

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

IR

LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapijos (šokio-judesio terapijos specializacijos)

antrosios pakopos (magistrantūros) studijų

Baigiamasis darbas

ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS POVEIKIS ASMENIMS, IŠGYVENANTIEMS LĖTINIŲ
SKAUSMŲ

Greta Leitonaitė

Darbo vadovas

asist. dr. Aušra Beržanskytė

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Konsultantė

lekt. Raimonda Duff

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas pavardė)

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data _____

(pildo atsakingas Katedros/ Klinikos darbuotojas)

Registracijos Nr. _____

(pildo atsakingas Katedros/ Klinikos darbuotojas)

Studento elektroninio pašto adresas: greta.leitonaite@mf.stud.vu.lt

2022

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
ABSTRACT.....	5
SANTRUMPOS.....	6
SĄVOKOS.....	7
ĮVADAS.....	8
1. LĒTINIŠKAUSMĄ IŠGYVENANČIŲ ASMENŲ SVEIKATOS PROBLEMOS IR POREIKIAI.....	11
1.1. Lėtinio skausmo apibrėžimas ir gydymas.....	11
1.2. Lėtinio skausmo samprata.....	13
1.3. Lėtinis skausmas ir fiziniai sunkumai.....	14
1.4. Psichologiniai sunkumai ir rekomenduojami nefarmakologiniai gydymo būdai.....	15
1.5. Socialiniai sunkumai.....	16
2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS TAIKYMO GALIMYBĖS LĒTINIŠKAUSMĄ IŠGYVENANTIEMS ASMENIMS.....	17
2.1. Šokio-judesio terapijos samprata.....	17
2.2. Šokio-judesio terapijos užsiėmimo etapai.....	18
2.3. Šokio-judesio terapijos taikymas lėtinio skausmo pacientams.....	19
3. EMPIRINIS TYRIMAS.....	23
3.1. Tyrimo metodologija.....	23
3.1.1. Tyrimo dalyvių aprašymas.....	23

3.1.2. Tyrimo duomenų rinkimas.....	25
3.1.3. Tyrimo organizavimas.....	29
3.1.4. Tyrimo duomenų tvarkymas.....	32
3.1.5. Tyrimo duomenų analizė.....	33
3.2. Tyrimo rezultatai.....	34
3.2.1. Nerimo bei depresijos požymių ir kūno pojūčių įsisąmoninimo pokytis..	34
3.2.2. Skausmas kviečia pasirūpinti savimi.....	41
3.2.3. Emociniai išgyvenimai yra kompleksinė, lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų, problemos dalis.....	44
3.2.4. Skausmą svarbu įžodinti.....	47
3.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	49
3.3.1. Skausmas kviečia pasirūpinti savimi.....	52
3.3.2. Emociniai išgyvenimai yra kompleksinė, lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų, problemos dalis.....	54
3.3.3. Skausmą svarbu įžodinti.....	56
3.4. Tyrimo stiprumas, ribotumas, tolimesnių tyrimų kryptys ir tyrimo reikšmingumas.....	57
IŠVADOS.....	60
REKOMENDACIJOS.....	61
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	62
PRIEDAI.....	68

SANTRAUKA

Baigiamojo darbo temos pavadinimas. Šokio-judesio terapijos poveikis asmenims, išgyvenantiems lėtinį skausmą.

Tyrimo tikslas. Įvertinti šokio-judesio terapijos poveikį asmenims, išgyvenantiems lėtinį skausmą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų sveikatos problemas ir poreikius bei šokio-judesio terapijos taikymo galimybes šiai populiacijai.
2. Įvertinti lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų nerimo bei depresijos požymius ir kūno pojūčių įsisąmoninimo pokyčius empiriškai taikant dėmesingