbolisms Organizējošā funkcija
4. Verbālā komunikācija	Verbālo komentāru kvalitāte Runas skaļums un temps Izrādītais loģiskums

MEPL modeļa ietvaros izvērtēto mākslas darba formālo elementu raksturojums ir līdzīgs Zīmējumu sēriju (*Diagnostic Drawing Series, DDS; Cohen, Hammer & Singer, 1988; Cohen, Mills & Kijak, 1994; Mills, Cohen & Meneses, 1993*), metodes “Uzzīmē cilvēku, kurš plūc ābolu no koka” (*Draw a Person Picking an Apple from a Tree, PPAT; Gantt & Tabone, 1998*) un Vizuālās ekspresijas formālo elementu (*Formal Elements of Visual Expression (FOEVEX); Lusebrink, 1975*) raksturojumam. Tomēr mērījumu skalu vietā MEPL modelis izvērtēšanā izmanto vizuālo elementu raksturojumu katrā MEPL modeļa līmenī.

Vispārējs pārskats par brīvas vizuālās izteiksmes raksturīgākajām pazīmēm katrā MEPL modeļa līmenī ir atspoguļots 2. tabulā. Tabulā prezentēts formālo elementu plašāks raksturojums katra līmeņa normālskalā (kas raksturīgs mākslas izteiksmei katrā konkrētā līmeņa komponentā, ja nenovēro grūtības vai traucējumus) un salīdzinājums ar psihopatoloģiskām pārmaiņām mākslinieciskajā izpausmē šajā līmenī (mākslinieciskās izteiksmes raksturīgās iezīmes katra līmeņa komponentā, kas norāda uz grūtībām vai traucējumiem). Šī informācija ir pielīdzināta MEPL modeļa shēmai un parāda normālas un psihopatoloģiskas (termins tiek lietots ar atšķirīgu nozīmi nekā klīnisko diagnožu gadījumos) pazīmes mākslinieciskajā izpausmē dažādos MEPL modeļa līmeņos.

2. tabula. *Vizuālās izpausmes raksturīgās pazīmes Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modeļa dažādos līmeņos [Hinz, 2009; Lusebrink, 2008; 2010]*

K = Kinestētiskais līmenis – uzsvars uz kinestētisku ekspresiju un darbību Kx = Psihopatoloģiskas pārmaiņas		CRk-s = radošā pārejas zona	S = Sensorais līmenis – uzsvars uz sajūtām un sensoro izpēti Sx = Psihopatoloģiskas pārmaiņas	
Kx <====>	K<====>	CRk-s <====>	S <====>	Sx <====>
Trauksmaini skricelējumi	Skricelēšana	Dinamiska kines- tētiska ekspresija ar vienlaicīgu atgrie- zenisko saiti par sensoro pieredzi	Materiālu un tekstūru sensora izpēte	Iegrimšana sen- sorā pieredzē
Satraukta mešana	Durstīšana		Virsmu sensora izpēte	Nekustīgums vai ļoti lēnas kustības
Ierobežojumu neievērošana	Mālēšana / triepšana			Izvairīšanās no sensoras pieredzes
Materiālu postīšana	Ziešana			Sensorās integrā- cijas trūkums
P = Perceptuālais līmenis – uzsvars uz formu un individuāliem attēliem Px = Psihopatoloģiskas pārmaiņas		CRk-s = radošā pārejas zona	A = Afektīvais līmenis – uzsvars uz afektīvu ekspresiju Ax = Psihopatoloģiskas pārmaiņas	
Px <====>	P <====>	CRp-a<====>	A<====>	Ax <====>
Formu ģeometrizācija	Perceptuāla integrācija	Labs vai komplikēts geštalts	Dominē krāsu lietojums	Krāsu dezintegrācija
Nepilnīgas formas (org.)	Formu dominēšana	Formāls formu izkārtojums	Ekspresīvs krāsu lietojums	Formu dezintegrācija
Vāji integrētas formas (org.)	Līniju / formu salikums	Estētisks formu izkārtojums	Afektīvi / eks- presīvas formas	Satrauktas formas
Stereotipiski tēli	Kontūrlīniju dažādība	Dinamiskas formas	Dinamiskas kontūrlīnijas	Izteikti konflik- tējošas krāsas
Kontūrlīniju dominēšana	Formu dažādība	Radošs krāsu lietojums / krāsu jaukšana	Nepilnīgas kontūrlīnijas	Afektīvi tēli kā halucinācijas
Pārāk liels uzsvars uz detaļām	Izmēru dažādība	Iesaistīšanās ekspresijā	Atvērtas formas	Izteikti lielas formas
Detaļu trūkums	Detaļu atšķiršana		Aprakstošas / raksturojošas krāsas	Izmantota lielākā daļa telpas
Samazināts vai minimāls telpas lietojums	Adekvāts telpas lietojums			

2. tabulas turpinājums

Ko = Kognitīvais līmenis – uzsvars uz kognitīvām operācijām Kox = Psihopatoloģiskas pārmaiņas		CRko-si = radošā pārejas zona	Si = Simboliskais līmenis – uzsvars uz simbolisku ekspresiju Six = Psihopatoloģiskas pārmaiņas	
Kox <====>	K<=====	CRko-si <====>	Si <====>	Six <=====
Konceptuālas nozīmes trūkums	Kognitīva integrācija	Intuitīva problēmu risināšana	Integratīvs simbolisms	Pārmērīga identificēšanās ar simboliem
Virsmas struktūras dezintegrācija	Konceptu veidošana	Pašatklāsmē	Simboliska nozīme	Idiosinkrātisks simbolisms
Telpiska dezintegrācija	Telpiska integrācija	Garīgi meklējumi	Simboliskas abstrakcijas	Neskaidrs simbolisms
Neskaidras abstrakcijas	Problēmu risināšana		Simbolisks krāsu lietojums	Simboliska realitātes uztvere
Galējs tēlu trūkums	Sadalīšana kategorijās		Intuitīvu konceptu veidošana	Aizsardzību simboli
Rigīdas struktūras	Soli pa solim plānošana / darbības secības plānošana		Simboliskas attiecības starp formām	
Neloģiskas vai nepilnīgas saistības starp formām	Objektīva nozīme			
	Piktogrammas			
	Iekļauti vārdi			

Piezīme: dažādās kolonnas ir tikai aprakstoši piemēri noteiktiem MEPL modeļa komponentiem (dimensijām) un nav domātas kā visu ietverošas vai vienīgās.

MEPL modeļa izvērtēšana atšķiras ar tās uzsvaru uz klienta / pacienta informācijas apstrādes resursiem un grūtībām katrā līmenī, nevis uz psihopatoloģiju, kas saistīta ar noteiktām diagnostiskām kategorijām. Resursi nozīmē, ka klientam / pacientam noteiktos MEPL modeļa līmeņos nav traucējumu mākslinieciskajā izpausmē un sensorās un afektīvās informācijas apstrādē. Tad šie līmeņi nodrošina pamatu, no kura var sākt pētīt grūtības vai traucējumus citos MEPL modeļa līmeņos vai dimensijās vai vērst uzmanību uz “trūkstošajām saitēm” jeb grūtībām pārejas posmos no viena līmeņa uz nākamo [Lusebrink, 2010, 170–171]. Pārejas starp līmeņiem un / vai dimensijām var veicināt ar mākslas materiālu un tehniku lietojumu, kā arī ar mākslas terapeita uzdotiem jautājumiem, kas fokusē uzmanību uz noteiktiem mākslas ekspresijas līmeņiem.

Izmantojot MEPL modeli mākslas terapijā darbā ar bērniem, mākslas ekspresijas līmeņu raksturīgās pazīmes ir jāizvērtē grafiskās izteiksmes attīstības pakāpju aspektā [Hinz, 2009, 9–15; Lowenfeld, Brittain, 1970]. No grafiskās izteiksmes attīstības viedokļa kinestētiski-sensorais līmenis atbilst skricelēšanas un taustes posmam, perceptīvā dimensija – preshematiskajam un agrīnam shematiskajam līmenim ar uzsvāri uz dažādām formām. Afektīvā dimensija palīdz novirzīties no shēmām. Kognitīvi-simboliskais līmenis savukārt atbilst shematiskajam līmenim un augstākiem grafiskās izteiksmes līmeņiem, ietver konkrētas un abstraktas darbības, kā arī dažādas augstākās intelektuālās darbības. [Lusebrink, 2010, 14]

2. Mākslā balstīta izvērtēšana MEPL modeli un tās specifiskās iezīmes mākslas terapijā darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem

Šī raksta daļa veltīta mākslā balstītās izvērtēšanas MEPL modeļa ietvaros specifiskajām iezīmēm mākslas terapijā darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem. Lai parādītu klientu / pacientu grupas specifiku, turpmāk sniegts vispārīgs vardarbībā cietušu bērnu raksturojums un īsi atainota mākslas terapijas specifika darbā ar šo klientu / pacientu grupu.

2.1. Mākslas terapijas specifika darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem

Vardarbība pret bērnu aptver visas fiziskās un / vai emocionālās cietsirdības (nežēlības), seksuālās vardarbības, novārtā pamešanas vai nolaidīgas izturēšanās vai komerciālas vai citādākas ekspluatācijas formas, kas var izraisīt reālu vai potenciālu kaitējumu bērna veselībai, dzīvībai, attīstībai vai pašcieņai, bērnam atrodoties atbildības, uzticēšanās un / vai varas attiecību kontekstā [PVO, 1999].

Lai gan reakcijas uz traumu ir ļoti individuālas, trauma ietekmē psiholoģiskos, sociālos, fiziskos un kognitīvos aspektus. Bērnības traumas reakcijas var būt **psiholoģiskas** – afektīvas funkcionēšanas disregulācija / traucējumi [Van der Kolk, 2009], skumjas, bezcerība, vaina, dusmas, naidīgums, trauksme, bailes, apspiestas vai noliegtas jūtas; **sociālas** – atkārtotas vardarbības epizodes, izaicinoša, opozicionāra izturēšanās, neuzticēšanās, pārlieka piekāpība [Van der Kolk, 2009], izolēšanās, komunikācijas problēmas, uzvedības problēmas; **fiziskas** – zems enerģijas līmenis, miega traucējumi, fiziskas traumas, sāpes, nogurums; **izziņas** – apjukums, disociācija, atkārtotas domas par traumas notikumiem [Van der Kolk, 2009], negatīvas domas par sevi, sevis vainošana, grūtības koncentrēties, interešu zudums.

Traumēti bērni standartizētas izvērtēšanas laikā dažkārt vilcinās un cenšas izvairīties runāt par savu pieredzi. Tam var būt vairāki cēloņi [Malchiodi, 2012, 49]:

- bērniem var būt grūti izskaidrot notikušo verbāli kognitīvu un emocionālu problēmu dēļ, kas traucē konceptualizāciju un uztveri;
- šausmu pieredze ietekmē runas zonas galvas smadzenēs, atstājot bērnu “mēmās šausmās”, kas ierobežo komunikāciju ar vārdiem;

- pašnovērtējuma ziņojumi var uzjundīt ārkārtēju baiļu izjūtu, raizes un apjukumu, jo parādās bēgšanas, cīņas vai sastingšanas reakcija, kad bērns tiek konfrontēts ar vairākām intervijām.

Pieredzētie traumatiskie notikumi ir “noglabāti” labajā smadzeņu puslodē, tādējādi, “dodot bērnam laiku piekļūt un stimulēt labās smadzeņu puslodes darbību, beidzot var tikt aktivizētas attiecīgās funkcijas kreisajā smadzeņu puslodē, kas tikušas bloķētas traumatiskās pieredzes laikā” [Gil, 2006]. Pārstrādājot traumatisko pieredzi, bērna emocionālās un uzvedības reakcijas vada divas pamatdzīņas (*basic drives*) – tieksme pārvaldīt sāpīgo un mulsinošo pieredzi, cenšoties atjaunot kontroles izjūtu, un tieksme izvairīties no sāpīgajām emocijām, kas iekļauj arī izvairīšanos iesaistīties terapeitiskajā procesā [Gil, 2006]. Tādēļ traumas pārstrādes pamatmērķis ir kontroles izjūtas un iekšējā līdzsvara izjūtas atjaunošana [Malchiodi, 2010]. Šis mērķis īstermiņa mākslas terapijā ir svarīgākais, un šajā procesā ir nepieciešama saudzīga izvērtēšana, kas ļauj identificēt bērna individuālās vajadzības [Gil, 2006].

Mākslas terapiju pēdējā laikā bieži izmanto darbā ar bērniem, kam ir vardarbības pieredze [Coulter, 2000; Pifalo, 2002; Klorer, 2008; Malchiodi, 2010, kā minēts Steel, Malchiodi, 2012, 13]. Saskaņā ar Starptautiskās Traumatiskā stresa pētījumu biedrības (*International Society of Traumatic Stress Studies*) viedokli [Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2008, kā minēts Steel, Malchiodi, 2012, 13] darbā ar bērniem, kuriem ir traumatiska pieredze, mākslu terapija ir atzīta par vienu no piemērotākajiem veidiem. Nozīmīgākais mākslu terapijas devums ir terapijas sensorā kvalitāte, kā arī saikne ar neiroloģisko funkcionēšanu un neiroloģisko attīstību [Steel, Malchiodi, 2012, 13].

Mākslu terapijā darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem ir būtiski balstīties uz izpratni par aprūpes principiem, kas fokusēta tieši uz traumas pārvarēšanu (*trauma-informed care*). Mākslā balstītā izvērtēšana ir daļa no vispusīgas izvērtēšanas, kuras pamatā ir izpratne par minētajiem aprūpes principiem [Steel, Malchiodi, 2012, 50].

Izvērtēšanas procesā ir būtiski zināt, ka traumu guvušiem bērniem ir izteikta vajadzība pēc drošības. Lai arī galvenokārt mākslā balstītā izvērtēšana tiek vērtēta kā droša, tomēr pastāv retraumatizācijas iespēja ar mākslas līdzekļiem sensorā veidā, aktualizējot sensorās atmiņas un traumatisko pieredzi. Līdz ar to pret izvērtēšanas laikā radītajiem mākslas darbiem un pret pašu mākslas radīšanas procesu mākslas terapeitam jāattiecas kā pret bērna pieredzes un stāstu “lieciniekiem” un jābūt empātiskam pret katru aspektu bērna mākslinieciskajā izpaušmē. Turklāt mākslas terapeitam jāpamana savas projekcijas un iespaidi par bērna radošo izpaušmi. Sensori balstītā un uz traumu balstītā izvērtēšanā mērķis ir nevis konstatēt patoloģiju, bet censties noteikt un izprast bērna emocionālās, kognitīvās un uzvedības reakcijas un viņa pasaules redzējumu [Steel, Malchiodi, 2012, 71–72].

E. Gila [Gil, 2002, kā minēts Malchiodi, 2003, 52] ierosina nedirektīvu izvērtēšanas procesu, kas ļauj bērnam attīstīt komforta un drošības izjūtu, sniedz iespēju atrast potenciālu sazināties, izmantojot simbolu valodu, tādējādi nosakot kontekstu turpmākajam terapeitiskajam darbam. Izvērtēšana MEPL modeļa struktūras ietvaros nodrošina nedirektīvu pieeju, kas saskan ar E. Gilas ierosinājumu par brīvu, nedirektīvu pieeju pirmajās trijās četrās sesijās, un MEPL modelis nodrošina struktūru, kā izvērtēt resursus un grūtības pirmo triju sesiju laikā, kā arī piedāvā iespēju bērnam justies komfortabli un atjaunot iekšējā līdzsvara un kontroles izjūtu.

2.2. MEPL modeļa pielietojums mākslā balstītā izvērtēšanā: gadījuma piemērs

Turpmāk minētais gadījuma piemērs ilustrēs MEPL modeļa lietojumu mākslā balstītā izvērtēšanā īstermiņa mākslas terapijā vardarbībā cietušam bērnam. Mākslas terapija šajā gadījumā bija daļa no sociālās rehabilitācijas programmas, ko realizē multiprofesionāla komanda – sociālie darbinieki, psihologi, mākslas terapeiti, psihiatri, psihoterapeiti, interešu pedagogi un citi speciālisti.

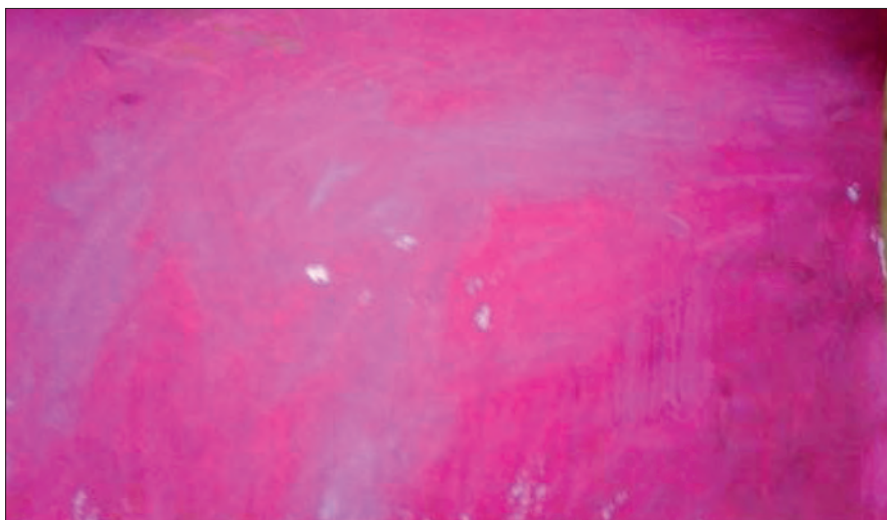
Anna (vārds mainīts), 5 gadi, piedzīvojusi fizisku vardarbību no sava patēva, viņas mātei ir nopietnas alkohola atkarības problēmas. Pirmajā sesijā mākslas terapiete novēroja, ka meitene neizrāda interesi par runāšanu vai klausīšanos mākslas terapietes teiktajā. Viņa skatījās uz mākslas materiāliem un izrādīja vēlmi pēc iespējas ātrāk sākt darboties ar tiem. Pirmās divas sesijas bija ļoti līdzīgas – viņa izvēlējās liela formāta papīru (A1) un guaša krāsas (sk. 3. un 4. att.). Meitene klāja guaša krāsas biežā slānī, izmantojot daudz krāsu toņu, krāsu izvēle bija spontāna. Mākslas terapiete izvirzīja hipotēzi, ka Annas vizuālajā izteiksmē dominē afektīva iesaistīšanās (afektīvais komponents perceptīvi-afektīvajā līmenī), par ko liecināja liela formāta lapas izvēle, plašs lapas telpas izmantojums, lieli krāsu laukumi, līniju un konkrētu formu trūkums, košas, intensīvas spontāni izvēlētas krāsas, plūstoši mākslas materiāli un ekspresīva mijiedarbība ar mākslas materiāliem. Gleznošanas procesā sākotnēji viņa sajauca un izsmērēja krāsas ar lielu otu, pēc tam sāka izmantot pirkstus un plaukstas, lai sajauktu un izsmērētu krāsas uz papīra virsmas.

Mākslas terapiete Annas mijiedarbībā ar mākslas materiāliem novēroja guaša krāsu un papīra virsmas sensoru izpēti, kas varētu liecināt par sensoru iesaistīšanos mākslinieciskajā izpausmē (sensorā dimensija kinestētiski-sensorajā līmenī). Izsmērējot krāsu uz papīra, Anna pie sevis teica: “Cik netīri!” un ar sejas izteiksmi izrādīja nepatīkamas izjūtas, tā reaģējot uz krāsu izsmērēšanu jeb mijiedarbību ar mākslas materiāliem. Iesaistīšanās līmenis mākslas izpausmē bija augsts, viņa strādāja diezgan ātri un ekspresīvi, kas norādīja uz kinestētiskas iesaistīšanās kvalitāti (kinestētiskā dimensija kinestētiski-sensorajā līmenī). Anna neuztraucās par papīra malas robežām vai izlietoto krāsas daudzumu. Mākslas izpausmes procesā

Anna neieturēja pauzes, lai aplūkotu darbu, formas bija neskaidras, nebija liniju un detaļu. Mākslas terapeite izvirzīja pieņēmumu, ka, iespējams, Annai ir grūtības ar uztveri (perceptīvā dimensija perceptīvi-afektīvajā līmenī).



3. attēls. Gleznojums 1. sesijā



4. attēls. Gleznojums 2. sesijā

Pirmajā sesijā mākslinieciskās izpausmes laikā Anna spontāni izstāstīja, ka patēvs bieži viņu sit, un īsi pēc tam viņa turpināja stāstīt par bailēm no tumsas un pērkonu. Viņas runa bija spontāna, fragmentēta, ar pauzēm, balss bija klusa. Darba vieta kļuva arvien netīrāka. Viņas spēja tikt galā ar izvēlēto materiālu bija ierobežota, viņa izskatījās frustrēta. Mākslas terapeite nolēma stiprināt viņas kontroli pār materiālu. Otrajā sesijā mākslas darba radīšanas laikā Anna atkal sāka runāt par bailēm no tumsas. Viņa stāstīja, ka tumsā ir vilki, ka tie ir ļoti bīstami un viņai ir ļoti bail no vilkiem. Mākslas terapeite izvirzīja hipotēzi, ka Annai ir spēcīgas bailes un ir grūtības gūt kontroli pār šīm izjūtām. Vizuālajā izpausmē viņa juta nepatīkamas sajūtas par netīrību, kas, iespējams, saistījās ar tumsu un bailēm.

Trešajā sesijā Anna atkal izvēlējās lielu papīru (A1) un guaša krāsas (sk. 5. att.), kas viņai bija ierasti un droši. Viņa atkal sajauca krāsas un izsmērēja tās uz papīra ar plaukstām, tādējādi demonstrējot iesaistīšanos sensorajā izpētē (sensorā dimensija kinestētiski-sensorajā līmenī). Viņas kustības mākslinieciskajā izpausmē pakāpeniski kļuva lēnākas trešās sesijas laikā, kas iezīmēja kinestētiskās dimensijas izmaiņas. Viņa pāris reizes ieturēja pauzi un aplūkoja savu darbu, kas mākslas terapeitei lika domāt par iespējamām izmaiņām perceptīvajā dimensijā. Tas līdzsvaroja Annas vizuālo izpausmi perceptīvi-afektīvajā līmenī. Viņa teica mākslas terapeitei, ka gleznos vilku (savas bailes); tā viņa bija spējīga pieņemt lēmumu un izpaust savus nolūkus verbāli. Mākslas terapeite izvirzīja hipotēzi, ka domāšanas operācijas (lēmumu pieņemšana, plānošana) ir integrētas Annas mākslas izteiksmē (kognitīvā dimensija kognitīvi-simboliskajā līmenī), lai arī vilka forma palika neatpazīstama, kas, iespējams, norādīja grūtības integrēt mākslinieciskajā izpausmē perceptīvo un kognitīvo dimensiju. Šajā sesijā viņa jutās pietiekami droša, lai “ieskatītos savām bailēm sejā”. Viņas balss bija klusa un mierīga. Anna pati spēja pārtraukt vizuālo izpausmi un nolemt, kad mākslas darbs ir pabeigts, kas demonstrēja kontroles spēju uzlabošanos.

Piemērs ar Annu ilustrē, kā nedirektīvā pieeja MEPL modeļa ietvaros nodrošina brīvību izvēlēties mākslas materiālus un izpausmes saturu, kā arī piedāvā “pārejas telpu” un atvieglo komunikāciju ar tēlu un simbolu valodu, tā veicinot iesaistīšanos terapeitiskajā procesā [Gil, 2006]. Iespēja izvēlēties mākslas materiālus un saturu terapeitisko attiecību kontekstā sekmē kontroles izjūtas atjaunošanos, ierosina iekšējā spēka izjūtu, spēlei līdzīgā atmosfērā tiek veicināta virzība no pasivitātes uz aktivitāti un ierosināta iekšēja kustība, virzība.

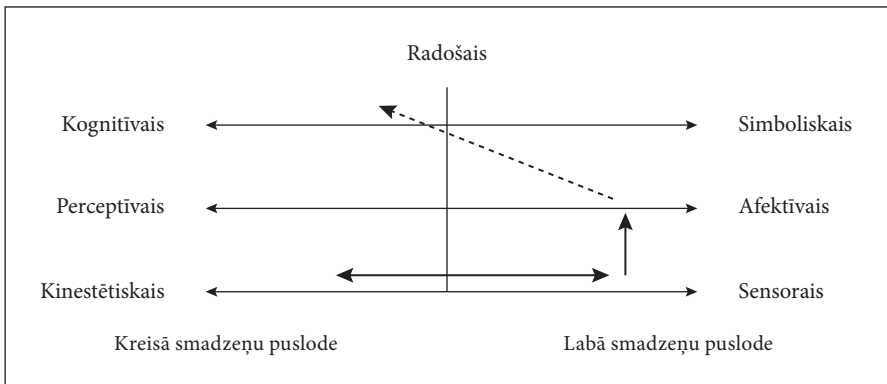
Annas vizuālās izpausmes izvērtējums (sk. 6. un 7. att.) MEPL modeļa struktūras ietvaros norādīja uz viņas resursiem kinestētiski-sensorajā līmenī. Viņas mākslas izpausmē dominēja afektīva iesaistīšanās, kuras dēļ arī varēja novērot grūtības perceptīvā komponenta izpausmē perceptīvi-afektīvajā līmenī. Iesaistoties sensorajā un afektīvajā izpausmē, viņa spēja nonākt kontaktā ar bailēm un spēja

izpaust tās verbāli. Kā bija redzams pirmajā sesijā, Annas jūtas bija nepārvaramas un viņai bija grūti kontrolēt vizuālo izpausmi, viņa bija frustrēta. Brīva mākslas izpausmes saturs izvēle, it īpaši mākslas terapijas sākumposmā, ir saistīta ar mākslinieciskās izpausmes personiski dziļāku nozīmi un atspoguļo nozīmīgas tēmas [Ellenbecker, 2003, kā minēts Hinz, 2009, 195]. Minētais norāda uz nedirektīvas pieejas riskiem un ierobežojumiem, kas būtu jāņem vērā, izmantojot MEPL modeli. Traumatisētiem bērniem ir izteikta vajadzība pēc drošības. Mākslas terapeitam ir jāvēro bērns, lai pamanītu distresa pazīmes, piemēram, trauksmi, distancēšanos vai disociāciju izvērtēšanas laikā [Steel, Malchiodi, 2012]. Tādēļ nedirektīva pieeja darbā ar dažiem bērniem var būt piemērota, bet citiem var būt nepieciešamas direktīvas un norādījumi, lai viņi justos pietiekami droši.

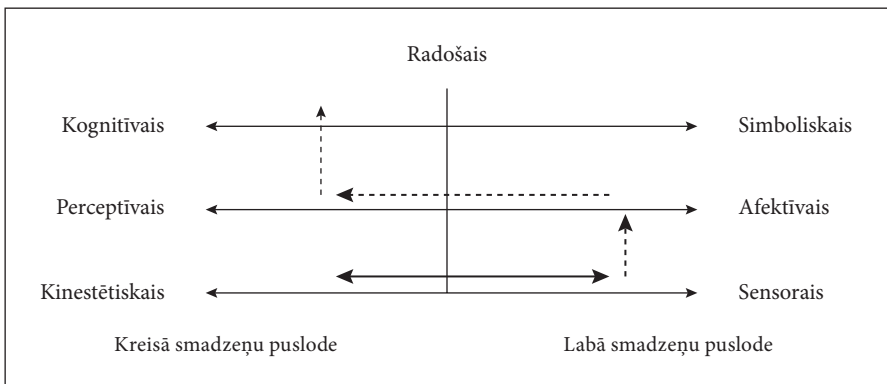
Lai stiprinātu Annas drošības izjūtu un kontroli pār bailēm, mākslas terapeite virzīja māksliniecisko izpausmi uz sensorās un kinestētiskās iesaistīšanās integrāciju un perceptīvi-afektīvā līmeņa līdzsvarošanu. Tika izmantoti jautājumi, lai virzītu uzmanību, sensoro un kinestētisko pieredzi, lai iedrošinātu runāt par izjūtām un uztveri (Kāda ir guaša krāsa – silta, vēsa? Vai tas ir gluds, mīksts, ass, raupjš utt.? Kā tas ir to darīt? Vai vari atkārtot šo ritmu, kustību? u. c.), kā arī lai fokusētu uzmanību uz uztveri (Kāda veida formas tu redzi? Kas ir lielākais, mazākais, kas ir vidū? Pievērst uzmanību formu daļām u. c.).



5. attēls. Plaukstu nospiedumi, gleznojot vilku 3. sesijā



6. attēls. *Annas vizuālās izpausmes shematiska reprezentācija Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modelī 1. un 2. sesijas laikā*



7. attēls. *Annas vizuālās izpausmes shematiska reprezentācija Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modelī 3. sesijas laikā*

Rezultāti un secinājumi

Izvērtēšana MEPL modeļa struktūras ietvaros nodrošina nedirektīvu pieeju un iespēju izvērtēt resursus un grūtības īsā laika periodā, vienlaikus nodrošinot mākslas terapijas emocionāli atbalstošās funkcijas, kas ir būtiski īstermiņa mākslas terapijā darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem.

MEPL modelis nodrošina struktūru, kā izvērtēt resursus un grūtības dažādos MEPL modeļa līmeņos, balstoties uz brīvas, nedirektīvas mākslinieciskās izpausmes un formālo elementu izvērtējumu. Šī izvērtēšana palīdz veidot individualizētu terapijas plānu, kas var iezīmēt pakāpeniskas pārejas starp MEPL modeļa līmeņiem vai horizontālās pārmaiņas katrā līmenī.

Bērni, kuri piedalās mākslas terapijā saistībā ar vardarbību, pirms tam ir pieredzējuši verbālas intervijas pie citiem profesionāļiem. Nonākuši rehabilitācijas iestādē, parasti viņi ir svārstīgi un piesardzīgi, viņi nespēj vai negrib atbildēt uz jautājumiem par to, kas ir noticis un kā viņi jūtas [Malchiodi, 2012, 49]. Turklāt nav daudz laika, lai veidotu terapeitiskās attiecības. Izvērtēšana MEPL modeļa ietvaros nodrošina tādu pieeju, kas veicina iesaistīšanos terapeitiskajā procesā un palīdz atjaunot bērnam kontroles izjūtu, ļauj viņam justies komfortabli, radot spēlei līdzīgu vidi, atvieglo komunikāciju, izmantojot tēlu un simbolu valodu, veicina virzību no pasīva stāvokļa (“upuris”) uz aktivitāti, ierosina iekšēju kustību un virzību (“izdzīvotājs”). No otras puses, nedirektīva pieeja dažiem bērniem var būt nepiemērota un var būt nepieciešamas direktīvas aktivitātes, jo nedirektīva pieeja var paaugstināt trauksmi, nedrošības izjūtu, kā arī paaugstināt pretestību. Nedirektīva mākslinieciska izpausme var izsaukt spēcīgas jūtas, dažkārt izvēlētais materiāls var būt traucējošs. Lai gan mākslā balstītu izvērtēšanu galvenokārt uzskata par nekaitīgu, tomēr ir retraumatizācijas iespēja, piedzīvojot sensoru pieredzi mākslinieciskajā izpausmē, kas veicina uz sajūtām balstītu atmiņu aktualizēšanos.

Daudzās veselības un sociālās palīdzības / aprūpes iestādēs profesionāļiem nav iespēja veikt ilgstošu izvērtēšanu 10 un vairāk sesiju garumā. Izvērtēšana MEPL modeļa struktūras ietvaros nodrošina iespēju izvērtēt resursus un grūtības īsā laika periodā; 3–5 brīvas mākslas aktivitātes var būt realizētas pirmo triju sesiju laikā.

Piemērs ar Annu ilustrē, kā triju sesiju laikā, izvērtējot brīvu māksliniecisko izpausmi, var hipotētiski noteikt klienta / pacienta resursus un grūtības, izvirzīt mākslas terapijas mērķi, tostarp, kā vadīt klienta / pacienta māksliniecisko izpausmi turpmākā mākslas terapijas procesā, lai tā būtu terapeitiska (veicinātu grūtību pārvarēšanu un resursu stiprināšanu). Annas mākslinieciskās izpausmes izvērtējums MEPL modeļa struktūrā norādīja uz viņas resursiem kinestētiski-sensorajā līmenī un grūtībām perceptīvi-afektīvajā līmenī, kurā atspoguļojās pārmērīga afektīva izpausme un grūtības šī līmeņa perceptīvā komponenta izpausmē, kas atspoguļoja viņas grūtības kontrolēt spēcīgas bailes. Šis gadījums parāda, kā nedirektīvā pieeja MEPL modeļa ietvaros piedāvāja “pārejas telpu” un atviegloja komunikāciju ar tēlu un simbolu valodas palīdzību, tā veicinot iesaistīšanos terapeitiskajā procesā [Gil, 2006]. Iespēja izvēlēties mākslas materiālus un saturu terapeitisko attiecību kontekstā sekmēja pakāpenisku Annas kontroles izjūtas atjaunošanos. Viņa spēja nonākt kontaktā ar bailēm un spēja izpaust tās verbāli.

MEPL modelis nodrošina efektīvu un piemērotu veidu, kā, izvērtējot resursus un grūtības informācijas vadišanā, izvirzīt individualizētus mērķus mākslas terapijā darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem un kā vadīt mākslas terapijas procesu, vienlaikus nodrošinot iespēju realizēt mākslas terapijas emocionāli atbalstošo

funkciju. Mākslā balstīta izvērtēšana MEPL modeļa ietvaros nodrošina efektīvu mākslas terapijas lietojumu sociālās rehabilitācijas komandas darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem.

Literatūra

1. PVO vardarbības pret bērnu definīcija // http://www.bernskacietusais.lv/lv/vardarbiba_pret_bernu_teorija/normativais_regulejums/normat-ivais-reguljums-81/ (sk. 01.03.2012.).
2. Dzilna-Šilova I. Mākslas materiālu kvalitātes, iespējas un riski mākslas terapijā ar seksuālā vardarbībā cietušiem bērniem un pusaudžiem. Starptautiskā starpdisciplinārā zinātniskā konference “Krīze un tās pārvarēšanas iespējas” (2011. gada 4.–5. marts, Rīga): Konferences programma un tēzes. – Rīga: Drukātava, 2011. – 48.–49., 56. lpp.
3. Dzilna-Šilova I., Upmale A. MEPL modelis mākslas terapijā vardarbībā cietušiem bērniem // Rīgas Stradiņa universitāte. 2012. gada zinātniskā konference: Tēzes (Rīgā, 2012. gada 29. un 30. martā). – Rīga: RSU, 2012. – 514., 470. lpp.
4. Lusebrinka V. B., Dzilna I. Izteiksmes līmeņu pakāpeniska secība un mākslas materiālu un tehniku lietošana mākslas terapijā // Psiholoģija Mums, 2010; 51 (3); 10.–15. lpp.
5. Lusebrinka V. B., Dzilna-Šilova I. Izvērtēšana izteiksmes līmeņu pakāpeniskās secības modelī un tā terapeitiskais lietojums: smadzeņu struktūru un funkciju līdzdalība [Assessment and therapeutic application of the expressive therapies continuum: Implications for brain structures and functions] // Psiholoģija Mums, 2011; 56 (2): 10.–21. lpp.
6. Mākslu terapija / Sast. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2011. – 431 lpp.
7. Mārtinsone K. Izvērtēšana un novērtējums mākslas terapijā // Mākslas terapija: teorija un prakse. – Rīga: Drukātava, 2009. – 263.–287. lpp.
8. Upmale A., Majore-Dūšle I. Mākslu terapijas procesa raksturojums: integratīvi eklektiskā pieeja // Mākslu terapija. – Rīga: RaKa, 2011. – 106.–178. lpp.
9. Upmale A., Mārtinsone K., Krevica E., Dzilna I. Mākslas terapija. Izvērtējums un novērtējums mākslas terapijā // Mākslu terapija. – Rīga: RaKa, 2011. – 257.–267. lpp.
10. Approved Medical Arts Therapies technologies in Latvia // <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/arstnieciba-izmantojamo-medicinisko-tehnologiju-datu-baze/30-rehabilitacijas-mediciniskie-pakalpojumi/347-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/izverts-mediciniskas-tehnologijas-makslas-terapija> (sk. 14.09.2012.).
11. Dzilna-Silova I., Martinsone K., Upmale A. Art-based assessment within structure of the Expressive Therapies Continuum in art therapy with abused children. Learning Programme Erasmus Intensive Programme Project Arts therapies for different client / patient groups, 30th June – 9th July, 2012, Rīga, Rīga Stradiņš University // Collection of articles “Arts therapies for different client / patient groups” / Compiled by E. Krevica, K. Martinsone. – Rīga, 2012. – Pp. 84–94.
12. Gil E. Helping abused and traumatized children: integrating directive and nondirective approaches. – NewYork: Guilford Press, 2006. – P. 254.

13. Hinz L. D. *Expressive Therapies Continuum: A framework for using art in therapy.* – New York: Routledge, 2009. – P. 280.
14. Kagin S. L. & Lusebrink V. B. *The Expressive Therapies Continuum // Art Psychotherapy*, 1978; 5: 171–180.
15. Lusebrink V. B. (1991). A systems oriented approach to the expressive therapies: the expressive therapies continuum // *The Arts in Psychotherapy*, 1991; 18 (5): 395–403.
16. Lusebrink V. Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy // *Art Therapy: Journal of American Art Therapy Association*, 2004; 21: 125–135.
17. Lusebrink V. B. Assessment and therapeutic application of the Expressive Therapies Continuum: implications for brain structures and functions // *Art Therapy: Journal of American Art Therapy Association*, 2010; 27 (4): 168–177.
18. Lusebrink V. B. *Imagery and visual expression in therapy.* – New York: Plenum Press, 1990.
19. Lusebrink V. B. Predominant characteristics of visual expression on different levels of the Expressive Therapies Continuum // Hinz L. *Expressive Therapies Continuum: A framework for using art in therapy.* – New York: Routledge, 2008. – Pp. 204–207.
20. Lusebrink V. B. Visual expression and creativity in psychosis. Paper presented at the 5th Annual Conference of the American Art Therapy Association, New York, 1974.
21. Lusebrink V. B. Visual imagery: its psychophysiological components and information processing // *Imagination, Cognition and Personality*, 1986; 6: 205–218.
22. Lusebrink V. B., Martinson K., Dzilna-Silova I. The Expressive Therapies Continuum (ETC): interdisciplinary bases of the ETC // *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 2012; 1–11.
23. Malchiodi C. Trauma-informed art therapy (TI-AT) // <http://www.cathymalchiodi.com/art-therapy-books/trauma-informed-art-therapy/> (sk. 01.03.2012.).
24. Steel W., Malchiodi C. *Trauma-informed practises with children and adolescents.* – New York: Routledge, 2012. – P. 249.
25. Van der Kolk B. A. (2005) Developmental trauma disorder: towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories // http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/preprint_dev_trauma_disorder.pdf (sk. 01.03.2012.)
26. Мартинсон К., Дзилна-Шилова И., Лусебринк В. Б. (2013) Модель последовательности уровней выражения с исторической точки зрения // *Медицинская психология в России: электр. научн. журн.*, № 5(22). URL: <http://mprj.ru> (sk. 04.09.2013.).

MĀKSLAS TERAPIJA PACIENTIEM AR ANOREXIA NERVOSA

Dace Vismola, Anda Upmale

Rīgas Stradiņa universitāte,

Rehabilitācijas fakultāte

Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas

novietne Gaiļezērā, Rehabilitācijas klīnika

Ievads

Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas novietnē Gaiļezērā bērnu psihiatrijā viena no pacientu grupām, ar kuru strādā vizuāli plastiskās mākslas terapeiti (turpmāk mākslas terapeiti), ir pacienti ar *anorexia nervosa*, kas ir viena no ēšanas traucējumu (F50) apakšgrupām atbilstoši Latvijas ārstniecības praksē izmantotajai “Starptautisko statistisko slimību un veselības problēmu klasifikācijas” 10. redakcijai (saīsinājumā SSK-10), kuru izstrādājusi un starptautiskai lietošanai apstiprinājusi Pasaules Veselības organizācija. Ēšanas traucējumi iekļauti psihisko un uzvedības traucējumu grupā: uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem. Ēšanas traucējumi saistās ar specifisku psihopatoloģiju, kam raksturīgas pārmērīgas rūpes par sava ķermeņa formu un masu.

Anorexia nervosa ir psihosomatiska saslimšana, kas saistīta ar fizioloģiskiem ķermeņa funkciju traucējumiem, sekundārām endokrīnām un metaboliskām pārmaiņām (menstruāciju neregularitāti un hormonālām svārstībām), ar pacientu iekšējiem un starppersonu attiecību konfliktiem [*Rehavia-Hanauer*, 2006, 147]. Par *anorexia nervosa* simptomiem liecina uzmācīgas un pārspīlētas domas par iespējamu resnumu, ko pavada apzināta ķermeņa masas samazināšana un uzturēšana, kas tiek uzskatīts par pašmērķi, kā arī svara zudums, bet nav konstatēta cita slimība, kas varētu izraisīt novājēšanu. Tādēļ to būtiski diferencēt no tireotoksikozes, virsnieru mazspējas, Simonda kaheksijas, zarnu stenozes, malabsorbcijas un cerebrāliem procesiem. Bieži simptomiem pievienojas amenoreja, īpaši, ja svars samazinās zem 47 kilogramiem [*Klufsmann, Nickel*, 2009].

Raksta mērķis ir dot ieskatu par *anorexia nervosa* pacientu grūtībām un riska faktoriem, kas veicina saslimšanu, par mākslas terapijas iespējām pacientu iekšējo konfliktu izpausmē, apzināšanā un mazināšanā, par mākslas ekspresijas raksturojumu *anorexia nervosa* pacientiem, balstoties uz ASV mākslas terapeites profesores Vijas Bergs Lusebrinkas “Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu” modeli (saīsinājumā MEPL) (*Expressive Therapies Continuum* (ETC)).

Raksta aktualitāti nosaka statistikas dati par pacientiem ar ēšanas traucējumiem, konkrēti *anorexia nervosa*, Latvijā un pasaulē. Pēc Slimību profilakses un kontroles centra datiem Latvijā 2011. gadā uzskaitē ir bijušas 109 patientes ar ēšanas traucējumiem un stacionārā uzņemtas 19 [Latvijas Statistikas gadagrāmata, 2011, 105]. Bērnu klīniskās universitātes slimnīcā no 2009. līdz 2012. gadam ārstējušās 22 patientes ar *anorexia nervosa*. Pēc statistikas datiem *anorexia nervosa* ir trešā izplatītākā hroniskā saslimšana pusaudžiem, kuru vidējais vecums ir 17 gadi. Vairāk nekā puse trīspadsmit līdz piecpadsmit gadus vecu meiteņu uzskata, ka ir pārmērīgi resnas un ka būtu nepieciešams ievērot diētu. Lai gan vairāk slimo sievietes, tomēr *anorexia nervosa* novērojama arī vīriešiem (10% no visiem pacientiem). Šī saslimšana ļoti reti tiek konstatēta bērniem pirms 10 gadiem un sievietēm pēc 40 gadiem [ANRED, 2011]. ASV *anorexia nervosa* ir konstatēta 1% pusaudžu meiteņu un 0,3% pusaudžu zēnu [Dryden-Edwards, et al., 2012]. Pēc statistikas datiem tikai 60% pacientu ar *anorexia nervosa* izārstējas, 20% – daļēji izārstējas, t. i., viņi spēj pilnvērtīgi strādāt un saglabāt attiecības, tomēr fokusēšanās uz savu svaru un ēdienu paliek, 20% cilvēku svars paliek bīstami samazināts. Psihisko traucējumu grupā visaugstākā mirstība ir pacientiem ar *anorexia nervosa*: bez ārstēšanas mirst 20%, ar ārstēšanu – 2–3% pacientu [ANRED, 2011].

Anorexia nervosa riska faktori

Pētījumos kā iespējamie *anorexia nervosa* riska faktori tiek minēti perinatālie faktori – priekšlaicīga dzimšana, mazs svars grūtniecības laikā u. c. [Cnattingius, et al., 1999, 634], ģenētiskie faktori [Hinney, et al., 2004, 204]. Īpaši tiek uzsvērti ģimenes faktori: vecāku un bērnu attiecības, nerūpēšanās par bērnu, kontrolējoša attieksme no tēva un / vai mātes puses, pārmērīgu prasību izvirzīšana un / vai atbalsta trūkums, vecvecāku noteicošā loma ģimenē – pārmērīgas rūpes un kontrole [Canetti, 2008, 703], vecāku savstarpējās attiecības – vecāku šķiršanās [Martínez-González, 2003, 315], pārāk ciešas attiecības ar ģimenes locekļiem, nenodrošinot priekšnosacījumus bērna individuācijas-separācijas procesam.

Par iespējamajiem *anorexia nervosa* riska faktoriem tiek minēta arī apzināta, regulāra diēta, lai samazinātu ķermeņa svaru [Patton, et al., 1999, 765], perfekcionisms un neadekvāti zems pašnovērtējums [Fairburn, et al., 1999, 468], bieža ēšana vienatnē, meiteņu žurnālu lasīšana un radio programmu klausīšanās [Martínez-González, 2003, 315]. Tiek norādīts, ka mediji var ietekmēt ķermeņa tēla veidošanos, radot neveselīgu attieksmi pret ēdienu un ēšanas traucējumus [Borzekowski, 2005, 307]. Visbiežāk to novēro pusaudzēm un jaunām sievietēm, kuras reāli nenovērtē savu fizisko ķermeni un svaru un pakļaujas medijos izplatītajiem stereotipiem par “ideālo augumu”. Tādējādi ēšanas traucējumi ir saistīti ar specifisku psihopatoloģiju, kurai raksturīgas uzmācīgas pārspīlētas domas par iespējamo resnumu vai izplūdušām ķermeņa formām.

Anorexia nervosa ir saistīta ar vairākiem faktoriem: sociāli kulturālajiem (tajā skaitā ģimenes attiecību modeli), psiholoģiskajiem, bioloģiskajiem un fizioloģiskajiem faktoriem, un katrs no tiem var atstāt zināmu ietekmi uz cilvēka psihisko attīstību.

Pacientu ar *anorexia nervosa* grūtības

Pacientiem ar *anorexia nervosa* ir apgrūtināta funkcionēšana, pirmkārt, kognitīvajā sfērā (uzmācīgas domas un negatīvs priekšstats par sevi, pārmērīga svara kontrole u. c.). Pacientu grūtības saistās ar izkropļotiem kognitīviem pieņēmumiem par sevi un apkārtējo pasauli [Gilbert, 2002; Cooper, Shafran, 2008; Gilbert S., 2000]. Pacientiem ar *anorexia nervosa* raksturīga tendence kognitīvi izskaidrot notiekošos procesus un izmantot tādas psihs aizsardzības mehānismus kā intelektualizācija un noliegums, kas pasargā no fiziskā stāvokļa apzināšanās, izkropļojot realitātes izjūtu [Ålbergs, Brummers, 2011, 246]. Otrkārt, pacientiem ir grūtības emocionālajā sfērā (depresīvs, nomākts garastāvoklis vai garastāvokļa svārstības, mazvērtības un bezcerības izjūta, trauksme, bailes u. c.). Treškārt, vērojamas grūtības fiziskajā un uzvedības sfērā (barības neuzņemšana vai pārēšanās, pārmērīga fiziskā slodze vai enerģijas un aktivitātes samazināšanās, ķermeņa funkciju traucējumi, fizisks diskomforts u. c.). Ceturtkārt, grūtības rodas arī sociālajā sfērā (komunikācijas trūkums, noslēgtība vai sociāla izolētība, interešu un iniciatīvas trūkums u. c.). Pacientiem ar *anorexia nervosa* raksturīgi arī tādi psihs aizsardzības mehānismi kā izolēšanās un askētisms, kas aizsargā no spēcīgām seksuālām vēlmēm, tās apspiežot, taču tā vietā pieaug agresivitāte pret sevi, savu ķermeni un apkārtējiem cilvēkiem. Viens no skaidrojumiem, ka tādējādi tiek mazināta bezspēcības izjūta, ko radījušas grūtības apzināties savu identitāti, kā arī pārmērīgas apkārtējo un sabiedrības prasības. Askētisms pastiprina spēka izjūtu, lai rīkotos savādāk nekā vecāki. Lai gan askētisms ir pretmets bezspēcībai, tomēr šķietamā neatkarība bieži vien veicina bezpalīdzīgu atkarību [Ålbergs, Brummers, 2011, 247].

Mīnētās grūtības saistītas ar pacientu pretrunīgajām vajadzībām, iekšējiem (emocionāliem) un ārējiem (starppersonu) konfliktiem, kas bieži reprezentē un aktualizē ģimenei raksturīgos konfliktus un neatrisinātas psihosociālas problēmas.

Pacientiem ar *anorexia nervosa* ir dažādas grūtības.

1. Individuācijas-separācijas vajadzība un nevēlēšanās kļūt pieaugušiem.

No vienas puses, pacientiem bieži ir izveidojušās izteikti atkarīgas attiecības, īpaši ar māti, bet no otras puses, viņi vēlas būt neatkarīgi un patstāvīgi. Viņiem raksturīga personīgās neefektivitātes izjūta, kas varētu norādīt uz mātes un bērna separācijas-individuācijas problēmām jau bērnībā un kas vēlreiz var aktualizēties pusaudžu vecumposmā [Ålbergs, Brummers, 2011, 244]. Pacientiem ar *anorexia*

nervosa ir novērojama arī nevēlēšanas kļūt pieaugušiem – bailes no patstāvības un atbildības, attiecībām ar pretējo dzimumu [Klufsmann, Nickel, 2009]. Nereti vērojams, ka problēmsituācijās viņiem rodas vēlme “atgriezties bērnībā” pirmspubertātes ķermeņa veidolā, rezultātā tiek uzsākta novājēšana līdz pirms pubertātes ķermeņa svaram. Iezīmējas konflikts starp pacienta vajadzību pēc beznosacījuma mīlestības, vēlmi kā bērnam saņemt pastāvīgu mierinājumu, un neatkarības vajadzību [Rehavia-Hanauer, 2003, 144].

2. Pretruna starp vajadzību pēc atkarības un vajadzību pēc autonomijas savstarpējās attiecībās, īpaši ģimenes sistēmā. Ja pusaudzis sastopas ar grūtībām kļūt neatkarīgam no vecākiem (īpaši mātes), tad *anorexia nervosa* var kļūt par līdzekli, lai saglabātu naidīgu atkarību no mātes. Slimības simptomi nerada autonomiju, bet izteiktāku atkarību. Bailes no resnuma rodas, identificējoties ar māti, kurai pašai, iespējams, ir līdzīgas bailes [Ålbergs, Brummers, 2011, 248–249]. Barojot bērnu, māte gūst savu mātišķo jūtu piepildījumu, bet ēdiens kļūst par mīlestības izpausmes simbolu. Māte ar ēdiena palīdzību sniedz labsajūtu un piepildījumu bērna vajadzībai pēc cilvēciskas mijiedarbības [Ålbergs, Brummers, 2011, 239]. Līdz ar to *anorexia nervosa* reprezentē mēģinājumu atrisināt psiholoģisku konfliktu fiziskā veidā, jo vienīgais, ko pacients spēj kontrolēt, ir savs fiziskais svars, izmantojot diētas un fiziskas aktivitātes.

Pacienti ar *anorexia nervosa* nespēj verbāli pastāstīt par savu vēlmi pēc emocionālām attiecībām, vēlmi būt aprūpētiem: pārmērīgais tievums un nespēks var būt tik liels, ka viņi nespēj piecelties no gultas, taču tajā pašā laikā viņi tomēr neuzdrīkstas lūgt palīdzību [Rehavia-Hanauer, 2003, 142–143]. Kā norāda autori, reizēm pacientiem savas vēlmes vieglāk paust neverbāli, piemēram, ar mākslas darbu palīdzību [Luzzato, 1994, 142].

Abas iepriekšminētās pretrunas ir saistītas ar ģimenes attiecībām. Līdz ar to pacientu ar *anorexia nervosa* viens no veiksmīgas terapijas priekšnoteikumiem ir sadarbība ar vecākiem.

3. Seksuālās identitātes un seksualitātes noliegšana. Pacientiem ar *anorexia nervosa* vērojamas pretrunas starp vēlmi pēc seksuālām attiecībām pretstatā savas seksuālās attīstības un seksuālo attiecību noliegumam, nepieņemšanai. Vairāki pētnieki – Waller, Kaufman, Deutsch (1940) [Rehavia-Hanauer, 2003, 138] – norāda uz pacientu ar *anorexia nervosa* pretrunīgo vēlmju līdzību gan vēlmē pēc ēdiena un vienlaicīgi tā noliegumā, gan vēlmē pēc seksuālām attiecībām un vienlaicīgi to noliegumā. Savukārt citi pētnieki [Dare, Crowther, 1995; Rehavia-Hanauer, 2006, 138] izsaka iespējamību, ka saslimšana var būt saistīta ar seksuālu vardarbību bērnībā vai pusaudža gados, iepazīstot seksualitāti kā traumatisku un bailpilnu pieredzi. Psihoseksuālās attīstības traucējumi var būt saistīti ar to, ka pusaudžu gados ķermenis pēkšņi izmainās, taču mentālā attīstība palikusi

iepriekšējā līmenī, darbojoties spēcīgiem psihe aizsardzības mehānismiem [Schaverien, 1995; Waller, 1993; Selvini Palazzoli, 1974; pēc *Rehavia-Hanauer*, 2003, 144–145, 147].

4. Vēlme visu kontrolēt pretstatā reālam kontroles trūkumam. Pacienti ar *anorexia nervosa* raksturīgā vēlme kontrolēt. Pusaudžu gados viņi izjūt sabiedrības prasības pēc neatkarīguma, patstāvīguma un atbildības uzņemšanos, kas rada nedrošības izjūtu, trauksmi un bailes – bailes zaudēt kontroli pār savu dzīvi. Šis var būt iemesls arī tam, kāpēc pacienti ar *anorexia nervosa* atsakās piedalīties projektos, ja nespēs būt perfekti un nerasniegs prasītos standartus [*Rehavia-Hanauer*, 2003, 146–147]. Vēlme pēc kontroles un kontroles trūkums reālajās attiecībās un situācijās, un izjūta par personīgo bezspēcību tiek aizstāta ar ķermeņa svara pārmērīgu kontroli.

Skaidra iekšējo un ārējo konfliktu un to izpausmju definēšana var būt nozīmīga *anorexia nervosa* ārstēšanā [*Rehavia-Hanauer*, 2003, 148].

Mākslas terapeita darbs multidisciplinārā komandā ar *anorexia nervosa* pacientiem

Lai gan darbā ar *anorexia nervosa* pacientiem mēdz būt gadījumi, kad svara palielināšana veicina normālu fizisku un psihisku attīstību, tomēr bieži svara atgūšana stabilizē somatisko situāciju, savukārt psihiskā patoloģija netiek mazināta [Ålbergs, Brummers, 2011, 244–245]. Pacientu ar *anorexia nervosa* atveseļošanās un ēšanas traucējumu samazināšana nav iespējama bez ķermeņa tēla pieņemšanas un pašvērtējuma paaugstināšanas [Plowman, 2008, 65]. Vairāki pētījumi norāda uz mākslas terapijas rezultātiem pacientu ar *anorexia nervosa* pašizpratnes un identitātes apzināšanās procesā [Boisvert, 2003, 28], pašvērtējuma un pašcieņas paaugstināšanā, iekšējā personības spēka / ego spēka attīstībā, neatkarības izjūtas veicināšanā [Harnden, 1995, 48], pašuztveres izmaiņā [Smith, 2002, Newman, 2006, 66–68]. Svarīgi, lai pacienti psihiski neizturamu trauksmi neprojectētu uz savu ķermeni, bet atrastu adekvātu risinājumu savām problēmām [Ålbergs, Brummers, 2011, 249]. Darbā ar *anorexia nervosa* pacietiem tiek rekomendēta terapija multidisciplinārā komandā [Brüggemann, 1985, 81; Diamond-Raab, Orrell-Valente, 2002, 343; Michler, 2007, 19; Pfeiffer, et al., 2005, 268; Tejero, 2011, 67].

Mākslas terapijas raksturojums pacientiem ar *anorexia nervosa*

Mākslas terapeiti Latvijā, kas strādā veselības aprūpes vidē un iekļaujas multi-profesionālas komandas sastāvā, savā darbā integrē izvērtēšanas kritērijus un mērķu formulējumu, izmantojot “Starptautisko funkcionēšanas, nespējas

un veselības klasifikāciju” (SFK) un mērķu klasifikāciju, izmantojot Nīderlandes mākslu terapijas vadošā pētnieka Henka Smeijstera (*Henk Smeijster*) pieeju (*Team of KenVak, Smeijsters*, 2009). Mākslas terapijas primārie mērķi pacientiem ar *anorexia nervosa* ir ēšanas traucējumu mazināšana. Sekundārie mērķi ir saistīti ar emocionālo funkciju pilnveidi (piemēram, emociju apzināšanos un adekvātu to izpausmi, emociju atbilstību un regulēšanu, emociju diapazona paplašināšanu), personības funkciju pilnveidi (tajā skaitā pašcieņas un pašvērtējuma paaugstināšanu un ķermeņa veidola pieņemšanu), augstākā līmeņa kognitīvo funkciju pilnveidi (izpratnes, spriestspējas, problēmu risināšanas, plānošanas attīstību), psihosociālo funkciju un interpersonālo attiecību pilnveidi (emocionālā un psiholoģiskā atbalsta trūkuma pārvarēšanu ģimenē vai skolā, mērķtiecīgu atpūtas un brīvā laika pavadīšanu, konfliktu risināšanas prasmju apmācību) u. c.

Ņemot vērā stacionēšanas laiku un galvenās grūtības, pacientiem ar ēšanas traucējumiem mākslas terapija tiek organizēta kā īslaicīga terapija (vidēji 10–12 sesijas) ar fokusu uz pašreizējo problēmu un tuvējo kontekstu, izmantojot gan aktīvu direktīvu, gan spontānu nedirektīvu terapijas formu, paralēli izmantojot izglītojošo aspektu, lai apgūstot jaunas zināšanas, pacienti spētu pārvarēt savas grūtības un sekmīgāk integrētos sabiedrībā. Mākslas terapijā, izmantojot integratīvi eklektisko pieeju, darbs virzīts uz pacienta domāšanu, jūtām, uzvedību, dzīvesveida izmaiņām u. tml., kas savukārt ietekmē viņa pamatproblēmas atrisināšanu un mazināšanu.

Gadījumu analīze liecina par mākslas terapijas efektivitāti pacientiem ar *anorexia nervosa*, analizējot gan tēlus mākslas darbā, gan mākslas terapijas procesu (vienošanās, pretestība, grūtības un pārtraukums), gan izmantotos mākslas materiālus un refleksiju pēc radošā procesa [Brun, 2006, 6]. Bieži vien jāsastopas ne tikai ar pacientu ar *anorexia nervosa* motivāciju radošajam procesam un sajūsmu par mākslas materiāliem, bet arī ar verbālu un / vai neverbālu pretestību pret mākslas terapiju. Mākslas terapijas procesā pretestība var tikt izpausta neverbāli kā nevēlēšanās piedalīties nekādās radošās darbībās, uzskatot to par bērnišķīgu spēli, vai kā nepatika pret mākslas terapeitu, kas reprezentē autoritāti, fiziski attālinoties vai pagriežot muguru. Pacienti var paust nespēku, apguļoties uz galda vai apsēžoties telpas stūrī. Verbāli pacienti var paust naidīgumu, nicinājumu vai aizdomas, var atteikties radīt mākslas darbu, baidoties, ka tie tiks pārprasti [Rehavia-Hanauer, 2003, 146–147]. Vienā un tajā pašā sesijā pacienti var izpaust patiku pret mākslas terapijas procesu un materiāliem, skicējot, zīmējot, sajūtot papīra tekstūru, interesējoties par mākslas materiāliem un tehnikām, bet pēc brīža paust nepatiku un negatīvu attieksmi pret visu, kas tiek piedāvāts [Rehavia-Hanauer, 2003, 141]. Kā jau iepriekš tika norādīts, pacientiem ar *anorexia nervosa* raksturīgas pretrunīgas vēlmes un vajadzības, un pretrunīgas, ambivalentas izjūtas.

Mākslas terapijā darbā ar pacientiem ar *anorexia nervosa* ir iespējams izmantot Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu (MEPL) modeli [Lusebrink, 1974; Kagin, Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1990, 2004, 2010], kurā tiek izdalīti 3 līmeņi:

- 1) kinestētiski-sensorais līmenis;
- 2) perceptīvi-afektīvais līmenis;
- 3) kognitīvi-simboliskais līmenis (sk. arī I. Dzilnas-Šilovas u. c. rakstu "Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modelis..").

Trīs MEPL līmeņi ir saistīti ar dažādām smadzeņu funkcijām un struktūrām, kuras apstrādā vizuālo, sensoro un afektīvo informāciju. Visi trīs līmeņi ir bipolāri, un tos raksturo dimensijas – komponenti (kinestētiskais un sensorais, perceptīvais un afektīvais, kognitīvais un simboliskais). Darbība noteiktā MEPL līmenī un noteiktā dimensijā atspoguļo pacienta grūtības un resursus, kas var tik izmantotas pacienta izvērtēšanā mākslas terapijas kontekstā un turpmākā mākslas terapijas procesa plānošanā. Mākslas ekspresija noteiktā līmenī atspoguļo pacienta mentālās un grafiskās izteiksmes attīstības secību, raksturīgāko mākslinieciskās izpausmes veidu, sākot no spontānas reakcijas (piemēram, izlādes darbībā) līdz abstraktai domāšanai vai mākslas ekspresijai simboliskos tēlos. Katram MEPL līmenim un dimensijai ir raksturīga atšķirīgu mākslas materiālu / rekvizītu, tehniku un metožu izmantošana. MEPL palīdz noteikt pacientam raksturīgos resursus un grūtības katrā līmenī, kā arī to, kurā no dimensijām pacientam dominē mākslinieciskā izpausme, un kura vēl jāattīsta.

Mākslas aktivitātes **kinestētiskajā dimensijā** ir tās, kas izsauc ritmu, darbību, kustību un enerģijas atbrīvošanu. Mākslas terapijā tā ir māla stampāšana, dauzīšana, grūšana, rullēšana, griešana, krāsas šļakstīšana uz papīra, papīra švikāšana, plēšana u. tml. [Lusebrink, 1990]. Ritmiska kinestētiska darbība var tikt izmantota divējādi, pirmkārt, kā dinamiska kustība / darbība, fiziska / motora aktivitāte un enerģijas atbrīvošana (piemēram, dusmu izpausme), otrkārt, kā nomierinoša ritmiska darbība (piemēram, pie trauksmes un nemiera) [Lusebrink, 2004, 129]. Kinestētiskajā dimensijā ieteicams strādāt ar tiem *anorexia nervosa* pacientiem, kuri neapzinās, ko viņu ķermeņi viņiem mēģina "pateikt" un kā pielietot kinestētisko informāciju, kuriem ir jāatbrīvojas no spriedzes, lai neveicinātu dažādu sāpju (galvassāpju, muguras sāpju u. c.) un / vai psihosomatisku reakciju attīstību, kuri nespēj just emocijas [Cooper, Dewe, 2004; Eriksen, Ursin, 2004; pēc Hinz, 2009; Kagin, Lusebrink, 1978b].

Sensorajā dimensijā uzmanība radošā procesa laikā ir vērsta uz sajūtām (vizuālajām, dzirdes, garšas, ožas un taustes sajūtām), kas rodas, darbojoties ar dažādiem mākslas materiāliem. Tiek izmantota materiālu (māla, papīra, auduma, dabas materiālu) taustīšana, mākslas materiālu (guašas, smaržīgo krītiņu, māla) smarža, krāsas pilināšana un tās plūšanas virzienu vērošana, spontāni zīmējumu zīmēšana ar pirkstiem (pirkstiņkrāsām) [Lusebrink, 2004, 129]. Regulāri katru

dienu novērojot savas sajūtas un ēšanas traucējumus, veicot mākslas terapiju, tika novērots, ka šāda integratīvā pieeja ir efektīva [Plank, 2005, 65–67], taču tas prasa papildu pētījumus. Pacienti ar *anorexia nervosa* pārsvarā ir kognitīvi orientēti, viņi nav “kontaktā ar savu ķermeni,” nespēj atpazīt fiziskas sajūtas, piemēram, izsalkumu un sātu. Viņi ēd, kad un ko viņi grib, nevis ēd, lai apmierinātu izsalkumu. Mākslas aktivitātes sajūtu dimensijā var būt sākumpunkts terapeitiskam procesam, jo sensorā pieredze var izsaukt emocijas tiem, kuriem ir grūtības tās atpazīt (piemēram, patiku vai riebumu), rosināt atmiņas sajūtu dimensijā par kādu situāciju, mācīt ieklausīties savā ķermenī un iegūt informāciju no šīm sajūtām.

Perceptīvajā dimensijā ieteicams strādāt ar tiem *anorexia nervosa* pacientiem, kuriem ir jāierobežo pārlietu izteiktas emocionālās izpausmes (piemēram, pacientus var aicināt koncentrēties uz tēla formām un struktūru, ne tikai uz emocijām, ko tas rada), jāpalīdz ierobežot un strukturizēt neskaidrās domas un emocijas (lai “haosā ieviestu kārtību” un apzinātos robežas), jāveicina uztveres objektivitāte (piemēram, pacientus var aicināt radīt reālās dzīves tematikai atbilstošus zīmējumus) [Lusebrink, 1991b; Kagin, Lusebrink, 1991b; pēc Hinz, 2009].

Afektīvajā dimensijā tiek atbalstīta un veicināta emociju izpausme mijiedarbībā ar dažādiem mākslas līdzekļiem / rekvizītiem, fokusējot uzmanību, galvenokārt, uz procesu, nevis gala rezultātu. Mākslas terapijā pacientiem ar *anorexia nervosa* dod iespēju izpaust un apzināt sāpīgas un nekomfortablas emocijas, ko verbāli ir grūti izteikt [Coldiron, 1997, 7]. Šajā dimensijā izmanto plūstošus mākslas materiālus (akvareļkrāsas, guašas, tušu uz mitra papīra), eļļas pastelkrāšņus, pirkstīnkrāsas u. tml.

Afektīvajā dimensijā ieteicams strādāt ar *anorexia nervosa* pacientiem, kuriem jāattīsta izpratne par emociju pamatfunkcijām un to uzdevumiem [Ekman, 2003; pēc Hinz, 2009], jāmacās prasmes mierīgāk piedzīvot / pārdzīvot spēcīgas emocijas (pacienti bieži vien izjūt emocijas kā apdraudošas un izmanto pārtiku, lai izvairītos no tām) (Hinz, 2009), jāmacās prasmes pārvaldīt un atbrīvoties / izpaust savas emocijas sociāli pieņemamā veidā, jāveicina emociju izjušana un apzināšanās [Meijer-Degen, Lansen, 2006; pēc Hinz, 2009]. Darbojoties šajā dimensijā, pacientiem ir iespēja izpaust savas neapzinātās jūtas, iekšējos un ārējos konfliktus. Mākslas terapijas sesijās radītie darbi atspoguļo pacienta iekšējo pasauli, emocijas un asociācijas, iekšējos un starppersonu konfliktus [Rehavia-Hanauer, 2006, 138], kas atklāj nepiepildītas vēlmes un vajadzības, bezspēcību piepildīt savus mērķus un izlemt par konkrētu rīcību, lai tos realizētu. Mākslas darbs ir projekcija un transferences objekts, kas attēlo pacientu asociācijas, emocijas un konfliktus. Agresiju, ko pacienti vērs pret sevi, var izpaust mākslas darbā.

Mākslas terapijā pacientiem ar *anorexia nervosa* ir vērojama vēl viena iekšējā konflikta izpausme: intensīva, rūpīga, detalizēta mākslas objekta radīšana un pēkšņa vēlēšanās to izjaukt. Šis konflikts var tikt izpausts gan mākslas darba

radīšanas procesā, gan pēc tā pabeigšanas, izsakot negatīvās emocijas pret mākslas darbu un iepriekš radītiem darbiem, pret sevi un savām ķermeņa daļām. Emocijas pacienti izpauž gan verbāli, gan neverbāli, iznīcinot vai sagriežot ilglaicīgi un rūpīgi veiktu darbu [Rehavia-Hanauer, 2003, 141–142]. Savukārt dziļi personiski konflikti, mērķi, vēlmes un vajadzības ir patības dažādie aspekti, ko nepieciešams integrēt. Plaša spektra emociju holistiska sintēze un iekšējo procesu harmonizācija, sevis un citu realitātes apzināšanās veicina gan ēšanas traucējumu mazināšanos, gan pozitīvas sociālās izmaiņas [Watson, 2007, 139–147].

Kognitīvajā dimensijā fokuss ir uz loģisko domāšanu un problēmu risināšanu, analītiskām, secīgām domāšanas operācijām, spēju plānot darbības. Šī dimensija kvalitatīvi atšķiras no iepriekšējām dimensijām, jo šeit notiek darbs ar garīgiem (*mental*) tēliem un verbālo refleksiju (stāstījumu) par tiem. Uzmanības centrā ir domas, idejas, vērtības un attieksmes. Mākslas terapijā izmanto strukturētus mākslas materiālus – kolāžu, mālu, plastilīnu, aplikāciju u. tml. Pacientiem ar *anorexia nervosa* vēlme visu kontrolēt var izpausties kā atsacīšanās izmantot plūstošus materiālus, kurus ir grūti kontrolēt, tāpēc labprātāk viņi izvēlas strādāt ar zīmuli vai flomāsteru, kas liecina par kognitīvās dimensijas dominanti. Kognitīvajā dimensijā ieteicams strādāt ar tiem *anorexia nervosa* pacientiem, kuriem jāveicina kognitīvās problēmu risināšanas spējas vai arī jāpaskatās uz problēmu no vairākiem skatu punktiem, jāattīsta formālā operacionālā domāšana [Arnett, 2006; Vandendorpe, 1990; pēc Hinz, 2009], jāmacās cēloņu un sekū domāšana, jāattīsta spēja plānot darbību un kontrolēt savu uzvedību tiem, kas ir pārāk emocionāli, jāpārdomā dzīves izvēles un pamata pārlicības.

Simboliskajā dimensijā fokuss ir uz intuitīvu konceptu veidošanu, simbolisko domāšanu, simbolu aktualizēšanu un izpausmi. Simboli var būt daudzslāņaini un daudzdimensionāli un tos var raksturot no kinestētiskā / dinamiskā, sensorā, emocionālā un subjektīvās vai universālās nozīmes aspekta. Piemēram, mākslas terapijā nepieciešamību pēc palīdzības pauž tēli, kas saistīti ar nestabilitāti, maternitāti, sliktības vai nāves tēmu [Rehavia-Hanauer, 2003, 142–145]. Mākslas terapijā pacienti ar *anorexia nervosa* var paust nepatiku pret sievišķīgām līnijām vai radīt tēlus, kas mazīna sievišķā ķermeņa vērtību, piemēram, neizmērojot sievišķīgās formas, kas, iespējams, liecina par seksuālās identitātes nepietiekamu attīstību. Mākslas terapijā pacienti ar *anorexia nervosa* mēdz izpaust agresiju pret savu ķermeni, radot sasaistītu, pakārtu, sadedzinātu vai mirušu sieviešu tēlus [Rehavia-Hanauer, 2003, 144–145].

Mākslas terapijā simbolisko uztveri un domāšanu sekmē materiāli, kas rada neskaidras formas, piemēram, sūkļa nospiedumi, bet var izmantot jebkuru materiālu. Darbs simboliskajā dimensijā ieteicams pacientiem, kuriem ir izteikta konkrēta, situatīva domāšana, kuri “iestrēgst” detaļās, faktos un pierādījumos, kuriem jāveicina radošums un abstraktā domāšana. Vairāki pētījumi atklāj

garīguma (*spirituality*) nozīmi pacientu pretrunīgo konfliktu mazināšanā, mazinot trauksmi un depresiju, patības integrēšanā un labklājības veicināšanā [Sosin, 2008, 135; Richards, et al., 2006, 411–412]. Tādējādi tas liecina par integratīvi eklektiskās pieejas nozīmi mākslas terapijā iekšējo un ārējo konfliktu risināšanā, pašvērtības apzināšanā un ēšanas traucējumu mazināšanā.

Ierobežot darbību simboliskā dimensijā nepieciešams pacientiem, kuri visam piešķir īpašu nozīmi un jēgu, kuru pasaules uztvere ir pārāk abstrakta un kuri simbolus izmanto kā aizsardzības mehānismus.

Radošā ass caurvij visus iepriekšminētos mākslas ekspresijas pakāpeniskos līmeņus. Ikvienam adekvāti funkcionējošam cilvēkam visi trīs līmeņi ir pieejami, bet mākslas terapijā atbilstoši situācijai, pacienta vēlmēm un vajadzībām var fokusēties uz vienu no tiem [Lusebrink, 2004, 129].

Secinājumi

Analizējot teorētisko literatūru, pētījumus un praktisko darbu mākslas terapijā ar pacientiem ar *anorexia nervosa*, rodas vairāki secinājumi:

1. MEPL modelis ir viens no mākslā balstītiem izvērtēšanas instrumentiem, kas palīdz noteikt pacienta ar *anorexia nervosa* resursus un grūtības, ko var izmantot pacienta izvērtēšanā mākslas terapijas kontekstā un turpmākā mākslas terapijas procesa plānošanā.
2. Mākslā balstītie pacienta izvērtēšanas rezultāti pēc MEPL papildina un precizē mākslas terapijas mērķus, palīdz veikt mākslas terapijas starprezultātu novērtējumu un koriģēt turpmāko mākslas terapijas procesa gaitu atbilstoši pacienta ar *anorexia nervosa* vajadzībām un mākslinieciskās ekspresijas attīstības līmenim.
3. Svarīgs priekšnoteikums, strādājot ar pusaudžiem, kuriem ir *anorexia nervosa*, ir sadarbība ar vecākiem, apzinot iespējamus konfliktus un ģimenes struktūru.
4. Terapijas rezultātu efektivitāti pacientiem ar *anorexia nervosa* veicina darbs multiprofesionālā komandā, kurā iekļauts arī mākslas terapeits.

Literatūra

1. ANRED (Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders). 2011. Statistics // <http://www.anred.com/stats.html> (sk. 22.11.2012.).
2. Ālbergs V., Brummers M. Ēšanas traucējumi / Brummers M., Enckells H. Bērnu un jauniešu psihoterapija. – Rīga: Jumava, 2011. – 238.–250. lpp.
3. Boisvert J. A. A visual diary of an anorexic woman: development of a hopeful self-healer identity // Canadian Journal of Counselling, 2003; 37(1): 28–34.

4. Borzekowski D. L., Bayer A. M. Body image and media use among adolescents // *Adolescent Medicine Clinics*, 2005; 16(2): 289–313.
5. Brüggemann L. The therapeutic process in a patient with anorexia nervosa // *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 1985; 31(1): 81–94.
6. Brun V. Anorexia nervosa in adolescence: an exploration of the personal unconscious in art therapy. – Concordia University, 2006.
7. Canetti L., Kanyas K., Lerer B., et al. Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology // *Journal of Clinical Psychology*, 2008; 64(6): 703–716.
8. Cnattingius S., Hultman C. M., Dahl M., Sparén P. Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls // *Archives of General Psychiatry*, 1999; 56(7): 634–638.
9. Coldiron C. L. Silent expression: art therapy used with women struggling with anorexia and bulimia. – Ursuline College, 1997.
10. Cooper Z., Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2008; 36: 713–722.
11. Diamond-Raab L., Orrell-Valente J. K. Art therapy, psychodrama, and verbal therapy. An integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2002; 11(2): 343–364.
12. Dryden-Edwards R., Stöppler C. M., Shiel W. C. (2012). Anorexia Nervosa // http://www.medicinenet.com/anorexia_nervosa/article.htm (sk. 22.11.2012.).
13. Fairburn C. G., Cooper Z., Doll H. A., Welch S. L. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons // *Archives of General Psychiatry*, 1999; 56(5): 468–476.
14. Gilbert P. Counselling for depression. – Sage Publications Ltd, 2002.
15. Gilbert S. Counselling for eating disorders. – Sage Publications Ltd, 2000.
16. Harnden B. Starving for expression inside the secret theatre: an art and drama therapy group with individuals suffering from eating disorders. – Concordia University, 1995.
17. Hinney A., Friedel S., Remschmidt H., Hebebrand J. Genetic risk factors in eating disorders // *American Journal of Pharmacogenomics*, 2004; 4(4): 209–223.
18. Hinz L. D. Expressive therapies continuum. – New York: Routledge, 2009.
19. Kagin S. L., Lusebrink V. B. The expressive therapies continuum // *Art Psychotherapy*, 1978; 5: 171–180.
20. Klußmann R., Nickel M. 2009 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche. – 6. Auflage. – Wien: Springer Verlag. – S. 214–218, 418–419.
21. Latvijas Statistikas gadagrāmata, 2011. Sabiedrības veselība un saslimstība. Slimību profilakses un kontroles centrs // <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> (sk. 22.11.2012.).
22. Lusebrink, V. B. Visual expression and creativity in psychosis / Paper presented at the 5th Annual Conference of the American Art Therapy Association, New York, 1974.
23. Lusebrink V. B. Imagery and visual expression in therapy. – New York: Plenum Press, 1990.

24. Lusebrink V. B. Art therapy and brain: an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2004; 21(3): 125–135.
25. Lusebrink V. B. Assessment and therapeutic applications of the predominant levels of the Expressive Therapies Continuum: theoretical implications involving brain structures and functions // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2010; 27(4): 168–177.
26. Luzzato P. Anorexia nervosa and art therapy: the double trap of the anorexic patient // *The Arts in Psychotherapy*, 1994; 21: 139–143.
27. Martínez-González M. A., Gual P., Lahortiga F., et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort // *Pediatrics*, 2003; 111(2): 315–320.
28. Michler P., Wolter-Flanz A., Linder M. Intensive outpatient group treatment for adolescents with eating disorders // *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2007; 56(1): 19–39.
29. Newman J. J. Taking focus: a case study of photography used in an art therapy group for adolescent girls diagnosed with anorexia nervosa. – Concordia University, 2006.
30. Patton G. C., Selzer R., Coffey C., et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years // *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 1999 Mar 20; 318(7186): 765–768.
31. Pfeiffer E., Hansen B., Korte A., Lehmkuhl U. Treatment of eating disorders in adolescents: the view of a child and adolescence psychiatric hospital // *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2005; 54(4): 268–285.
32. Plank E. S. One woman's journey from anorexia to health: an exploration of the combined use of existential philosophy and art therapy. – Ursuline College, 2005.
33. Plowman S. F. Self-esteem as a predictor of treatment outcome among women with eating disorders. – Brigham Young University, 2008.
34. Rehavia-Hanauer D. Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process // *The Arts in Psychotherapy*, 2006; 30: 137–149.
35. Richards S. P., Berret M. E., Hardman R. K., Eggett D. L. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treatment eating disorder inpatients // *Eating Disorders*, 2006; 14: 401–415.
36. Smith J. The use of art therapy with adolescents diagnosed with anorexia nervosa. – University of South Africa, 2002.
37. Sosin L. S. The cell keys are turning: spiritual integration in the treatment of Christian women with anorexia nervosa. – Lynchburg, Virginia: Liberty University, 2008.
38. SSK-10. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija. – 1.–3. sējums. – Ženēva: Pasaules Veselības organizācija, 1992.–1994. [Latviskais tulkojums: 1.–3. sējums. Rīga, 1999.–2000.].
39. Team of KenVak, Smeijsters H. The arts therapies: focusing on the disorder or focusing on the client? *Research in Practice in the Arts Therapies* / Smeijsters H. (ed). – Melos, 2009.
40. Tejero C. Creative wellness program: prevention of eating disorder in middle school girls. – Saint Mary's College of California, 2011.
41. Watson M. J. The relationship between intrapersonal forgiveness and eating disorder symptomatology in anorexic and bulimic adult females. – Walden University, 2007.

MĀKSLAS TERAPIJA PUSAUDŽIEM AR UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM

Edīte Krevica

*Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte
Nodibinājums "Centrs "Valdardze"™"*

Ievads

Raksta mērķis ir atspoguļot mākslas terapeita pieredzi, vadot īstermiņa (10 sesijas) mākslas terapijas grupas pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem sociālās aprūpes vidē, raksturot pusaudžu ar uzvedības traucējumiem grūtības un faktoros, kas izraisa uzvedības traucējumus, sniegt ieskatu mākslas terapijas grupas veidošanas koncepcijas teorētiskajos un praktiskajos aspektos, atspoguļot mākslas terapijas iespējas uzvedības traucējumu mazināšanā, iepazīstināt ar mākslas ekspresijas iz(no)vērtēšanas rezultātiem, balstoties uz ASV mākslas terapeites V. Bergs-Lusebrinkas (*V. Bergs-Lusebrink*) Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modeli (MEPL, angl. *Expressive Therapies Continuum* – ETC; Lusebrinka, Martinsone, Dzilna-Šilova, 2012; Dzilna-Šilova, Mārtinsons, Upmale, 2013), iz(no)vērtēšanā iegūtās informācijas pielietošanu mākslas terapijas mērķu izvirzīšanā un sesiju satura veidošanā, kā arī izmaiņu novērtēšanā.

Mākslas terapijas grupa pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem tika īstenota Eiropas Sociālā fonda finansētā projekta "Sociālās rehabilitācijas pakalpojumu attīstība bērniem un jauniešiem ar uzvedības traucējumiem Rīgas pilsētā" ietvaros 2012./2013. gada periodā Rīgas sociālā dienesta teritoriālajā centrā. Mākslas terapeita pakalpojums sociālās aprūpes vidē galvenokārt tiek nodrošināts ar dažādu fondu finansiālu atbalstu un uzkrātā pieredze veido pamatu mākslas terapijas pakalpojuma tālākai attīstībai sociālās aprūpes institūcijās, piemēram, nepilngadīgā likumpārkāpēja sociālās korekcijas plāna realizēšanā, veidojot vairāku līmeņu grupas pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem.

2011. gadā Rīgas sociālā dienesta redzeslokā nonākušajiem bērniem identificēja šādas problēmas ģimenē: vardarbība – 33% gadījumu (fiziska, emocionāla, seksuāla, novārtā pamešana), saskarsmes problēmas (konflikti ģimenē, ar pedagogiem, vienaudžiem, šķiršanās, sociālo kontaktu / svarīgu attiecību trūkums) – 31% gadījumu, izglītības problēmas (mācīšanās grūtības, skolas kavējumi) – 13% gadījumu, atkarības problēmas – 10% gadījumu, uzvedības problēmas (klaiņošana, ubagošana, likumpārkāpumi) – 8% gadījumu.

Bērnu uzvedības problēmas un mācīšanās grūtības bieži ir savstarpēji saistītas. 2011. gada statistikas pārskata dati raksturo detalizētāku bērnu uzvedības problēmu uzskaitījumu – bērnu agresīva uzvedība (mājās, skolā), hiperaktivitāte,

suicidālas tendences, skolas kavēšana, nesekmība, mācību pamešana, klaiņošana, iesaistīšanās asociālās vienaudžu vai pieaugušo likumpārkāpēju grupās, nakšņošana ārpus mājas, likumpārkāpumi (zādzības, vienaudžu fiziska un emocionāla vardarbība, par ko ierosinātas krimināllietas), nepakļaušanās vispārējām normām, apreibinošo vielu lietošana, necenzētu izteicienu lietošana, konfliktu provocēšana, iesaistīšanās ar risku saistītās situācijās [Pārskats par Rīgas Sociālā dienesta klientu sociālajām problēmām, 2011]. Savukārt vecāki (aprūpētāji), runājot par pusaudžu uzvedības problēmām, bieži izjūt bezspēcību un bezpalīdzību, dusmas, vainas izjūtu, reizēm izrāda vienaldzību vai pārmērīgu kontroli, izsaka vēlmi “ievietot bērnu kādā korekcijas iestādē”.

Lai gan sākotnēji biežāk speciālistu redzeslokā kā “identificētais klients” nokļūst bērns ar uzvedības un mācību traucējumiem, izvērtējot ģimenes sociālo situāciju, vairumā gadījumu sociālās problēmas identificē gan vecākiem, gan plašākai ģimenes sistēmai. Novērojumi liecina, ka tiklīdz pusaudža uzvedībā ir uzlabojumi, viņa “identificētā pacienta” loma ģimenes sistēmā izzūd un izgaismojas pamata ģimenes problēmu cēloņi, kas ir jārisina [Harnden, Rosales, Greenfield, 2004]. Sistēmiskā skatījumā sociālais dienests ir veiksmīga vide, kas pārrauga un uztur kontaktus ar visu ģimeni, līdz ar to var sekot līdzi izmaiņām un problēmām, kas aktualizējas.

Pusaudži ar uzvedības traucējumiem: raksturojums

Saskaņā ar sociālā darba terminoloģijas vārdnīcu bērni ar uzvedības traucējumiem ir visi nepilngadīgie ar problēmām pašregulācijā un / vai sociālajā mijiedarbībā ar pieaugušajiem un vienaudžiem [Šiļņeva, 2000]. Pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem ir raksturīga agresivitāte, kontroles zaudēšana pār sevi, konflikti ar pieaugušajiem, izaicinoša uzvedība, citu vainošana savās kļūdās, dusmas, impulsīvas (verbālas un fiziskas) uzvedības reakcijas, nepakļaušanās norādēm [Muceniece, Kreišmane, Maack, 2011].

Pētot pusaudžu uzvedības un emocionālo traucējumu izcelsmi, literatūrā min vairāku faktoru kompleksu ietekmi, ko determinē ģenētiski faktori – personība, emocionālie, kognitīvie, neurobioloģiskie, kā arī eksterņālie faktori – vide, sabiedrība, ģimene, izglītība [Nissimov-Nahum, 2012]. Vairākos literatūras avotos kā riska faktori, kas savstarpēji kombinējoties var ierosināt uzvedības traucējumu formēšanos, minēti psihotraumējošu notikumu pieredze ģimenē – sarežģīta vecāku šķiršanās, vardarbība, bērnu emocionāla novārtā pamešana, destruktīvs attiecību modelis ģimenē [Kozłowska, Hanney, 2001], viena vecāka ģimene, zems sociāli ekonomiskais statuss, nevēriba pret bērnu, atraidīšana, sarežģīts bērna temperaments, nekonsekventa vecāku audzināšana ar bargu disciplinēšanas metožu izmantošanu, fiziska un seksuāla vardarbība, atbalsta trūkums, agrīna dzīvošana ārpusģimenes aprūpes institūcijās, bieža aprūpētāju maiņa, augšana daudz bērnu ģimenē, iesaistīšanās asociālā vienaudžu grupā, vecāki ar antisociālām personības

īpašībām un / vai psihoaktīvo vielu / alkohola lietošanas problēmām, vardarbīgi vecāki, vecāki, kuriem bijuši likumpārkāpumi, cietumsods [Baker, Scarth, 2002, pēc Dishian & Patterson, 1997; Farrington & Loeber, 1999; Huesmann, Moise & Podolski, 1997].

Psihotraumējošu dzīves pieredzi bērnam veido notikumi un attiecības ģimenē, kas apdraud bērna drošību un attīstību, piemēram, zaudējuma pieredze, kas attiecas uz piesaistes personu, aculiecinieka pieredze vardarbīgiem notikumiem apkārtējā vidē [Bornmann, Mitelman, Douglas, 2007]. B. A. van der Kolk (B. A. van der Kolk) šo traumatisko stresu izraisošu pieredzi nosaucis par *komplekso traumu*, ar to apzīmējot sērijveida un ilgtermiņa attīstībai kaitējošus traumatiskus notikumus, norādot, ka ilgstošā laikposmā traumatizēti bērni nav spējīgi izveidot drošu piesaisti vecākiem vai aprūpētājiem, nav spējīgi veidot emociju regulēšanas prasmes, var atkārtot viņu traumatisko pieredzi darbībā, mēģinot pārvaldīt un kontrolēt pašu gūto pieredzi [van der Kolk, 2005, pēc Slayton, 2012].

Zinātniskajā literatūrā ir uzsvērts, ka jebkura veida vardarbība atstāj sekas uz bērna fizisko veselību, emocionālo un kognitīvo sfēru, uz uzvedību, ko var identificēt un novērot kā uzvedības un mācīšanās traucējumus (nodibinājuma “Centrs “Dardedze”” metodiskais materiāls).

Strādājot ar pusaudžiem, kuriem ir uzvedības traucējumi, jāpārzina raksturīgās emocionālās un uzvedības īpatnības, kuras tiek vērtētas kā šī vecuma norma. L. Beikere (L. Baker) un K. Skarta (K. Scarth) uzsver, ka klīniski diagnosticētu uzvedības traucējumu būtiskākā atšķirība no vecumposma īpatnībām ir atkārtota un pastāvīga uzvedība, kurā tiek pārkāptas lielākā daļa vecumam atbilstošu uzvedības normu, izpaužas kā agresīva uzvedība, kas rada draudus citiem cilvēkiem vai dzīvniekiem; rada īpašuma zaudējumu vai bojāšanu; meli un zādzības; nopietna likumu pārkāpšana [Baker, Scarth, 2002]. Pazīmes, kas raksturīgas, klīniski izvērtējot un novērojot pusaudžu uzvedības un emocionālos traucējumus, pastāv ilgāk par sešiem mēnešiem un tās novēro kā ilgstošu asociālu vai antisociālu uzvedību, izaicinošu, opozicionāru uzvedību un manieres, atkārtotu vispārpieņemto normu un likumu pārkāpšanu, cietsirdību, agresivitāti, impulsivitāti, kas parasti izpaužas dažādās vidēs – gan mājās, gan sabiedrībā. Grūtības un riski, kurus izraisa uzvedības traucējumi, izpaužas kā grūtības mācībās, izslēgšana no skolas, nespēja un nevēlēšanās apgūt profesiju, atkarības slimības un izolācija brīvības atņemšanas vietās [Caune, Rancāns, Andrēziņa. Sociālpsihiatrija].

Bērniem ar uzvedības grūtībām ir zema pašcieņa, jo viņi piedzīvo neveiksmes gan akadēmiskajā, gan sociālajā vidē. Neveiksmes pieredzi bērns internalizē, kas savukārt veido zemu pašcieņu savienojumā ar kompensatorajiem agresīvajiem, pašdestruktīvajiem impulsiem [Rozum, 2001]. Bērni parasti kļūst paši par upuriem, savukārt viktimizācijas process atstāj negatīvu ietekmi uz personības attīstību [Bornmann, Mitelman, Douglas, 2007].

Mākslas terapija pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem

ASV mākslas terapeite K. Malčiodi (*C. Malchiodi*) uzskata, ka radošums ir efektīvs veids, kā veidot attiecības ar pusaudžiem. Pusaudžu iesaistīšana radošajā procesā ir viens no nedaudzajiem veidiem, kā sasniegt un komunicēt ar šo mērķgrupu, pārvarot pretestību, kas ir bieži sastopama pusaudžiem pret terapiju kopumā. Mākslas terapija ir veiksmīga terapeitiska intervence, lai veidotu saikni, sadarbību, terapeitiski nozīmīgas un produktīvas attiecības ar šo sarežģīto mērķgrupu [*Malchiodi, 2004, pēc Robinson, 2012*]. Centrālais aspekts mākslas terapijā ir mākslinieciskā procesa atvērīgā kapacitāte, kas dod iespēju atbrīvot bezapziņas materiālu, un, asimilējot to ar apziņu, var veicināt radošā potenciāla atbrīvošanos. K. Malčiodi šo procesu raksturo, sakot, ka “jebkura zīme, ko mēs izdarām uz papīra, jebkuras krāsas, grafiskas līnijas ir mūsu pašu turpinājums un mūsu pašu domu un izjūtu izpausme”. Mākslas terapijas neverbālais aspekts ir īpaši efektīvs terapijā ar pusaudžiem, kuri nevēlas runāt par savām emocijām vai nespēj atzīt / atpazīt savas jūtas, kuras viņi visbiežāk izpauž destruktīvā uzvedībā. Mākslas kā terapeitiskā instrumenta izmantošana dod iespēju izteikt savu pieredzi un emocionālo distresu neverbālā, akceptējamā formā, veicina komunikāciju ar savām jūtām un domām, palīdz reducēt distresa simptomus [*Malchiodi, 2004, pēc Robinson, 2012*].

K. Kozlovskas (*K. Kozłowska*) un L. Hanijas (*L. Hanney*) pētījumā minēti mākslas terapijas terapeitiskie aspekti bērniem, kas piedzīvojuši traumatiskus notikumus ģimenē: mākslas darba tapšanas process ir drošāks, lai pētītu sarežģītas, emocionālas tēmas, māksla ir konkrēts vizuāls instruments emociju apstiprināšanai, mākslas darba veidošanas process atklāj bērna pieredzi, mākslas materiāli palīdz emociju izpausmes veicināšanai (piemēram, māla mīcīšana, dauzīšana, papīra burzīšana, švikāšana ar krāsām). Mākslas darbs ir pamats stāstījuma veidošanai un iespēja sākt atklāt savu pieredzi verbālā veidā. Uz mākslas darbu var raudzīties kā uz telpu, kurā eksternalizēt, izsrādāt un vadīt traumatisko pieredzi [*Kozłowska, Hanney, 2001*]. Mākslas terapijā nozīmīgs ir sublimācijas efekts, “jo radošā ekspresija var pārvaldīt un transformēt antisociālos impulsus, ļaujot izglābties no “iekšējiem destruktīvajiem briesmoņiem” mākslas darbā un procesā, nekā vardarbīgi rīkojoties” [*Robinson, 2012*]. Mākslas darba struktūra, krāsas un materiāli sniedz iespēju izpaust savu pieredzi citādā veidā – akceptējamā, pieņemamā formā mākslas darbā [*Cobia, Brazelton, 1994; Peterson & Harding, 1997*].

Intervences, kas iekļauj vienaudžus izglītojošās grupās, spēcīgi ietekmē uzvedības korekcijas efektivitāti un pārorientēšanos no antisociālas uz prosociālu uzvedību [*Baker, Scarth, 2002*]. Savukārt mākslas radīšanas process rada mazāk apdraudošu pieredzi pusaudžiem nekā terapija, kas satur tikai verbālu

komponenti. Grupas locekļi ātri fiziski un emocionāli reaģē uz citu grupas biedru radītajiem mākslas darbiem, vērojot citu grupas dalībnieku mākslas darbus, atklāj jaunus resursus sev – uzvedībā, sadarbībā un risinājumu meklēšanā. Kāda grupas dalībnieka mākslas materiālu izvēle var būt katalizators cita dalībnieka attīstībai un izmaiņām [Rubin, 2001]. Grupas pieredze un drošā vide dod iespēju piedzīvot alternatīvu uzvedību, atklāj, kā paust savas vajadzības sociāli pieņemamā veidā [Virshup, 1975]. Bērni kļūst daudz jūtīgāki viens pret otru, devīgi, daloties ar mākslas materiāliem vai idejām, kas ir radošo aktivitāšu sasniegums [Rozum, 2001].

Māksla vienlaikus ar problēmu risināšanu darbojas kā ietvars, jo mākslas darbā tiek atbrīvota un ietverta agresīvā, nemierīgā enerģija. Atbrīvotā enerģija var izpausties gan kā negatīva, gan kā pozitīva reakcija, un mākslas terapeitam jābūt gatavam piedzīvot abas. Grupās bērniem ar uzvedības traucējumiem ir sagaidāms, kas notiek, kad bērns kļūdās, kļūst dusmīgs, “uzliesmo”. Pozitīva atgriezeniskā saite kļūst par pieejamāko ceļu turpmākam atbalstam bērna pašvērtējumam; izdošanās, radot mākslu, dod bērnam veiksmes pieredzi. Grupā bērniem ar uzvedības traucējumiem tiek doti specifiski noteikumi un norādes mākslas darbu radīšanai, jo mākslas radīšana ir paredzēta, lai sasniegtu noteiktu mērķi [Rozum, 2001].

Mākslas terapeite Š. Rileja (*S. Riley*) par noteicošajiem faktoriem mākslas terapijas efektivitātei, strādājot ar pusaudžiem, minējusi mākslas terapeita personiskās kvalitātes – empātiju, ieinteresētību, humora izjūtu, kas kopā ar radošu terapeitisku instrumentu sniedz veiksmīgu terapeitisku efektu. Mākslas terapeitam būtiski ir veidot saikni ar bērna personisko dzīves pieredzi, kas bieži vien ir hronisku traumatisku notikumu virkne. Šāda pieeja palīdz apzināt un izprast izaicinājumus, veidot empātisku attieksmi un saglabāt iekšējo līdzsvaru [Riley, 1999]. Atvēršanās primārais mērķis ir mazināt negatīvo uzvedību, kas vienlaikus vērsts uz viņu dzīves traumatiskās pieredzes izpaušmi [Rozum, 2001].

Kliniskais psihologs, psihoterapeits R. Brūks (*R. Brooks*), strādājot ar bērniem un pusaudžiem ar deviantu uzvedību, uzsver, ka “empātija ir ceļš uz sapratni”, un uzsver, ka terapeitam ir “būtiski paplašināt savu izpratni par to, ko viņa pacients ir pieredzējis” un “paskatīties uz pasauli ar savu klientu acīm” [Brooks, 1992; 1997b].

Mākslas terapeite S. Sleitone (*S. Slayton*) uzsver, ka mākslas terapeitam ir svarīgi uztvert dumpiniecisكو uzvedību kā bērnu bezspēcības, skumju un baiļu ekspresiju, pieņemot viņu bez nosodīšanas. Viņa citē E. Krāmeres (*E. Kramer*, 1993) norādes, ka “(mākslas) terapeitam ir jāmēģina nodibināt minimumu kārtības un miera, kas nepieciešams radošam darbam, vienlaikus izvairoties no pārmērīgas stingras disciplīnas, kas var apslāpēt ekspresiju”. Šī pieeja saskan ar bērnu gaidām, ka viņu uzvedību kontrolēs, bet būs iespēja atklāti izpaust sāpes, dusmas vai izbrīnu, un tas tiks atļauts. Šāds ietvars tiek panākts ar skaidru noteikumu iedibināšanu, empātiskas mijiedarbības attīstīšanu grupā [Slayton, 2012].

Pētījumu rezultāti par mākslas terapijas efektivitāti

Arvien vairāk tiek publicēti pētījumi par mākslas terapijas rezultātiem, strādājot ar pusaudžiem, kuriem ir emocionālie un uzvedības traucējumi. Sistemātiskajā pētījumu pārskatā par mākslas terapijas efektivitāti periodā no 1999. līdz 2007. gadam dažādu vecumu un klientu / pacientu grupām var atrast vairākus pētījumus par mākslas terapijas efektivitāti bērniem un jauniešiem. Piemēram, pētījumā par 2–16 gadus veciem bērniem un pusaudžiem ar emocionāliem un uzvedības traucējumiem [Saunders & Saunders, 2000] individuālā mākslas terapijā uzrādīja statistiski nozīmīgus rezultātus un mazināja uzvedības traucējumus, veidojot ciešākas terapeitiskās attiecības. Savukārt Harca [Hartz & Tchick, 2005] pētījumā tika uzrādīti statistiski nozīmīgi rezultāti un pašvērtējuma paaugstināšanās pusaudžu meitenēm korekcijas iestādē. Pifalo [Piffalo, 2006] pētījumā, kombinējot kognitīvi biheiviorālo pieeju, uz traumu fokusētu pieeju un mākslas terapiju, iegūti statistiski nozīmīgi rezultāti posttraumatiskā stresa traucējumu un traumas simptomu mazināšanā bērniem un pusaudžiem, kas piedzīvojuši seksuālu vardarbību [Slayton, D'Archer, Kaplan, 2001].

Hardens ar kolēģiem [Harden, Rosales, Greenfield, 2004] individuālā gadījuma aprakstā raksturojuši mākslas terapijas ietekmi ambulatoram pacientam – pusaudzim ar suicidālām domām un zemu pašcieņu. Pēc autoru novērojumiem mākslas terapijas neverbālais, radošais aspekts, kombinējoties ar verbālo refleksiju, palīdzēja verbalizēt pusaudžu izjūtas par traumatisku notikumu pieredzi. Pētījumā uzsvērta radošā procesa rezultāta – mākslas darba – nozīme, kas sekmēja afektu un konfliktu izpausmi radošā formā. Autori uzsvēruši, ka mākslas darbs un radošais process tuvina pieeju pusaudža iekšējai pasaulei efektīvāk nekā tieša verbāla komunikācija. Radošais process ietvēra un transformēja pusaudža emocijas, kad tālākā verbālā refleksijā atklāja pusaudža izolētību un atsvešinātību ģimenē un ikdienā. Pētījuma autori minējuši šādus mākslas terapijas rezultātus: pusaudzim paaugstinājusies pašcieņa, mazinājusies bezcerības izjūta un citi posttraumatiskā stresa simptomi, mazinājusies vēlme izdarīt suicīdu. Pētījuma autori atzina mākslas terapiju kā spēcīgu instrumentu, strādājot ar pusaudžu emocionālajām grūtībām.

Pētījumā par relaksācijas metožu izmantošanu agresijas mazināšanai bērniem [Bornmann, Mitelman, Douglas, 2007] autori secināja, ka relaksējošās preventīvās programmas, kombinējot vizuāli plastisko mākslas terapiju un mūzikas terapiju, var palīdzēt bērniem pārvaldīt agresīvos impulsus un sniedz preventīvu efektu, mazinot iesaistīšanos situācijās, kuras var izraisīt agresīva uzvedība.

Savukārt citā pētījumā [Liraz, Lev-Wiesel, 2007] autori secināja, ka bērniem, kuri piedzīvojuši smagus traumatiskus notikumus, stāstījums pēc zīmējuma uzziemešanas palīdzēja mazināt stresa simptomus, radošajā procesā izstrādājot negatīvo pieredzi un emocijas, kas saistītas ar sāpīgām atmiņām.

Tisona un kolēģu pētījumā [Tysson, Baffour, 2004] tika pārbaudīta uz risinājumu fokusētas terapijas efektivitāte darbā ar pusaudžiem (n = 77) psihiatrijas hospitālī, kuriem bija dažādas diagnozes. Izlases primārā diagnoze bija depresīvi traucējumi (39,8%), distīmija (18,5%), uzvedības traucējumi (17%), psihoaktīvo vielu lietošana (11%), izlases sekundārās diagnozes – psihoaktīvo vielu lietošana (24,1%), uzvedības traucējumi (13%), bipolāri / afektīvi traucējumi (12%) ar uzmanības deficīta traucējumiem un depresīvi traucējumi (11,1%), papildus empīriski izvērtējot mākslās (mūzikas klausīšanās, rakstīšana, zīmēšana, mūzikas instrumentu spēlēšana, dziedāšana) balstītu resursu izmantošanu, lai pārvarētu pusaudžu grūtības. Pētījums apstiprināja, ka visi pētījumā iesaistītie jaunieši mākslās balstītos resursus izvēlējās kā primāro metodi, lai pārvarētu savas ikdienas grūtības un dzīves krīzes, kā pirmo izvēloties mūzikas klausīšanos, otro – rakstīšanu, trešo – mākslas darbu radīšanu (zīmēšanu, krāsošanu, veidošanu). Līdzīgā pētījumā ar lielāku izlasi (n = 281) attiecībā uz mākslās balstītiem resursiem jaunieši atzinuši, ka ar mākslas mediju starpniecību viņi var “sevi vislabāk identificēt” [Tysson, Baffour, 2004]

Janga un Čoja [Jang, Choi, 2012] pētījums par mākslas terapiju grupā pusaudžiem ar zemu sociāli ekonomisko statusu un uzvedības problēmām uzrādīja statistiski nozīmīgus rezultātus un pozitīvu efektu, kas sekmēja emocionālu adaptāciju mainīgajā un konfliktējošā vidē.

A. Upmales pētījums par mākslas terapijas efektivitāti uzvedības traucējumu mazināšanā 12–13 gadus vecām pusaudzēm ar uzvedības traucējumiem uzrādīja statistiski nozīmīgas atšķirības starp pusaudžu eksternalizētas uzvedības traucējumiem pirms un pēc viņu piedalīšanās mākslas terapijas grupā, samazinot un mainot pusaudžu destruktīvās, verbāli un fiziski agresīvās uzvedības iezīmes [Upmale, 2010].

Vairāku pētījumu rezultāti, kas iegūti pētniecībā izmantojot dažādus pētījumu dizainus un metodes, apstiprina mākslas terapijas efektivitāti uzvedības traucējumu mazināšanā pusaudžiem, kas ir pamats turpmāko pētījumu veikšanai Latvijā un mākslas terapijas plašākai izmantošanai šai mērķgrupai.

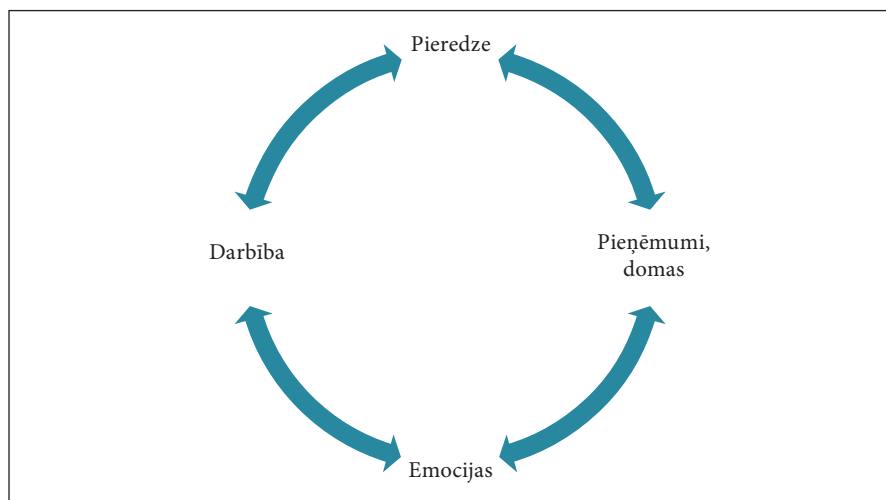
Mākslas terapijas grupas veidošanas koncepcijas teorētiskie aspekti

Veidojot mākslas terapijas grupas saturisko koncepciju, kā vienu no pusaudžu vajadzības atbalstošām pieejām, raksta autore atzina spēka perspektīvu (*strengths perspective*). Spēka perspektīva plaši tiek izmantota sociālā darba jomā, taču to aizvien vairāk izmanto, strādājot ar bērniem un pusadžiem veselības aprūpē, jo šī koncepcija akcentē resursus, spējas, vērtības, labās īpašības, kas bērniem jau pieder un kas savukārt apstiprina viņu izaugsmes kapacitāti. D. Salībijijs (*D. Saleebey*) uzsvēris, ka bērni nav pasīvi vecāku neadaptīvās uzvedības un citu dzīves izaicinājumu uztvērēji, viņiem ir spēja apgūt adaptīvas un aizsargājošas tehnikas, kuras

var attīstīt, paplašinot bērna vērtības un resursus, lai pārvarētu agrīnas dzīves pieredzes izraisītu stresoru ietekmi [Tysson, Baffour, 2004, pēc Saleebey, 2002; Lyons, Uziel-Miller, Reyes & Sokol, 1999].

Spēka perspektīvas koncepcijā uzmanības centrā ir personai piemītošie iekšējie resursi, prasmes, zināšanas, spējas un spēks (nevis trūkumi), kas kopsummā veido personas potenciālu un kompetenci (ikvienam piemītošu spēku, iekšēju gudrību un zināšanas) minētos resursus atklāt, lai pārvarētu dažādas psiholoģiskās traumas un risinātu dažādas dzīves problēmas. Spēka perspektīvas koncepcija klienta esošās grūtības aplūko kā izaicinājumu, kas likušas indivīdam rast stratēģijas to pārvarēšanai. Spēka perspektīvas koncepcija pievēršas to personas prasmju, personības iezīmju un kompetenču noteikšanai, kuras palīdz gūt sasniegumus, veidot labas attiecības ģimenē un ārpus tās, stiprina spēju pārvarēt grūtības un spriedzi, veicina personas attīstību [Apine, Roga, 2011, pēc Epstein, 2000].

Mākslas terapijas grupas teorētiskās koncepcijas veidošanā integrēta arī kognitīvi biheiviorālā pieeja, kas skaidro, ka domas, izjūtas un darbības ir savstarpēji saistītas un terapeitiskā procesa ietvaros būtu jāpievēršas domu, jūtu, emociju un uzvedības izpētei. Savukārt domāšanas patēri ir balstīti pieredzē, kuru veidojuši pagātnes notikumi, tagadnes notikumi, un darbības tiek vērtētas pagātnes pieredzes gaismā, ietekmējot jaunas informācijas interpretāciju un secinājumus. Pieredze veido pārliecību, kā pasaule darbojas, šīs domas savukārt ietekmē jūtas, emocijas un veido rīcību / reakcijas, kas atkal kļūst par daļu no pieredzes un ietekmē pieņēmumus, jūtas un darbības atkal un atkal (sk. 1. att.) [Baker, Scarth, 2002].



1. attēls. Domāšanas patēri, kas balstās dzīves pieredzē [Baker, Scarth, 2002]

Šāda pieeja pusaudžus iesaista savas uzvedības novērošanā un palīdz saskatīt, ka attiecības starp viņu un apkārtējo vidi ir interaktīvas, palīdz apjaust, ka pusaudža personīgā pieredze un vide ir ietekmējusi viņa dzīvi un veido viņa unikālo uzvedību. Šis kognitīvi biheiviorālās pieejas modelis ietver gan personiskās pieredzes atklāšanu, gan norāda to kā sākuma punktu dziļāki domā, izjūtu un rīcības modeļu izpētei [Baker, Scarth, 2002].

R. Brūks atzina, ka daudzas no viņa pacientu (pusaudžu) uzvedības problēmām, kas bieži tiek uzskatītas kā rezistentas un opozicionāras, reprezentē pusaudža bezcerīgos mēģinājumus tikt galā ar emocionālajām sāpēm, un vairums no viņu pārvarēšanas stratēģijām ir huligāniski uzvesties, terorizēt, ākstīties, izvairīties, būt agresīvam, pamest visu, racionalizējot savu pašsakāvi un neproduktivitāti, nekā atvieglot savu distresu. Daudziem jauniešiem dusmu avots ir zema pašcieņa ar frustrācijas, bezcerības un bezpalīdzības izjūtu, kā iespaidā pusaudži vairs neko nemēģina mainīt [Brooks, 1992; 1997b; Goldstein & Mather, 1998; Wexler, 1991].

Pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem ir grūtības ne tikai izdomāt alternatīvas, kā atrisināt problēmas neagresīvā veidā, viņi arī vairāk kļūdaini uztver un izprot situācijas, kas var radīt atkal jaunas problēmas. Agresīvi jaunieši citus daudz vairāk uztver naidīgi, balstoties uz savu interpretāciju un zemo informētību. Šie kognitīvie deficīti un kļūdainie pieņēmumi var būt cēlonis dusmām un impulsivitātei. Kognitīvi biheiviorālā pieeja ir piemērota, strādājot ar šādām domāšanas un pieņēmumu izmaiņām [Baker, Scarth, 2002]. Izmaiņas sekmē mākslas terapeits, kā arī grupas dalībnieku pozitīvais savstarpējās mijiedarbības modelis, kas bērniem palīdz fokusēties un neieslikt negatīvā domāšanā, balstoties uz pagātnes pieredzi [Rozum, 2001].

Apkopojot teorētisko pieeju skatījumu, var secināt, ka mākslas terapija grupā ir piemērota bērniem un jauniešiem ar uzvedības traucējumiem.

Spēka perspektīvas koncepcija, kas vērsta uz personas potenciāla atklāšanu, akcentē personas resursus un spējas iesaistīties problēmu risināšanā, kā arī kognitīvi biheiviorālās pieejas modelis, kas raksturo domāšanas, emociju un uzvedības patēru veidošanos, balstoties dzīves pieredzē, ir ņemti par pamatu mākslas terapijas grupas satura izveidē.

Praktiskie aspekti, organizējot mākslas terapiju grupā

Dalībnieku atlase

Saskaņā ar Latvijā apstiprināto mākslas terapijas medicīnisko tehnoloģiju aprakstu autore veica sākotnējo izvērtēšanu: notika intervija ar speciālistu, intervija ar katru potenciālo grupas dalībnieku un vecāku, kā arī mākslā balstīta izvērtēšana.

Sociālajā dienestā multidisciplinārās komandas darbu vada sociālais darbinieks – sociālā gadījuma vadītājs, kurš deva nosūtījumu mākslas terapijas grupas pakalpojuma saņemšanai. Dalība grupā tika iekļauta kā viena no ģimenes sociālās

rehabilitācijas mērķi veicinošām aktivitātēm. Grupas dalībnieku atlases pamatkritērijs bija nepilngadīgā izdarīts likumpārkāpums, kura rezultātā ir iestājusies administratīvā vai kriminālā atbildība, pusaudzis atrodas pašvaldības vai Valsts policijas uzskaitē. Raksturīgākie grupas dalībnieku likumpārkāpumi bija zādzības (visbiežāk veiktas vienaudžu grupā), alkohola lietošana sabiedriskā vietā, narkotisko vielu ienešana skolā, konflikti un sociālo normu pārkāpumi skolā, skolas neapmeklēšana, fiziska vardarbība (piekaušana) un emocionāli agresīva izturēšanās pret vienaudzi vai vecāku, vardarbības draudu izteikšana interneta vidē.

Informāciju par pusaudžu sociālo situāciju sniedza sociālais darbinieks. Analizējot pusaudžu problēmas ģimenē, var secināt, ka viņi ģimenēs saskārušies ar daudzveidīgām problēmām (vardarbība ģimenē, vecāku atkarības, šķiršanās, emocionālu attiecību trūkums ar bērnu utt.), kas atstājušas psihotraumējošu pieredzi. Lielākajai daļai pusaudžu papildus tika konstatētas problēmas gan uzvedībā, gan mācībās, dažāda veida atkarības un saskarsmes problēmas.

Mākslas terapeits intervēja iespējamo grupas dalībnieku un viņa vecākus, lai noskaidrotu viedokli par problēmsituāciju, motivāciju, apzinātu riskus, vajadzības, resursus, grūtības un izvērtētu piemērotību dalībai grupā. Lai izveidotu ciešāku sadarbības aliansi, vecākam un pusaudzim tika izskaidroti mākslas terapijas grupas mērķi, iespējamie ieguvumi un programmas saturs. Pēc mākslas terapijas grupas noslēgšanās mākslas terapeits sociālajam darbiniekam sniedza rakstisku atgriezenisko saiti par novērotajiem grupas dalībnieku uzlabojumiem un rekomendācijām, gan arī, ja bija nepieciešams, sadarbojās ar sociālo darbinieku mākslas terapijas procesa laikā.

Mākslas terapijas grupas dalībnieku vecums bija 9–17 gadi, dalībnieki mākslas terapijas grupai tika dalīti divās grupās atbilstoši vecumposmam – agrināis pusaudža vecums (9–12 gadi) un vidējais pusaudža vecums (13–17 gadi). Kopā notika sešas īstermiņa (10 sesijas vienu reizi nedēļā) mākslas terapijas grupas pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem, katrā grupā piedalījās 5–7 dalībnieki.

Mākslā balstīta izvērtēšana, izmantojot MEPL

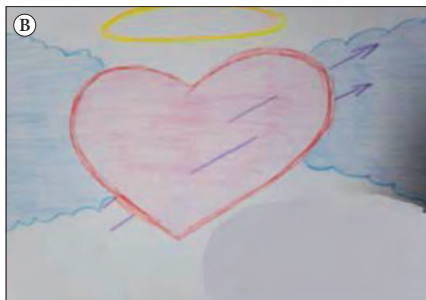
Veicot mākslā balstītu iz(no)vērtēšanu, autore izmantoja Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu (MEPL) modeli, ETC (angl. *The Expressive Therapies Continuum*; Hinz, 2009; Lusebrink, 1990), kas sastāv no trijiem mākslinieciskās ekspresijas un mākslas materiālu un tehniku lietošanas līmeņiem: kinestētiskais / sensorais līmenis (K / S), perceptīvais / afektīvais (P / A) līmenis un kognitīvais / simboliskais (Ko / Si) līmenis. Izvērtējot brīvu māksliniecisku izpausmi MEPL modeļa ietvaros, var izvirzīt hipotēzi par kāda līmeņa pārsvaru mākslinieciskajā izpausmē, lai noteiktu klienta / pacienta resursus un grūtības saistībā ar sensorās un afektīvās informācijas apstrādi, kas palīdz noteikt tālāku mākslas terapijas procesa virzienu, terapeitiskos mērķus, izmantojamās mākslas materiālus

un tehnikas, lai veicinātu pakāpeniskas pārejas starp MEPL modeļa līmeņiem vai horizontālās pārmaiņas katrā līmenī un attīstītu jomas, kurās saskatāmas klienta grūtības¹.

Pusaudžu zīmējumu izvērtējums MEPL modeļa ietvaros tika veikts pēc noteiktiem kritērijiem: izvēlētais medijs (mākslas materiāls), mijiedarbība ar mediju, mākslas darba stilistiskie vai ekspresīvie formālie elementi, verbālā komunikācija un atgriezeniskā saite. Raksturojot pusaudžu mākslas materiālu izvēli, no piedāvātajiem mākslas materiāliem pusaudži izvēlējās tikai cietos / rezistīvos mākslas materiālus – parasto zīmuli, zīmuļus, flomāsterus, marķierus, retāk eļļas krītiņus [Upmale, Mārtinsons, Krevica, Dzilna, 2011]. Netika izraudzīta iniciatīva izvēlēties plūstošos vai trīsdimensiju materiālus. Novērojot mediju izvēli, varēja secināt, ka pusaudži izvēlējās vienkāršu, pazīstamu (drošu), ātri lietojamu mākslas materiālu, bieži vien neizteiksmīgu, grūti saskatāmu (parastais zīmulis). Izvēlētie mediji bija labi kontrolējami un pārvaldāmi. Pārsvārā varēja novērot distancētu, rezervētu un neitrālu (neko neizrādošu) attieksmi. Daži pusaudži medijus izvēlējās apzinātāk, pārskatot esošos mākslas materiālus, pajautājot, vai ir kāds no tiem, ko vēlas, daži paviršāk vai neizrādot iniciatīvu apskatīt visus mākslas materiālus. Daži pusaudži meklēja lineālu, ar ko novilkt precīzu līniju. Izvērtējot mākslas darba formālos elementus, varēja novērot, ka tiem ir raksturīgas ģeometriskas, vienkāršas formas, izmantojot parasto zīmuli, līnijas ir pelēkas, zīmējums ir neizteiksmīgs, formāls un lakonisks. Vairumā mākslas darbu bija ieguldīts maz piepūles un enerģijas, attēlotie objekti pārsvārā bija statistiski un norobežoti ar līnijām, dominējošs bija shematisks objektu attēlojums. Mākslas darbos bija izmantots maz objektu vai objekti bija maza izmēra, kā arī bija izteikti maz detaļu vai detaļas bija ļoti smalkas un sīkas. Krāsojums zīmējumos bija vāji izteikts, blāvs, caurspīdīgs, krāsas izmantotas maz vai arī to nebija vispār. Uzzīmētie objekti bija aizkrāsoti švīkājumu veidā, tēli bija norobežoti, kā arī iezīmēta lapas robeža.

Zīmējumos varēja novērot figūru norobežošanu ar līnijām, ko ilustrē 15-gadīga grupas dalībnieka izvērtēšanas sesijas zīmējums (sk. 2.A att.). Objektu izkrāsošanu, krāsu izvēli un piemērošanu varēja novērot mazākam grupas dalībnieku skaitam. Saturs biežāk bija konkrēts un atbilda vizuālajam tēlam, mazāk raksturīgs bija simbolisks tēls, saturs bija saistīts ar konkrētu notikumu, darbību un vajadzību. Piemēram, 16-gadīga grupas dalībnieka izvērtēšanas sesijas zīmējumā (sk. 3.A att.) attēlota banknote, kas raksturo kontrētu vēlmi, vajadzību, ko zīmējuma autors paskaidroja kā vēlmi iegūt daudz naudas. Savukārt 13-gadīgā grupas dalībnieka izvērtēšanas sesijas zīmējumā (sk. 4.A att.) redzams detalizēts darbs, par kuru autors pastāstīja, ka zīmējumā redzams dators, pie kura viņš pavada daudz laika, spēlējot datorspēles.

¹ Vairāk par MEPL modeli sk. I. Dzilas-Šilovas, K. Mārtinsones, A. Upmales rakstā "Mākslas ekspresijas pakāpenisko līmeņu modelis mākslas terapijā mākslā balstītas izvērtēšanas procesā: piemērs ar vardarbībā cietušiem bērniem".



2. attēls. Mākslā balstītās izvērtēšanas (A) un novērtēšanas (B) sesiju zīmējumi: 15 gadus vecs grupas dalībnieks



3. attēls. Mākslā balstītās izvērtēšanas (A) un novērtēšanas (B) sesiju zīmējumi: 16 gadus vecs grupas dalībnieks



4. attēls. Mākslā balstītās izvērtēšanas (A) un novērtēšanas (B) sesiju zīmējumi: 13 gadus vecs grupas dalībnieks

Brīvās nedirektīvās mākslinieciskās izpausmes un formālo elementu izvērtējums MEPL modeļa ietvaros liecināja, ka pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem dominē perceptīvais / afektīvais (P / A) līmenis un izteikti – perceptīvā dimensija. Afektīvā dimensija, kas ir saistīta ar emociju izpausmi, bija mazāk izteikta, taču atsevišķu zīmējumu saturu pusaudži saistīja ar savu emocionālo noskaņu, ko attēloja kā simbolu, piemēram, 15-gadīga grupas dalībnieka noskaņojums izvērtēšanas sesijas zīmējumā ir attēlots kā saule, kas noslēpusies aiz mākoņiem (sk. 2.A att.). Krāsu izmantojums šajā zīmējumā ir saistīts ar afektīvās dimensijas iesaistišanu.

Vairumā gadījumu verbālā komunikācija veidojās kā atbilde uz uzdotajiem jautājumiem. Tēliem izmantota gan tieša, konkrēta, gan simboliska nozīme, tēlu nozīme saistījās ar interesēm, mērķiem, izjūtām un vajadzībām. Piemēram, tēls – naudas zīmes – “gribu daudz naudas”, tēls – māja un koki – “tā ir mana māja no pagalma puses”. Verbālā komunikācija par radošo darbu pārsvarā bija īsa, lakoniska un loģiska.

Dominējošā līmeņa noteikšana palīdzēja izvirzīt hipotēzi, kas saskan ar pieņēmumu par pieredzes nozīmi bērna pasaules uztveres (kā es sevi redzu, ko saskatu, zinu) un tās ietekmi pamata atbildes reakciju veidošanā. P / A līmenis saskan ar shematisko grafiskās attīstības stadiju, kad bērns mācās izprast pasauli un visu, kas notiek ap viņu, zīmējumā tieši reprezentējot individuālo pieredzi / realitāti – kā viņš redz sevi un apkārtējos [Hinz, 2009].

Strādājot ar klientiem, kuriem ir pretestība, slēgti, norobežoti, shematiski, caurspīdīgi un konkrēti objekti var norādīt uz grupas dalībnieku rezistenci, ārēju motivāciju, psihisko aizsardzību parādīšanos vizuālā veidā, kas mākslas ekspresijas formālo elementu izskatā dod klientam iespēju atklāt sevi bez saturisko “noslēpumu” atklāšanas [Lusebrink, 1990]. Mākslas materiālu izvēle un mijiedarbība varēja liecināt par pusaudžu nedrošību, neuzticēšanos un vēlmi “aizbēgt”. Izvērtēšanā tika konstatēts izteikts perceptīvās dimensijas pārsvars, mazāk izteikta bija afektīvās dimensijas iesaiste, kas izvirza hipotēzi par pusaudžu grūtībām identificēt, apzināt un izpaust emocijas verbāli, nesaistot emociju ietekmi uzvedības veidošanā. Ierobežota afektīvā iesaiste mākslinieciskajā ekspresijā izpaūžas kā ļoti mazas objektu formas, minimāls krāsu lietojums vai krāsu nelietošana, kā arī ierobežoti izmantota telpa [Lusebrink, 1990].

Izvērtēšanā iegūtās informācijas apkopojums par pusaudžu resursiem un grūtībām, teorētiskais skatījums par uzvedības traucējumu riska faktoriem sekmēja terapeitisko mērķu izvirzīšanu atbilstoši bērnu vajadzībām. Mākslas terapijas grupas terapeitiskie mērķi bija vērsti uz uzvedības traucējumu mazināšanu. Saskaņā ar Starptautisko funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikāciju (SFK) izvirzīts primārais mērķis – uzvedības regulēšana mijiedarbības ietvaros (d7202) un mijiedarbība atbilstoši sociālajām normām (d7203); sekundārie mērķi: radīt drošu vidi dzīves pieredzes izpausmei (stresa pārvarēšana d2401), iepazīt

dažādus “Es” aspektus, radot apzinātu un integrētāku izjūtu par sevi (motivācija b1301, izpratnes spēja b1644) – pazīt savas emocijas, intereses, talantus (pašapziņa b1800), apzināt emociju, domu un uzvedības saistību (emociju regulēšana b1521), veicināt uzvedības izmaiņas un nostiprināt sociāli adaptīvas uzvedības modeļu veidošanu (impulsu kontrole b1304, kognitīvais elastīgums b1643), paaugstināt izpratni par savu problēmsituāciju un risināšanas iespējām (problēmu risināšana b1646), attīstīt spēju uzņemties atbildību par savu rīcību (jaunu iemaņu apgūšana d155), sekmēt nākotnes mērķu izvirzīšanu (pašapziņa b1800), sekmēt verbālas refleksijas prasmes un diskutēt (uzmanības koncentrēšana d160, domāšana, klausīšanās d163, d115), veicināt saskarsmes prasmju veidošanos ar vienaudžiem (interpersonālā mijiedarbība d7202), gūt pieredzi būt pieņemtam un nozīmīgam grupā (saprāšanās b1261).

Mākslas terapijas grupas programma

MEPL modeļa ietvaros

Turpmākajā izklāstā autore raksturos mākslas terapijas programmas terapeitisko virzību MEPL modeļa ietvaros. Mākslas terapijas grupa pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem bija īstermiņa (10 sesijas), katrā sesijā izstrādājot noteiktu tēmu. Mākslas terapijas programma sastāvēja no trijiem posmiem: ievaddaļas, darbības daļas un noslēguma. Katrā sesijā bija iesildīšanās uzdevums (spēle, īss radošs uzdevums, saruna par iepriekšējās nedēļas notikumiem, pašreizējās aktualitātes, noskaņojums), īsa izglītojoša informācija par tēmu, diskusija, tēmas izstrāde radošajā procesā, dalībnieku atgriezeniskās saites sniegšana par izveidoto mākslas darbu un radošo procesu grupas aplī, noslēgumā īsa refleksija par mākslas terapijas sesiju kopumā. Diskusijās grupā tika izmantoti spēles elementi, lai veicinātu pusaudžu iesaistīšanos, koncentrēšanos pašreiz notiekošajam, kā arī noskaņotu grupas tēmai. Nodarbību sākumā katrai grupai tika noteikti grupas noteikumi un pēc tam tie tika pārrunāti.

Pirmā posma (1.–2. sesija) tēmas bija “Iepazīšanās” un “Motivācija”. Izvērtēšanā iegūtie dati par perceptīvās dimensijas dominanti bija pamats, lai terapeitiskā procesa sākumā izmantotu grupas dalībnieku drošāko pieredzes izpausmes veidu caur perceptīvo skatījumu. Mākslas terapijā, strādājot ar perceptīvo dimensiju, var paplašināt klienta redzesloku un uzlabot spēju ieraudzīt pasauli no citiem skatpunktiem, kā arī veicināt veiksmīgāku starppersonu komunikāciju un savstarpējās attiecības. Perceptīvā dimensija tika integrēta kā radošais uzdevums, kurš sevi ietver uztveres aspektu, piemēram, pusaudžiem tika piedāvāts veidot kolāžu “Ko es zinu par sevi un varu pastāstīt citiem”.

Otrā posma (3.–8. sesija) tēmas bija “Saskarsme”, “Emocijas, personības īpašības”, “Neverbālā uzvedība”, “Konfliktsituācijas”, “Es tēls” un “Vērtības”. Otrais posms turpinājās P / A līmenī, pakāpeniski virzoties uz afektīvo dimensiju. Afektīvā

dimensija sniedz informāciju par emocionālo stāvokli. Emocijas ietekmē gan lēmumu pieņemšanu, atmiņas funkcionēšanu, gan nosaka uzvedību [Hinz, 2009, pēc Damasio, 1994; Ekman, 2003; Plutchik, 2003].

Terapeitiskā intervence P / A līmenī palīdzēja identificēt emocijas, atpazīt pusaudzā raksturīgos emocionālos stāvokļus un tipiskos emociju izpausmes veidus. Afektīvās dimensijas aktivizēšana terapeitiskajā procesā tika integrēta kā radošie uzdevumi, piemēram, lai diferencētu un izpaustu ar pieredzi saistītās emocijas (piemēram, radošais uzdevums “Priecīgs / bēdīgs notikums”, “Notikumi un emocijas nedēļas laikā”), kas sekmēja saiknes veidošanu starp notikumiem (pieredzi) un emocijām (atbildes reakciju).

Otrajā posmā tika iesaistīti mainīgie, plūstošie (guaša krāsas, akvareļkrāsas) un trīsdimensionālie (māls, folija) mākslas materiāli. Trīsdimensionālie mākslas materiāli vadīja terapeitisko procesu kinestētiskajā / sensorajā (K / S) līmenī. Sensorās un kinestētiskās pieredzes aktivizācija ir nozīmīga jebkura vecuma klientam. Tā dod piekļuvi kinestētiskajai un sensorajai informācijai, kas ir agrīnas pieredzes pamatā, palīdz izprast emocijas un ir atmiņas attīstības pamatā [Hinz, 2009, pēc Damasio, 1994; Lusebrink, 2004; Siegel & Hartzell, 2003].

Bērni un pieaugušie reizēm šķiet iestrēguši neelastīgās shematiskās reprezentācijās, kas atkārtojas. Šādi tēli liek domāt par spēcīgām psihes aizsardzībām pret nevēlamām domām un emocijām – stereotipiskas ģeometriskās formas, kas atkārtojas, tiek izmantotas kā veids, lai aizsargātos no apspiestām dusmām vai trauksmes [Hinz, 2009, pēc Henlay, 1989; Kramer, 1975; Lusebrink, 1990]. Minētajam varētu pievienot arī neadaptīvos uzvedības modeļus, kas tiek izmantoti, lai pārvarētu apspiestas, neapzinātas emocijas un traumatisku pieredzi. Shematiskās, ģeometriskās formas bija dominējošais mākslinieciskās izteiksmes veids pusaudžu izvērtēšanas darbos, līdz ar to terapeitiskais darbs tika virzīts no P / A līmeņa afektīvās dimensijas uz K / S līmeni. Radošā darbība K / S līmenī veicināja drošu veidu afektu un pieredzes sasaisti, klāt pievienojot uzvedības komponentu, piemēram, radošais uzdevums “Ko es daru, kad es jūtos...”. Darbības novērošana un aktīva ķermeniska iesaiste ir raksturīga K / S līmenim. Otrajā posmā tika iesaistītas arī lomu spēles, kas papildināja uzvedības veidu novērošanu un adaptīvu uzvedības veidu meklēšanu. Darbības posma noslēguma daļā terapeitiskais darbs tika virzīts no K / S līmeņa, caur P / A līmeņa afektīvo dimensiju uz kognitīvo / simbolisko (Ko / Si) līmeni. Ko / Si līmenis atbilst domāšanas formālo operāciju stadijai [Hinz, 2009; Piaget, 1969], un šajā līmenī ir raksturīga spēja vērtēt informāciju ne tikai savas pieredzes kontekstā.

Mākslinieciskajā izpausmē pusaudžiem ir raksturīgi tēli ar ironiju, humoru un sarkasmu, tiek izmantoti simboli, lai reprezentētu emocijas, domas un notikumus. Simboli veicina intuitīvo funkciju, piekļuvi pasaules gudrībai, veselīgu savas dzīves mistērijas izjūtu. Kognitīvā dimensija raksturo kognitīvu informācijas apstrādi, veidojot analītiskas operācijas, kas palīdz veidot, plānot, meklēt risinājumus, pieņemt

lēmumus, veido saikni ar realitāti. Virzība uz Ko / Si līmeni terapeitiskajā procesā palīdzēja veidot pieredzes, emociju un uzvedības problēmu saikni ar konkrētām tagadnes grūtībām. Minētā situācija tika izstrādāta ar radošā procesa palīdzību –, piemēram, grupas nodarbības sākumā un noslēgumā emocionālais noskaņojums tika attēlots simbola veidā, izmantojot mainīgu mākslas materiālu (foliju); pēc tam tika analizētas atšķirības, novērojot simbolu transformāciju vizuālā veidā un saskaņojot to ar savu pašizjūtu. Simboliskās dimensijas iesaistīšana dzīves nozīmīgas pieredzes izpausmē tika īstenota, piemēram, kā pasakas veidošana, nozīmīgas epizodes attēlošana vizuālajā ekspresijā. Radošā darbība Ko / Si līmenī grupas dalībniekus iedrošināja runāt par nozīmīgiem dzīves notikumiem drošā veidā, izmantojot gan simbolisku, gan konkrētu tēlu ar jau pievienotu emocionālo pieredzi.

Trešā posma (9.–10. sesija) tēmas bija “Mērķi” un “Kopsavilkums”. Trešajā posmā terapeitiskā virzība bija daļēja darbošanās P / A līmenī, kā arī Ko / Si līmenī, lai izvērtētu izmaiņas un dotu jaunu kognitīvu, apzinātu virzību savai dzīvei. Perceptīvais (kā es sevi uztveru, redzu) informācijas apstrādes veids tika virzīts plašākā perspektīvā, piemēram, radošajā uzdevumā “Es pēc ... gadiem” (piemēram, kā es sevi redzu pēc 5 gadiem) pārrunājot arī to, ko nevēlētos savā dzīvē, un par pamatu ņemot savu pieredzi. Kopsavilkums ietvēra radošo uzdevumu Ko / Si līmenī, piemēram, “Dāvana sev”, apkopojot iegūto jauno pieredzi un personiskos ieguvumus. Tēmu izstrādē galvenā nozīme bija mākslas ekspresijai, kas MEPL modeļa struktūrā ir radošais līmenis, kura galvenā funkcija ir integrācija, kā arī prieka, iztēles un kreativitātes pieredzes ienešana.

Raksturojums mākslas terapijai grupā: novērojumi praksē

Pirmkārt, 9–12 gadu vecu pusaudžu mākslas terapijas laikā novērotās grūtības ir: būt klātesošam, sākt domāt, iedziļināties tēmā un uzdevumos, stāstīt, ievērot grupas noteikumus, grūtības uzklaut citus un pieņemt citu viedokli. Tika novērota demonstratīva, izaicinoša uzvedība, fiziska un emocionāla savstarpēja ietekmēšana, kavēšana. Radošie uzdevumi atklāja, ka raksturīgākās grūtības ir saistītas ar “Es” tēla izpēti, vāja spēja reflektēt par savām interesēm, emocijām, izvairīšanās runāt par sevi, šaurs interešu loks, grūtības izraisīja uzdevumi, kas prasa koncentrēt un noturēt uzmanību. Grupā tika novērota konkurence, vēlme pēc uzmanības, lielākoties to iegūstot ar negatīvu uzvedību, nevēlēšanās uzņemties atbildību par savu rīcību (citu vainošana), kā arī grupas dalībnieku kritisku aizrādījumu nepieņemšana. Atsevišķiem grupas dalībniekiem varēja novērot nekritisku attieksmi pret problēmām, taču lielākoties grupas dalībnieki bija atklāti un atzina savas grūtības. Šī vecumposma grupas dalībniekiem atklājās, ka viņi daudz laika pavada ārpus mājas kopā ar vienaudžiem, viņiem nav noteikta dienas režīma un pietiekošas vecāku kontroles un uzmanības. Grupas dalībniekiem varēja novērot

emocionālu iesaistīšanos un interesi par to dienas daļu, kas tiek pavadīta kopā ar draugiem ārpus mājas, par kuru viņi spēja visdrošāk un labprātāk runāt. Šajā vecumposmā grupas dalībnieki izvairījās runāt par traumatisku, negatīvu pieredzi, kas saistīta ar notikumiem ģimenē.

Otrkārt, 13–17 gadu vecu pusaudžu grupā netika novērotas grūtības, kas saistītas ar grupas noteikumu būtisku pārkāpšanu. Jaunieši bija atklātāki, apzinātāki par iemeslu (likumpārkāpumu) apmeklēt grupu, vidēji un augsti motivēti iesaistīties grupas aktivitātēs, kā arī lielākoties varēja novērot augstu motivāciju neiesaistīties atkārtotos likumpārkāpumos. Nozīmīgi, ka radošie uzdevumi veicināja nozīmīgu, emocionālu notikumu atklāšanu, kas saistīti ar ģimeni (vecāku šķiršanās, vecāku nāve, savstarpējs sapratnes un emocionālu attiecību trūkums ar vecākiem, dzīvošana pie vecvecākiem, vecāku atkarības problēmas u. c.), un to ietekmi uz pašreizējām grūtībām.

Mākslā balstīta novērtēšana

Mākslā balstītās novērtēšanas rezultāti atklāja, ka mākslas terapijas procesā notikusi virzība un izmaiņas informācijas apstrādes veidā iztēlē, norādot virzību no P / A līmeņa perceptīvās dimensijas, afektīvās dimensijas attīstību, darbošanos Ko / Si līmenī, kas varētu liecināt gan par drošības izjūtas stiprināšanos, gan uztveres zonas paplašināšanos. Pusaudžu mākslinieciskajā ekspresijā un zīmējumu vizuālās izteiksmes formālajos elementos varēja novērot vairākas izmaiņas. No piedāvātajiem mākslas materiāliem pusaudži lielākoties atkārtoti izvēlējās cietos / rezistīvos mākslas materiālus – parasto zīmuli, zīmuļus, flomāsterus, retāk eļļas krāsojumus, taču atsevišķi grupas dalībnieki izvēlējās akvarelkrāsas, tika mainīti mediji vai izmantoti vairāki mediji, vai arī tika pievienots kāds elements, krāsa (sk. 4.B att.). Mediju izvēle bija rūpīgāka, pusaudži izvēlētos medijus labi pārvaldīja. Mākslas darba stilistiskajos un ekspresīvajos elementos varēja novērot raksturīgas grafiskās formas, taču tās bija papildinātas ar krāsu, kā arī varēja konstatēt konkrētu tēlu maiņu uz simboliskiem tēliem (sk. 3.B att.; 4.B att.), bija redzama kustība, virzība (sk. 4.B att.) un objektu pārvietošanās (sk. 2.B att.). Dažos zīmējumos pusaudzis uzrakstīja savu vārdu, kas bija uzrakstīts lielākiem burtiem lapas vidū, nevis stūrī, salīdzinot ar izvērtēšanas sesijas zīmējumu. Pusaudži darbos vairāk enerģijas ieguldīja krāsošanā, joprojām tika izmantota norobežošana un shematiski objekti. Verbālajā komunikācijā veidojās plašāks stāstījums, tika atklātas personiskas detaļas, bija jūtams emocionāls konteksts, atsevišķos stāstījumos ietverta simboliska nozīme, kā arī tika izmantota rakstiska forma (sk. 3.B att.).

Novērtēšanā varēja novērot izmaiņas vizuālajās izteiksmes formās, saturā, mākslas materiālu izmantošanā, taču bija arī konkrētas formas, fiksēti, statiski objekti un nemainīgi tēli, kas atkārtojas, – minētais, iespējams, reprezentē konflikta zonas vai emocionālu rigiditāti [Lusebrink, 1990].

Apkopojot gan mākslā balstītās iz(no)vērtēšanas rezultātus, gan arī novērojumus praksē, varēja konstatēt vairākas izmaiņas: paaugstinājusies uzticēšanās, atvērtība, spēja stāstīt par savu pieredzi, paaugstinājusies izpratne par sevi – emociju diferencēšana, atpazīšana, interešu, mērķu, vērtību apzināšana, spēja reflektēt par savām interesēm, stāstījuma prasmju pilnveidošana – pārliecinošāka spēja paust viedokli un dalīties pieredzē par nozīmīgiem dzīves notikumiem, veidot dialogu ar vienaudžiem, sadarbības prasmju pilnveidošanās, novērota savstarpēja dalīšanās ar risinājumiem, paaugstinājusies spēja atpazīt jūtu un domu saistību ar problemātisko uzvedību, dziļāk izprast savas rīcības motīvus, apzināties sekas, atpazīt riska situācijas. Abu vecumposmu grupās vērojamas izmaiņas motivācijā – no ārējas motivācijas uz iekšēju motivāciju, veidojās uzvedības paškontrolē, paaugstinājusies uzmanības noturība, kā arī paplašinājusies izpratne par sevi – interesēm, vajadzībām, vērtībām un emocijām.

Secinājumi

Ņemot vērā iegūtos rezultātus, var secināt, ka mākslas terapija ir piemērota pusaudžu uzvedības traucējumu mazināšanai. Kā ierobežojums minams grupas terapijas ilgums (istermiņa). Likumpārkāpumu recidīvu novēršanai un citu uzvedības traucējumu mazināšanai būtu vēlama pusaudžu iesaistīšana ilgtermiņa mākslas terapijas grupā.

Bērnu un pusaudžu sociālo prasmju korekcijas programma, kuras ietvaros veidojās mākslas terapijas grupas pieredze, pamato mākslas terapeita darba nozīmīgumu multidisciplinārā komandā sociālās aprūpes vidē.

Literatūra

1. Apine E., Roga V. Klienta identitātes transformācija sociālā darba procesā. – Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2011. 25.–27. lpp.
2. Caune M., Rancāns E., Andrēziņa R. Sociālpsihiatrija. Mācību materiāls ambulatorās aprūpes psihiatriem un narkologiem, stacionārās aprūpes ārstiem Rīgas Stradiņa universitāte // <http://www.socialwork.lv> (sk. 13.11.2013.).
3. Lusebrinka B. V. Izvērtēšana Izteiksmes līmeņu pakāpeniskās secības modelī un tā terapeitiskais pielietojums: smadzeņu struktūru un funkciju līdzdalība // *Psiholoģija Mums*, 2011; 2 (56): 10.–21.
4. Muceniece K., Kreišmane I., Maack A. Sociālās rehabilitācijas programma bērniem un jauniešiem ar uzvedības traucējumiem ieviešanai Rīgas Sociālā dienesta Dienas centrā bērniem un jauniešiem “Čiekurs”. – Rīga: Sociālā atbalsta, apmācības un informācijas centrs “AD OPUS”, 2011.
5. Pārskats par Rīgas Sociālā dienesta klientu sociālajām problēmām, 2011.
6. Sociālā darba terminoloģijas vārdnīca / Red. Šļņeva L. – Rīga: SDSPA “Attistība”, 2000.

7. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija // http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429_lav.pdf (sk. 15.09.2012.)
8. Upmale A., Mārtinsons K., Krevica E., Dzilna I. Mākslas terapijas vispārīgs raksturojums // *Mākslu terapija* / Sast. Mārtinsons K. – Rīga: RaKa, 2011.
9. Upmale A. Mākslas terapija uzvedības traucējumu mazināšanai pusaudžiem // *Pētījumi mākslu terapijā* / Sast. Mārtinsons K. – Rīga: Drukātava, 2010.
10. Baker L., Scarth K. Cognitive behavioral approaches to treating children and adolescents with conduct disorder // *Children's Mental Health Ontario*, 2002; 119–122.
11. Bornmann B. A., Mitelman S. A., Douglas A. B. Psychotherapeutic relaxation: it relates to levels of aggression in school within inpatient child psychiatry // *The Arts in Psychotherapy*, 2007; 34: 216–222.
12. Brooks R. B. Working with angry, resistant children and adolescents: Strategies for fostering motivation, self-discipline and resilience // Brooks R. B. *The self-esteem teacher*. – Loveland, OH: Treehaus Communications, 1991.
13. Caldwell K., Brinko K. T., Kernz R., Townsed K. Individuals with intellectual disabilities: Educators in expressive arts therapy // *The Arts in Psychotherapy*, 2008; 35: 129–139.
14. Dzilna-Šilova I., Mārtinsons K., Upmale A. Art-based assessment within structure of the Expressive Therapies Continuum in art therapy with abused children // *Arts therapies for different client / patient groups: Collection of articles* / Sast. Krevica E., Mārtinsons K. – Rīga: RSU, 2013. – Pp. 84–95.
15. Franklin M. Affect regulation, mirror neurons and the third hand: Formulating mindful empathic art interventions // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2010; 27 (4): 160–167.
16. Jang H., Choi S. Increasing ego-resilience using clay with low SES (Social Economic Status) adolescents in group art therapy // *The Arts in Psychotherapy*, 2012; 39: 245–250.
17. Harden B., Rosales A. B., Greenfield B. Outpatient art therapy with suicidal adolescent female // *The Arts in Psychotherapy*, 2004; 31: 165–180.
18. Kozłowska K., Hanney L. An art therapy group for children traumatized by parental violence and separation // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2001; 6: 49.
19. Hinz L. D. *Expressive Therapies Continuum*. – New York: Routledge, 2009. – Pp. 10–11.
20. Liraz R., Lev-Wiesel R. Drawings vs. Narratives: Drawings as tool to encourage verbalization in children whose fathers are drug abusers // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2007; 12 (1): 65–75.
21. Lusebrink V. B., Mārtinsons K., Dzilna-Silova I. The Expressive Therapies Continuum (ETC): Interdisciplinary bases of the ETC // *International Journal of Art Therapy*, 2012; 1–11
22. Lusebrink V. B. *Imagery and visual expression in therapy*. – New York and London: Plenum Press, 1990.
23. Nickerson A., Coleman N. An exploration study of member attraction, climate and behavioral outcomes of anger coping group therapy for children with emotional disturbance // *Small Group Research*, 2006; 37: 115.
24. Riley S. *Contemporary art therapy with adolescents*. – Philadelphia and London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.

25. Robinson A. H. Art therapy: releasing inner monsters // <http://www.internationalarttherapy.org> (sk. 15.09.2012.).
26. Rozum A. L. Integration the language of art into a creative cognitive – behavioral programm with behavior-disordered children // Riley S. Group process made visible. – Routledge, 2001. – P. 124.
27. Slayton S. Building community as social action: An art therapy group with adolescent males // *The Arts in Psychotherapy*, 2012; 39: 179–185.
28. Slayton S. C., D'Archer J., Kaplan F. Outcomes studies on efficacy of art therapy; a Review of Findings // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2010; 27 (3): 108–118.
29. Tyson E. H., Baffour T. D. Arts-based strengts: a solution-focused intervention with adolescents in acute-care psychiatric setting // *The Arts In Psychotherapy*, 2004; 31: 213–227.
30. Virshup E. Latency-group art therapy: teaching socialization skills through art // *Child Welfare*, 1975; 54 (9): 624–644.
31. Мартинсоне К., Дзилна-Шилова И., Лусебринк В. Б. Модель последовательности уровней выражения с исторической точки зрения // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.*, 2013; 5 (22) // URL: <http://mprj.ru> (sk. 04.09.2013.).

INDIVIDUALIZĒTĀS MŪZIKAS TERAPIJAS IZVĒRTĒŠANAS PROFILA EMOCIONĀLĀS UN SOCIĀLĀS FUNKCIONĒŠANAS IZVĒRTĒŠANAS SKALU ADAPTĀCIJAS PIRMAIS POSMS UN TO SPECIFISKO IEZĪMJU NOTEIKŠANA PACIENTIEM AR UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM

Jana Duhovska, Kristīne Mārtinsone

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Izvērtēšana ir būtiska mūzikas terapijas procesa sastāvdaļa, jo tā ir pamatu klienta / pacienta vajadzību definēšanas un individuāla, klienta / pacienta vajadzībām piemērota mūzikas terapijas plāna un no tā izrietošu intervenču kopuma izveides pamats. Izvērtēšana parasti notiek mūzikas terapijas procesa sākumposmā, un tās fokuss ir klienta / pacienta muzikālās, emocionālās, kognitīvās, motorās, komunikatīvi sociālās u. c. jomas [Wigram, 2002; Bruscia, 1999; Berger, 2009; Layman, Hussey, Laing, 2002; Michel, Pinson, 2005; Wheeler, 2005; Snow, D'Amico, 2009].

Teorētiskajā literatūrā izvērtēšana tiek definēta kā mūzikas terapijas procesa pašsaprotama sastāvdaļa, tomēr praktiskajā darbā mūzikas terapeiti tai ne vienmēr pievērš pietiekamu uzmanību [Chase, 2002; Wigram, 2002]. Tas rada situāciju, kurā mūzikas terapeiti nepietiekami var novērtēt viens otra darbu, turklāt, ja nav skaidri saprotamas izvērtējuma shēmas un to atšifrējošas terminoloģijas, mūzikas terapeitu darbu un ieguldījumu nevar novērtēt citi darbā ar klientiem / pacientiem iesaistītie profesionāļi [Berger, 2009; Layman, Hussey, Laing, 2002; Bruscia, 1999; Chase, 2002; Sabbatella, 2004; Wheeler, 2005; Snow, D'Amico, 2009].

Valīda, droša un multiprofesionālajai klientu / pacientu aprūpes komandai vienkārši saprotama izvērtēšanas instrumenta radīšana vai adaptācija tiek gaidīta arī Latvijā, tāpēc šī pētījuma ietvaros tika veikta 2007. gadā Hollijas Tjūsdijas Baksteres vadītā autoru kolektīva [Baxter, et al., 2007] radītā individualizētās mūzikas terapijas izvērtēšanas profila (*Individualized Music Therapy Assessment Profile*; turpmāk – IMTIP) divu skalu – emocionālās un sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas – adaptācija un to specifisko iezīmju izpēte 9–12 gadus veciem bērniem ar uzvedības traucējumiem.

IMTIP raksturojums

IMTIP autoru motivācija izvērtēšanas instrumenta izveidei ir bijusi nepieciešamība pēc klientiem / pacientiem un multiprofesionālas komandas locekļiem vienkārši saprotama un respektējama mūzikā balstīta izvērtēšanas instrumenta, jo tāda trūkums sācis ierobežot mūzikas terapijas pakalpojuma finansēšanu autoru mītnes zemē ASV, kur ierasts meklēt pierādījumu, ka saņemtais pakalpojums ir katra iztērētā centa vērts.

IMTIP ir paredzēts darbam ar bērniem un pusaudžiem psihiatrijā un rehabilitācijā un ļauj izdarīt secinājumus par to funkcionēšanu tādās desmit jomās kā:

- 1) lielā motorika;
- 2) sīkā motorika;
- 3) balss un runas motorika;
- 4) sensorā funkcionēšana;
- 5) receptīvā komunikācija;
- 6) ekspresīvā komunikācija;
- 7) kognitīvās prasmes;
- 8) emocionālā funkcionēšana;
- 9) sociālā funkcionēšana;
- 10) muzikalitāte.

Katras jomas izvērtēšana notiek, to sīkāk sadalot apakšjomās (*sub-domains*), bet katru apakšjomu – prasmēs (*skills*). Tādējādi, IMTIP lietojot nedalītā formā, par pacientu iegūto informāciju iespējams organizēt desmit skalās, kas ataino desmit pacienta funkcionēšanas jomas, 53 funkcionēšanas apakšjomas un 374 prasmes.

IMTIP datu ievākšanas un apstrādes procesa pirmajā posmā ar sākotnējās intervijas un medicīniskās dokumentācijas izpēti palīdzību ievāc informāciju par klientu / pacientu, otrajā posmā mūzikas terapeits izplāno un novada 1–3 izvērtēšanas sesijas, bet trešajā – reģistrē sesijās veiktos novērojumus IMTIP Funkcionēšanas jomu izvērtēšanas protokolā. Protokolā procentuāli norāda konkrētās prasmes esamību, veic aprēķinus un izdara secinājumus, uz kuru pamata var sastādīt mūzikas terapijas plānu.

Emocionālās funkcionēšanas jomas izvērtējumu IMTIP ietvaros veic ar četrās apakšskalās – pamatprasmes, diferenciacija / izpaušana, regulācija un pašapziņšanās – sakārtotu 17 prasmju esamības pārbaudi. Savukārt Sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalas ietvaros izvērtē 46 prasmes, kas sakārtotas sešās apakšjomās: pamatprasmes, piedalīšanās / iesaistīšanās, savas kārtas gaidīšana un realizācija, uzmanība, sekošana norādījumiem un attiecību veidošana.

Klientu / pacientu ar uzvedības traucējumiem izvērtējums mūzikas terapijā

Starptautisko slimību, traumu un nāves cēloņu slimību klasifikācijā norādīts, ka F.91 slimību grupā ietilpst seši uzvedības traucējumu veidi, kuru kopīgā iezīme ir pastāvīgas un atkārtotas uzvedības izpausmes, kurās tiek pārkāptas citu cilvēku pamattiesības un / vai lielākā daļa vecumam atbilstošu uzvedības normu (*International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision* – ICD-10, 2013). Cita starpā tas izpaužas kā nespēja veidot stabilas emocionālās attiecības, komunikācijas un socializācijas grūtības un agresīva uzvedība. Bērniem ar uzvedības traucējumiem ir maz empātijas un viņi maz apzinās savas jūtas, turklāt, ja nav emocionālā stāvokļa apzināšanas spējas, viņi arī nespēj kontrolēt un regulēt savas emocionālās reakcijas [Gaitniec-Putāne, 2008; Utināns, 2005; *Brummers, Enckell*, 2001; *Lewis*, 1991; *Kiesner*, 2000; *Rokasgrāmata*, 2010].

Gados jaunu klientu / pacientu sociālās un emocionālās problēmas bieži ir mūzikas terapiju uzmanības centrā, t. sk. arī izvērtēšanas posmā.

Literatūrā visbiežāk minēti trīs instrumenti, kas piemēroti šai pacientu diagnozei un vecuma grupai:

- 1) Nensijas Velsas [*Wells*, 1988] mūzikas terapijas izvērtējums pusaudžiem ar emocionālām problēmām (*Therapy Assessment for Disturbed Adolescents*), kura ietvaros tiek izvērtēts klienta / pacienta trauksmes līmenis, paštēls, jūtu / emociju joma, spēja tolerēt situāciju un pieņemt lēmumus;
- 2) Deboras Lejmanas un kolēģu [*Layman, et al.*, 2002] radītais Bīčbrukas izvērtējums mūzikas terapijā (*Beech Brook Music Therapy Assessment*), kas veic klienta / pacienta uzvedības / sociālās mijiedarbības, emocionālās un valodas / komunikācijas, kā ar muzikālās jomas izvērtējumu;
- 3) Amēlijas Oldfildas [*Oldfield*, 2004; 2006a; 2006b] mūzikas terapijas diagnostiskās izvērtēšanas (*Music Therapy Diagnostic Assessment*) instruments, kas sastāv no divām mūzikas terapijas sesijām ar noteiktu struktūru un paredzēts klienta / pacienta komunikācijas / sociālo prasmju, emocionālās funkcionēšanas, kognitīvās funkcionēšanas un uzmanības izvērtējumam.

Tā kā IMTIP autori nav norādījuši konkrētas rekomendācijas, kādas mūzikā balstītas izvērtēšanas aktivitātes būtu jāizvēlas, minētie instrumenti daļēji integrēti, veidojot šajā pētījumā izmantoto mūzikas terapijas izvērtēšanas sesiju.

Pētījuma metode

Pētījums notika no 2013. gada septembra līdz 2013. gada decembrim Siguldas 1. pamatskolā, Rīgas Sanatorijas internātpamatskolā un Upesleju internātpamatskolā – rehabilitācijas centrā, un tajā tika iekļauti 60 (n = 60) dalībnieki, izlasi

veidojot pēc daudzpakāpju mērķtiecīga tipa vienmērīgas izlases principiem un izlasē iekļaujot 30 (n = 30) 9–12 gadus vecus dalībniekus ar diagnozi uzvedības traucējumi un 30 (n = 30) praktiski veselās 9–12 gadus vecās personas. Pētījumā netika iekļauti bērni, kuru vecāki / aizbildņi nav snieguši rakstisku piekrišanu, kā arī bērni, kuri prot / apgūst kāda mūzikas instrumenta spēli, ir akūtā stāvoklī, neveic visas izvērtēšanas sesijā iekļautās aktivitātes un / vai nepiedalās retesta sesijā.

Lai iegūtu informāciju par pētījuma dalībnieku sociālo un emocionālo funkcionēšanu, tika izmantots pētnieces formulēts strukturētu, mūzikā balstītu izvērtēšanas aktivitāšu kopums, kas veidots, balstoties uz Oldfildas [Oldfield, 2006a; 2006b], Velsas [Wells, 1998] un Lejmanas [Layman, 2002] ieteikumiem, un sastāvēja no vairākām aktivitātēm (sk. 1. tab.).

Pētījuma pirmajā posmā tika pētīta IMTIP Emocionālās un Sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalu iekšējā saskaņotība, testa un retesta saistība un saistība starp divu neatkarīgo vērtētāju vērtējumiem, bet otrajā posmā tika pētītas atšķirības starp IMTIP Sociālās un Emocionālās funkcionēšanas skalas rādītājiem 9–12 gadus veciem pacientiem ar uzvedības traucējumiem un praktiski veselīgiem 9–12 gadus veciem bērniem.

1. tabula. Pētījumā izmantotās IMTIP izvērtēšanas sesijas struktūra un mērķi

Nr. p. k.	Aktivitāte	Izvērtējuma mērķis (dominējošais)
1.	Sasveicināšanās dziesma, pētniekam izdziedot dalībnieka vārdu un pavadot sevi uz ģitāras	Sociālā funkcionēšana Emocionālā funkcionēšana
2.	Dalībnieka individuālais laiks telpas un instrumentu izpētei	Sociālā funkcionēšana
3.	Daļēji strukturēta saspēle un improvizācija ar pētnieku. Refleksija par uzdevumu	Sociālā funkcionēšana
4.	Daļēji strukturēta improvizācija, dalībniekam izspēlējot ar sešām dažādām situācijām saistītas emocijas. Refleksija par uzdevumu	Emocionālā funkcionēšana
5.	Četrus muzikālu skaņdarbu fragmentu klausīšanās un radušos domu, tēlu, atmiņu fiksēšana rakstiski. Refleksija par uzdevumu	Sociālā funkcionēšana Emocionālā funkcionēšana
6.	Atsveicināšanās saspēle, dalot instrumentu ar pētnieku salīdzinoši ciešā fiziskā kontaktā	Sociālā funkcionēšana

Pētījuma rezultāti

Datu apstrādē tika izmantota SPSS programma. Datu analīzei tika pielietota aprakstošā, secinošā un analītiskā statistika.

Lai atbildētu uz pirmo pētījuma jautājumu par IMTIP emocionālās un sociālās funkcionēšanas skalu iekšējo saskaņotību, tika aprēķināti aprakstošās statistikas rādītāji un noteikta empīriskā sadalījuma atbilstība normālam sadalījumam. Tika izmantots Kolmogorova–Smirnova Z tests, un tika secināts, ka nav atbilstības normālam sadalījumam.

IMTIP iekšējā saskaņotība tika pārbaudīta, katrai apakšskalai aprēķinot iekšējās saskaņotības koeficientu Kronbaha alfa (α) (sk. 2. tab.).

Aprēķinātais iekšējās saskaņotības koeficients ļauj secināt, ka IMTIP skalu iekšējās saskaņotības rādītāji ir sākot no apmierinošiem ($\alpha = 0,59$ Sociālās funkcionēšanas apakšskalā “Sekošana norādījumiem) līdz labiem ($\alpha = 0,92$ Emocionālās funkcionēšanas apakšskalās “Regulācija” un “Pašapzināšanās”, Sociālās funkcionēšanas apakšskalā “Attiecību veidošana”).

Atbildot uz otro pētījuma jautājumu, kāda ir IMTIP testa un retesta saistība (sk. 3. tab.), tika aprēķināts Pīrsona korelācijas koeficients (r) starp vienas un tās pašas izlases pirmo un otro mērījumu ar laika intervālu 2 nedēļas. Starp testa un retesta mērījumiem ir cieša saistība, kas liecina par IMTIP mērījumu noturību laikā. Zemākā r vērtība ir 0,82, un tā ir Emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas apakšskalā “Pašapzināšanās”, bet visaugstākā r vērtība sastopama Emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas apakšskalā “Pamatprasmes” un Sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas apakšskalā “Uzmanība”, kur starp testa un retesta mērījumiem ir lineāra sakarība.

2. tabula. IMTIP iekšējās saskaņotības rādītāji

Skala / apakšskala	Kronbaha alfa koeficients
Emocionālā funkcionēšana	
Pamatprasmes	0,778
Diferenciācija / izpaušana	0,849
Regulācija	0,920
Pašapzināšanās	0,926
Sociālā funkcionēšana	
Pamatprasmes	0,850
Piedalīšanās / iesaistišanās	0,914
Savas kārtas sagaidīšana un realizācija	0,845
Uzmanība	0,870
Sekošana norādījumiem	0,590
Attiecību veidošana	0,927

3. tabula. IMTIP testa un retesta saistība praktiski veselo bērnu grupai

IMTIP	Tests / retests, r *	p
Emocionālā funkcionēšana		
Pamatprasmes	1,00	—
Diferenciācija / izpaušana	0,985	0,16
Regulācija	0,943	0,01
Pašapzināšanās	0,828	0,12
Sociālā funkcionēšana		
Pamatprasmes	0,94	0,18
Piedalīšanās / iesaistīšanās	0,881	0,00
Savas kārtas sagaidīšana un realizācija	0,902	0,00
Uzmanība	1,00	—
Sekošana norādījumiem	0,911	0,08
Attiecību veidošana	0,989	0,00

* r – Pīrsona korelācijas koeficients.

Ņemot vērā praktiski veselo bērnu testa un retesta augsto korelācijas koeficientu visu apakšjomu izvērtējumos un aprakstošās statistikas rezultātus, kas liecina par vērtējumu koncentrāciju maksimuma punktos, var izdarīt pieņēmumu par IMTIP nepiemērotību praktiski veselu 9–12 gadus vecu vispārizglītojošās skolas audzēkņu izvērtēšanai, jo šīs prasmes ir atbilstošas praktiski vesela bērna attīstības normai.

Lai atbildētu uz trešo pētījuma jautājumu, vai ir statistiski nozīmīga saistība starp neatkarīgu vērtētāju IMTIP vērtējumiem, tika aprēķināts neatkarīgo vērtējumu iekšējās saskaņotības koeficients (*Intraclass Correlations Coefficient*) (r) (sk. 4. tab.).

Aplūkojot iegūtos rezultātus, var redzēt, ka sociālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalā starp diviem neatkarīgajiem vērtētājiem $r = 0,822$, bet emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalā starp diviem neatkarīgajiem vērtētājiem $r = 0,771$, kas abos gadījumos ir cieša korelācija. Analizējot detalizētāk, redzams, ka vērtētāju vērtējumi bijuši tuvāki, izvērtējot abu grupu dalībnieku sociālo funkcionēšanu ($r = 0,82$; praktiski veselo bērnu grupai, un $r = 0,8$; bērnu ar uzvedības traucējumiem grupai), taču vērtējumi būtiskāk atšķirušies, novērtējot abu grupu dalībnieku emocionālo funkcionēšanu ($r = 0,66$; praktiski veselo bērnu grupai, un $r = 0,76$; bērnu ar uzvedības traucējumiem grupai).

Lai atbildētu uz ceturto pētījuma jautājumu, kādas ir atšķirības IMTIP Sociālās un Emocionālās funkcionēšanas skalu rādītājos 9–12 gadus veciem pacientiem ar uzvedības traucējumiem un praktiski veseliem 9–12 gadus veciem bērniem, tika salīdzināti abu grupu IMTIP Sociālās un Emocionālās funkcionēšanas skalu rādītāji un aprēķināts Stjudenta kritērijs (t) (sk. 5. tab.).

Aprēķini rāda, ka ir statistiski nozīmīga atšķirība starp abu izlašu vidējiem rādītājiem visās IMTIP Sociālās un Emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas apakšskalās. Tādējādi var secināt, ka IMTIP Sociālās un Emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalas ļauj atklāt būtiskas tendences 9–12 gadus vecu bērnu ar uzvedības traucējumiem un 9–12 gadus vecu praktiski veselu bērnu sociālajā un emocionālajā funkcionēšanā.

4. tabula. IMTIP neatkarīgo vērtētāju ($n = 2$) vērtējumu saistība

Rādītājs	r (iekšējās saskaņotības koeficients)	
Emocionālā funkcionēšana		
Abas izpētes grupas kopā	0,77	
Praktiski veselie bērni	0,66	
Bērni ar uzvedības traucējumiem	0,76	
Pa apakšskalām	Praktiski veselie bērni ($n = 30$)	Bērni ar uzvedības traucējumiem ($n = 30$)
Pamatprasmes	0,77	0,60
Diferenciācija / izpaušana	0,57	0,60
Regulācija	0,45	0,77
Pašapzināšanās	0,71	0,79
Sociālā funkcionēšana		
Abas izpētes grupas kopā	0,82	
Praktiski veselie bērni	0,82	
Bērni ar uzvedības traucējumiem	0,80	
Pa apakšskalām	Praktiski veselie bērni ($n = 30$)	Bērni ar uzvedības traucējumiem ($n = 30$)
Pamatprasmes	0,76	0,86
Piedalīšanās / iesaistīšanās	0,45	0,75
Savas kārtas sagaidīšana un realizācija	0,61	0,57
Uzmanība	0,86	0,81
Sekošana norādījumiem	0,48	0,84
Attiecību veidošana	0,92	0,76

5. tabula. Praktiski veselo bērnu un bērnu ar uzvedības traucējumiem rezultātu salīdzinājums

IMTIP	Praktiski veseli bērni (n = 30)		Bērni ar uzvedības traucējumiem (n = 30)		t*	p**
	M	SD	M	SD		
Emocionālā funkcionēšana						
Pamatprasmes	6,73	1,01	4,93	1,08	6,65	0,00
Diferenciācija / izpaušana	14,36	1,42	11,26	2,62	5,68	0,00
Regulācija	21,60	1,71	18,03	4,56	4,00	0,00
Pašapziņšanās	17,66	2,39	12,86	4,17	5,46	0,00
Sociālā funkcionēšana						
Pamatprasmes	44,90	2,33	37,83	5,05	6,95	0,00
Piedalīšanās / iesaistīšanās	33,43	2,28	28,53	6,10	4,12	0,00
Savas kārtas sagaidīšana un realizācija	17,60	1,69	14,40	3,40	4,60	0,00
Uzmanība	15,36	1,51	11,85	2,60	6,34	0,00
Sekošana norādījumiem	11,56	0,72	10,30	1,78	3,60	0,00
Attiecību veidošana	40,50	6,03	34,30	7,80	3,44	0,00

* t – Stjudenta kritērijs.

** p < 0,05 – ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp izlašu vidējiem rādītājiem.

Pētījuma rezultātu interpretācija un secinājumi

Iegūtie IMTIP skalu iekšējās saskaņotības aprēķina rezultāti ļauj secināt, ka IMTIP skalu iekšējā saskaņotība ir laba, taču Sociālās funkcionēšanas apakšskalā “Sekošana norādījumiem” tā ir apmierinoša. Tāpēc tika veikti papildu aprēķini, kuri atklāja, ka, aprēķinos neizmantojot šķietami atšķirīgo muzikalitāti ietverošo elementu, iekšējās saskaņotības koeficients pieaug nebūtiski, tāpēc var izteikt pieņēmumu par prasmes izvērtēšanai neatbilstošas aktivitātes vai neskaidri veiktu muzikālo norādījumu izvēli, tāpēc nepieciešams precizēt uzdevuma muzikālās komponentes un atkārtotā pētījumā pārbaudīt Sociālās funkcionēšanas apakšskalā “Sekošana norādījumiem”. Turklāt nevienas izlases empīriskais sadalījums pilnībā neatbilda normālam sadalījumam, tāpēc atkārtotā pētījumā lielākā izlasē nepieciešams pārbaudīt to iekšējās saskaņotības rādītājus.

Aplūkojot izteikti augsto korelāciju starp testa un retesta rezultātiem, kā arī empīriskā sadalījuma neatbilstību normālam sadalījumam un negatīvu asimetriju jeb koncentrēšanos ap maksimālajām vērtībām, var izteikt pieņēmumu par IMTIP

Sociālās un Emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalu nepiemērotību praktiski veselu bērnu izpētē, kas sasauca arī ar IMTIP autoru norādi par IMTIP kā piemērotu instrumentu izmantošanai bērnu psihiatrijā un rehabilitācijā [Baxter, et al., 2007].

Analizējot neatkarīgo vērtētāju vērtējumu iekšējās saskaņotības koeficientus, var konstatēt, ka abās skalās ir cieša korelācija starp abu vērtētāju vērtējumiem. Analizējot detalizētāk, redzams, ka vērtētāju vērtējumi būtiskāk atšķirušies, novērtējot abu grupu dalībnieku emocionālo funkcionēšanu. Tas varētu būt skaidrojams ar to, ka emocionālās funkcionēšanas izvērtējums ir šķietami subjektīvāks, jo izpausmes ne vienmēr ir uzskatāmas un ietver vairāk interpretācijas, izsecināšanas. Turklāt neatkarīgie vērtētāji strādāja ar video materiālu, kur reizumis mīmika, ķermeņa valoda un citas neverbālas emociju izpausmes, iespējams, nebija pietiekami detalizēti saskatāmas. Būtiski arī piebilst, ka, norādot uz, iespējams, nepilnīgu mūzikā balstīto izvērtēšanas aktivitāšu izvēli, viens no neatkarīgajiem vērtētājiem Emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas protokolus aizpildīja tikai daļēji, tāpēc viņa sniegtie dati netika iekļauti aprēķinos, tomēr sniegtie komentāri ļauj secināt par precizēta uzdevuma, instrukcijas un detalizētākas rokasgrāmatas izstrādes nepieciešamību nākotnē.

Izvērtējot atšķirības IMTIP Sociālās un Emocionālās funkcionēšanas izvērtēšanas skalu rādītājos, aprēķini rāda, ka ir pārliecinoša un statistiski nozīmīga atšķirība starp abu grupu IMTIP vērtējumiem visās apakšskalās. Tādējādi var secināt, ka ar IMTIP ir iespējams novērot bērnu ar uzvedības traucējumiem emocionālās un sociālās funkcionēšanas grūtības.

Turpmāk ieteicams turpināt darbu pie IMTIP adaptācijas, veicot atlikušo (astoņu) skalu adaptāciju, veicot pētījumus dažādās / citās klientu / pacientu izlasēs, precizējot IMTIP skalās norādīto prasmju definējumus saskaņā ar SFK klasifikatoru bērniem un jauniešiem, kā arī nepieciešams veikt IMTIP izmantoto uzdevumu un instrukciju precizējumus un veikt mūzikas terapiju apmācību.

Literatūra

1. Brummers M., Enckells H. Bērnu un jauniešu psihoterapija. – Rīga: Jumava, 2011. – 279 lpp.
2. Gaitniece-Putāne A. Agresijas, emocionālā intelekta un stoicisma saistība 20–25 un 30–35 gadus veciem respondentiem // Latvijas Universitātes raksti, 2013; 742. sējums.
3. Rokasgrāmata skolotājiem, strādājošiem specializētajās iestādēs bērniem ar psihiskās veselības traucējumiem / Ancāne G., Meistere L., Užāns A. u. c. [2010] // <https://www.google.lv/#q=www.rezeknesnovads.lv%2Fres%2Fcontent2%2F33%2F33542113092431020.pdf>
4. Utināns A. Cilvēka psihe: tās darbība, funkcionēšanas traucējumi un ārstēšanas iespējas. – Rīga: Nacionālais apgāds, 2005. – 568 lpp.

5. Baxter H. (ed.) *The individualized music therapy assessment profile*. – Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007.
6. Berger D. On developing music therapy goals and objectives // *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2009; 9 (1).
7. Bruscia K. Standards for clinical assessment in the art therapies // *The Arts in Psychotherapy*, 1988; 15: 5–10.
8. Chase K. *The music therapy assessment handbook*. – Columbus: Southern Pen Publishing, 2002.
9. *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth version* // <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (sk. 30.12.2012.).
10. Kiesner J., Dishion T. J., Poulin F. A reinforcement model of conduct problems in children and adolescents: advances in theory and intervention // *Conduct disorders in childhood and adolescence* / Ed. by Hill J., Maughan B. – [Cambridge]: Cambridge University Press, 2001. – Pp. 264–291.
11. Layman D., Hussey D., Laing S. J. Music therapy assessment for severely emotionally disturbed children: a pilot study // *Journal of Music Therapy*, 2002; 39 (3): 164–187.
12. Lewis D. O. *Conduct disorder* // *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook* / Ed. by Lewis M. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.
13. Michel D., Pinson J. *Music therapy in principle and practice*. – Springfield: Charles Thomas Publisher, 2005.
14. Oldfield A. *A comparison of Music Therapy Diagnostic Assessment (MTDA) and the Autistic Diagnostic Observation Schedules (ADOS)*: [Unpublished PhD Dissertation]. – Cambridge: Anglia Polytechnic University, 2004.
15. Oldfield A. *Interactive music therapy in child and family psychiatry: clinical practice, research and teaching*. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2006a.
16. Oldfield A. *Interactive music therapy – a positive approach*. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2006b.
17. Oldfield A., Flower C. (eds.) *Music therapy with children and their families*. – Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008.
18. Sabbatella P. *Assessment and clinical evaluation in music therapy: An overview from literature and clinical practice* // *Music Therapy Today*, 2004; 5 (1).
19. Snow S., D'Amico M. *Assessment in the creative arts therapies: defining and adapting assessment tools for adults with developmental disabilities*. – Springfield: Charles Thomas Publishers, 2009.
20. Wells N. An individual music therapy assessment procedure for emotionally disturbed young adolescents // *The Arts in Psychotherapy*, 1988; 15 (1): 47–54.
21. Wheeler B. *Clinical training guide for the student music therapist*. – Gilsum: Barcelona Publishers, 2005.
22. Wigram T. *Assessment methods in music therapy: a humanistic or natural science framework?* // *Nordic Journal of Music Therapy*, 1999; 8 (1): 6–24.

MŪZIKAS TERAPIJA BĒRNIEM AR AUTISKĀ SPEKTRA TRAUCĒJUMIEM

Sandra Barsineviča

*Rīgas Stradiņa universitātē, Rehabilitācijas fakultātē,
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca "Gaiļezers", Rehabilitācijas dienests*

Mūzikas terapeita darba organizācija

Mūzikas terapija bērniem ar autiskā spektra traucējumiem (AST) tiek veikta Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) "Gaiļezers" Psihiatrijas klīnikā ambulatori dienas stacionārā. AST pacienti apmeklē vidēji 10 mūzikas terapijas sesijas (1–2 sesijas nedēļā). Mūzikas terapija bērniem ar AST parasti notiek individuāli.

Mūzikas terapeits dienas stacionārā strādā multiprofesionālas komandas ietvaros, īstenojot psihiskās rehabilitācijas programmu. Multiprofesionālajā komandā ir šādi speciālisti: klīniskais psihologs; psihoterapeits; mākslas terapeits – deju un kustību terapeits, vizuāli plastiskās mākslas terapeits, mūzikas terapeits; funkcionālie speciālisti – logopēds, ergoterapeits, fizioterapeits. Multiprofesionālo komandu vada pacienta ārsts, bērnu psihiatrs. Mūzikas terapeits izvērtē pacientu, izvirza mūzikas terapijas mērķus, novērtē rezultātus, saskaņojot mūzikas terapijas mērķus ar kopīgajiem psihiskās rehabilitācijas programmas mērķiem, piedaloties komandas sapulcēs, kopīgi analizējot rehabilitācijas gaitu un rezultātus.

Laikposmā no 2011. gada septembra (kad sāka darboties dienas stacionārs) līdz 2012. gada septembrim pacienti ar AST ir skaitliski lielākā pacientu grupa mūzikas terapijā, sasniedzot 35% (26 pacienti ar AST no 74 dienas stacionāra pacientiem) no visām diagnožu grupām (garīgās attīstības traucējumi, valodas attīstības, mācīšanās traucējumi, uzvedības un emocionālie traucējumi, organiski traucējumi, neirotiski traucējumi). Lielākajai daļai AST grupas pacientu (pēc SSK-10 slimību klasifikācijas – pervazīvi attīstības traucējumi) diagnoze ir bērnišas autisms (pēc SSK-10 – F84.0) – 13 pacientiem; 8 pacientiem ir atipisks autisms (F84.1). Salīdzinoši mazāk ir pacientu ar Reta sindromu (F84.2) – 3 pacienti – un Aspergera sindromu (F84.5) – 2 pacienti.

Grūtības pacientiem ar autiskā spektra traucējumiem

Pacientiem ar AST specifiskas grūtības var radīt:

- 1) verbālā un neverbālā komunikācija – grūtības saprast valodu, mīmiku, žestus, izmantot acu kontaktu, runas kompensācijas trūkums ar neverbālās komunikācijas līdzekļiem; valodas deficīts;

- 2) motori sensorās sistēmas traucējumi – grūtības koordinēt, apstrādāt un integrēt daudzveidīgus stimulus;
- 3) motorās stereotipijas un rituāla uzvedība – stereotipisks un atkārtotais spēles veids; fiksācija uz spēles materiālu nefunkcionālām detaļām; valodai var būt raksturīgas eholālijas;
- 4) sociālā mijiedarbība – grūtības veidot attiecības ar apkārtējiem cilvēkiem, grūtības spontāni dalīties ar citiem emocijās, interesēs, aktivitātēs.

Pacientiem ar AST var būt vairākas citas nespecifiskas grūtības, piemēram, fobijas, miega un ēšanas traucējumi, uzbudinājuma lēkmes un agresivitāte [Bauze u. c., 2011, 51]. Autiskā spektra traucējumi bieži kombinējas ar garīgās attīstības traucējumiem, apmēram $\frac{2}{3}$ pacientu tiek konstatēta dažādu pakāpju garīgā atpalicība. Ar vienu AST grupas diagnozi – bērības autismu – četras līdz piecas reizes biežāk slimo zēni [Vabale, 2008, 19]. Bieži vien kā papildu diagnoze bērniem ar AST ir arī specifiski runas un valodas attīstības traucējumi (SSK-10 F80).

Mūzikas terapijas mērķi pacientiem ar autiskā spektra traucējumiem

Mūzikas terapijā, strādājot multiprofesionālā komandā, pacientu ar AST izvērtēšanai un mērķu izvirzīšanai tiek izmantota “Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija” (SFK). Lai gan katram pacientam mērķi tiek izvirzīti atkarībā no viņa individuālajām īpatnībām, tomēr AST pacientu grupai iezīmējas kopīgas tendences mērķu izvirzīšanā, ko nosaka pacientu ar AST līdzīgās problēmu jomas. Parasti primārais mērķis pacientiem ar AST ir komunikācijas spēju uzlabošana. Uz šo mērķi tiek virzīts visas rehabilitācijas komandas darbs, jo parasti komunikācijas traucējumi ir pacientu ar AST pamatgrūtība. Sekundārie mērķi var tikt izvirzīti stereotipiju mazināšanai (SFK b147 – psihomotorās funkcijas), vokalizācijas, t. sk. preverbālās veicināšanai (SFK d335 – neverbāla ziņojuma veidošana), uztveres funkciju integrācijai (SFK b156 uztveres funkcijas), uzmanības noturības attīstīšanai (b140 – uzmanības funkcijas).

Teorētiskā pieeja mūzikas terapijā pacientiem ar autiskā spektra traucējumiem

Autisms un autiskā spektra traucējumi ir viena no visvairāk aprakstītajām un pētītajām diagnožu grupām mūzikas terapijā. P. Nordofs un K. Robins [Nordoff, Robbins, 1983] radošās mūzikas terapijas pamatprincipus – konceptu par indivīda iedzimto muzikalitāti (*music child*), bērna personības satikšanu, personības reprezentēšanu muzikālajā izpausmē – attiecina arī uz darbu ar autiskiem bērniem.

Dž. Alvina [*Alvin*, 1991], integratīvās (brīvās improvizācijas) mūzikas terapijas izveidotāja, uzsver mūzikas kā komunikācijas un attiecību veidošanas instrumenta lomu darbā ar autiskiem bērniem, iespēju ar skaņu (mūzikas instrumentu, balsi) palīdzību izveidot kontaktu ar sevi un citiem, apzināties un kontrolēt savas izpausmes.

A. Oldfilda savā autisma izvērtēšanas instrumentā [*Oldfield*, 2006] ietvērusi autismam tipiskas uzvedības izpausmes, kuras ir saistītas ar bērna un mūzikas terapeita mijiedarbību, bērna muzikālajām izpausmēm. Piemēram, bērns ir pārāk ieinteresēts instrumenta materiāla tekstūrā, kārtu instrumentus un vāļītes, bērna balss tembrs vai intonācija ir neparasta vai raksturīga atkārtošana, bērna spēle balstās uz daudzkārtēju atkārtošānu, bērna iesaistišanās kopīgā spēlē nepāraug dialogā, viņš spēj reaģēt uz tikai vienu elementu, un reakcija ir kopēšana.

Dž. di Franko [*di Franco*, 1999], strādājot psihodinamiskajā pieejā, savos gadījumu aprakstos īpašu uzmanību pievērta vokālās improvizācijas nozīmei stereotipiju mazināšanā, ietveršanā. Di Franko atzīmē autistu ierobežoto un selektīvo instrumentu izvēli, bet uzsver balss / vokalizāciju nozīmi, spontāni producējot skaņas, veidojot vienkāršas attiecības ar citiem. Stereotipā uzvedība var tikt mazināta, koncentrējoties uz ķermeni un tā izpausmi balsī. Jo vairāk uzmanības bērns koncentrē uz ķermeņa un balss izpausmēm, jo vairāk samazinās muzikālo paternu rigiditāte un palielinās muzikālā daudzveidība.

K. Šūmaheres attīstības psiholoģijā balstītā mūzikas terapija ir viens no visizstrādātākajiem, sistemātiskākajiem, praktiski efektīvākajiem mūzikas terapijas modeļiem bērniem ar autiskā spektra traucējumiem [*Schumacher*, 1994]. Sensorās sistēmas agrīnie traucējumi un sensorās integrācijas jeb daudzveidīgo sensoro stimulu apstrādes un koordinācijas traucējumi tiek apskatīti kā pamatcēlonis traucējumiem socioemocionālajā sfērā. Tātad, lai bērnam attīstītos spējas kontaktēties ar citiem, veidot attiecības, mijiedarboties, piedalīties šajās attiecībās emocionāli, viņam ir nepieciešamas spējas integrēt atsevišķos sensoros impulsus. K. Šūmaheres pieejā ļoti svarīga loma impulsu apstrādes un attiecību veidošanas attīstībā ir ķermeņa kustībām, to saskaņošanai ar skaniskajām, vokālajām izpausmēm. Piemēram, kustību un runas rotaļas, ko vecāki izmanto komunikācijā ar bērnu jau agrīnā vecumā, ir līdzeklis koordinēta kairinājumu klimata izveidei, kas palīdz apstrādāt, sintezēt daudzveidīgos impulsus.

Arī bērna ķermeņa izjūta, spēja sevi uztvert kā darbības avotu ir nepieciešama, lai attīstītos bērna izpratne par sevi kā darbības iniciatoru, autoru un spējām ietekmēt, iedarboties uz apkārtējo vidi / cilvēkiem. Tikai pēc tam, kad bērns spēj uztvert sevi kā darbības autoru, viņš spēj uztvert arī terapeitu kā atsevišķu personu, kā partneri, ar kuru iespējams attīstīt kopīgas intereses, vēlmes, dalīties emocijās.

K. Šūmahere ir nosaukusi vairākus pamatprincipus mūzikas terapijai bērniem ar autiskā spektra traucējumiem.

- Bērna stāvokļa akceptēšana. Izmaiņas bērna autiskajā stāvoklī ir iespējamās tikai tad, ja bērns jūtas pieņemts un akceptēts tāds, kāds viņš ir (īpaši tas attiecas uz bērna stereotipijas izpausmēm). Bērna nespēja sakārtot pasauli tiek kompensēta ar izpausmēm, kas mums šķiet patoloģiskas. Tomēr bērna uzvedība ataino no bērna viedokļa labāko iespējamo risinājumu. Šāda izpratne palīdz raudzīties ne tikai uz simptomiem, bet ievērot arī bērna spējas un saskatīt viņa resursus.
- Pozitīvā hipotēze (pozitīvās gaidas). Mūzikas terapietam svarīgi ar savu nostāju un izturēšanos radīt pozitīvu atmosfēru terapijas procesā, uzturēt “gaidošu”, “kontakta pieļaujošu” attieksmi – cerību, ka bērnam ir pieejama komunikācija, – kaut visniecīgākajās izpausmēs. Ir svarīgi šīs gaidas, cerību neaizstāt ar prasībām pēc kontakta. Līdzsvars starp “sagaidīt”, bet ne “pieprasīt” ir mūzikas terapeita meistarības jautājums.
- Mūzikas terapeita uztveres spējas: redzēt, dzirdēt, sajust. Svarīgas mūzikas terapeita spējas ir pamanīt, empātiski izjust autiska bērna stāvokli, noskaņojumu, ievērot un imitēt bērna kustības un balss izpausmes, kā arī būt gatavam rezonēt, atbildēt uz bērna izpausmēm.
- Tuvuma un distances līdzsvarošana. Autiskam bērnam, no vienas puses, ir vajadzība pēc tuvuma, ķermeniska kontakta (ko viņš nav pieredzējis gadiem ilgi savu traucējumu dēļ, tādēļ nav varējušas attīstīties attiecību spējas), bet, no otras puses, viņš baidās un izvairās no tuvuma. Mūzikas terapeits ar atbilstošām tehnikām respektē bērna vajadzības pēc tuvuma vai distances.
- Mūzikas terapeita muzikālās kompetences, no bērna izejošās spēles formas attīstīšana. Mūzika (instrumentu spēle, vokalizācijas), kas tiek izmantota terapeitiskā kontekstā, nav pašmērķis. Tomēr tai ir jābūt tik kvalitatīvai, emocionāli piepildītai un tehniski atbilstošai, cik iespējams. Tās mērķis ir “pamodināt”, atraisīt bērna mūziku, pat “izcelt ārā” to no autiska bērna. Mūzikas terapeits ar savu spēli / vokalizāciju var pavadīt bērna muzikālās izpausmes tā, lai bērns justos atbalstīts un iedrošināts turpināt, kā arī izveidot tādu spēles formu, kas ir emocionāli uzrunājoša un izraisa bērnam vēlmi to atkārtot.

Mūzikas terapijas process: prakses piemēri

Mūzikas terapijas process parasti ietver 10 mūzikas terapijas sesijas, 1–2 reizes nedēļā. Pacienti ar AST lielākoties ir pirmsskolas vai jaunākajā skolas vecumā (3–10 gadi), un viņiem sesijas ilgums parasti ir 30 minūtes. Mūzikas terapijas darba sākuma posmā (1.–2. sesijā) notiek kontakta veidošana ar bērnu, pacienta adaptācija, izvērtēšana. Mūzikas terapijas darba procesa posmā (parasti 3.–8. sesijā) notiek darbs ar izvīrētajiem mērķiem. Mūzikas terapijas noslēguma posmā (9.–10. sesijā) notiek mūzikas terapijas procesa novērtēšana, atvaidīšanās.

Autore savā praksē novērojusi, ka bērni ar AST ir zināmā mērā īpaša, atšķirīga pacientu grupa. Kurai gan citai pacientu grupai būtu raksturīgi pilnībā ignorēt mūzikas terapietu un viņa darbību, izvairīties no mūzikas instrumentiem, apsēsties telpas stūrī vai zem galda un ilgstoši vicināt rokas vai virpināt žalūziju stienīti, ilgstoši skriet pa apli, neveidot acu kontaktu vai skatīties “cauri”, ilgstoši kārtot rindā, piemēram, bungu kociņus, nereaģēt uz aicinājumiem pievērsties citām aktivitātēm? Šādu uzvedību nosaka bērnu ar AST grūtības adaptēties jaunā vidē, apstrādāt daudzveidīgus impulsus, orientēties jaunos apstākļos, izveidot kontaktu (gan ar mūzikas instrumentu, gan ar mūzikas terapietu). Autiskiem bērniem raksturīga uzvedība mūzikas terapiētā var izraisīt bezpalīdzības izjūtu: “mani nepamana”, “mani neņem vērā”, kas savukārt var radīt vēlmi pastiprināt aktivitāti, lai rastu kontaktu ar bērnu. Tomēr šāda darbība var tikai pasliktināt situāciju, veicināt autiska pacienta norobežošanos un apgrūtināt kontakta veidošanu.

Pēc autores domām, darbā ar autiskiem bērniem ļoti svarīgi ir ievērot iepriekš izklāstītos K. Šumaheres pamatprincipus un izvēlēties šai pacientu grupai atbilstošas intervences. Praksē ļoti noderīgas ir bijušas K. Šumaheres ieteiktās ietekmes autiska bērna neiesaistīšanās un stereotipiju gadījumā [Schumacher, 1994], kas ir izplatītas un tipiskas uzvedības izpausmes pacientiem ar AST. Neiesaistīšanās vai pasivitātes gadījumā ir svarīgi nepārmākt bērnu ar aktivitāti, bet izturēt un “palikt” pie viņa. Iespējams izmantot pavadošu improvizāciju: ja bērns guļ nekustīgi uz grīdas, var spēlēt lēnu, mierīgu mūziku. Ir svarīgi atrast jebkādu niecīgu darbību, caur kuru var “piesaistīties” un atrast saskari ar bērnu. Tā var būt elpošana, acu kustības, jebkuras izmaiņas – rokas pakustēšanās, ātrāka elpošana, balss – uz ko var reaģēt savā improvizācijā, līdzdarboties bērnam (piemēram, arī paštrināt elpošanu, aizturēt elpu). Stereotipiju gadījumā mūzikas terapietam ir svarīgi respektēt bērna stereotipijas, uztvert tās kā bērna “valodu”, viņa piedāvājumu. Iespējams, ka pats bērns vāji apzinās savas stereotipijas – ko viņš konkrēti dara. Mūzikas terapieta uzdevums būtu palīdzēt bērnam tās apzināties, izmantot kā materiālu, darbību, ko bērns var, un attīstīt to tālāk, lai mērķi integrētu kopīgā mijiedarbībā attiecību veidošanai.

Piemērs no prakses. Autiskam bērnam bija izteikta tendence virpināt rokās kociņu, un tā kļuva izteiktāka, kad bērns sajūtās nedroši vai pastiprinājās nogurums (sesijas otrajā pusē), kā arī pēc tuvākas sadarbības epizodēm (nepieciešamība pēc attāluma, piedzīvojot tuvāku kontaktu). Autore mēģināja atspoguļot bērna darbību, piemēram, arī virpināt kociņu, pārtraucot reizē ar bērnu. Kad bērns bija pieradis pie šādas darbības, turpmākajās sesijās autore jau mēģināja šai darbībai pievienot vokalizāciju un vēlāk izrādīja iniciatīvu izmaiņām darbībā, piemēram, paštrināja vai palēnināja virpināšanu (reizē paštrinot vai palēninot vokalizāciju) vai nometa kociņu zemē, kas bērnu sasmidzināja, stimulēja acu kontakta veidošanu. Šādas intervences palīdzēja bērnam apzināties savas stereotipās darbības, veidot kontaktu, vadīt, labāk kontrolēt savas darbības un veidot sadarbības elementus.

Darbā ar autiskiem bērniem autore bieži izmanto vokalizācijas – bez instrumenta spēles vai kopā ar instrumenta spēli. Autore novērojusi, ka bērni ar AST bieži vien labāk tolerē mūzikas terapeita vokalizēšanu, dziedāšanu nekā instrumentālu improvizēšanu. Piemēram, pacients ņem nost mūzikas terapeita roku no klavierēm, pārtrauc savu klavieru spēli, bet kopā ar mūzikas terapeita vokalizēšanu turpina savu spēli. Vokalizāciju izmantošana ir nozīmīga arī tādēļ, ka autiskiem bērniem ir grūtības uzsākt instrumenta spēli. Piemēram, viņi var vispār izvairīties, iet apkārt piedāvātajam instrumentam, var uzsist tikai dažus sitienus uz bungām un turpināt pārvietoties pa telpu.

Bērniem ar AST ir grūtības izveidot kontaktu ar instrumentu, veikt mērķtiecīgu, organizētu, ilgstošu spēles darbību. Tādēļ bieži vien var būt grūtības veidot kontaktu ar pacientu, izmantojot instrumentu spēli. Toties balss izmantošana vairākos gadījumos autiskam bērnam ir bijusi pieejamāks, drošāks resurss, ar ko izpaust sevi, mēģināt veidot kontaktu un sadarboties. Piemēram, autisks bērns, ielīdis kabineta stūrī, skatās pa logu un līdz šim ir izrādījis minimālu interesi par piedāvātajiem mūzikas instrumentiem, bet atsevišķas reizes izdod vokālas skaņas. Mūzikas terapeite vokalizācijā (ar vai bez klavieru spēles) “atbild” – imitē bērna balss skaņas. Bērns, paliekot savā vietā, turpina savu vokālo “frāzi”. Tādā veidā turpinās dialogs starp bērnu un mūzikas terapeitu, ietverot bērna izpausmi kopīgā sadarbības formā, radot iespēju bērnam, piemēram, ietekmēt, mainīt mūzikas terapeita vokālo “atbildi”. Manuprāt, bieža un regulāra vokalizācija kā mūzikas terapijas metodes izmantošana stimulē un iedrošina bērnu izmantot savu balsi un komunicēt ar balss palīdzību.

Parasti tajā mūzikas terapijas procesa posmā, kad pacients ar AST ir adaptējies, jūtas drošāks, labāk orientējas telpā, mūzikas materiālos, sesijas struktūrā, iespējams vairāk strādāt ar komunikācijas un sadarbības prasmju veicināšanu, produktīvas spēles epizožu papildzināšanu – stereotipo un rituālo darbību mazināšanu, savas darbības apzināšanos un vadīšanu.

Piemērs no prakses. Pacients, kas pirmajās sesijās gandrīz nemaz neizmantoja balsi (4,5 gadu vecumā aktīvajā vārdu krājumā bija 4–5 vārdi), mūzikas terapijas gaitā sāka izmantot balsi biežāk – gan vokalizējot bez instrumenta spēles, gan reizē ar savu spēli, mūzikas terapeita spēli, vokalizācijām kļūstot daudzveidīgākām (jaunas skaņas, zilbes). Būtiskākais, pēc autores domām, bija spējas saziņai izmantot balsi. Piemēram, pirms vokalizēšanas bērns pagriezās pret mūzikas terapeiti, paskatījās uz viņu, māja ar roku vokalizācijas laikā. Šīs darbības liecina par apzinātu bērna vēlmi sazināties, pavēstīt kaut ko, komunicēt. Devītajā un desmitajā sesijā šis pacients spēja atsevišķas reizes imitēt iepriekš dzirdēto mūzikas terapeites vokalizāciju, kā arī vairākkārt pēc kārtas ievēroja spēles / vokalizācijas principu, noklausoties mūzikas terapeiti, pēc tam pats spēlējot / vokalizējot. Šāda darbība prasa spējas uztvert otra cilvēka sūtīto informāciju, izprast principu, ka spēlēšana notiek pēc kārtas (autiski bērni parasti spēlē, nesagaidot savu kārtu), pagaidīt,

kamēr otrs beidz, un tad sniegt savu “atbildi”. Šādai vokālai vai instrumentālai dialoga spēles formai ir līdzība ar verbālu sarunu, un neverbāla (vokāla vai instrumentāla) dialoga veidošana attīsta pamatprasmes verbālas sarunas veidošanai.

Ari instrumentu spēlē ir iespējams panākt uzlabojumus mūzikas terapijas darba procesā. Pacienti ar AST kopīgā instrumentu spēlē ar mūzikas terapeitu parasti neseko mūzikas terapeita ieviestajām izmaiņām muzikālajā materiālā, bet turpina spēlēt “pa savam”. Mūzikas terapijas sākuma posmā mūzikas galvenokārt terapeits ir tas, kurš pielāgojas, seko un imitē bērna spēli, panākot klātbūtnes efektu, ietverot bērna muzikālās izpausmes, atbalstot un iedrošinot bērnu turpināt aktivitāti un kontaktu. Turpmākajās sesijās bērniem ar AST var attīstīties spējas sekot mūzikas terapeita spēlei (sākumā tikai atsevišķas reizes, ļoti epizodiski), ieviest izmaiņas savā spēlē, saskaņojot ar mūzikas terapeita spēles izmaiņām.

Piemērs no prakses. Bērns pirmajās sesijās gandrīz nespēja citus instrumentus, izņemot klavieres, un meta zemē viņam piedāvāto ksilofona kociņu vai mēģināja ņemt nost ksilofona plāksnītes. Pēdējās sesijās viņš ksilofonu spēlēja kopā ar mūzikas terapeiti un sāka sekot mūzikas terapeites spēlei. Mūzikas terapeite spēlēja *glissando* (novelkot kociņu pāri visām plāksnītēm). Bērns sākumā vēl turpināja savu iepriekšējo spēli, bet pēc brīža arī nospēja *glissando*. Mūzikas terapeite atkal mainīja spēli, spēlējot atsevišķas plāksnītes. Bērns sākumā vēl spēlēja *glissando*, bet drīz mainīja spēli uz atsevišķiem sitieniem. Spēles turpinājumā bija epizode, kad bērns pieklusināja savu spēli pēc tam, kad mūzikas terapeite bija samazinājusi spēles skaļumu.

Mūzikas terapijas rezultāti pacientiem ar autiskā spektra traucējumiem

Lai gan mūzikas terapijas rezultāti ir atkarīgi no katra pacienta individualitātes, tomēr ir kopīgas tendences pozitīvajā dinamikā pacientiem ar AST.

- Komunikācija, valodas attīstība: biežāks, apzinātāks acu kontakts, taktilais kontakts, distances mazināšanās; gadījumos, kad ir ievērojami valodas attīstības traucējumi – balss izpausmju biežuma un ilguma palielināšanās, skaņu daudzveidība, vokalizācijas izmantošana komunikācijā (izpaužot emocijas, izpaužot vajadzības, vokalizējot kopā ar mūzikas terapeitu, vokalizējot pamišus / dialoga formā, imitējot ar balsi).
- Sociālā mijiedarbība: lielāka drošība attiecībā ar mūzikas terapeitu; spējas reaģēt uz mūzikas terapeita spēli / vokalizāciju, sekot spēles izmaiņām, imitēt; veidot pamišus spēli – uz klausīt, sagaidīt savu kārtu un pašam atbildēt; emociju izpausme komunikācijā, izpaužot prieku kopīgas darbības laikā.
- Uzvedība, stereotipijas: adaptācija, apzinātāka, mērķtiecīgāka darbība; nefunkcionālu vai rituālu darbību samazināšanās (pārvietošanās telpā, ūdenskrāna griešana, kociņu kārtošana), stereotipiju mazināšanās; daudzveidīgākas spēles izpausmes.

- Uztvere, uzmanība: uzlabojas spējas uztvert, apstrādāt daudzveidīgu informāciju (dzirdes, kustību, pieskares); integrēt daudzveidīgus stimulus (vienlaikus spēlēt un vokalizēt, dzirdēt skaņu un izdarīt kustību); paildzinās uzmanības noturības epizodes.

Mūzikas terapijas iekļaušana psihiskās rehabilitācijas programmā ir efektīvs veids, kā uzlabot multiprofesionālas komandas darbu ar pacientiem, kuriem ir autiskā spektra traucējumi.

Literatūra

1. Autisms un autiskā spektra traucējumi: Ieskats teorijā un praksē / Sast. A. Vabale. – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2008.
2. Bauze D., Kronberga Z., Ķevere L. u. c. Autisms un autiskā spektra traucējumi // Latvijas Ārsts, 2011; 2: 50–53.
3. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija. – Ženēva: Pasaules Veselības organizācija, 2001. [Latviskais tulkojums: Rīga, 2003.]
4. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija. – 10. red. [1–3]. – Ženēva: Pasaules Veselības organizācija, (1992–1994). [Latviskais tulkojums: Rīga, 1996–2000.]
5. Alvin J. Music therapy for the autistic child / A. Warwick (ed.). – 2nd ed. – New York: Oxford University Press, 1991.
6. Di Franco G. Music and autism: vocal improvisation as containment of stereotypies. Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology / Wigram T., De Backer J. (eds.). – London: Jessica Kingsley Publishers Ltd., 1999. – Pp. 93–118.
7. Nordof P., Robbins C. Musik als Therapie für behinderte Kinder. – Frankfurt: Ulstein Verlag, 1983.
8. Oldfield A. Interactive music therapy – a positive approach. Music therapy at a child development centre. – London: Jessica Kingsley Publishers Ltd, 2006.
9. Schumacher K. Musiktherapie mit autistischen Kindern. Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung. – Stuttgart: Fischer, 1994.

KOMUNIKATĪVO PAMATIEMAŅU ATTĪSTĪŠANA MŪZIKAS TERAPIJĀ BĒRNIEM AR SMAGIEM PSIHOFIZIOĻĪSKIEM TRAUCĒJUMIEM

Anžela Beļska¹, Jeļena Denisjuka²

¹ Dobeles Bērnu mūzikas skola

² Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Analizējot zinātnisko literatūru, var secināt, ka ir maz statistikas datu par bērniem ar smagiem psihofizioloģiskās attīstības traucējumiem. Autore astoņus gadus ilgā pieredze Dobeles Bērnu mūzikas skolā darbā ar dažādu diagnožu pacientiem un dažādām pacientu grupām liecina, ka ir daudz bērnu ar attīstības traucējumiem. Saskaņā ar speciālās psiholoģijas nozares praktiķu pētījumu datiem, šie bērni veido vidēji līdz 40% speciālo izglītības iestāžu kontingenta [Жугорева, 2009, 27].

Panākumi darbā ar šādiem pacientiem / klientiem ir atkarīgi no speciālistu profesionālā līmeņa. Lai analizētu un interpretētu radošajā improvizācijā radīto materiālu, ir izstrādāti gan kvalitatīvie, gan kvantitatīvie vērtēšanas instrumenti. Līdz šim izstrādātās vērtēšanas skalas analizē vairākus mūzikas terapijas procesa aspektus, piemēram, muzikālo interakciju [Pavlicevic, 1995, 167–180], atsaucību, iesaistīšanos un muzikālo komunikabilitāti [Nordoff, Robbins, 1977, 21], diagnozi [Raijmakers, 1993, 126–136], kognitīvo izzīņu, uztveri, motorās un vizuālās iemaņas [Grant, 1995, 273], skaņas – muzikālos profilus [Franco, 1999, 93], elementus, kas veido mūzikas struktūru [Grocke, 1999], mūzikas paredzamību [Wigram, 2002, 152], un pievēršas improvizētās mūzikas analīzei [Bruscia, 1987].

Mūzikas terapijai ir jābūt kompetentam izvērtēšanas instrumentu lietošanā. Speciālista zināšanu un daudzpusības līmeni nosaka viņa kompetence dažādās medicīnas disciplīnās. Apgūstot šīs prasmes, izveidojas labs un veiksmīgs pamats integratīvai pieejai, kas iekļauj daudzpusīgu programmas modeli, kurš savukārt ir ļoti vērtīgs bērniem ar īpašām vajadzībām.

Hipotēze: mūzikas terapijas modelēšanas tehnika ir efektīvs līdzeklis komunikatīvo pamatiemaņu attīstībai bērniem ar vairākiem psihofizioloģiskās attīstības traucējumiem.

Autore piedāvā diskusiju par dažādām metodēm, to efektivitāti un integrāciju praksē, balstoties uz katra pacienta individuālajām vajadzībām.

Smagu psihofizioloģiskās attīstības traucējumu jēdziens

Pētot speciālās pedagoģijas literatūru, var secināt, ka nevienam jēdzienam nav tik daudz dažādu definējumu kā jēdzienam “smagi psihofizioloģiskās attīstības traucējumi”. Ar smagiem psihofizioloģiskās attīstības traucējumiem tiek saprasts komplekss sindroms, kurā apvienojas intelektuālās attīstības traucējums ar redzes, dzirdes, fiziskās attīstības traucējumiem un audzināšanas grūtībām. Jēdziens “smagi psihofizioloģiskās attīstības traucējumi” norāda uz to, ka runa ir par smagiem traucējumiem, bet netiek runāts, par kādiem traucējumiem tieši un kurš no traucējumiem ir īpaši būtisks [Жузепова, 2009, 19].

Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā slimību klasifikatora 10. izdevumā [World Health Organization, 1996] psihiskās attīstības traucējumus iedala vieglā, vidēji smagā, smagā un ļoti smagā formā.

- Viegla garīga atpalcība (F70) – pacienti lēnāk apgūst valodu, lielākā daļa no viņiem spēj lietot valodu ikdienas vajadzībām, viņi ir spējīgi arī sniegt atbildes kliniskajās intervijās. Lielākā daļa no viņiem spēj neatkarīgi parūpēties par sevi.
- Vidēji smaga garīga atpalcība (F71) – pacientiem lēni attīstās valodas izpratne un lietošana, turklāt viņu kapacitāte ir ļoti ierobežota. Pašaprūpes un motorās iemaņas arīdzan atpalc no normas, un šiem pacientiem ir nepieciešama uzraudzība mūža garumā.
- Smaga garīga atpalcība (F72) – lielākajai daļai pacientu piemīt motora nepilnvērtība un citi kustību traucējumi, kas norāda uz būtiskiem klīniskiem bojājumiem vai CNS anomālijām.
- Dziļa garīga atpalcība (F73) – IQ (*intelligence quotient*) ir mazāks par 20 ballēm, kas nozīmē, ka pacientu izpratne un instrukciju izpilde ir ļoti ierobežota. Viņu pašaprūpes spējas ir vai nu ļoti niecīgas, vai to nav nemaz un viņiem ir nepieciešama nepārtraukta palīdzība un uzraudzība.

Smagi psihofizioloģiskās attīstības traucējumi ir divi vai vairāki traucējumi, kurus izraisa organisma vairāku funkcionālo sistēmu vienlaicīgs bojājums savienojumā ar smadzeņu struktūru bojājumu. Katrs no tiem šajā kompleksā pastāv ar tam raksturīgiem sekundāriem traucējumiem, kas ārkārtīgi sarežģī defekta kopējo struktūru, apgrūtina tā kompensāciju, atspoguļojas šīs kategorijas bērnu psihiskajā attīstībā un izraisa grūtības sociālajā adaptācijā [Жузепова, 2009, 21].

Komunikācijas jēdziens

Jēdziens “komunikācija” tiek izmantots daudzās disciplīnās. Ir avoti, kuros jebkura organisma reakcija tiek saukta par komunikāciju. Darba autores atbalsta Brušija (*Bruscia*) uzskatu par komunikāciju: komunikācija mūzikas terapijā ir

“sistemātisks intervenču process, kurā terapeits palīdz klientam sasniegt veselību, pielietojot muzikālo pieredzi un attiecības” [Bruscia, 1998, 47]. Muzikālās pieredzes var tikt izpaustas, dziedot vai vokalizējot, spēlējot perkusijas vai melodiskus instrumentus, kā arī klausoties mūziku. Lai gan bērniem nākas grūti pasīvi klausīties mūziku, viņus daudz biežāk var iesaistīt mūzikas radīšanā. Lielākoties tiek spēlētas vai nu strukturētas dziesmas, vai brīvas improvizācijas (t. i., spontāna mūzikas radīšana). Mūzikas terapeits bieži ir iesaistīts mūzikas spēlēšanā, un ar mūzikas elementu starpniecību notiek mijiedarbība ar klientu. Izprotot mūzikas terapiju kā specializāciju, ir lietderīgi atšķirt mūzikas terapiju no muzikālas izglītības.

“Sistemātisks intervenču process” daļēji attiecas uz racionālo mūzikas terapijas daļu. Pamata pieņēmums ir tāds, ka tādas klienta muzikālas darbības kā mūzikas radīšana un tas, ko viņš tajā atspoguļo, ir saistāmas ar psiholoģiskām funkcijām. Sistemātiskas intervences mūzikas terapijā var izveidot izmaiņas klienta muzikālajā uzvedībā, kas savukārt liecina arī par psiholoģiskām izmaiņām.

Mūzikas terapijas intervenču nozīme bērniem ar autiskā spektra traucējumiem

Bērni ar autiska spektra traucējumiem, kuriem ir ievērojami ierobežota verbālā un neverbālā komunikācija, pozitīvi reaģē uz mūzikas terapijas intervencēm, kurās ir iekļautas gan aktīvās, improvizatoriskās, gan receptīvās mūzikas terapijas metodes. Ir atklāts, ka improvizatoriskās muzikālās aktivitātes ar terapeitiskiem mērķiem, kas ir vērstas uz noteiktu rezultātu sasniegšanu, veicina motivāciju, komunikācijas prasmes un sociālo mijiedarbību, kā arī uztur un paldzina uzmanību. Mūzikas struktūra un paredzamība veicina savstarpējo mijiedarbību, kurā tolerance, elastība un sociālā iesaistīšanās ir attiecības veidojoši elementi un, balstoties uz sistemātisku pieeju, var sekmēt atbilstošas un jēgpilnas savstarpējās intervences [Wigram, 2005, 535].

Mūzikas terapiju rekomendē kā efektīvu ārstēšanas veidu komunikācijas veicināšanā, jo mūzika ir spēcīgs medijs, kas ietver virkni ekspresīvu kvalitāšu, dinamisku formu un dialogu, un piedāvā līdzekļus, ar kuru palīdzību var konstatēt alternatīvas komunikācijas formas, kas palīdz sasniegt pacienta iesaistīšanos, mijiedarbību un attiecības [Wigram, 2002, 152].

Mūziku apstrādā smadzeņu lauki, kuri nav gluži tie paši, kas piedalās runas un valodas apstrādē, tādēļ bērnam ir vieglāk absorbēt informāciju un prasmes ar mūzikas starpniecību. Viens no mūzikas terapijas mērķiem ir nodrošināt audzēkņiem ar īpašām vajadzībām melodiskas un ritiskas stratēģijas, kas palīdz vispārināt un pārnest iegūto informāciju citās mācību vidēs [Amerikas Mūzikas terapijas asociācija, 2010].

Mūzikas terapija kā medicīniska tehnoloģija

Līdzīgi kā psiholoģiska intervence, mūzikas terapija izmanto ekspresīvus mūzikas elementus kā primāros intervenču līdzekļus starp terapeitu un klientu. Terapeita aktīvā klausīšanās tiek kombinēta ar muzikālo improvizāciju, izmantojot gan instrumentus, gan balsi, tādā veidā dodot cilvēkiem iespēju komunicēt “savā” muzikālajā valodā neatkarīgi no viņu spēju līmeņa.

Mūzikas terapeits strādā individuāli un grupās, un metodes var mainīties atkarībā no terapeita darba vides un teorētiskās pieejas.

Izvērtēšanas tehnoloģijas iekļauj:

- 1) primāro izvērtēšanas procesu (kontakta veidošanas ar pacientu);
- 2) pacienta grūtību un situācijas analīzi, ievācot papildu informāciju no veselības aprūpes iestādēm;
- 3) pacientu pašnovērtējuma aptaujas;
- 4) objektīvā novērtējuma testus;
- 5) mūzikā balstītu izvērtēšanu mūzikas terapijā, piemēram, Nordofa / Robinsa muzikālo profilu “Neverbālā komunikācija”, kas ir balstīts uz improvizāciju.

Improvizācija ir atslēga tā saucamajai neverbālajai komunikācijai, kas ir viena no Nordofa un Robinsa metodēm mūzikas terapijā. Mūzikas terapeita pienākums ir novērot pacienta psiholoģiskās reakcijas uz mūziku, lai novērtētu acumirkliņas muzikālas reakcijas un aktivitātes [Nordoff, Robbins, 1983, 80].

Individuālās terapijas laikā var tikt lietotas gan instrumentālās, gan vokālās improvizācijas. Tās stimulē starppersonālo komunikāciju un mijiedarbību starp terapeitu un pacientu. Terapeitiskais process lielākoties kļūst individualizēts, pateicoties ierakstu iekārtām, jo gan video, gan audio ieraksti palīdz uzturēt mūzikas terapijas procesa nepārtrauktību un efektivitāti [Paipare, 2011, 354].

Improvizācija atspoguļo zemapziņas procesus, lietas, kuras bērns dara netīšām, un lietas, kuras tīšām, piemēram, viņš atkārtoti skaņķu, kura viņam patikusi. Tādā veidā mūzikas terapijas laikā bērns neuzkrītoši tiek apmācīts interakcijām ar apkārtējo pasauli, izmantojot instrumentālās interakcijas [Alvin, 2004, 38].

Raksta autoru prakses vadlīnijas

Sākot strādāt ar pacientu, terapeitam ir jāizpēta viņa psihosociālās, emocionālās, fiziskās un psiholoģiskās vajadzības. Piemēram, autiskā spektra traucējumu gadījumā attiecīgie kritēriji attieksies specifiski uz slimību. Tie ir cieši saistīti ar patoloģiskiem cēloņiem un iekļauj visus autismā aspektus, kas nosaka mūzikas terapijas darba mērķus [Wigram, 2002, 152].

Mūzikas terapijā tiek strādāts ar šādiem autiskā spektra traucējumiem:

- sociālās mijiedarbības grūtībām verbālā un neverbālā līmenī;
- komunikācijas izpratnes un motivācijas trūkumu;
- rigidām un stereotipiskām aktivitātēm un rotaļām;
- hipersensitīvu skaņas uztveri;
- interešu un pieredzes dalīšanās trūkumu;
- ievērojamām grūtībām tikt galā ar pārmaiņām;
- acīmredzamām grūtībām mācīties no pieredzes;
- emocionalitātes un empātijas trūkumu;
- vāju pašapziņu [Wigram, 2002, 152].

Balstoties uz Starptautisko funkcionēšanas klasifikatoru [International Classifier of Functioning, 2001], tika izveidota aptauja vecākiem, bērnudārzu audzinātājiem un speciālistiem (logopēdam, psihologam, psihoterapeitam), lai izmeklētu un noteiktu komunikatīvās uzvedības līmeni bērniem ar smagiem psihofizioloģiskiem traucējumiem. Saīsinātā aptaujas forma, autoruprāt, ir objektīvs komunikatīvās uzvedības līmeņa noteikšanas veids; izvērtēšanas procesā tika veikta arī virkne interviju.

Raksta autore ir pārliecināta, ka pacienta komunikatīvās uzvedības līmenis tieši ietekmē pieeju mijiedarbības metodes, tehnikas un modeļa izvēlē mūzikas improvizācijā. Piemēram, dažus pacientus ar pirmo komunikatīvās uzvedības līmeni bieži ir nepieciešams sagatavot kontaktam ar mūzikas instrumentu (piemēram, klavierēm). Autore praksē ir novērojušas, ka tie pacienti, kuri necieš no nekontrolētas agresijas, mūzikas terapijas sesijās spēlē dažādus mūzikas instrumentus.

Komunikatīvo spēju attīstīšanai darbā ar bērniem, kuriem ir smagi psihofizioloģiskās attīstības traucējumi, autore strādā, balstoties uz Pola Nordofa un Klaiva Robinsa radošās aktīvas mūzikas terapijas pamatprincipiem – konceptu par indivīda iedzimto muzikalitāti (*music child*), bērna personības “satikšanu”, personības reprezentēšanu muzikālajā izpausmē [Nordoff, Robbins, 1983, 73].

Bērnu komunikatīvo pamatiemaņu novērtēšana, attīstības dinamika un izvērtēšana tiek regulāri fiksēta pēc Pola Nordofa un Klaiva Robinsa muzikālās komunikācijas testa, kurš dod iespēju noteikt pacienta un terapeita komunikatīvo muzikālo mijiedarbību pēc 10 līmeņu skalas. Zemākā ir 1. pakāpe, to vērtē ar punktu 1; tas nozīmē, ka komunikatīvās reakcijas nav un pacienta piedalīšanās nav pamatnāma. Savukārt novērtējums ar 10 punktiem norāda, ka pacients aktīvi un aizrautīgi iesaistās mūzikas uzdevumu veikšanā un kļūst patstāvīgs, darbojoties grupā [Paipare, 2011, 354].

Lai attīstītu bērnu ar smagiem attīstības traucējumiem, kuriem ir zems komunikatīvās uzvedības attīstības līmenis, ir jāizvirza darba mērķi komunikatīvo pamatiemaņu attīstībai. Šajā gadījumā autore savā praksē lieto Starptautisko

funkcionēšanas klasifikatoru un koncentrējas uz šādiem mērķiem mūzikas terapijā:

- 1) primārie mērķi – uzlabot komunikatīvās prasmes;
- 2) sekundārie mērķi:
 - veicināt vokalizāciju saziņas mērķiem (d330, d335, d331 – pirmsrunas vokalizācija);
 - attīstīt vispārīgās psihosociālās funkcijas, kas veido interpersonālo attiecību veidošanas prasmi (b122), ietverot uztveres funkciju integrāciju (dzirdes uztvere b1560, redzes uztvere b1561, taustes uztvere b1564, vizuāli telpiskā uztvere 1565);
 - stereotipiju un rituālas uzvedības mazināšana (psihomotoriskās funkcijas b147);
 - uzmanības noturības (b1400) attīstīšana.

Ir vairākas terapeitiskas improvizāciju tehnikas, kas tiek lietotas mūzikas terapijā. Strādājot ar pacientiem, šīs tehnikas var izmantot vai nu intuitīvi, vai arī veicot uzmanīgu analīzi – pacienta uzvedības izpēti brīvās improvizācijas laikā.

Autoru visbiežāk lietotās metodes ir vokālās un instrumentālās improvizācijas [Wigram, 2004, 82–97].

1. Empātiskā improvizācija (*empathic improvisation*) – terapeitam ir jāatspoguļo pacienta konkrētā brīža noskaņojums. Ja pacients atnāk uzbudināts vai bēdīgs, šo noskaņojumu var viegli iekļaut empātiskajā improvizācijā. Terapeits necenšas mazināt pacienta pārdzīvojumus, bet vienkārši spēlē, lai to atbalstītu.
2. Saskaņošana un atbilstība (*matching*) ir improvizācija, kas atbilst pacienta spēlēšanas veidam. Tajā saglabājas viņa spēlēšanas temps, dinamika, mūzikas elementu kvalitāte un sarežģītība.
3. Spoguļošana (*mirroring and copying*) – imitācijas un kopēšanas tehnika – ir precīza visu pacienta darbību (kustību) atkārtošana – gan mūzikas, gan arī ķermeņa kustību atkārtošana. Dalībnieku identitāte izpaužas to attēlošanā. Tādā veidā pacients uzskatāmi var vērot savu uzvedību.
4. Dialoga veidošanas tehnika (*dialogue*) ir process, kurā terapeits un pacients komunicē ar mūzikas starpniecību.
5. Modelēšanas tehnika (*modelling*) – kāda elementa demonstrēšana pacientam, lai viņš to varētu imitēt. To pielieto ar pacientiem, kuri neizprot dialoga veidošanas procesu [Wigram, 2004, 98].

Raksta autore prakšē ir secinājušas, ka:

- 1) empātiskā improvizācija veido drošības un uzticības atmosfēru, tā ir piemērota destruktīvās uzvedības un destruktīvo sajūtu pārvarēšanai;
- 2) saskaņošana un atbilstība ir piemērota kontakta izveidošanai starp pacientu un terapeitu;

- 3) spoguļošana – imitācijas un kopēšanas tehnika – ir piemērota pacienta komunikatīvo iemaņu diagnosticēšanai, tā attīsta prasmi klausīties un atbildēt, sagatavo dialoga veidošanai;
- 4) dialoga veidošanas tehnika ir piemērota secīguma ievērošanas prasmes attīstībai un saskarsmes iemaņu lietošanas prasmes attīstībai;
- 5) modelēšanas teknikai ir nepieciešams asistents [Wigram, 2004, 98]; tā veicina vairāku prasmju attīstību: reakciju, prasmi atdarināt, koncentrēt uzmanību, mijiedarboties ar apkārtējiem.

Autores secina, ka bērnu komunikatīvo pamatiemaņu attīstībā visefektīvākā ir modelēšanas improvizācijas tehnika. Tehnikas būtība ir tāda, ka ar redzes, dzirdes un sensoro uztveri pacients saņem informāciju, bet daudzkārtēja atkārtošana veicina to apzināšanu.

Vispirms terapeits ar asistentu demonstrē pacientam vienu elementu, kurš viņam jāatkārto. Mūzikas terapeitam ļoti pacietīgi ir jāgaida brīdis, kad pacients apzināti atsauca uz muzikālajām tēmām, kas ietver dažādus mūzikas izteiksmes līdzekļus (dinamiku, ritmu, tempu). Mūzikas terapeita piedāvātie motīvi var tikt nodziedāti, nospēlēti vai izpildīti ar ķermeni. Jāpiebilst, ka, uzdevumus veidojot, darba autores izmantoja elementus no mūzikas testa, kas paredzēts skaņas uztveres līmeņa pārbaudei bērniem ar kohleāro implantu [Haus, 2007].

Mūzikas testu integrēšana ar modelēšanas tehniku – bērns ar mūzikas terapeita un asistenta palīdzību izmanto dažādus mūzikas izteiksmes līdzekļus – veicina strauju pacienta komunikācijas pamata elementu apgūšanu. Katrā sesijā mūzikas terapeita un pacienta piedalīšanās un mijiedarbības līmenis pēc P. Nordofa un K. Robinsa skalas strauji un noteikti paaugstinājās par vienu vienību.

Raksta autores jau vairākus gadus lieto modelēšanas tehniku savā praksē, un tā ir pierādījusi savu efektivitāti.

Riski darbā ar pacientu mērķa grupu

Dažu sesiju sarežģītību veido tas, ka bērns ar smagiem attīstības traucējumiem dažreiz darbojas un reaģē neprognozējami, un bieži vien mūzikas terapeites iepriekš sagatavotās metodes un tehnikas tādā situācijā nav izmantojamas, tāpēc nepieciešams spontāni reaģēt un atlasīt, bet bieži vien arī izdomāt jaunas, agrāk personiskajā praksē nelietotas tehnikas. Tā notika ar intuitīvi izmantotu vestibulārās stimulācijas metodi, kura ir aprakstīta fizioterapeitiskā kontekstā un kuru autores veiksmīgi integrēja mūzikas terapijas sesijās darbā ar bērniem.

Vestibulārās stimulācijas sinhronizācija ar vokālo vai instrumentālo improvizācijas starpniecību – pirmo vestibulāro pieredzi bērns saņem vēl pirms dzimšanas, atrodoties mātes klēpī. Vestibulārā stimulācija iekļauj ķermeņa stāvokļa

izmaiņas dotajā telpā. Procesā tiek izmantoti visvienkāršākie kairinātāji: glāsti, šūpošana, apskaušana u. c. Bērniem, kuriem ir smagi psihofizioloģiskās attīstības traucējumi, komunikācija ir veidota mijiedarbībā ar ķermeni un balss melodiku, kas ir komunikācijas un mijiedarbības attīstības pamatelementi [Froehlich, 1984, 2–15].

Vestibulārās stimulācijas sinhronizācijas metode, pēc autoru novērojumiem, ir piemērota destruktīvas uzvedības un destruktīvu sajūtu pārvarēšanai, emocionāla kontakta veidošanai un stiprināšanai starp pacientu un mūzikas terapeitu.

Darbā ar pacientiem / klientiem lūzuma punkts emocionālās saiknes izveidē bija tieši vestibulārās stimulācijas metodes izmantošana – tā vairākas reizes kļuva gan par “atslēgu” mūzikas terapeites un pacientu emocionālajai saiknei, gan arī par turpmāko “tiltiņu” pacientu pamata saskarsmes iemaņu veidošanai, izmantojot modelēšanas metodi.

Resursi darbā ar pacientu mērķa grupu

Bērna komunikatīvo iemaņu attīstīšanas procesā liela nozīme ir vecāku apmācīšanai un iesaistīšanai terapijas norisē pirms un pēc mūzikas terapijas sesijām. Pēc katras sesijas mūzikas terapeits sīki pastāsta par sesijas gaitu un par izmantotajām tehnikām, sniedz rekomendācijas par to lietošanu ikdienas situācijās. Bet pirms katras sesijas vecāki detalizēti dalās ar mūzikas terapeiti savos novērojumos bērna attīstības dinamikā starp sesijām, ko pašiem ir izdevies vai nav izdevies izmantot rotaļā ar bērnu. Tāda pieeja sniedz iespēju ne tikai nostiprināt sesijās sasniegtos rezultātus, bet arī veicināt turpmāku pacienta attīstību. Vecāku un bērnudārza audzinātāju anketēšanas rezultāti pēc mūzikas terapijas sesiju beigšanas liecināja par bērna komunikatīvās uzvedības attīstības dinamiku.

Izvērtēšanas rezultāti

Tika veikts kvalitatīvs pētījums ar diviem pirmsskolas vecuma bērniem ar smagiem psihofizioloģiskās attīstības traucējumiem, t. sk. arī ar zemu komunikatīvās uzvedības līmeni:

- četrgadīgu zēnu ar vairākiem psihofizioloģiskās attīstības traucējumiem, t. sk. ar bērnu autismu (F84.0 pēc SSK-10);
- septiņgadīgu zēnu ar 21. hromosomas trisomiju – Dauna sindromu (Q90.9 pēc SSK-10) – un smagiem garīgās attīstības traucējumiem (F48.9 pēc SSK-10).

Izvērtējot jaunākā pacienta mūzikas terapijas rezultātus, tika secināts, ka ir notikusi zināma evolūcija komunikācijas, vokalizācijas jomās, samazinājās stereotipiskas darbības, uzlabojās uztveres un uzmanības funkcijas. Komunikācija

kļuva biežāka, acu kontakts apzinātāks, izveidojās taktilais kontakts, samazinājās distance, parādījās spēja atbildēt uz terapeita spēlēšanu un vokalizāciju, spēja sekot izmaiņām mūzikas plūdamā, simulējot un aizvietojojt dažus elementus, uzlabojās spēja klausīties un gaidīt savu kārtu, komunikācijā parādījās emociju izteiksme, kas izpaudās ar prieku un dalīšanos.

Pētījums tika veikts mūzikas skolā. Pētījuma hipotēze “**mūzikas terapijas modelēšanas tehnika ir efektīvs līdzeklis** komunikatīvo pamatiemaņu attīstībai bērniem ar vairākiem psihofizioloģiskās attīstības traucējumiem” ir apstiprinājusies, un pēc mūzikas terapijas sesijām bērni ar zemu komunikatīvās attīstības līmeni sasnieguši nozīmīgus rezultātus komunikācijas attīstībā – jau pēc 10 sesijām divu mēnešu laikā bērni sāka apgūt komunikatīvās pamatiemaņas, kuras iepriekš nebija attīstītas, un lietot tās informācijas pārraidē. Jāpiebilst, ka svarīgu korekcijas pasākumu veiksmīgas vadīšanas nosacījums visos bērnu komunikācijas uzvedības līmeņos ir mūzikas terapeita un pacienta savstarpējās attiecības. Ir jāsaprot, ka darbs ar pacientiem prasa daudz pacietības, lai sasniegtu pamanāmus rezultātus.

Secinājumi

Bērniem ar vairākiem smagiem psihofizioloģiskās attīstības traucējumiem ir traucētas visas psihe funkcijas: uztvere, uzmanība, atmiņa, runa, domāšana, emocionālā gribas sfēra, kas ietekmē arī komunikatīvo iemaņu veidošanos.

Komunikatīvo pamatiemaņu attīstīšanā bērniem, kuriem ir vairāki smagi attīstības traucējumi un zems komunikatīvās uzvedības līmenis, efektīva ir modelēšanas improvizācijas tehnika, kad bērns ar terapeita palīdzību ar dažādiem mūzikas izteiksmes līdzekļiem apgūst uzmanības koncentrēšanas prasmi, reaģēšanas uz uzrunu prasmi, atdarināšanas prasmi un secīguma ievērošanas prasmi.

Dažādu metožu un tehniku integrācija darbā ar pacientiem, kuriem ir vairāki psihofizioloģiskās attīstības traucējumi, veicina strauju bērna komunikatīvo pamatiemaņu attīstību.

Mūzikas terapijai ir būtiska loma saskarsmes spēju veicināšanā, kur mūzika ir komunikācijas līdzeklis, kas veicina indivīda komunikatīvo iemaņu attīstību un pilnveidošanu.

Pacientiem, kuriem ir smagi psihofizioloģiskās attīstības traucējumi, no vienas puses, lielas grūtības sagādā saskarsme ar citiem sabiedrības locekļiem, bet no otras – saskarsme ir vienīgais pašrealizācijas un apkārtējās pasaules izziņas veids. Mūzika šajā gadījumā bērniem ar smagiem attīstības traucējumiem kļūst par svarīgu dzīves atbalstu un cilvēciskās saskarsmes avotu, kā arī par līdzekli izpaust sevi pieejamā līmenī, kas viņiem veicina būtisku dzīves kvalitātes uzlabojumu.

Literatūra

1. Haus R. Mūzikas terapijas lekciju materiāli. – Liepājas Pedagoģijas akadēmija, 2007.
2. Paipare M. Mūzikas terapija // Mākslu terapija / Sast. Mārtinsone K. – Rīga: RaKa, 2010. – 340.–373. lpp.
3. American Music Therapy Association, 2010 // http://www.musictherapy.org/assets/1/7/bib_Special_Education.pdf
4. International Classification of Functioning, Disability and Health. – Geneva: World Health Organization, 2001.
5. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. – 10th revision. – World Health Organization, 1992.
6. Bruscia K. Improvisational models of music therapy / Ed. by Charles C. – Springfield: Thomas Publications, 1987.
7. Bruscia K. Defining music therapy. – Spring Lake, PA: Spring House Books, 1989.
8. Eagle C. Music psychology index. – Denton, TX: Institute for Therapeutic Research, 1978.
9. Di Franco G. Music and autism: vocal improvisation as containment of stereotypes / Music therapy applications in developmental disability, paediatrics and neurology / Eds. Wigram T., De Backer J. – London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. – Pp. 93–118.
10. Erdonmez Grocke D. E. A phenomenological study of pivotal moments in Guided Imagery and Music (GIM) therapy. – The University of Melbourne, 1999. – 524 p. (Dissertation Abstracts International #9982778.)
11. Froehlich M. A comparison of the effect of music therapy and medical play therapy on the verbalization behavior of pediatric patients // Music Therapy, 1984; 21 (1): 2–15.
12. Grant R. Music therapy assessment for developmentally disabled adults // The art and science of music therapy: a handbook / Eds. Wigram T., Saperston B., West R. – London: Harwood Academic Publishers, 1995. – Pp. 273–287.
13. Howat R. Elizabeth: a case study of an autistic child in individual music therapy // The art and science of music therapy: A handbook / Eds T. Wigram, B. Saperston & R. West). – Harwood Academic Publishers, London, UK., 1995.
14. Nordoff P., Robbins C. Musik als Therapie für behinderte Kinder. – Frankfurt: Ulstein Verlag, 1983. – Pp. 73–80.
15. Nordoff P., Robbins C. Creative music therapy. – New York: The John Day Company, 1977. – P. 21.
16. Pavlicevic M. Interpersonal processes in clinical improvisation: towards a subjectively objective systematic definition // The art and science of music therapy: a handbook / Eds. Wigram T., Saperston B., West R. – London: Harwood Academic Publishers, 1995. – Pp. 167–180.
17. Raijmaekers J. Music therapy's role in the diagnosis of psycho-geriatric patients in the Hague // Music therapy in health and education / Eds. Heal M., Wigram T. – London: Jessica Kingsley Publishers, 1993. – Pp. 126–136.
18. Sevening H. Materialien zur Kommunikationsförderung. – Düsseldorf, 1994.

19. Wigram T., Pedersen I. N., Bonde L. O. A comprehensive guide to music therapy. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2002. – P. 152.
20. Wigram T. Improvisation. Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students. – London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2004.
21. Wigram T., Gold C. Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. – Blackwell Publishing Ltd, 2006. – P. 535.
22. Жигорева М. В. Дети с комплексными нарушениями в развитии. – Москва: Издательский центр “Академия”, 2009.

MŪZIKAS TERAPIJA PIRMSSKOLAS VECUMA BĒRNAM AR SPECIFISKIEM RUNAS UN VALODAS TRAUCĒJUMIEM: GADĪJUMA ANALĪZE

Līga Enģele

Liepājas Universitāte

Ievads

Pēdējā desmitgadē sevišķi pieaudzis to bērnu skaits, kuriem ir dažādi attīstības traucējumi. Pēc Pasaules Veselības organizācijas (*World Health Organization*) datiem tikai 20% jaundzimušo nosacīti uzskatāmi par veselīgiem, pārējo bērnu psihofizioloģiskais stāvoklis vērtējams kā robežpunkts starp veselību un slimību, vai arī šiem bērniem diagnosticēti psihiskās attīstības traucējumi [*Herrman, Saxena, Moodie, 2005*].

Tēmas aktualitāte un traucējuma raksturojums. Valoda ir viens no sazināšanās veidiem, kas nepieciešama cilvēkam kā sabiedrības loceklim. Pilnvērtīga runas un valodas apguve ir pamats bērna aktīvai pasaules izzināšanai, viņa psihisko procesu un personības sociālajai attīstībai. Bērna runas traucējumi rada grūtības ne tikai saskarsmes procesā ar vienaudžiem un pieaugušajiem, bet arī ievērojamus šķēršļus sekmīgai mācību programmas apguvei. Smagi runas traucējumi var sekundāri kavēt izziņas procesu attīstību.

Runas un valodas attīstības traucējumi ir tādi specifiski traucējumi, kas nav tieši saistīti ar runas mehānisma traucējumiem, sensoriem traucējumiem, garīgu atpalicību vai noteiktiem vides faktoriem (F80.0–F80.9). Ar jēdzienu “runa” tiek apzīmēta valodas verbālā izpausme, skaņu veidošana, un SSK-10 atsevišķi tiek izdalīti specifiski runas artikulācijas traucējumi (F80.0), kad bērna runa ir viņa garīgajam vecumam neatbilstoši zemā līmenī, bet viņa valodas iemaņas ir attīstītas vecumam atbilstošā līmenī. Savukārt valoda ir komunikācijas un domāšanas līdzeklis, un tiek izdalīta receptīvā valoda jeb valodas sapratne un ekspressīvā valoda jeb valodas ārējā izpausme, prasme izteikt savas domas, jūtas vai informāciju [*Dambergā, 2011*].

Runājot par bērnu runas un valodas attīstības traucējumiem, atsevišķi tiek izdalīti ekspressīvās valodas traucējumi un receptīvās valodas traucējumi [*WHO, 1992*]. Ekspressīvās valodas traucējumi (F80.1) izpaužas kā specifiski attīstības traucējumi, kad bērna prasmes izteikties atrodas zem viņa garīgajam vecumam atbilstošā līmeņa, bet viņš saprot valodu vecumam atbilstošā līmenī. Receptīvās valodas traucējumu gadījumā parasti ir traucēta arī ekspressīvā valoda un ir vērojamas anomālījas vārdu skaņu veidošanā.

Psihisko traucējumu biežuma raksturošanai Latvijā izvēlējos Veselības ekonomikas centra datus. Tajā tiek apkopoti dati no reģistra “Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem.” (sk. 1. tab.) Šis reģistrs ir vienīgais oficiālais statistikas instruments Latvijā, kas nodarbojas ar psihisko traucējumu statistiku. Jāpiebilst, ka noteikumi, kas paredz statistikas pārskatu sniegšanu, gan neidentificē pacientu grupu ar vieglākiem psihiskiem traucējumiem (kas neietilpst noteiktu slimību grupā). Tāpat arī daļa pacientu meklē palīdzību pie speciālistiem, kuriem nav obligāts pienākums sniegt datus reģistram.

Mūzikas terapija komunikācijā. Mūzika ir ideāls līdzeklis darbā ar bērniem ar īpašām vajadzībām, jo bērni vienmēr ir apvienojuši un integrējuši mūziku kā daļu no savas ikdienas dzīves. Viņi dzied, kamēr spēlējas, dzied, “saucot” viens otru. Bērniem augot, mūzika viņu dzīvē kļūst arvien nozīmīgāka: viņi klausās radio vai CD vai muzicē – kā katrs prot. Ikviens var sevi izteikt, izmantojot muzikālās komunikācijas pamata elementus: intonāciju, ritmu, tempu un toņa nokrāsu. Mēs visi reiz esam lietojuši šos elementus savā sākotnējā komunikācijā ar ārējo pasauli [Wigram, Pedersen, Bonde, 2002; Wigram, Bruscia, 2004].

Mūzikas terapijā darbā ar bērniem, kuriem ir psihiskās attīstības traucējumi, vairāk uzmanības tiek pievērsts resursiem nekā problēmām [Etkin, 2002]. “Mūzikas terapijā bērniem visbiežāk ir patīkama un pozitīva pieredze par sevi un tiem resursiem, kas viņiem piemīt. Mūzikas terapija piedāvā šiem bērniem sistēmu, kur viņi var izteikt paši sevi vietā, kur viņi atrodas. Tāpēc viņi tiek ieraudzīti, sadzirdēti un novērtēti pēc tā, ko viņi rada paši, un ne tikai no tā, ko viņi ir iemācījušies pasniegt, imitējot ārējās struktūras un shēmas. Vairums bērnu reaģē spontāni un ar interesi par mūziku” [Wigram, Pedersen, Bonde, 2002].

1. tabula. Pacientu skaits, kuriem pirmo reizi mūžā noteikta diagnoze (2009. gadā)

Diagnoze	Kopīgais skaits uz 100 000 iedzīvotāju, n
Nepsihotiska rakstura organiski traucējumi – SSK 10-F06.6-F06.71	244
Neirotiski, trauksmes, ar stresu saistīti traucējumi – SSK 10-F40-F48	141
Psihiskās attīstības traucējumi – SSK 10-F80-F83	491
Uzvedības un emocionālie traucējumi, kas sākušies bērnībā un pusaudža vecumā – SSK 10-F90-F98	385

Materiāls un metode

Tālāk iepazīstināšu ar gadījuma analīzi pacientei ar specifiskiem runas un valodas attīstības traucējumiem (SSK 10-F80), analizējot individuālās mūzikas terapijas gaitu, metožu un tehniku izmantošanas praktisko pieredzi.

Pēc neirologa ieteikuma un ģimenes ārsta rakstiska norīkojuma tika organizētas 10 mūzikas terapijas sesijas četrgadīgai meitenei, kura apmeklēja pirmsskolas izglītības iestādes rehabilitācijas grupu bērniem ar speciālām vajadzībām. Viņai noteikta diagnoze: iedzimts gūžu mežģījums, specifiski runas un valodas attīstības traucējumi. Ar vecāku rakstisku atļauju tika veikta mūzikas terapijas sesiju videogrāfija.

Mūzikas terapijas sesijas tika veiktas pirmsskolas izglītības iestādes rehabilitācijas grupas telpās reizi nedēļā pa vienai stundai. Tā bija telpa, kurā ikdienā uzturas / darbojas visi bērni, kas apmeklē šo grupu. Laikā, kad notika mūzikas terapijas sesijas četrgadīgajai meitenei, pārējie bērni devās uz sporta aktivitātēm. Manuprāt, šāda mūzikas terapijas vietas izvēle bija veiksmīga, jo bērnam ar speciālām vajadzībām, kurš nesen ar grūtībām adaptējies pirmsskolas izglītības iestādē, nebija nepieciešams adaptēties jaunā vidē, kurā notiktu mūzikas terapija.

Pirms mūzikas terapijas uzsākšanas iepazīnos ar neirologa, fizioterapeita, speciālā pedagoga un logopēda sniegtajiem bērna raksturojumiem. Pēc speciālā pedagoga novērojumiem bērns prasa uzmanību, darbojas atsevišķās kopīgās rotaļās, mēģina dziedāt, saliek vienkāršas formas bez palīdzības, izrunā atsevišķus vārdus, sarunājas ar žestiem, tomēr augstāko novērtējumu nesasniedz.

Pirmajā mūzikas terapijas sesijā izvērtēju, kā meitene spēlēja kādu no piedāvātajiem instrumentiem, kāds bija verbālās un neverbālās komunikācijas temps un dinamika, vai paciente izrādīja atbildes reakciju uz kādu no mūzikas terapeita piedāvātajām aktivitātēm. Iegūtos rezultātus apkopāju 2. tabulā.

Apkopojot speciālistu dotos pacientes novērtējumus, izvērtēšanu mūzikas terapijā un ņemot vērā pacientes attīstības līmeni, noteikto diagnozi un iespējamo potenciālu, tika noteikti mūzikas terapijas mērķi, kā arī izvēlēta mūzikas terapijas metode un tehnikas.

Primārais mūzikas terapijas mērķis: veicināt muzikālās komunikācijas aktivitāti (SFK–d3359).

Sekundārie mērķi:

- dziedot un spēlējot dažādus instrumentus, apgūt jaunas motorās iemaņas (SFK-b7600-b7602);
- apgūt jaunas uzvedības formas – ieklausīties, nepārtraukt, veidot dialogu (SFK-b1400-1401; b16710);
- pilnveidot sociālās prasmes un saskarsmes iemaņas (SFK-d330, d7200-7201);
- stimulēt emociju izpausmi, izmantojot muzikālu komunikāciju (SFK-7202).

2. tabula. Pacientes izvērtējums pirmajā mūzikas terapijas sesijā [Enģele, 2009]

Kvalitātes kategorijas / darbības veids	Temps	Dinamika (skaļi, kļu, daudz, maz)	Atbildes reakcija
Verbālā komunikācija (runa, dziedāšana)	Lēns, nevienmērīgs, mainīgs	Gan kļu, gan skaļ, veidojot <i>crescendo</i> , <i>accelerando</i> , intonatīva daudzveidība	Mamma, mamma būs Ņet, papa Nevaig Nē, kurpītes
Instrumentu spēle (bungas, tonis, klavieres, u. c.)	Lēns, brīžiem agresīvs	Nevienmērīgu motīvu (2–6 piesitieni) spēle	Atbild uz bungām, klavierēm, reizēm negribīgi, tikai kā iepazīstot instrumentu skaņējumu, nenoturīga uzmanība
Neverbālā komunikācija (žesti, ķermeņa kustības)	Gaidas, vērošana, nepārlicinātība, reizēm noraidījums	Žestu valoda nepārlicinoša, nedroša, 2 reizes aiziet no klavierēm, ar kustībām rāda, ka nevēlas sadarboties	Biežs acu kontakts, norādoši žesti, mainīgs noskaņojums – vēlēšanās darboties mijas ar noraidošu attieksmi

Darbā ar pacienti izmantoju P. Nordofa (*P. Nordoff*) un K. Robinsa (*C. Robbins*) mūzikas terapijas metodes, kas vērstas uz muzikālās komunikācijas aktivitātes veicināšanu.

Ņemot vērā izvērtēšanu pirmajā mūzikas terapijas sesijā, izvēlējos šādas mūzikas terapijas tehnikas:

- 1) sensori motoro iemaņu un skaņas integrācijas tehniku;
- 2) pacienta vokalizēto skaņu un melodiju “pārņemšanu”;
- 3) pacienta vokālās vai instrumentālās aktivitātes izpausmes atbalstīšanu ar mūzikas terapeita balsi;
- 4) pacienta motoro spēju – instrumentu spēles elementu “pārņemšanu” klavieru improvizācijā vai ar balsi;
- 5) vienkāršu dziesmu formu veidošanu un attīstīšanu.

Gadījuma analizē kā mērinstrumentu izmantoju Nordofa / Robinsa (*Nordoff, Robbins, 1971*) “Muzikālās komunikācijas 10 pakāpju skalu” [Paipare, 2011], kurā 1. pakāpe ir zemākā, un to vērtē ar 1 punktu, kas nozīmē, ka nav komunikatīvas reakcijas. Vadītu atbildes impulsu uzturēšana ir komunikācijas 5. pakāpe – vidusposms, kad iespējams novērot muzikālās komunikācijas izveidošanos, vērtējums – 5 punkti. Savukārt 10. pakāpe – novērojama pacienta aizrautība muzikālu uzdevumu veikšanā grupas aktivitātēs – vērtējums ir 10 punkti.

Nordofa / Robinsa "Muzikālās komunikācijas 10 pakāpju skala":

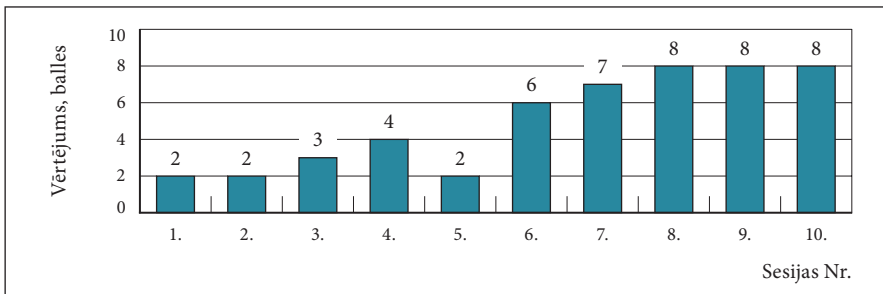
- 1) nav komunikatīvas reakcijas;
- 2) izraisītās reakcijas I – fragmentāras;
- 3) izraisītās reakcijas II – muzikāli saprotami veidotas;
- 4) muzikāla pagaidu percepcija;
- 5) vadītu atbildes impulsu uzturēšana, muzikālās komunikācijas izveide;
- 6) attīstīta ieinteresēta komunikatīva reakcija, pieaugoša intensitāte individuāli veidotām darbības formām;
- 7) uzmanīga, elastīga reakcija, muzikāla pašpaļāvība;
- 8) sajūsma par muzikālo kreativitāti;
- 9) muzikālās inteliģences un prasmju brīva demonstrēšana komunikācijā;
- 10) aizrautība muzikālu uzdevumu veikšanā grupas aktivitātēs.

Pēc 10 mūzikas terapijas sesijām veicu pacientes muzikālās komunikācijas pakāpes novērtējumu 3 jomās: instrumentu spēle, vokālās aktivitātes un ķermeņa kustības, rezultātus apkopojot 3 attēlos.

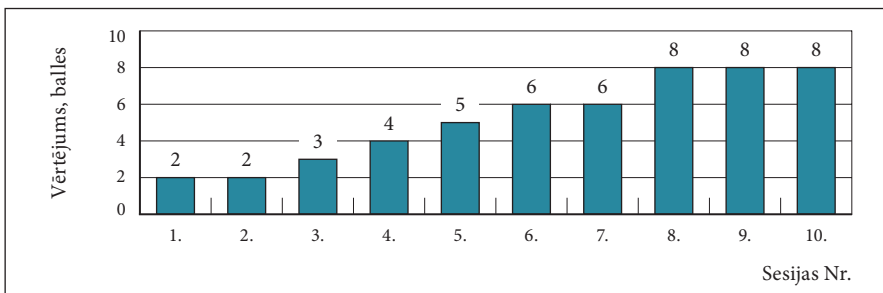
Rezultāti

Muzikālā komunikācija: instrumentu spēle. Analizējot muzikālo komunikāciju – instrumentu spēli, var secināt, ka mūzikas terapijas procesa sākumposmā (lidz 4. sesijai) bērns spēlē lēnā tempā, brīžiem agresīvi, pārsvarā nevienmērīgus motīvus (2–6 piesitieni), vērojama arī nenoturīga uzmanība. Tādēļ šī posma augstākais vērtējums ir 5 punkti – vadītu atbildes impulsu izveide, muzikālas komunikācijas izveide. Tomēr, sākot ar 6. sesiju, novērojama pacientes iniciatīva instrumentu izvēlē, apzināta vienmērīga, ritmiska instrumentu spēle, paciente saskaņo savu spēli ar mūzikas terapeitu un veiksmīgi demonstrē labās / kreisās rokas koordināciju. Mūzikas terapijas noslēguma posmā (8.–10. sesija) pacientes augstākais novērtējums ir 8 punkti (sajūsma par muzikālo kreativitāti) – meitene vairākkārt demonstrē savas radošās spējas, izdomājot spēles gan ar bungām, gan zvaniņiem, gan toņiem. Tā kā šis bija individuāls mūzikas terapijas process, augstākais novērtējums – 10 punkti – par aizrautību muzikālu uzdevumu veikšanā grupas aktivitātēs, nebija iespējams (sk. 1. att.).

Muzikālā komunikācija: vokalizēšana. Analizējot muzikālo komunikāciju: vokalizēšana, var secināt, ka līdz pat 5.–6. sesijai komunikācija vērtējama ar 6 punktiem – pieaugoša intensitāte individuāli veidotām darbības formām. Paciente runā dažus vārdus, jaucot kopā latviešu un krievu valodu (meitene aug divvalodīgā ģimenē), balsī vērojama daudzveidība gan intonatīvi, gan dinamiski. 8.–10. sesijā meitene veido stāstījumu "savā" valodā, apzināti runā vai dzied skaļi un klusu, pauž daudzveidīgas emocijas, intonatīvi precīzi atkārto mūzikas terapijas dziedātos 2–3 zilbju vārdus, tādējādi saņemot sev augstāko vērtējumu – 8 punktus (sk. 2. att.).



1. attēls. *Muzikālā komunikācija: instrumentu spēle*

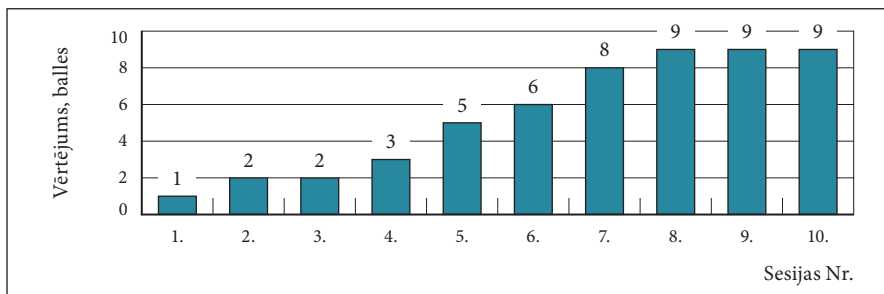


2. attēls. *Muzikālā komunikācija: vokalizēšana*

Muzikālā komunikācija: kustības. Analizējot šo komunikācijas jomu, jākonstatē, ka mūzikas terapijas sākumposmā vērojama pacientes nepārlicinātība, gaidas, reizēm noraidījums, tomēr acu kontakts ir biežs. Žestu valoda nepārlicinājoša, nedroša, vairākas reizes mūzikas terapijas procesa laikā meitene aiziet no instrumenta, ar kustībām rādot, ka nevēlas sadarboties. Šī posma vērtējums – 3–4 punkti – muzikāla pagaidu percepcija. Tomēr, sākot ar 4. sesiju, meitene kļūst drošāka, uzticas mūzikas terapeitam, demonstrējot to ar pieskārieniem, apskāvieniem. Vērojama daudzveidīga mīmika, pārlicinājoša žestu valoda, bērns mūzikas terapijas vietu pirms sesijas beigām neatstāj. Biežs acu kontakts, mierīgi žesti, dominē vēlšanās sadarboties, vērojamas daudzveidīgas prieka izpausmes – smieklī, roku vicināšana, šupošanās pie klavierēm, pieskaņojoties mūzikas raksturam un tempam. Mūzikas terapijas noslēguma posmā paciente tiek novērtēta ar 9 punktiem, jo demonstrē muzikālu inteliģenci un muzikālajā komunikācijā nepieciešamās prasmes (sk. 3. att.).

Pēc mūzikas terapijas 10 sesijām vērojama pozitīva dinamika visās 3 muzikālās komunikācijas jomās: instrumentu spēle, kustības, vokalizēšana. Nozīmīgākās izmaiņas saskatāmas muzikālās komunikācijas – instrumentu spēles un kustību

jomā. Spēlējot dažādus instrumentus, pētāmais bērns demonstrēja jaunu motoro iemaņu apguvi, veiksmīgu labās / kreisās rokas koordinācijas attīstību. Meitene prata pielāgoties mūzikas terapeita tempam, demonstrējot vienmērīgu ritmisku spēli, kā arī izpratni par jēdzieniem “skaļš”, “klusš”, “ātrs”, “lēns”. Visnelielākās izmaiņas tika novērotas muzikālās komunikācijas jomā – vokalizēšanā. Pacientes verbālās komunikācijas līdzekļu diapazons mūzikas terapijas procesā kvalitatīvi neizmainījās.



3. attēls. Muzikālā komunikācija: kustības

Izmaiņas, kas notikušas mūzikas terapijas laikā, apkopāju 3. tabulā, izmantojot pirmās sesijas izvērtēšanas kritērijus: kā meitene spēlēja instrumentus, kāds bija verbālās un neverbālās komunikācijas temps un dinamika, vai izrādīja atbildes reakciju uz kādu no mūzikas terapeita piedāvātajām aktivitātēm.

Pēc 10 mūzikas terapijas sesijām speciālais pedagogs atkārtoti vērtēja bērna attīstību pēc “Attīstības noteikšanas kritērijiem”. Pēc speciālā pedagoga novērojumiem uzlabojušās meitenes sociālās spējas, viņa labprātāk sadarbojas ar citiem bērniem, spēlēja dziedot un izmantojot instrumentus, veido īsus teikumus. Vērtējuma rezultāti apliecina, ka pozitīvas izmaiņas notikušas katrā no iepriekš aplūkotajām jomām.

Secinājumi

1. Realizējot kompleksu pieeju problēmai, sadarbojoties vairākiem speciālistiem, bērniem ar specifiskiem runas un valodas attīstības traucējumiem var sekmīgāk noteikt korekcijas darbu un mērķus.
2. Nordofa / Robinsa mūzikas terapijas metode ir veiksmīgi izmantojama, ja bērniem ir verbāla un neverbāla līmeņa sociālās saskarsmes grūtības, motīvācijas trūkums, prasmes un intereses trūkums dalīties pieredzē, traucējumi emocionālajā saskarsmē.

3. Sadarbojoties vairākiem speciālistiem un mērķtiecīgi izvēloties mūzikas terapijas metodes un tehnikas, tiek sekmēta psihiskās attīstības traucējumu pārvarēšana un kompensācija.
4. Konkrētā gadījuma analīze atklāja, ka mūzikas terapijas laikā bērnam varētu būt noraidoša attieksme pret mūzikas terapiju, kas liek terapeitam pārdomāt par terapeitiskās saskarsmes optimizēšanu, jo tas var ietekmēt mūzikas terapijas rezultātus.

3. tabula. Attīstības novērtējums pēc mūzikas terapijas [Enģele, 2009]

Kvalitātes kategorijas / darbības veids	Temps	Dinamika (skaļi, klusu, daudz, maz)	Atbildes reakcija
Verbālā komunikācija (runa, dziedāšana)	Pielāgojas mūzikas terapietes tempam vai rada pati savus "spēles" noteikumus	Apzināti runā vai dzied gan klusu, gan skaļi, saprot jēdzienus "skaļi", "klusu", pauž daudzveidīgas emocijas – prieku, skumjas	Veido jautājumus un stāstījumus "savā valodā", nelieto vārdu "nē", atkārtoti mūzikas terapietes dziedātos 2–3 zilbju vārdus intonāti precīzi: "lalala", "atā", "bungas", "klavieres", "zvaniņi", izdomā jau zināmam motīvam citus vienzilbes vārdus – "čiv"
Instrumentu spēle (bungas, tonis, klavieres, u. c.)	Saskaņo savu spēli ar mūzikas terapeiti, izrāda iniciatīvu instrumentu izvēlē	Vienmērīga, ritmiska instrumentspēle, veiksmīga labās / kreisās rokas koordinācija	Apzināti atbild uz bungām, klavierēm, ievērojot mūzikas terapietes radītās robežas, vai rada pati savas, atšķir toņu augstumus, spēlē "skaļi" vai "klusu", veidojot sadarbību ar mūzikas terapeiti, demonstrē radošās spējas – izdomā spēles gan ar bungām, gan zvaniņiem, gan toņiem
Neverbālā komunikācija (žesti, ķermeņa kustības)	Drošības sajūta, atbalsts, uzticēšanās, pieskārieni, apskāvienu, glāsti	Pārliciecināšana žestu valodā, daudzveidīga mimika, mūzikas terapijas darbības vietu pirms sēdes beigām neatstāj	Biežs acu kontakts, mierīgi žesti, dominē vēlēšanās sadarboties, daudzveidīgas prieka izpausmes – smieklis, roku vicināšana, nokrišana uz grīdas, ķermeņa kustības pie klavierēm, pieskaņojoties mūzikas raksturam un tempam

Literatūra

1. Damberga I. Eiropas Sociālā fonda projekts “Izglītojamo ar funkcionāliem traucējumiem atbalsta sistēmas izveide”, 2011 // www.ppf.lv/v.3/eduinf/.../ABAS_projekts.pdf
2. Enģele L. Mūzikas terapijas izmantošanas iespējas psihiskās attīstības aiztures gadījumā: [Maģistra darbs], 2009. [Nepublicēts, atrodas Liepājas Mūzikas terapijas centrā.]
3. Paipare M. Mūzikas terapija / Mākslu terapija / Red. K. Mārtinsone. – Rīga: RaKa, 2011.
4. Rokasgrāmata skolotājiem, strādājošiem specializētajās iestādēs bērniem ar psihiskās veselības traucējumiem: Metodiskais materiāls / Ancāne G., Meistere L., Užāns A. u. c. [2009] // <https://www.google.lv/#q=www.rezeknesnovads.lv%2Fres%2Fcontent%2F33%2F33542113092431020.pdf>
5. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija. – Ženēva: Pasaules Veselības organizācija, 2001 [Latviskais tulkojums: Rīga, 2003].
6. Etkin P. The use of creative improvisation and psychodynamic insights in music therapy with an abused child / Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology. – Jessica Kingsley Publishers, 2002. – Pp. 155–165.
7. Herrman H., Saxena, S., Moodie, R. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne, 2005 // www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
8. Wigram T., Bruscia K. Improvisation methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students. – Jessica Kingsley Publishers, 2004.
9. Wigram T., Pedersen I. N., Bonde L. O. A comprehensive guide to music therapy. – Jessica Kingsley Publishers, 2002.

MŪZIKAS TERAPIJA REHABILITĀCIJĀ: NEIROLOĢIJA

Mirdza Paipare¹, Jana Duhovska²

¹ *Liepājas Universitāte*

² *Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte*

Ievads

Mūzikas terapija ir viena no mākslu terapijas specializācijām, kurā pacienti fizisko un psiholoģisko problēmu risināšanai un pārvarēšanai individuāli vai grupā terapeitiskas vides un terapeitisku attiecību kontekstā izmanto mūziku un tās izteiksmes līdzekļus, lai panāktu emocionālā stāvokļa un domāšanas veida izmaiņas, lai iegūtu pilnīgāku fizisku, emocionālu un sociālu integrāciju [Paipare, Mārtinsons u. c., 2011]. Mūzikas terapija ir balstīta uz biopsihosociālu [Aldridge, 2001] izpratni par slimību, un tās tehnikas un metodes ļauj uzrunāt kā pacienta psiholoģisko, tā fizisko veselību. Tādējādi, arī neiroloģisku saslimšanu kontekstā mūzikas terapijas uzdevums ir ne vien fiziski funkcionālo – maņu, kustību un runas kontroles, vājinātās atmiņas un spriestspējas, bet arī psiholoģisko grūtību atvieglošana [Thaut, 1999] – komunikatīvo un socializēšanās spēju uzlabošana, identitātes un pašcieņas atgriešana, depresijas, baiļu un trauksmes mazināšana, lai pacients ne vien spētu aptvert un izdzīvot slimību, bet arī iegūtu izveseļošanās motivāciju [Tomaino, 2002].

Mūzikas terapija piedāvā plašu metožu, tehniku un intervenču klāstu neiroloģisko pacientu simptomu atvieglošanai.

1. **Komunikācijas prasmju sekmēšana.** Pat tad, ja pacients ir zaudējis un nav atguvis runas spējas, žesti, stāja, kustības un skaņu uzsvāri, kā arī intonācijas (prosodija) ir pacienta iespēja komunicēt, un mākslu terapija, īpaši – mūzikas un kustību terapijas elementi – sekmē šo prasmju attīstību.
2. **Identitātes saglabāšana un atmiņas treniņš.** Pacientiem ar zudušu identitātes sajūtu pazīstamas mūzikas fragmenti ļauj atgūt atmiņas un no jauna konstruēt pagātņi, bet muzikālie un naratīvie treniņi palīdz trenēt īstermiņa atmiņu.
3. **Kustību ierosinājums ar (muzikālu) ritmu.** “Bojātā” iekšējā ritma un ārējā muzikālā ritma iedarbība ļauj atgūt kustības un valodu, uzlabot to plūdumu, nepārtrauktību.
4. **Emocionālā ekspresija un atbrīvošanās.** Depresija un trauksme ir neiroloģisko saslimšanu emocionāli paralizējoša daļa. Mūzikas terapija sekmē ne vien relaksāciju, bet arī emociju izlādi un izpaušmi neverbālā veidā, kas ir īpaši nozīmīgi tiem pacientiem, kuri ir zaudējuši valodas spēju.

5. **Dzīves kvalitāte.** Komunikācijas spēja, iespēju robežās optimistisks skatījums uz dzīvi – tie ir apstākļi, pateicoties kuriem uzlabojas ne vien neiroloģisko pacientu, bet arī viņu tuvinieku un aprūpes personu dzīves kvalitāte [Aldridge, 2001a].

Neiroloģijā biežāk sastopamie klīniskie stāvokļi un simptomi

Ar nervu galiem (receptoriem) cilvēks uztver daudzveidīgu informāciju no apkārtējās vides un no paša organisma. Pa nerviem informācija nonāk muguras un galvas smadzenēs, kur tā tiek apstrādāta. Informācijas apstrādes kvalitāte nosaka mūsu organisma atbildes reakcijas uz dažādiem kairinājumiem, tādējādi no nervu sistēmas funkcionētspējas ir atkarīga cilvēka spēja just emocijas, domāt, runāt un kustēties. Nervu sistēma arī koordinē visu ķermeņa sistēmu (sirdsdarbība, elpošana, kuņģa un zarnu darbība) procesus, nodrošinot to saskaņotu un nepārtrauktu darbību (www.aslimnica.lv).

Neiroloģisko saslimšanu biežāk sastopamie simptomi ir sāpes, kustību traucējumi, apziņas un samaņas traucējumi, veģetatīvas reakcijas, un to visbiežākie cēloņi ir traumas, audzēji, asinsizplūdumi, asinsrites traucējumi, veģetatīvās nervu sistēmas darbības traucējumi un deģeneratīvās saslimšanas (www.aslimnica.lv). Pat nelielu bojājumu gadījumā atveseļošanās var būt ilgstoša, turklāt neiztikt bez paša pacienta intensīvas iesaistīšanās un gribas, tāpēc liela nozīme ir arī psiholoģiskajai labsajūtai, motivācijai un tuvinieku atbalstam. Īpaša nozīme psiholoģiskajiem faktoriem ir situācijās, kad nervu vai šūnu bojājumi ir neatgriezeniski vai neatgriezeniski progresējoši, proti – tādi, ar kuriem pacientam ir jāsadzīvo visu atlikušo mūžu. Neiroloģijas pacientiem visbiežāk sastopamo klīnisko stāvokļu un ar tiem saistīto simptomu apkopojums redzams 1. tabulā.

Mūzikas terapijas process neiroloģisko saslimšanu rehabilitācijā

Atkarībā no pacienta spējām, ārsta konstatētajiem ierobežojumiem un simptomiem, kā arī pieejamā aprīkojuma mūzikas terapijas aktivitātes var notikt gan grupā, gan individuāli, vai arī abu formu kombinācijā. Turklāt neiroloģiskās rehabilitācijas ietvaros ir piemērotas gan aktīvās, gan receptīvās mūzikas terapijas metodes, kur aktīvā mūzikas terapija ietver paša pacienta līdzdarbošanos, spēlējot, dziedot, kustoties, bet pasīvās mūzikas terapijas pamatmērķis ir emocionālo stāvokļu regulācija, relaksācija un kognitīvā stimulācija. Ņemot vērā to, ka neiroloģisko pacientu atveseļošanās ir ilgstoša un, visticamāk, ir jāturpina arī ambulatoros apstākļos, rehabilitācijas un mūzikas terapijas procesā ieteicams iesaistīt pacienta radus vai kopējus, kas mājās apstākļos varēs turpināt iesākto atveseļošanas darbu.

1. tabula. *Neiroloģisko saslimšanu biežāk sastopamie klīniskie stāvokļi un simptomi [Baumann, et al., 2010]*

Traucējums	Galvenie simptomi	Iespējamie papildu simptomi
Smadzeņu trauma	Veģetatīvs stāvoklis Ierobežotas komunikācijas spējas Augstāko kognitīvo funkciju traucējumi	Pašuztveres traucējumi Izkropļota ķermeņa uztvere Spasticitāte Uztveres traucējumi
Trieka / Insults	Runas spēju zudums Paralīze	Sāpes Ataksija Samazināts kustību apjoms, palēninātas kustības
Hipoksiski smadzeņu bojājumi	Veģetatīvs stāvoklis Muskuļu sasprindzinājums Veģetatīvi regulācijas traucējumi Izkropļota ķermeņa uztvere	Mioklonija Uztveres traucējumi
Smadzeņu iekaisums	Veģetatīvs stāvoklis Atmiņas traucējumi Samazināts kustību apjoms, palēninātas kustības	Samazināta spēja paust emocijas
Pārkīnsona slimība	Bradikinēzija Samazināts kustību apjoms, palēninātas kustības Neelastīga domāšana, loģikas traucējumi	Runas traucējumi Nespēja pieņemt slimību
Multiplā skleroze	Nespēja tikt galā ar slimību Samazināta spēja paust emocijas	Sāpes Smalkās motorikas disfunkcija
Epilepsija	Nespēja tikt galā ar slimību Sociālā izolēšanās Kontroles zaudēšana	

Noteikti jāņem vērā arī pacienta fiziskais stāvoklis, spēja tikt galā ar stresu un slimības izraisītajām problēmām. Atkarībā no tā terapijas sesija var ilgt no 10 līdz 60 minūtēm. Rehabilitācijas sākuma fāzē, kad mērķis ir nodibināt kontaktu, sekmēt savstarpējo komunikāciju un spēju koncentrēt uzmanību, vispiemērotākās būs īsas un biežas sesijas (pat 7 reizes dienā). Līdzko pacienta spēja tikt galā ar stresu un spēja uzturēt attiecības uzlabojas, sesijas garumu var palielināt, bet to biežumu samazināt. Mūzikas terapija grupā parasti tiek organizēta 1–2 reizes nedēļā, un katra sesija ilgst līdz 90 minūtēm. [Baumann, et al., 2010] Mūzikas terapijā ar pacientiem, kuriem ir neiroloģiskas saslimšanas, jāizmanto vienkārši

spēlējami instrumenti, ideālā gadījumā tādi, kas pielāgoti pacientu specifiskajām motorajām spējām ar dažādu rokturu un īpašu konstrukciju palīdzību. Aktīvās mūzikas terapijas sesijās iederēsies arī kāds mūzikas terapeita spēlēts harmonisks instruments (piemēram, klavieres, ģitāra), lai strukturētu aktivitātes un sniegtu atbalstu pacientam. Savukārt receptīvās mūzikas terapijas praktizētājam nepieciešams plašs mūzikas ierakstu klāsts un pārnēsājama / mobila mūzikas atskaņošanas aparatūra, ko iespējams lietot arī pie pacienta gultas [Aldridge, 2001]. Ņemot vērā mūzikas spēju uzrunāt emocijas, zemapziņu un atmiņu, kā arī to, ka terapijai nav obligāti jāietver verbalizācija, mūzikas terapija pielietojama arī neiroloģijas pacientiem, kuri ir tik smagi traumēti, ka to kontakts ar apkārtējo vidi ir traucēts vai pat šķietami neiespējams [Baumann, et al., 2010].

Mūzikas terapijā lietotās metodes un tehnikas

Visbiežāk lietotās mūzikas terapijas tehnikas ir receptīvā un aktīvā klausīšanās, improvizācija uz dažādiem instrumentiem un paša pacienta iesaistīšana radošā darbībā. Rehabilitācijā izmantojamo metožu un tehniku klāsts ir ļoti bagātīgs – vien jāatrod piemērotākais katra konkrētā pacienta vajadzībām: vienam aktuālāka būs komunikācija un socializācija, izkļūšana no slimības radītās izolācijas, citam – slimības skarto ķermeņa daļu funkcionāls treniņš, vēl citam – gremdēšanās senākās atmiņās, lai piekļūtu neseniem notikumiem, vēl kādam – emocijām piesātināta terapija slimības izdzīvošanai un pieņemšanai, relaksācija un pašregulācija, lai atgūtu kontroles sajūtu pār ķermeni un dzīves notikumiem vispār. Vācijas Mūzikas terapeitu biedrība ir apkopojusi neiroloģijā visbiežāk lietotās mūzikas terapijas metodes un tehnikas (sk. 2. tab.).

2. tabula. Mūzikas terapijā lietotās metodes un tehnikas [Baumann, et al., 2010]

Mūzikas terapijas metodes un tehnikas	Raksturojums
1	2
Instrumenti kā simboliski objekti	Instrumentu lietojums personas, situācijas, noskaņojuma reprezentēšanai
Skaņu atpazīšanas treniņš (<i>auditive awareness training</i>)	Skaņu identificēšana, diferencēšana un īpašību atpazīšana
Abrocīga (bilaterāla) spēle	Abrocīga instrumenta spēle, vēršot uzmanību uz abu roku salīdzināšanu vai simetrijas panākšanu, vai arī instrumenta spēle, veselai rokai atbalstot slimo
Ķermenis – perkusija	Ķermeni lieto kā instrumentu dažādu skaņu radīšanai: knipji, kāju sišana, plaukšķināšana, bungošana u. tml.
Improvizācija	Tēmu, situāciju, fiziskā stāvokļa, emociju brīva attēlošana ar mūzikas instrumentu vai balsis palīdzību
Dialogs	Muzikāls dialogs, mijiedarbība starp klientu / pacientu un mūzikas terapeitu ar instrumentu vai balsis palīdzību
Muzicēšana (ansamblī)	Skaņdarba radīšana vai izpildīšana grupas aktivitāšu rezultātā, piemēram, instrumentālais ansamblis, kameransamblis, sitaminstrumentu grupa
Brīva improvizācija	Instrumenta spēle vai balsis lietojums, izpaliekot norādījumiem vai noteikumiem
Kontrolēta instrumenta spēle	Instrumenta spēle, mūzikas terapeitam vadot vai atbalstot pacienta kustības
Vokalizēšana grupā	Terapeitiskā dziedāšana
Iztēles procesu veicināšana ar mūzikas palīdzību	Mūzikas terapijas metodes / tehnikas un intervences, kuru mērķis ir attīstīt iekšējos tēlus un strādāt ar tiem. Piemēram, receptīvās tehnikas un / vai vadīta iztēle un mūzika (<i>GIM – Guided Imagery and Music</i>)
Improvizācija noteiktu muzikālo parametru ietvaros	Strukturēta improvizācija ar noteiktu muzikālo parametru ietvaru (dinamika, temps, skaņas augstums)
Melodiskās intonēšanas terapija (MIT)	Valodas attīstības stimulēšanas process, kura gaitā frāzes vai teikumus “iestrādā” vienkāršās melodijās un sistemātiski trenē
Multisensorā stimulācija	Plānota mērķtiecīga vienlaicīga vērsšanās pie vairākām maņām, vienlaikus radot taktilu, optisku un akustisku reakciju
Mūzika un kustība	Strukturēta vai brīva kustība mūzikas skanēšanas laikā

2. tabulas turpinājums

1	2
Mūzika un zīmēšana / gleznošana	Zīmētu / gleznotu tēlu radīšana mūzikas pavadībā
Muzikālas mijiedarbības spēles	Muzikālas improvizācijas ar instrukciju, kuras mērķis ir sekmēt muzikālu mijiedarbību, piemēram, izspēlējot jautājumu–atbildi, vadīšanu–sekošanu, dialogu
Muzikālas lomu spēles	Muzikāls tēlojums uzvedības modeļu un sociālo lomu treniņam vai personu un situāciju izspēlēšana mūzikā
Muzikāla kustības atgriezeniskā saite (it kā spoguļošana)	Dažādu, arī netīšu pacienta kustību attēlojums terapeita muzikālajā improvizācijā (melodija, ritms, dinamika); Apzināta instrumentu izvēle un to izvietojums ļauj pacientam pieredzēt viņa veikto kustību akustisko atgriezenisko saiti
Muzikāla dzīves panorāma	Pacienta dzīvesstāsta (naratīvā tehnika) papildināšana ar to ilustrējošiem skaņdarbiem
Vājas ķermeņa daļas muzikāls treniņš	Ķermeņa perkusija, instrumenta spēle ar vājo ķermeņa daļu, vibro akustiskā stimulācija
Muzikālā uzvedības atgriezeniskā saite	Pacienta apzināto un neapzināto uzvedību muzikāli interpretēt un analizēt mūzikas terapeits
Modelēts sensorais treniņš (MST) (PSE – <i>Patterned sensory enhancement</i>)	Muzikāls kustību secīguma treniņš: pacients trenē un atkārto konkrētu kustību secīgumu, kurš sinhronizēts ar mūziku un papildināts ar verbālām instrukcijām, piemēram, “atver durvis”, “celies kājās”, “sēdies”
Ritmiski akustiska stimulācija (RAS) (<i>Rhythmic acoustic stimulation</i>)	Staigāšanas treniņš ar mūzikas palīdzību; piecelšanās un staigāšana ritmiski sinhronizētas mūzikas pavadībā
Orientēšanās telpā ar mūzikas palīdzību	Sekošana muzikāliem stimuliem dažādās telpas vietās vai aktīva spēle uz telpā dažādi izkārtotiem instrumentiem
Regresijas stimulācija	Intervence, kura stimulē regresiju, lai piekļūtu atmiņām par agrākiem attīstības posmiem, piemēram, bērnu vai šūpuļdziesmu klausīšanās, monohromu ¹ skaņu, monotona ritma, skaņu trauku, guļamtikla izmantošana
Regulatīvā mūzikas terapija	Receptīvās mūzikas terapijas dziļu psiholoģijas metode
Receptīvie piedāvājumi, mūzikas klausīšanās	Specifiski mūzikas klausīšanās piedāvājumi, piemēram, terapeita improvizācija, mūzikas ieraksti, arī monohromas skaņas. Verbāla indukcija relaksētā stāvoklī
Ritmiska improvizācija	Strukturēta ritma instrumentu spēle, piemēram, kopīga ritma atrašanai, ritma iniciēšanai un imitēšanai

¹ Monohroms – termins glezniecībā (vienkrāsains), bet mūzikā šo terminu izmanto, lai izceltu intimitāti, meditativitāti.

2. tabulas turpinājums

1	2
Ritmiska runas stimulācija (RRS) (<i>Rhythmic Speech Cuing</i>)	Akustiska stimulācija runas tempa regulēšanai, pulsveidīga vai valodas tempam tuva ritma lietojums, papildus var sist bungas vai plaukstas
SIPARI ²	Kombinēta terapeitiska pieeja hroniski afāzisku personu ārstēšanai: dziedāšana, intonēšana, īpaša uzmanība tiek vērsta uz ritmisku elpošanu
Situācijas dziesmas	Dziesmas, kas spontāni rodas terapeitam, lai akcentētu vai komentētu terapeitiski nozīmīgu situāciju. Var būt ritualizēta darbība sesijas beigās vai sākumā
(Speciālas) mūzikas terapijas relaksācijas tehnikas	Relaksācija paralēli mūzikas terapijai, mūzikas terapija ar dziļo relaksāciju
Balss treniņš	Elpošana, artikulēšana, intonēšana un balss treniņš
Vokāla improvizācija	Brīva improvizācija ar balsi (var būt arī instrumentāls pavadījums): toņu izelpošana, melodiska improvizācija ar patskaņiem, zilbēm vai vārdiem
Strukturēta improvizācija	Mūzikas instrumentu spēle, vadoties pēc specifiskas struktūras (secīgums, lietotais muzikālais materiāls, interakcija)
Dūkšana (<i>humming</i>) elpošanas ritmā	Pacienta elpošanas ritma (arī formas un dinamikas) izmantošana vokālas improvizācijas pamatā
Terapeitiskā dziedāšana	Dziesmu izpildīšana (tautas dziesmas, popdziesmas), lai stimulētu runu : paplašinot vārdu krājumu, atkārtojot un apzināti lietojot apgūtos vārdus; atmiņu : atminoties dziesmas tekstu, radot biogrāfiskas saites
Terapeitisks instrumentāls muzikāls izpildījums (TIMP) (<i>Therapeutic instrumental musical performance</i>)	Kustību treniņš ar instrumentu spēles palīdzību, lai panāktu kustības apjomu, koordināciju, lielās un mazās motorās iemaņas, izturību
Instrumenta spēle	Instrumenta spēles (apmācības), lai uzlabotu ķermeņa funkcionālo sniegumu
Vibroakustiskā (arī multisensorā) stimulācija	Spēcīgi vibrējoša kontaktā ar ķermeni esoša instrumenta spēle

² SIPARI metode (*Dr. Jungblut*) ir izstrādāta mūzikas atbalstītas ārstēšanas pieeja, lai uzlabotu valodas un runas spējas pacientiem, kuri cieš no hroniskas afāzijas. Šī metode balstās uz dziedāšanu (*Singing*), intonēšanu (*Intonation*), prosodiju (*Prosody*), elpošanu (vācu *Atmung*), ritmizēšanu (*Rhythm*) un improvizāciju (*Improvisation*) kā būtiskiem elementiem.

Mūzikas terapijas metodes konkrētu simptomu mazināšanai

1. Dziņu traucējumi

Depresija, personības un uzvedības traucējumi, tādējādi ir palēnināta un samazināta spēja paust emocijas, izrādīt iniciatīvu. Arī kustību traucējumi, kas var nebūt organisku smadzeņu traucējumu izraisīti, bet gan rasties reaktīvās depresijas ietekmē.

Mērķi:

- Emocionālā un motorā aktivizācija.
- Iedrošinājums pašiniciatīvai.
- Emocionāla izlāde.

Metodes:

- Sākotnēji – stingri strukturēti piedāvājumi, kas, pacientam atbrīvojoties un izrādot iniciatīvu, var pāraugt brīvā improvizācijā.
- Ķermeņa perkusija.
- Emocionāla stimulācija ar muzikālās dzīves panorāmas (biogrāfijas) metodi.
- Ritmiska improvizācija [Baumann, et.al., 2010].

2. Apziņas traucējumi

Modrības un uzmanības, kā arī aktīvas darbības un saziņas ierobežojumi, pacientam atrodoties bezsamaņas vai veģetatīvā stāvoklī, kā arī psihotiska pieredze. Mūzikas spēja atmodināt sākotnējos uztveres procesus, kā arī uzrunāt bezapziņas procesus, dara to par piemērotu paņēmieni tuva kontakta un komunikācijas veicināšanai.

Mērķi:

- Veidot kontaktu, attīstīt dialogu.
- Radīt drošu vidi, mazināt baiļu sajūtu.
- Veidot dialogu, vedināt uz elementārām izpaušmes formām, aktivitāti.
- Veidot saikni ar realitāti.

Metodes:

- Izmantot pazīstamus akustiskus stimulus (muzikālā dzīves panorāma (biogrāfija), pacientam tuva mūzika, skaņas un trokšņi no mājām).
- Ritualizētas sesijas ar skaidru sākumu un nobeigumu.
- Laika un telpas strukturēšana, piedāvājot gadalaikam un diennakts laikam atbilstošu mūziku.
- Izmantot pacienta elpas ritmu dialoga veidošanai, dungošanai. Izmantot pacienta apzinātās un neapzinātās kustības muzikāli strukturētā aktivitātē (piemēram, ķermenis – perkusija) [Aldridge, 2001].
- Psihotiskiem pacientiem – vingrinājumi, strukturētas nodarbības bez pašizpaušmes un radošuma elementiem (muzicēšanas iespējas).

3. Psihosociālās blakusparādības

Akūta stresa reakcija, posttraumatiskā stresa sindroms, bailes, panika, agresija, pārmērīgs kautrīgums, mainīgs garastāvoklis – tās ir reakcijas uz pēkšņo saslimšanu, kas radījusi draudus ierastajai dzīvei un bieži – arī fiziskajam veselumam, veiktspējai. Šajā kontekstā mūzikas terapija tiek lietota tās psihoterapeitiskajā nozīmē, ar mūziku ļaujot sastapties un izdzīvot procesu bez verbalizācijas, kas pacientiem ar neiroloģiskajām saslimšanām bieži vien patstāvīgi nav iespējama [Tomaino, 2002].

Mērķi:

- Emocionālā regulācija – atbrīvošanās, stabilitāte.
- Identitātes izjūtas un pašcieņas stiprināšana.
- Slimības pieņemšanas (izsērošanas) un motivācijas veicināšana.
- Ideju ģenerēšanas un iztēles veicināšana.
- Komunikācijas veicināšana, spēja pieņemt palīdzību, kontakta uzlabošana ar tuviniekiem / kopējiem.
- Jaunas pieredzes pieņemšanas veicināšana.

Metodes:

- Muzikālā dzīves panorāma (biogrāfija).
- Improvizācija.
- Dziesmu sacerēšana un dziedāšana.
- Emociju izlāde ar balsi, kustībām un instrumentiem (katarse).
- Mūzikas klausīšanās ar vadītu iztēli.
- Darbošanās ar instrumentiem kā simboliskiem objektiem – lomu spēles: muzikāli strīdi, skumjas, mīlestība [Baumann, et al., 2010].
- Instrumenta spēles apgūšana (jaunu iemaņu apgūšana).
- Pacienta personīgo resursu, prasmju atrašana un akcentēšana, piemēram, instrumenta spēles kā jaunu iemaņu apgūšana.
- Sociālo prasmju attīstīšana mūzikas terapijas grupā.

4. Sāpes

Galvas, muguras, citas sāpes, ko pavada emocionāla rigiditāte, kavēta ekspresivitāte, nepārtraukta fokusēšanās uz ķermeņa pieredzi. Pacienti, kas cieš no hroniskām sāpēm, cenšas kontrolēt tās izraisošos faktoros un apstākļus, tomēr pilnībā to nespēj, un tādējādi nonāk bezspēcības sajūtas slazdā, kas savukārt izraisa nervozitāti, pašapziņas traucējumus un dzīves kvalitātes mazināšanos.

Mērķi:

- Relaksācija sāpju sajūtas atvieglošanai.
- Pozitīvas ķermeņa pieredzes piedzīvošana.
- Vienpusīgas / vienvēidīgas orientācijas (darbības) pārvarēšana.
- Sekmēt izpratni par psihosomatiskajām sakarībām sāpju rašanās procesā.
- Sekmēt sāpju izpēti un diferencēšanu.

Metodes:

- Ķermeniskā pieredze ar ļoti rezonējošiem instrumentiem, vibroakustiskā stimulācija.
- Monohromu / meditējošu, monotonu, zemas frekvences instrumentu spēles aktīvās un pasīvās pieredzes piedāvājumi [Baumann, et al., 2010].
- Mūzikas klausīšanās ar vadīto iztēli.
- Mūzikas inducēts transs un regulatīvā mūzikas terapija.
- Sāpju pieredzes izspēlēšana, sāpju īpašību atšķetināšana un analīze ar improvizācijas, lomu spēles palīdzību.
- Spēcīga muzikāla pārdzīvojuma jeb emocionāli radošas muzikālas aktivācijas³, muzikālās improvizācijas, muzikāli ķermeniska pārdzīvojuma, kā arī relaksējošas pieredzes veidošana [Nickel, et al., 2003].

5. Motorie traucējumi

Motoro funkciju un koordinācijas traucējumi – paralīze, parēze, tremors, ataksija, citi koordinācijas traucējumi. Motoro traucējumu gadījumā rehabilitācija ir ļoti atkarīga no pacienta motivācijas un aktīvas iesaistīšanās, tāpēc vienlīdz svarīgas ir gan fiziskās aktivitātes, gan pozitīvas emocijas to veikšanas laikā. Mūzikas terapijas metodes, kur fiziskās aktivitātes tiek veiktas ar instrumentu spēli, sekmē abu – fizisko un psiholoģisko labklājību. Svarīgi, ka mūzikas terapijā lietotie instrumenti ar dažādu rokturu un mehānismu palīdzību ir pielāgoti pacienta veikspējai.

Mērķi:

- Paaugstināt kustību motivāciju.
- Uzlabot / paplašināt motorās spējas.
- Uzlabot / veicināt kustību koordināciju.
- Sekmēt kustīgumu, mazināt spasticitāti.
- Sekmēt līdzdalības motivāciju.

Metodes:

- Ķermeniskā pieredze ar ļoti rezonējošiem instrumentiem, vibroakustiskā stimulācija.
- Kontrolēta instrumenta spēle, īpašu uzmanību pievēršot vārgākajai ķermeņa funkcijai.
- Ritmiski akustiska stimulācija (RAS; sk. 2. tab.), pacientam kustoties ritmiski sinhronizētas mūzikas pavadībā.
- Terapeitisks instrumentāls muzikāls izpildījums (TIMP; sk. 2. tab.).
- Modelēts sensorais treniņš (MST; sk. 2. tab.) – kustību secīguma treniņš mūzikas pavadībā [Baumann, et al., 2010].

³ Tiek uzskatīts, ka migrēnas un spēcīgu galvassāpju iemesls ir emocionāla rigiditāte (*emotional inflexibility*) apvienojumā ar nomāktu ekspresivitāti (*inhibited expressivity*). Mūzikas terapijas uzdevums migrēnas gadījumā ir mazināt kā vienu, tā otru.

6. Stresa stāvokļi

Nervozitāte, nemiers, uztraukums, hiperaktivitāte, muskuļu krampji un spazmas, ko izraisījusi psiholoģiskā spriedze. Šādas parādības var būt vērojamas gan agrīnā slimības posmā vai neilgi pēc akūtās aprūpes, gan vēlāk. Mūzikas terapijas uzdevums šajā kontekstā ir sekmēt relaksāciju un trauksmes mazināšanos.

Mērķi:

- Relaksācija, muskuļu tonusa regulācija.
- Emociju “izlāde” un stabilizēšana.

Metodes:

- Ķermeņa pieredze ar spēcīgi rezonējošiem instrumentiem, vibroakustiskā stimulācija.
- Dziedāšana ar aizvērtām lūpām, zummēšana elpošanas ritmā, sinhronizēta dziedāšanas elpošanas ritmā.
- Skaidri saprotami muzikāli piedāvājumi – ostinato, konstants ritms, pazīstamas melodijas un dziesmas, mantru dziedāšana.
- Regresiju – atgriešanos pagātnē – veicinoši piedāvājumi.

7. Valodas, runas un balss traucējumi

Valodas, runas un balss traucējumi vai pat zudums ir spēcīgi traucējoši saziņai ar apkārtējo pasauli, tāpēc tie parasti ir saistīti ar ievērojamu garīgo stresu. Mūzika te kļūst par komunikācijas līdzekli, kas kompensē un atvieglo, kā arī dod alternatīvu praktizēšanās iespēju.

Mērķi:

- Attīstīt neverbālās izteiksmes spējas.
- Palielināt motivāciju izteikties ar balsi.
- Aktivizēt un uzlabot atlikušās runas spējas.

Metodes:

- Muzikālā dzīves panorāma (biogrāfija).
- Mākslas radišana (gleznošana, zīmēšana vai veidošana) mūzikas pavadībā.
- Dejošana vai kustības mūzikas pavadībā.
- Melodiskās intonēšanas terapija – frāžu vai teikumu iestrādāšana vienkāršās melodijās.
- Ritmiska runas stimulācija (RRS; sk. 2. tab.) – runas un sitaminstrumentu vai plaukstu kombinēšana.
- Pūšamo instrumentu spēlēšana [Baumann, et al., 2010].

8. Sensorie traucējumi

Audiāli, vizuāli, taktili, kinestētiski uztveres traucējumi, delīrijs, traucēta ķermeņa uztvere.

Mērķi:

- Uztveres diferenciacija un integrācija.
- Ķermeņa apzināšanās veicināšana.

Metodes:

- Multisensorā stimulācija.
- Muzikālās pieredzes integrēšana ar kustībām, zīmēšanu, gleznošanu [Thaut, 1999].
- Ķermeņa perkusija.
- Šūpošanās, kustības mūzikas pavadījumā kinestētiskās uztveres veicināšanai.

9. Citi kognitīvie traucējumi. Amnēzija, delīrijs, dezorientācija

Personas ar augstākās smadzeņu funkcijas traucējumiem bieži vien nespēj novērtēt savu stāvokli, tāpēc nepiekrīt ārstēšanai, kas kavē rehabilitācijas procesu. Šajā kontekstā mūzikas terapiju lieto, lai mazinātu kognitīvās problēmas, kā arī kā kompensācijas un stabilizējošos elementus psihoemocionālajā līmenī. Mūzikas terapijas process vienmēr piedāvā orientāciju uz darbību, turklāt radītajam muzikālajam produktam ir pievienota estētiska un emocionāla pieredze. Minētais veicina gan pašu mācīšanās procesu, gan motivāciju.

Mērķi:

- Stimulēt īstermiņa un ilgtermiņa atmiņu.
- Paaugstināt uzmanību.
- Attīstīt plānošanas spējas.

Metodes:

- Muzikālā dzīves panorāma (biogrāfija) un atmiņu pārstāsts (naratīvā tehnika)⁴.
- Dziedāšana grupā.
- Muzikālā imitēšana un spēles ar noteikumiem.
- Plānotas, secīgas aktivitātes – piemēram, instrumenta apguve, skaņdarba apguve, ieraksta organizēšana, noklausīšanās [Tomaino, 2002].

Secinājumi

Ritms, skaņas augstums, temps, dinamika (skaļums), melodija, harmonija un forma – tie ir elementi, ar kuru palīdzību mūzikas terapeits uzrunā pacientu, kam ir neiroloģiskās saslimšanas, tā risinot gan viņa fiziskās, gan psiholoģiskās

⁴ Demenci bieži pavada afāzija un amnēzija. No tā izriet ļoti apgrūtināta komunikācija, kas pacientam izraisa trauksmi un pat dusmas. Kopīga pazīstamu dziesmu dziedāšana ir komunikācijas veids, kurā netiek izceltas pacienta vājās puses. Dziedāšana ir pacientam drošs kopā būšanas veids [Tomaino, 2002].

problēmas. Katra no tām – dziņu, apziņas, uztveres, motorikas un citas – jārisina, atrodot pacienta personībai, dzīves pieredzei un temperamentam piemērotāko mūzikas terapijas metodi, kuras realizācijai bieži vien pietiek ar balsi, kādu mūzikas instrumentu un reizumis – pacienta radinieku vai kopēju, kurš stacionārā iesākto darbu turpinās arī ambulatori.

Mūzikas terapiju iesaka rehabilitācijā, it īpaši neiroloģisko saslimšanu gadījumos. Mūzikas intonēšanas terapija plaši tiek pielietota pacientiem pēc insulta afāzijas mazināšanai, savukārt kopš 2010. gada SIPARI metode (sk. 2. tab.) starptautiskajā tīmekļa vietnē *Cochrane Review* ir minēta kā vienīgā uz pierādījumiem balstītā metode nominācijā “Mūzikas terapija iegūtu smadzeņu traumu gadījumos” [Bradt, et al., 2010].

Literatūra

1. Paipare M. Mūzikas terapija // Mākslu terapija / Mārtinsone K. (red.) – Rīga: RaKa, 2011. – 432 lpp.
2. Aldridge D. Music therapy and neurological rehabilitation: Recognition and the performed body in an ecological niche // Music Therapy Today, 2001 // www.musictherapyworld.info (sk. 09.12.2012.).
3. Aldridge D. The creative arts therapies in the treatment of neuro-degenerative illness // Music Therapy Today, 2001a // www.musictherapyworld.info (sk. 09.01.2013.).
4. Baumann M., Hinkelmann A., Jocheim M., et al. Indications for music therapy in neurological rehabilitation. – Berlin: DGM, 2007.
5. Bradt J., Magee W. L., Dileo C., et al. Music therapy for acquired brain injury // Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010; Issue 7. Art. No.: CD006787. DOI: 10.1002/14651858. CD006787.pub2.
6. Nickel A. K., Hillecke T., Oelkers R., et al. Music therapy in the treatment of children with migraine // Music Therapy Today, 2003 // www.musictherapyworld.info (sk. 09.01.2013.).
7. Ridder H. M. Singing in individual music therapy with elderly persons suffering from dementia // Music Therapy Today, 2001 // www.musictherapyworld.info (sk. 09.01.2013.).
8. Thaut M. Training manual for neurologic music therapy. – Fort Collins, Colorado: Center for Biomedical Research in Music, Colorado State University, 1999.
9. Tomaino C. The role of music in the rehabilitation of persons with neurologic diseases. Gaining access to ‘Lost Memory’ and preserved function through music therapy // Music Therapy Today, 2002 // www.musictherapyworld.info (sk. 09.12.2012.).

DRĀMAS TERAPIJA PACIENTIEM AR PĀRKINSONA SLIMĪBU TRAUKSMES SIMPTOMU MAZINĀŠANAI

*Rīta Garnaka*¹, *Kristīne Mārtinsone*²

¹ Veselības centru apvienības “Medicīnas centrs “Pulss 5””

² Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Pārkinsona slimība (PS) ir otra izplatītākā neurodeģeneratīvā slimība pēc Alcheimera slimības [Lebouvier, 2009] un ir visizplatītākā kustību traucējumu slimība, ko pavada vai aizsāk nemotorie traucējumi [Tudorica, 2009]. Vairāki pētījumi norāda, ka trauksme PS pacientiem premotorajā fāzē izpaužas ātrāk nekā depresija, izvirzot pieņēmumus, ka pastāv iespējama saistība, kas varētu norādīt uz mehānismu, kas ietekmē trauksmi un Pārkinsona slimību [Kano, 2011].

Ar PS slimo līdz pat 3,3% cilvēku, kas vecāki par 64 gadiem [Kummer, 2010]. Pirmie slimības simptomi visbiežāk parādās vidēja vecuma pacientiem – pēc 60 gadiem, taču pēdējos gados arvien biežāk ir vērojama tendence, ka slimība skar arvien jaunākus – 40 un 50 gadu vecus – cilvēkus. Ir konstatēti 21–40 gadus vecu pacientu saslimšanas gadījumi [Heyn, 2010], un ir pat trīspadsmitgadīga paciente [Dattilio, 2005].

Pasaules Veselības organizācija uzskata PS par nopietnu veselības aprūpes problēmu. Eiropā vien no slimības cieš apmēram 1,2 miljoni cilvēku un pacientu skaitam ir tendence ar katru gadu pieaugt.¹ Latvijā 2009. gadā bija vairāk nekā 4,5 tūkstoši PS pacientu, no kuriem trešdaļa bija vecuma posmā līdz 70 gadiem [Blūma, 2011].

PS sākums ir nemanāms, lēni progresējošs un pirmajām pazīmēm (nogurums, garastāvokļu maiņas, nespēja veikt ikdienas darbus (rakstīt, apģērbties, paēst) pierastajā ātrumā) var pievienoties nemotorie simptomi: neiropsihiatriskie traucējumi [Rajesh Pahwa, Kelly, Lyons, 2007], tajā skaitā trauksme.

Kopumā PS pacientiem aptuveni 40–67% gadījumu vērojami klīniski nozīmīgi trauksmes simptomi [Pantone, 2009; Chagas, 2009; Richard, 2008]. Vispārīga trauksme un panika ir ap 30% PS pacientu [Kummer, 2010], bet līdz pat 50% PS pacientu cieš no sociālas fobijas [Kummer, 2008].

Trauksme pacientiem ar PS tiek saistīta ar zemu dzīves kvalitāti. Kaut arī trauksme netiek saistīta ar PS motorajiem simptomiem, ir iespējams, ka tā pasliktina motoros simptomus, kas savukārt var paaugstināt trauksmes līmeni [Kummer, 2010].

¹ <http://www.neurology.lv> (sk. 11.05.2011.).

PS pacientu dzīves kvalitātes uzlabošanu veicina atbalsta grupas, kurās izmanto kognitīvi biheiviorālo pieeju [Charlton, Barrow, 2002]. Kaut arī pagaidām Latvijā šādu grupu nav, kognitīvi biheiviorālā pieeja drāmas terapijā, kā parāda pētījuma rezultāti, var būt viena no psihosociālā atbalsta sniegšanas iespējām PS pacientiem.

Ši **pētījuma mērķis** bija izpētīt drāmas terapijas ietekmi trauksmes kā stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes mazināšanā Pārkinsona slimības pacientiem, lietojot kognitīvi biheiviorālo pieeju.

2010. gadā Latvijā apstiprinātās “Drāmas terapijas medicīnas tehnoloģijas” DT ļauj atpazīt, apzināties un izpaust emocijas drošā terapeitiskā vidē, drāmas terapeitam strādājot direktīvi, nedirektīvi vai kombinēti gan direktīvi, gan nedirektīvi, lietojot iemiesošanās tehnikas vai distancējoties, izmantojot dramatisko spēli, pasaku vai stāstu stāstīšanu. DT pacients var gūt ieskatu savu iekšējo konfliktu saistībā ar statusu un cieņu, kas var tikt pārnesta caur lomu spēlēm realitātē.

Izmantojot kognitīvi biheiviorālo pieeju DT, pacientiem tiek dota iespēja strādāt ar saviem problēmjautājumiem drošā, terapeitiskā vidē, apgūstot jaunus uzvedības un domāšanas modeļus, kā arī izspēlējot dažādas ikdienas situācijas gan ar, gan bez DT rekvizītu lietošanas. Tiek apgūtas arī pašrelaksācijas tehnikas.

Pārkinsona slimība. Pārkinsona slimībai raksturīgi simptomi minēti un aprakstīti, sākot ar 5. gadu tūkstoti pirms mūsu ēras gan senās Ēģiptes papirusos, gan ajurvēdas medicīnas traktātos Indijā, minot tā laika slimības nosaukumu “kampavata”, ko ārstēja ar auga sēklām, kas saturēja mūsdienu levodopai līdzīgus elementus [Heyn, 2010]. Rietumu medicīnā preparātu levodopa (L-dopa) PS ārstēšanā pirmo reizi sāka lietot 20. gadsimta 60. gados pēc tam, kad 1960. gadā tika atklāts, ka PS attīstās dopamīna trūkuma dēļ galvas smadzenēs [Sharma, 2008].

PS simptomi tiek minēti arī Bībelē un Galēna darbos. Pēc Galēna līdz pat 17. gadsimtam atsauces uz PS simptomiem netiek atrastas. 17. un 18. gadsimtā par to atsāka rakstīt jau vairāki autori [Lanska, 2010; Lees, 2007], tomēr pirmo detalizēto slimības aprakstu veica angļu ārsts Džeims Pārkinsons (*James Parkinson*) savā darbā “Eseja par trīcošo paralīzi” (*An Essay on the Shaking Palsy* (1817)) [Heyn, 2010], kurā apraksta sešus saslimšanas gadījumus. Pirmie neirologi veicināja turpmāko slimības izpēti un papildināja zināšanas par to. Viens no ievērojamākajiem ir franču neirologs Žans Martins Šarkots (*Jean-Martin Charcot*), kura pētījumi laika posmā no 1868. līdz 1881. gadam kļuvuši par robežšķirtni slimības izpratnē un kurš izcīnīja slimības nosaukuma maiņu, pārdēvējot to par godu ārstam Džeimsam Pārkinsonam [Lees, 2007].

PS tradicionāli tiek aplūkota kā neārstējams progresējošs neiropsihiatriskis stāvoklis [McLaughlin, 2011] vai progresīvi neatgriezeniski neurodeģeneratīvi motori traucējumi, kas ir primāri atkarīgi no dopamīna samazināšanās, ietekmējot kustību traucējumus, ieskaitot lēnīgumu vai kustību trūkumu, rigiditāti un trīci [Kano, 2011].

Visas pārkinsonisma formas tiek iedalītas divās pamatgrupās: Pārkinsona slimība un simptomātiskais pārkinsonisms. Pārkinsona slimības idiopātiskās formas kā pastāvīgas grupas izcelšana ir balstīta uz faktu, ka neviens no zināmajiem pārkinsonisma etioloģiskajiem cēloņiem nevar izskaidrot slimības idiopātiskās formas rašanos, t. i., PS etioloģija paliek praktiski nezināma [Lieberman, 2002].

Slimības sākums ir pakāpenisks un tās gaita – lēni progresējoša, tās izpausme parasti ir asimetriska, biežāk kā vienpusēja augšējās ekstremitātes intermitējošā miega trīce. Trīces amplitūda palielinās stresa situācijās un nedaudz samazinās miera stāvoklī. Pēc dažiem mēnešiem vai gadiem trīce var skart arī otru ekstremitāti, bet saglabājas simptomu izteiktības asimetrija. Iespējama arī mēles, zoda un lūpu trīce. Divdesmit procentos gadījumu pirmā sūdzība ir neveiklums vienā rokā. Slimībai progresējot, attīstās bradikinēzija, rigiditāte, koordinācijas un līdzsvara traucējumi, posturālā nestabilitāte un gaitas traucējumi. Rīšanas traucējumi izraisa pastiprinātu siekalu izdalīšanos [Minibajeva, 2008].

Kaut arī galvenais uzsvars PS ārstēšanā, īpaši Latvijā, tiek likts uz medikamentozu terapiju, jaunākajos pētījumos pasaulē lielāka uzmanība tiek vērsta arī uz psihoterapijas efektivitāti nemotoro un daļēji arī motoro simptomu mazināšanai. Tiek runāts par jaunu terapijas veidu nepieciešamību PS simptomu mazināšanai, norādot arī uz kontrolētu pētījumu nepieciešamību šādu terapeitisko stratēģiju izveidei [Wishart, 2011].

Pārkinsona slimības pacienti un trauksme. Trauksmi un tās aspektus pētījuši dažādu teorētisko skolu pārstāvji jau gadsimtiem ilgi, tomēr par šī pētījuma konceptuālo bāzi darba autore izvēlējās amerikāņu psihologa Č. D. Spilberģera un viņa kolēģu izstrādāto trauksmes kā stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes koncepciju, kuras ietvaros tiek izdalīti divi trauksmes aspekti: trauksme kā stāvoklis jeb situatīvā trauksme (T-stāvoklis) un trauksme kā personības iezīme jeb trauksmainība (T-iezīme) [Spielberger, 1985].

Pēc Spilberģera domām, trauksme ir dabīga un obligāta personības aktīvās darbības īpašība, kas piemīt katram indivīdam kā personības iezīme un nosaka, kā viņš reaģēs uz dažādām trauksmi izraisošām situācijām [Spielberger, 1985].

Viens no pirmajiem pētījumiem par trauksmi PS pacientiem bija Rubina vadītais pētījums [Rubin, 1986], kas lietoja standartizētu anketu un DSM-III-R kritēriju trauksmes un afektīvu traucējumu atpazīšanai 16 PS pacientiem (no 210) ar epizodisku trauksmi. Vēlākos pētījumos konstatēts, ka trauksme PS pacientiem tiek atklāta biežāk, nekā gaidīts, īpaši, salīdzinot ar citām neiroloģiskām vai medicīniskām slimībām [Hegeman, 2007].

Neiroķīmiskās izmaiņas PS gaitā, kas ietver gan dopamīna, norepinefrīna un serotonīna mazināšanos, iespējams, ir saistītas ar trauksmes patofizioloģiju šiem pacientiem. Tāda pati saistība tiek minēta arī depresijas kā vienas no galvenajiem

PS nemotoro simptomu cēloņiem, tomēr abu izplatītāko PS saistība ar neuroķīmiskajām izmaiņām pagaidām vēl nav pilnīgi skaidra, un tā tiek pētīta. Tajā pašā laikā, kā minēts vienā no pēdējiem rakstiem par trauksmes neirobioloģiju PS pacientiem [Kano, 2011], vairākos pētījumos konstatēts, ka trauksme PS pacientiem izpaužas ātrāk nekā depresija, premotorajā fāzē, izvirzot pieņēmumu, ka ir iespējama saistība, kas varētu norādīt uz mehānismu, kas ietekmē trauksmi un PS [Bower, 2010].

Ilgu laiku demence un depresija tika uzskatītas par galvenajiem uzvedības traucējumiem, kas tipiski asociējas ar Pārkinsona slimību. Tomēr daudzi pierādījumi liecina, ka trauksme ir tikpat nozīmīga [Richard, 2008]. Kaut arī daudzi pētījumi atklājuši saikni starp trauksmi un depresiju, tomēr ir pētījumi, kur depresijas rādītāji PS pacientiem ir zemāki nekā trauksmes rādītāji [Kummer, 2010].

Amerikāņu pētniece Karen L. Eskow Jaunarajs [Eskow Jaunarajs, 2011] savā pētījumā min, ka PS pacientiem tiek novēroti vairāki trauksmes apakštipi, īpaši panika, parastas un sociālas fobijas, kā arī vispārīgā trauksme [Pantone, 2009]. Savukārt itāliešu pētniece Federika Mondolo (Federica Mondolo) ar kolēģiem [Mondolo, et al., 2007] PS trauksmes simptomus pielīdzina saspringumam, nespējai atslābināties un atpūsties.

Trauksme tradicionāli korelē ar stresu PS sākuma periodā, un tās rādītāji PS pacientiem pārsniedz vidējos rādītājus, salīdzinot ar veselīgiem vai citu slimību hroniski slimiem pacientiem [Walsh, 2011], turklāt trauksme tiek uzskatīta par PS riska faktoru, kopš atklāts, ka tā, tāpat kā depresija, var izpausties pirms PS motorajiem simptomiem.

Galvenās trauksmes iezīmes ir nepamatotas bažas un bailes, kā arī kognitīvas un somatiskas izmaiņas. Daži trauksmes simptomi var līdzināties PS simptomiem, piemēram, nogurums, muskuļu saspringums, bezmiegs, uzmanības traucējumi un satraukums, kas var tikt sajaukti ar, piemēram, diskinēziju (patvaļīgām kustībām) [Kummer, 2010], turklāt tā var būt psiholoģiska reakcija uz PS izraisīto stresu vai saistīta ar neuroķīmiskām izmaiņām, ko izraisa šī slimība [Walsh, 2011].

Trauksme ir viens no faktoriem, kas PS pacientiem rada arī pārmērīgu miegainību dienas laikā [Richard, 2008] un ko var nepamanīt līdz brīdim, kad tā izpaudīsies ekspresīvi. Trauksme var ietekmēt gan pacienta motivāciju, gan rehabilitāciju [Walsh, 2011].

Drāmas terapija pacientiem ar Pārkinsona slimību. Latvijā drāmas terapija (DT) ir viena no mākslu terapijas specializācijām, kurā izmanto dažādas teātra tehnikas, lomu spēles. Tiek izmantota arī sociodrāma un psihodrāmas tehnikas, izvērsti dramatizējumi, stāsti, pasakas, metaforas, simboli, sapņi, maskas, grims, priekšmeti, lelles un marionetes, fotogrāfijas un video [Sudraba, Vagale, 2011].

Šajā pētījumā tika izmantotas dažas teātra un psihodrāmas tehnikas, kā arī izvērsti dramatizējums, stāsti, lelles un citi rekvizīti.

Pētījumu un publikāciju skaits par drāmas terapijas tehniku lietošanu darbā ar pacientiem, kam ir trauksme vai tās simptomi, gan grupās, gan individuāli, pakāpeniski pieaug, un pēdējā desmitgadē tiek veikti gan Eiropā, gan Amerikas Savienotajās Valstīs, Irānā, Austrālijā, Japānā, Indijā un citviet pasaulē.

Šajā pētījumā darbam ar PS pacientiem trauksmes simptomu mazināšanai tika izvēlēta kognitīvi biheiviorālā pieeja DT, ņemot vērā pacientu trauksmi saistībā ar dažādām ikdienas situācijām (situatīvā trauksme jeb T-stāvoklis) un savu (kā arī citu cilvēku, tajā skaitā ģimenes locekļu, draugu un kolēģu) rīcību tajās, saistībā ar slimības specifisko izpausmes formu.

Drāmas terapijas sesijās pacientiem tika dota iespēja, izmantojot lomu spēles un DT rekvizītus, izspēlēt dažādas ikdienas situācijas, liekot uzsvaru uz sev vispiemērotākajiem to risinājumiem sadzīvē, tajā skaitā attiecībām ģimenē un sociālajā vidē, tā veicinot interpersonālas mijiedarbības uzturēšanas nostiprināšanu un vadīšanu ar citiem cilvēkiem kontekstuāli un sociāli atbilstošā veidā un personisko resursu apzināšanos un stiprināšanu (šajā gadījumā – adaptācijas resursu).

Turklāt lomu spēlē attīstās personīgās pieredzes paplašināšana un atklāšana, pievērsot uzmanību tam, kādas lomas tiek spēlētas šeit un tagad, kas pieprasa šīs lomas un kā citi sajūt un uztver manas lomas. Kā apgalvo drāmas terapeite R. Emunā [Emunah, 1994], tas ved pie Es koncepcijas attīstības, identitātes un izmaiņām, jo pacients mācās sevi saprast, ieraugot sevi citā tēlā. DT struktūra tika vērsta uz to, lai izpētes grupas dalībnieki, izmantojot lomu spēli, atpazītu un apzinātos trauksmi izraisošas situācijas un to sasaisti ar emocijām, ko izjūt šajās situācijās, kā arī to, lai DT grupu dalībnieki spētu par to reflektēt. Kā liecina pētījuma rezultāti, DT intervence veicina indivīda izmaiņas sevis un esošās situācijas uztverē.

Atbilstoši 2010. gadā Latvijā apstiprinātajai medicīnas tehnoloģijai “Drāmas terapija”² katra DT grupā sesija tika plānota trīsdaļīga – iesildīšanās, aktīva darbība un noslēguma daļa. Katras DT grupā sesijas sākumā un beigās tika lietotas DT tehnikas, kas veidoja tā saucamo grupas sākuma un beigu rituālu, atspoguļojot pacientu, grupas dalībnieku gatavību darbam, koncentrēšanās spējas, veicinot “šeit un tagad” apzināšanos, kā arī resursu atpazīšanu un stiprināšanu.

Pēc pašu dalībnieku vārdiem, būtiska nozīme trauksmes simptomu mazināšanā un jaunu uzvedības modeļu apgūšanā bija spontanitāti un improvizāciju veicinošajām tehnikām, kā arī relaksācijas vingrinājumiem.

² Medicīniskās tehnoloģijas “Drāmas terapija”. Latvijas Veselības ekonomikas centrs. Spēkā no 31.08.2010.

Materiāls un metodes

Pētījuma dalībnieki. Sākotnēji tika atlasīti 76 PS pacienti ar līdzvērtīgiem datiem, kas atbilst 1. un 2. PS slimības attīstības stadijai. Pēc pirmā mērījuma, kurā tika lietots *STAI-Y*, tika atlasīti 60 PS pacienti, kurus sadalīja divās līdzvērtīgās grupās – izpētes ($n = 30$) un kontroles grupā ($n = 30$). Divi pacienti no izpētes grupas veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ atteicās piedalīties pētījumā, tādēļ viņu dati pētījumā netika iekļauti. Tādējādi bija 58 pētījuma dalībnieki – izpētes grupa (I_1) ($n = 28$) un kontroles grupa (K_1) ($n = 30$).

Izpētes grupā ($n = 28$) bija PS pacienti vecuma posmā no 50 līdz 70 gadiem, kas ietilpst G20 diagnožu grupā saskaņā ar SSK-10 slimību klasifikāciju un pieder pie PS 1. un 2. stadijas. Šie pacienti ārstējās ambulatori, un viņiem bija līdzvērtīgi izejas dati – trauksmes simptomi (trauksme kā stāvoklis un trauksmainība kā iezīme), vērtējot pēc *STAI-Y*. Pētījuma laikā viņi piedalījās DT grupas sesijās.

Tika izveidotas 4 apakšgrupas ($n = 6$; $n = 7$, $n = 7$, $n = 8$). Kopumā izpētes grupā piedalījās 13 vīrieši un 15 sievietes, no kuriem dalību DT grupā pabeidza 21 pacients (8 vīrieši un 13 sievietes).

Kontroles grupā ($n = 30$) bija PS pacienti vecuma posmā no 50 līdz 70 gadiem, kas ietilpst G20 diagnožu grupā saskaņā ar SSK-10 slimību klasifikāciju un pieder pie PS 1. un 2. stadijas. Viņi ārstējās ambulatori, un viņiem bija līdzvērtīgi izejas dati – trauksmes simptomi (trauksme kā stāvoklis un trauksmainība kā iezīme), vērtējot pēc *STAI-Y*. Pētījuma laikā viņi nepiedalījās DT grupas sesijās. Kontroles grupā bija 15 sievietes un 15 vīrieši.

Instrumentārijs. Sākotnējā pacientu atlase notika 6 mēnešus pirms pētījuma uzsākšanas, izmantojot Pārkinsona slimības “Dzīves kvalitātes aptaujas lapu PDQ-39” (*Parkinson’s Disease Questionnaire*), ko veica neirologs. PDQ-39 ietver 39 jautājumus, kas sadalīti 8 grupās; rezultāti tiek vērtēti Likerta skalā [Damiano, Snyder, Strausser, Willian, 1999].

Spilbergera un viņa kolēģu [Spielberger, et al., 1985] izstrādātā “Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma anketa *STAI-Y*” (*State-Trait Anxiety Inventory Self-Evaluation Questionnaire (STAI-Y)*) tika lietota pētījuma pirmajā un otrajā mērījumā, lai noteiktu trauksmes kā stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes līmeni PS pacientiem. Latviešu valodā tests tika adaptēts 2004. gadā D. Škuškovnikas promocijas darbā “Trauksme latviešiem un Latvijā dzīvojošajiem krieviem”. Tas sastāv no 40 jautājumiem, kas sadalīti divās daļās: pirmā skala (1.–20. jautājums) atspoguļo trauksmi kā stāvokli un domāta pārejoša emocionālā stāvokļa noteikšanai jeb situatīvās trauksmes līmeņa noteikšanai, bet otrā skala (21.–40. jautājums) atspoguļo trauksmainību kā personības iezīmi un atspoguļo relatīvi stabilas individuālās tieksmes uz trauksmi jeb nosaka

personas individuālās trauksmes līmeni, kas ir atšķirīgs dažādiem cilvēkiem [Škuškovnika, 2004]. Rezultāti tika vērtēti Likerta skalā no 1 līdz 4.

Pētījuma procedūra. Pētījums tika veikts, sākot no 2011. gada septembra līdz 2011. gada decembrim Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā un Rīgas Stradiņa universitātes Neuroloģijas un neiroķirurģijas katedras telpās.

Izpētes grupa tika sadalīta 4 apakšgrupās. Visās bija viena DT grupu sesiju struktūra un tehnikas.

DT laikā izpētes grupas dalībnieki varēja strādāt ar dažādiem uzvedības un domāšanas modeļiem, izspēlējot ikdienas situācijas, kā arī apgūt pašrelaksācijas tehnikas. Gan izpētes, gan kontroles grupas dalībnieki paralēli pētījumam saņēma arī medikamentozo terapiju.

Pacienti tika informēti par drāmas terapiju un 10 DT grupā sesiju specifiku, kā arī ar to saistītajiem ierobežojumiem, konfidencialitāti un tās ierobežojumiem un DT grupas ētiku.

Rezultāti un secinājumi

Lai pārbaudītu trauksmes stāvokļa (T-stāvoklis) un trauksmainības kā iezīmes (T-iezīme) vidējos rādītājus, izmantojot t-kritēriju, tika salīdzināti izpētes un kontroles grupas vidējie rādītāji. Kā redzams tabulā, ir statistiski nozīmīgas atšķirības T-stāvokļa rādītājos, salīdzinot izpētes grupas un kontroles grupas datus pirmajā un otrajā mērījumā, bet T-iezīmes rādītāji nav uzskatāmi par statistiski nozīmīgiem.

Tajā pašā laikā vērojama rezultātu dinamika, salīdzinot izpētes un kontroles grupas rādītājus pēc pirmā un otrā mērījuma gan trauksmei kā stāvoklim ($t = 3,050$; $p = 0,004$), gan kā iezīmei ($t = 2,974$; $p = 0,005$).

Aplūkojot T-stāvokļa rādītājus pēc 2. mērījuma (I_2 un K_2) un salīdzinot tos ar 1. mērījuma datiem (I_1 un K_1) (sk. 1. att.), var novērot būtisku T-stāvokļa vidējā aritmētiskā samazināšanos izpētes grupā pēc 10 DT grupā sesijām.

Kā redzams 2. attēlā, pēc 2. mērījuma kontroles grupā ir augstāks T-iezīmes rādītājs nekā pirmajā mērījumā.

Pētījumā gūtie rezultāti pierāda, ka DT ir efektīva T-stāvokļa mazināšanā un daļēji efektīva T-iezīmes mazināšanā.

Pēc pētījuma tika veiktas pārrunas ar neirologiem, kuru pacienti piedalījās pētījumā. Sarunu gaitā neirologi minēja, ka dažiem grupas dalībniekiem, kas piedalījās izpētes grupā, pēc dalības DT grupā sesijās nebija jāpalielina medikamentu deva vai pat tika mainīta medikamentozās terapijas forma, norādot to kā pozitīvus rezultātus.

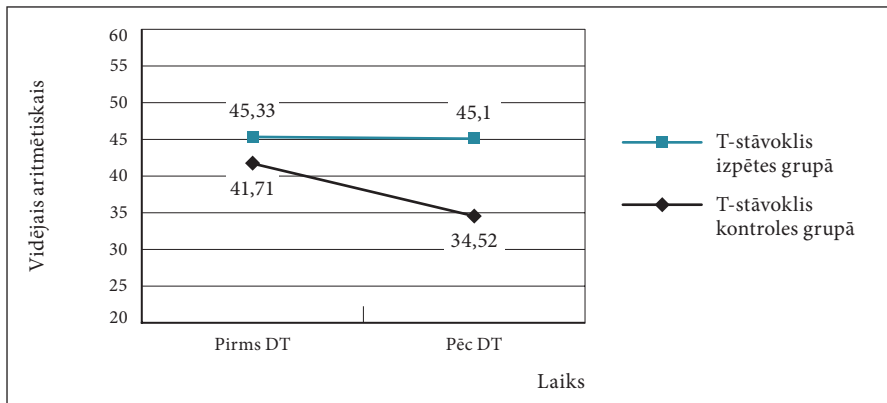
Kopumā, saskaņā ar pētījuma rezultātiem, var secināt, ka pētījuma hipotēze – DT statistiski nozīmīgi mazina trauksmes kā stāvokļa simptomus PS pacientiem – ir apstiprinājies, bet uz jautājumu, vai DT statistiski nozīmīgi mazina trauksmes kā iezīmes simptomus PS pacientiem, ir atbildēts daļēji, un nepieciešams ilgāks pētījums, lai pārbaudītu rādītāju ilgturību.

Atbildot uz pētījuma jautājumu, vai DT statistiski nozīmīgi mazina T-iezīmes simptomus PS pacientiem, var teikt, ka, salīdzinot izpētes grupas datus pirms (I_1) un pēc (I_2) DT grupā, var secināt, ka nav vērojama statistiski nozīmīga atšķirība, kas, iespējams, saistāms ar to, ka T-iezīme ir personības īpatnība, kurai raksturīga iegūta uzvedības dispozicija, kas mudina cilvēku objektīvi drošu situāciju uztvert kā draudīgu, reaģēt ar T-stāvokli, kura līmenis neatbilst objektīvām briesmām [Spielberger, 1985]. Iespējams, T-iezīme izpētes grupai pēc 2. mērījuma mazinātos, ja pētījums būtu ilglaicīgs.

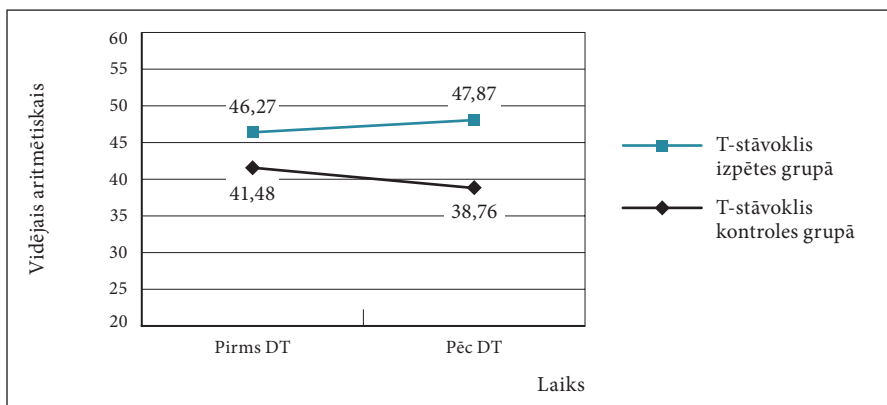
1. tabula. Trauksmes vidējie rādītāji pirms un pēc drāmas terapijas

Atkarīgās izlases	Trauksmes stāvokļa un trauksmainības kā iezīmes pašnovērtējuma anketa (STAI-Y)							
	Vidējais aritmētiskais		Standartnovirze		t-kritērijs		Nozīmīgums (α)	
	T-stāvoklis	T-iezīme	T-stāvoklis	T-iezīme	T-stāvoklis	T-iezīme	T-stāvoklis	T-iezīme
Izpētes grupa I_1	41,71	41,78	9,92	8,25	2,330	0,909	0,025*	0,369
Izpētes grupa I_2	34,52	38,76	10,09	10,92				
Izpētes grupa I_1	41,71	41,78	9,92	8,25	-1,132	-1,881	0,263	0,066
Kontroles grupa K_1	45,33	46,26	12,07	9,40				
Kontroles grupa K_1	45,33	46,26	12,07	9,40	-0,981	-0,617	0,331	0,540
Kontroles grupa K_2	45,10	47,87	13,45	10,64				
Izpētes grupa I_2	34,52	38,76	10,09	10,92	3,050	2,974	0,004*	0,005*
Kontroles grupa K_2	45,10	47,87	13,45	10,64				

* $p < 0,05$.



1. attēls. T-stāvokļa vidējie rādītāji pirms un pēc drāmas terapijas



2. attēls. T-iezīmes vidējie rādītāji pirms un pēc drāmas terapijas

Diskusija

T-iezīmes statistiski nenozīmīgās izmaiņas izpētes grupā pirms un pēc DT grupā, iespējams, vērtējamas ar to, ka DT ietekmē pacienti, pēc pašu vārdiem, sāka kritiskāk vērtēt sevi un, mazinoties aizsardzības mehānismiem, vairāk atklāja savu patieso emocionālo stāvokli. T-iezīmes paaugstināšanās kontroles grupai, iespējams, saistīta ar to, ka pacienti 1. mērījumā vairāk centās atbildēt, izvēloties, viņuprāt, sociāli vēlamās atbildes, salīdzinot ar 2. mērījuma atbildžu izvēli.

Vērtējot pētījuma rezultātus, jāņem vērā arī pētījuma ierobežojumi. Kā viens no galvenajiem ir PS progresējošā gaita, kas ietekmēja pacientu skaita samazināšanos izpētes grupā. Jāņem vērā arī laika ierobežojums, kas noteica ne tikai izlases

apjomu, bet arī DT grupā sesiju skaitu (īstermiņa DT). Ņemot vērā pētījuma izlases specifiku un iekļaušanas / izslēgšanas kritērijus, nebija iespējams izveidot nejašu izlasi, kas, iespējams, ir ietekmējis pētījuma rezultātus.

Hroniska slimība ir process, kam raksturīga pielāgošanās un pastāvīgas izmaiņas katrā slimības fāzē – sākot no pirmajiem simptomiem, līdz diagnozei un slimības progresam [Sproesser, 2004]. Šis process liek meklēt kompromisu starp fiziskajiem un psiholoģiskajiem aspektiem.

Ieteicams turpināt pētījumu par drāmas terapijas ietekmi Pārkinsona slimības pacientiem trauksmes simptomu mazināšanai, pārbaudot rezultātu ilgturību, kā arī veikt plašāku pētījumu par drāmas terapijas ietekmi uz Pārkinsona slimības pacientu T-stāvokļa un T-iezīmes rādītājiem.

Pateicība

Pētījums tapis kā maģistra darbs mākslas terapijas studiju ietvaros drāmas terapijas specialitātē, un liels paldies sakāms maģistra darba vadītājai Kristīnei Mārtinsonai par atbalstu un konstruktīviem ieteikumiem. Tāpat paldies par radošu un produktīvu sadarbību sakāms manai kolēģei Guntai Anšmitei.

Literatūra

1. Blūma I., Millers A. Pārkinsona slimības racionālas farmakoterapijas rekomendācijas zāļu iegādes kompensācijas sistēmas ietvaros. – Veselības ekonomikas centrs, 2010.
2. Medicīniskās tehnoloģijas “Drāmas terapija”. – Latvijas Veselības ekonomikas centrs. [Spēkā no 2010.08.31.].
3. Minibajeva O. Dopamīnerģisko struktūru integritātes izvērtēšana, izmantojot SPECT metodi pacientiem ar neirodeģeneratīvām saslimšanām [Pētnieciskais darbs] / Vad. Dr. med. Evija Miglāne. – Rīga: RSU Tālākizglītības fakultāte, Neuroloģijas studiju programma, 2008.
4. Sudraba V., Vagale A. Drāmas terapija // Mākslu terapija / Mārtinsona K. (red.) – Rīga: Raka, 2011. – 397.–398. lpp.
5. Škuškovnika D. Trauksme latviešiem un Latvijā dzīvojošiem krieviem: Promocijas darbs. – LU, Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte, 2004.
6. Bower J. H., Grossardt B. R., Maragone D. M., et al. Anxious personality predicts an increased risk of Parkinson’s disease // *Movement Disorders*, 2010 Oct 15; 25 (13): 2105–2113.
7. Chagas M. H. N., Tumas V., Loureiro S. R., et al. Does the association between anxiety and Parkinson’s disease really exist? A literature review // *Current Psychiatry Reviews*, 2009; 5 (1): 29–36.
8. Charlton G. S., Barrow C. J. Coping and self-help group membership in Parkinson’s disease: an exploratory qualitative study // *Health Soc Care Community*, 2002; 10 (6): 472–478.

9. Damiano A. M., Snyder C., Strausser B., Willian M. A. A review of health-related quality-of-life concepts and measures for Parkinson's disease // *Qual Life Res*, 1999 May; 8 (3): 235–243.
10. Dattilio F. M. Anxiety-induced tremors in a 13½-year-old female with idiopathic Parkinson's disease // *Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2005; 17: 2.
11. Emunah R. *Acting for real: drama therapy: process, technique, and performance.* – New York: Brunner / Mazel, 1994.
12. Eskow Jaunarajs K. L., Angoa-Perez M., Kuhn D. M., Bishop Ch. Potential mechanisms underlying anxiety and depression in Parkinson's disease: consequences of L-DOPA treatment // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2011; 35: 556–564.
13. Hegeman R. I., LaDonna K. A., Hartman R. The patients' perspective: results of a survey assessing knowledge about and attitudes toward depression in PD // *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2007 December; 3 (6): 903–906.
14. Heyn S. N. Parkinson's disease. 2010 // http://www.medicinenet.com/parkinsons_disease/article.htm (sk. 02.12.2010.).
15. Kano O., Ikeda K., Cribedring D., et al. Neurobiology of depression and anxiety in Parkinson's disease // *Parkinson's Disease*, 2011; vol. 2011, article ID 143547.
16. Kummer A., Cardoso F., Teixeira A. L. Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale in Parkinson's disease // *Movement Disorders*, 2008 Sep 15; 23 (12): 1739–1743.
17. Kummer A., Cardoso F., Teixeira A. L. Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease // *Arq Neuropsiquiatr*, 2010; 68 (4): 495–501.
18. Lanska D. J. The history of movement disorders // *Handb Clin Neurol*, 2010; 95: 501–546.
19. Lebouvier T., Chaumette T., Paillusson S., et al. The second brain and Parkinson's disease // *The European Journal of Neuroscience*, 2009 Sep; 30 (5): 735–741.
20. Lees A. J. Unresolved issues relating to the shaking palsy on the celebration of James Parkinson's 250th birthday // *Mov Disord*, 2007 22 September (Suppl. 17): S327–334.
21. Lieberman A. 100 questions & answers about Parkinson's disease. – Jones and Bartlett Publishers, 2002. – Pp. 32–36.
22. McLaughlin D., Hasson F., Kernohan W. G., et al. Living and coping with Parkinson's disease: perceptions of informal carers // *Palliat Med*, 2011; 25: 177.
23. Mondolo F., Jahanshahi M., Granà A., et al. Evaluation of anxiety in Parkinson's disease with some commonly used rating scales // *Neurological Sciences*, 2007 Oct; 28 (5): 270–275.
24. Pantone G. M., Williams J. R., Anderson K. E., et al. Prevalence of anxiety disorders and anxiety subtypes in patients with Parkinson's disease // *Movement Disorders*, 2009; 24 (9): 1333–1338.
25. Rajesh Pahwa, Kelly E. Lyons. *Handbook of Parkinson's disease.* – 4th ed. – Informa Healthcare, 2007.
26. Richard I. H., Kurlan R. *Anxiety and panic / Factor S. A., Weiner W. J. Parkinson's disease. Diagnosis and clinical management.* – 2nd ed. – Demos Medical Publishing, 2008. – Pp. 122–180.
27. Rubin A. J., Kurlan R., Schiffer R., et al. Atypical depression and Parkinson's disease (abstract) // *Neurology*, 1986; 20: 150.
28. Sharma N. *Parkinson's disease.* – Westport, Conn: Greenwood Press, 2008.

29. Spielberger C. A. Assessment of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues // *The Southern Psychologist*, 1985; 2: 2–16.
30. Sproesser E., Viana M. A., Quagliato E. M. A. B., Abib Pedroso de Souza E. The effect of psychotherapy in patients with PD: a controlled study // *Parkinsonism and Related Disorders*, 2010; 16: 298–300.
31. Tudorica V., Zaharia C., Pircoveanu D., et al. Studies on anxiety in patients with Parkinson's disease // *Romanian Journal of Neurology*, 2009; 8 (1): 46–49.
32. Walsh K., Bennett G. Parkinson's disease and anxiety // *Postgrad Med Journal*, 2011; 77: 89–93.
33. Wishart S., Macphee G. J. A. Evaluation and management of the non-motor features of Parkinson's disease // *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 2011; 2: 69.

DRĀMAS TERAPIJA DARBĀ AR AMBULATORAJIEM PSIHIATRIJAS PACIENTIEM

Anna Šteina, Evija Vilka

Rīgas Stradiņa universitāte, Rehabilitācijas fakultāte

Ievads

Drāmas terapija drošā terapeitiskā vidē, izmantojot dramatisko procesu, palīdz cilvēkiem pārvarēt stresu, emocionālas un psihiskas dabas traucējumus, kā arī mainīt attieksmes un uzvedību. Drāmas terapija, kas pēdējos gados arvien vairāk tiek izmantota klīnikās un rehabilitācijas centros, pacientam ar šizofrēniju ļauj pakāpeniski drošā vidē bez apdraudējuma aplūkot savas problēmas [Yotis, 2006, 191; Ruddy, Brown, 2007).

Rakstā aprakstīta drāmas terapijas metožu izmantošana darbā ar pieaugušo pacientu grupu, kuri apmeklēja Garīgās veselības ambulatorās aprūpes centra “Veldre” dienas stacionāru.

Darbs drāmas terapijā tika balstīts uz atbalsta terapijas principiem ar kognitīvi biheiviorālo un humānistisko pieeju, kuru mērķi bija pašizteikšanās veicināšana / uzlabošana, sevis un citu apzināšanās veicināšana / uzlabošana (resursi), savu emociju apzināšanās, kognitīvo funkciju, uzmanības, atmiņas un uztveres uzlabošana, sadarbības pieredze.

Drāmas terapijas grupas raksturojums

Drāmas terapijas grupa pieaugušajiem notika 3 reizes nedēļā. Pavisam bija 12 sesijas, sesiju ilgums – 1,5 h. Grupa veidota sākotnēji atvērta. Grupas formēšanās stadijā sadarbībā ar ambulatorā centra ārstiem psihiatriem tika atlasīti pacienti dalībai drāmas terapijas grupā. Ar šiem pacientiem notika individuālas intervijas (sākotnējā izvērtēšana) un izvērtēšana drāmas terapijā. Kopumā grupai tika izvērtēti 9 pacienti, no kuriem 2 nebija motivēti dalībai drāmas terapijā, bet 2 neatbilda grupai pēc diagnozēm un individuālajiem mērķiem.

Grupā piedalījās (iniciāli mainīti):

- I. U. (sieviete, 23 gadi) – paranoīda šizofrēnija ar pieaugošām reziduālām parādībām un murgainu halucinatoru sindromu (F 20.01);
- I. P. (sieviete, 34 gadi) – ģeneralizēta idiopātiska epilepsija un epileptiski sindromi (G40.3);
- S. R. (vīrietis, 22 gadi) – paranoīda šizofrēnija ar pieaugošām reziduālām parādībām (F 20.01);

- D. L. (sieviete, 26 gadi) – nepārtraukta paranoīda šizofrēnija (F 20.00);
- R. C. (vīrietis, 20 gadi) – organiski šizofrēnijai līdzīgi murgi (F06.2), ģeneralizēta idiopātiska epilepsija un epileptiski sindromi (G40.3), citi organiski personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma un disfunkcijas dēļ (F07.8), adaptācijas grūtības (Z60.3). Epilepsijas demence (pēc ārstējošās ārstes psihiatres vārdiem).

Apkopojot izvērtēšanā iegūto informāciju par pacientiem, veidojas pacientu grupas kopaina ar diagnozēm: F20.00 (paranoīda šizofrēnija) un G40.3 (ģeneralizēta idiopātiska epilepsija un epileptiski sindromi). Dalībniekam R. C. arī F06.2 (organiski šizofrēnijai līdzīgi murgi). Ņemot vērā diagnozes, visiem pacientiem ir apziņas, uzvedības, uztveres, kognitīvo funkciju, izjūtu un emociju traucējumi.

Izvērtējot pacientus drāmas terapijas specializācijas kontekstā, secināts, ka lielākajai daļai pacientu ir motivācija darboties drāmas terapijā, kā arī vērojams spēles prieks. Pacienti labprāt izmanto dekorus, labi apietas ar spēles materiālu. Ņemot vērā pacientu diagnozes, visiem pacientiem ir nepieciešama struktūra un atbalsts, lai varētu spēlēt.

Drāmas terapijas teorētiskās nostādnes darbā ar šizofrēnijas slimniekiem

Drāmas terapija drošā terapeitiskā vidē, izmantojot dramatisko procesu palīdz cilvēkiem pārvarēt stresu, emocionālas un psihiskas dabas traucējumus, kā arī mainīt attieksmes un uzvedību [Langley, 2006, 4; Karkou, 2006, 197]. Estētiskā distance, kas ir viens no drāmas terapijas pamatkonceptiem, var palīdzēt šizofrēnijas slimniekam, jo ļauj strādāt ar sensitīvu materiālu drošā veidā, tieši par to neverbalizējot [Ruddy, Brown, 2000]

Drāmas terapeits R. Greindžers (R. Grainger, 1990) ir pētījis šizofrēniskos domāšanas traucējumus no kognitīvās psihoterapijas perspektīvas. Viņš uzskata, ka, tā kā personīgie konstrukti tiek vērtēti interpersonālā komunikācijā, drāma nodrošina drošu vietu, kurā iespējams izmēģināt, aplūkot un izvērtēt attiecības [Yotis, 2006, 193].

A. Bielanskas, A. Cečnicka un P. B. Davidovska (A. Bielanska, A. Cechnicka, P. B. Dawidowski, 1991) pētījumā, kurš norisinājās N. Kopernika Medicīnas akadēmijas Psihiatrijas nodaļā ambulatoro pacientu dienas centrā Krakovā, drāmas terapijas darbs tika balstīts uz teātra vingrinājumiem – sākot ar vienkāršākām motorām ķermeņa kustībām, balss treniņu, emociju izteikšanu caur vienkāršām individuālām un grupas pantomīmas ainām. Pakāpeniski vingrinājumi tika papildināti ar lomu spēli, kurā tika izspēlētas / pārspēlētas (no jauna radītas) ikdienas dzīves situācijas, kurās pacientiem ir iespēja trenēt / praktizēt dažādas sarežģītības pakāpes uzdevumus, ar kuriem, iespējams, būs jāsaskaras reālajā dzīvē. Parasti tika izspēlētas individuālas situācijas, piemēram, saruna ar priekšnieku, randiņa norunāšana, situācija veikalā u. tml.

Galvā scenārija – stāsta, lugas un pasakas – izmantošana drāmas terapijā palīdz radīt teatrālo / spēles realitāti, veido estētisko distanci, kuras ietvaros iespējams aplūkot uzvedības veidus, eksperimentēt ar tiem. Spēles realitāte palīdz pacientiem uzlabot komunikācijas prasmes, piemēram, caur balss modulāciju, ķermeņa pozu apzināšanos, žestiem un sejas mīmiku. Jāņem vērā, ka lomas un situācijas var aizskart pacientu dziļākā līmenī, bet tas notiek netieši. Diskusijā par atveidotajām lomām, raksturiem un savstarpējām tēlu attiecībām (netieši) tiek runāts par attiecībām starp cilvēkiem un viņu problēmām.

Teatrālās / spēles situācijas palīdz radīt drošības sajūtu terapeitiskajā telpā – var tikt izmēģināta uzvedība, kurā agrāk šķitusi neiespējami grūta / sarežģīta [Bielanski, Cechnicki, Budzyna-Dawidowski, 1991, 568].

Autori ir izdalījuši arī drāmas terapijas struktūras elementus, principus:

- 1) nemainīga vieta un regularitāte;
- 2) scenārijs, uz kuru koncentrēts darbs;
- 3) skaidri definētas lomas / tēli, kurus pacienti atveido;
- 4) vadītāja gatavība pieņemt lēmumus;
- 5) terapeiti, kuri darbojas lomās, rādot piemēru, kā rīkoties sarežģītās situācijās;
- 6) terapeita asistentu emocionāls atbalsts [Bielanski, Cechnicki, Budzyna-Dawidowski, 1991, 570].

Terapeits drāmas terapijas grupā ar šizofrēnijas pacientiem neapskata pagātņi, lai atrastu problēmas cēloņus. Caur atveidotajiem tēliem tiek apzinātas pacienta emocionālās problēmas un grūtības un runāts par tām grupā vai individuāli. Nenoliedzami terapeitam ir jāpatur prātā šizofrēnijas pacientu specifiskās grūtības un jārada patikama, relaksējoša un iekļaujoša atmosfēra.

Aplūkojot, analizējot konkrētu tēlu raksturus, emocijas, domāšanas veidus, motivāciju, komunikācijas veidus, pacientiem iespējams apzināt savus personīgos resursus, atklāt savas spējas. Tēlu psiholoģiskā analīze vienlaicīgi palīdz pakāpeniski radīt distanci starp tēlu un sevi. Krakovas centra pētījuma dati liecina, ka pēc DT (ilgākā laika periodā) bija novērojami uzlabojumi sociālo kompetenču sfērā, īpaši starppersonu kontaktu un komunikāciju prasmju jomā. Pētnieki uzskata, ka tas saistāms ar faktu, ka pacienti, gūstot labāku sevī izpratni, spēja brīvāk kontaktēt ar citiem [Bielanski, Cechnicki, Budzyna-Dawidowski, 1991, 574].

Drāmas terapija darbā ar pacientu grupu tika balstīta uz atbalsta terapijas principiem ar humānistisko un kognitīvi biheiviorālo pieeju. Amerikāņu drāmas terapeite Renē Emunā (*Renee Emunah*, 1994) integratīvos teorētiskos virzības rāmjos sauc par humānistisko psiholoģiju, kurā cilvēks domā savu aktuālo un potenciālo iespēju robežās. Drāmas terapija ir tilts starp abām pusēm. Dramatiskajā spēlē, drāmas terapijas procesā pacients / klients ir jāsaģatavo veidot labāku dzīvi. Savukārt angļu drāmas terapeiti M. Andersena-Vorena un R. Greindžers

(M. Andersen-Warren, R. Grainger) atzīmē līdzības ar kognitīvi biheiviorālo terapiju, kura piedāvā izmantot lomu spēli, lai palīdzētu cilvēkam formēt daudz efektīvāku sociālo uzvedību [Andersen-Warren, Grainger, 2001, 9, 39].

Drāmas terapijas process

Terapeitiskie mērķi grupai:

- 1) pašizteikšanās veicināšana / uzlabošana;
- 2) sevis un citu apzināšanās veicināšana / uzlabošana, savu emociju apzināšanās;
- 3) kognitīvo funkciju, uzmanības, atmiņas un uztveres uzlabošana;
- 4) sadarbības pieredze.

Saskaņā ar grupas kopīgajiem mērķiem darbs tika virzīts uz pacientu pašizteikšanās veicināšanu, sevis un citu apzināšanos, lai pacienti, ņemot vērā, ka viņiem ir jāsadzīvo ar noteiktām diagnozēm, spētu sevi apzināties kā sabiedrības daļu, kuri piedalās mijiedarbībā ar citiem. Tādējādi pacienti arī uzlaboja sadarbības pieredzi, spētu noteikt savas vajadzības resursus, spēju apzināties sevi konkrētās situācijās, kontrolēt savu rīcību, atpazīt emocijas, emociju adekvātu izstrādi. Pacientiem slimības rezultātā ir traucētas arī kognitīvās funkcijas – uzmanība, koncentrēšanās, atmiņa, uztvere. Kopējā plānojumā tika iekļautas tehnikas un metodes, kas veicina dalībnieku savstarpēju iepazīšanu, jūtu atpazīšanu, uzdevumi, kas attīsta sadarbības prasmes, tāpat tika iekļauti dažādi uzmanības, atmiņas un uztveres vingrinājumi.

Sesijas plānojums saskaņā ar angļu drāmas terapeitiem Andersenu-Vorenu un Greindžeru ir trīsdaļīgs, kur viens posms pāriet otrā. Pirmā sesijas daļa ir iesildīšanās aktīvai darbībai otrajā daļā. Otrajai daļai ir vairāk dramatisks raksturs. Trešajā, noslēguma, daļā dalībnieks pauž savu refleksiju par notikušo [Andersen-Warren, Grainger, 2000, 23].

Iesildīšanās sesija tika veidota trīsdaļīga: ķermeņa iesildīšana, iztēles iesildīšana un iesildīšanās telpā [Müller-Weith, 2008].

1.–3. sesija. Ievaddaļa.

Pamattēmas: izpēte, kontakta un uzticēšanās nodibināšana.

Sesiju mērķi: iepazīšanās, izvērtēšana; kopīgi izvirzīto mērķu saskaņošana; vienošanās par grupas noteikumiem, to atkārtošana; savstarpējā kontakta nodibināšana; uzmanības un atmiņas trenēšana.

Šajā orientēšanās fāzē bija vērojama robežu “taustīšana”, iezīmējās pacientu lomas grupā. Pēc pirmās sesijas pacients S. R. pameta grupu. Sesijās daudz tika izmantoti uzmanību un atmiņu veicinoši vingrinājumi. Pacienti izteica vēlmi vingrinājumus atkārtot vairākkārt. Pakāpeniski pieauga savstarpējā uzticēšanās pakāpe, spēles prieks. Sesiju sākuma aplī pacienti daudz runāja par stresa situācijām mājās. Trešā sesija noslēdzas ar pacientu izvirzītu tēmu “Vienotība”.

4.–10. sesija. Darbības daļa.

Pamattēmas: emocijas; es un citi.

Sesiju mērķi: emociju apzināšanās un izpausme; sevis un citu apzināšanās; pašizteikšanās veicināšana; sadarbības pieredze.

Darbs drāmas terapijā no mazajām grupām pāriet visas grupas līmenī. Sesiju darbības daļā tiek izmantotas lomu spēles, foruma teātra princips, ikdienas situāciju pārspēles, refleksijas par izspēlētajām situācijām.

Grupas dalībniekiem vērojamas izteiktas pašizteikšanās grūtības. Varēja novērot pacientu sadarbību, savstarpēju komunikāciju, taču situācijas bez drāmas terapiju iekļaušanās pacienti atrisināt nespēja. Pēc grupas attīstības stadijām grupa joprojām bija orientēšanās stadijā. Ceturtajā sesijā grupai pievienojās jauns dalībnieks R. C., pārējās grupas dalībnieces uzdevumu veikšanā centās jaunpienācēju atbalstīt un iedrošināt, īpaši vingrinājumos, kuri bija saistīti ar uzmanību un atmiņu. Pārsvārā dominēja terapeitiski neproduktīva uzvedība – tika doti padomi citiem dalībniekiem. Grupas attīstību un tās terapeitisko potenciālu bremsēja pretestība, kas izpaudās atsevišķu dalībnieku problemātiskajā uzvedībā. Iespējamie cēloņi – trauksme, bailes. Sesijās – sākuma aņļos – daudz tika stāstīts par notikumiem ārpus grupas, pārsvārā apspriestas attiecības ar vecākiem. Mazo grupu uzdevumos bija vērojams pakāpenisks uzticēšanās pakāpes pieaugums, kā arī imitējoša uzvedība, identificēšanās ar terapeitu.

11.–12. sesija. Noslēgums.

Pamattēmas: ieguvumi, atvadišanās.

Sesiju mērķi: iepriekšējo sesiju laikā iegūtā novērtējums un nostiprināšana; drāmas terapijas procesa apkopojums un noslēgums; atvadišanās.

Dalībnieces D. L. un I. U. atzīmēja, ka drāmas terapijas cikla laikā viņas ir pamanījušas, ka mazāk konfliktē ar mājniekiem. Šis pacients arī bija pamanījušas, ka kļuvušas mierīgākas un viņu trauksmes līmenis ir mazinājies. Visas grupas dalībnieces izteica vēlmi turpināt drāmas terapiju grupā. Noslēguma sesijā pacienti idealizēja drāmas terapijas iedarbības spēku. Arī ārstējošajai ārstei viņi bija stāstījuši par “maģisko” drāmas iedarbību.

Rezultāti un secinājumi

Novērtējot drāmas terapijas procesu un rezultātus, tika secināts, ka ir strādāts ar visiem izvirzītajiem mērķiem, bet, ņemot vērā terapijas īslaicīgumu, izteiktāka bija individuālā, nevis grupas dinamika, kas, iespējams, saistīts arī ar to, ka sesiju apmeklējums pacientiem bija dažāds.

Analizējot grupas kopējo dinamiku, tika secināts, ka grupa nesasniedza produktīvo jeb darba stadiju un praktiski palika sākuma jeb orientēšanās stadijā, taču terapijai bija arī noslēguma fāze, tādēļ var teikt, ka grupa piedzīvoja arī noslēguma stadiju.

Novērtējot grupas darbību pēc amerikāņu drāmas terapeites Emunā aprakstītajām piecām drāmas terapijai raksturīgajām darbības fāzēm, kurām mainoties iespējams spriest par grupas darbības attīstību, tika secināts, ka darbs ar šo grupu galvenokārt noritēja pirmo trīs fāžu līmenī.

1. Dramatiskā spēle. Fāzi raksturo drošas vides radīšana, kurā valda interaktīvas spēles, improvizācijas, ir daudz fizisku aktivitāšu. Uzsvars tiek likts uz veselajām klientu / pacientu daļām. Šīs fāzes elementi bija visās sesijās. Ar katru sesiju pieauga pacientu aizrautība un spēles prieks.
2. Darbs ar ainu. Šajā fāzē tiek veicināta pašizteiksme, spēles un lomu paplašināšana caur improvizētām teatrālām ainām. Nozīmīgi ir arī skatītāji, kuri pēc ainām izsaka asociācijas, kuras raisījis redzētais.
3. Lomu spēle. Šajā fāzē skatuve kļūst par laboratoriju, kurā reālās dzīves situācijas var tikt aplūkotas un izmēģinātas drošā vidē. Scēniskais darbs ir izdomāts, ne biogrāfisks, taču to iespaido pacienta personīgā pieredze. Fāzē iespējama arī kolektīvā režija, simultānitātes princips un atkārtošana pēc principa “kā būtu, ja...?”

Šo fāžu elementi grupas darbā bija, sākot no ceturtās sesijas. Dalībnieki iejutās gan “aktiera”, gan “skatītāja” lomās. Izmantojot teatrālos elementus, tika izspēlētas dažādas ainas un pārrunāts redzētais. Izmantojām kolektīvās režijas principus, kad skatītāju lomās esošie pacienti piedāvāja savus variantus situāciju risināšanā. Atkārtošanas princips tika izmantots, vairākkārt izspēlējot vienu situāciju ar mainītu emocionālo nokrāsu, kā arī aplūkojot dažādus rīcības modeļus vienā un tajā pašā situācijā.

Emunā raksta, ka visas fāzes ir savstarpēji mainīgas un brīžiem pārklājas. Katrā sesijā var būt elementi no visām piecām fāzēm. Kaut arī 5 fāžu modelis ir balstīts uz ilglaicīgu (vairāk nekā 20 sesiju) slēgtas grupas darbu, šo modeli var piemērot arī īslaicīgām un atvērtām grupām. Šādās grupās parasti notiek ātrāka pāreja no 1. līdz 3. fāzei, bet 4. fāze reizēm netiek sasniegta un 5. fāzei netiek piešķirta tik liela nozīme kā ilglaicīgajās slēgtajās grupās [Emunah, 1994, 35–47].

Pašizteikšanās veicināšana / uzlabošana pacientiem vērtējama dažādos līmeņos. Vienā gadījumā progress bija pacientam R. C., kuram bija lielas grūtības izteikties un saprast, kā viņš jūtas, taču beigu beigās viņš atzina, ka bieži jūtas skumjš, dusmīgs vai aizvainots. Pārējo grupas dalībnieku gadījumā bija vērojama spēja ne tikai izteikt savas emocijas, bet arī parādīt caur lomu spēli. Tika izspēlētas situācijas, kuras pacientiem ļauj labāk izprast sevi un citus, un pēc tam reflektēts par tām, taču jāatzīst, ka šī mērķa sasniegumi bija salīdzinoši minimāli un var runāt par atsevišķu dalībnieku dinamiku. Citam tā bija pieredze vispār kā tāda – būt kopā ar citiem dalībniekiem grupā, savukārt citi centās sevi izprast attiecībās arī ar apkārtējiem ārpus grupas.

Nenoliedzami drāmas terapija grupā veicināja pacientu sadarbības pieredzi, kas izpaudās dažādos vingrinājumos, pāru darbos: sadarboties tā, lai dalībnieks saprot citus un pārējie saprot viņu, vienojoties un veidojot kaut ko jaunu. Pirms un pēc sesijām bija vērojams komunikācijas pieaugums dalībnieku starpā. Visi grupas dalībnieki uzsvēra uzmanības un atmiņas veicinošo uzdevumu nozīmību.

Novērtējot un pārrunājot drāmas terapijas procesu un rezultātus ar ambulatorā centra vadību, tika secināts, ka drāmas terapija kā papildu ārstēšanas metode būtu vēlama pacientiem ar šizofrēniju, strādājot ar sekundāriem terciāriem mērķiem multidisciplinārā komandā.

Literatūra

1. Bielanski A., Cechnicki A. Drama therapy as a means of rehabilitation for schizophrenic patients: our impressions // *American Journal of Psychotherapy*, 1991 Oct; 45 (4): 566.
2. Casson J. W. Drama psychotherapy and psychosis: dramatherapy and psychodrama with people who hear voices. – Routledge, 2004.
3. Dayton T. Drama games. – New York: Health communications Inc, 1990.
4. Dramatherapy: clinical studies / Edited by S. Mitcell. – J. Kingsley Publishers, Ltd, 1996.
5. Emunah R. Acting for real: drama therapy process, technique, and performance. – New York: Brunner / Mazel, Inc, 1994.
6. Langley D. M. Dramatherapy and psychiatry. – New York Croom Helm, 1987.
7. Landy R. J. New essays in drama therapy – Edition Illustrated Publisher Charles C. Thomas, 2001.
8. Lieberman M., Yalom I. D. Brief group psychotherapy for the spousally bereaved: A controlled study // *International Journal of Group Psychotherapy*, 1992; 42 (1): 117–132.
9. Ramaratnam S., Baker G. A., Goldstein L. H. Psychological treatments for epilepsy // *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008; Issue 3. Art. No CD002029 // DOI: 10.1002/14651858.CD002029.pub3.
10. Ruddy R., Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia like illness // *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 2007; 1.
11. Warren M. A., Grainger R. Practical approaches to drama therapy. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.
12. Yotis L. A review of dramatherapy research schizophrenia: methodologies and outcomes // *Psychotherapy Research*, 2006; 16 (2): 190–200.

AUTORU ALFABĒTISKAIS RĀDĪTĀJS

A

Akmane, Elīna 62

B

Barsineviča, Sandra 322

Beļska, Anžela 330

Bērziņa, Guna 13

C

Ciganovska, Sanita 238

D

Dakse, Evita 222

Denisjuka, Jeļena 330

Duhovska, Jana 312, 350

Dzene, Daiga 222

Dzilna-Šilova, Ilze 259

E

Eglīte, Džoanna 186

Enģele, Līga 341

G

Garnaka, Rita 363

Grīnberga, Inta 115

H

Hartmane, Sandra 76

K, Ķ

Karkuva, Vikija 48

Krevica, Edīte 292

Kušnareva, Zane 152

Ķince, Liene 152

L

Lindiša, Daiga 203

M

Mārtinsone, Kristīne 32, 48, 62, 87, 94,
100, 115, 152, 186, 203, 222, 238,
246, 259, 312, 363

Mazkalne, Madara 115

Meluškāne, Sindija 203

Mihailova, Sandra 87, 94

Mihailovs, Ivans Jānis 87, 94

P

Paiča, Inese 48

Paipare, Mirdza 350

Puķīte, Margarita 23

S, Š

Silniece, Sanita 152

Šķone, Naira 246

Šteina, Anna 375

Šuriņa, Sanita 186

U

Upmale, Anda 259, 280

V

Veide-Nedviga, Līga 238

Veitnere, Zane 115

Vētra, Anita 13

Vilka, Evija 100, 375

Visnola, Dace 280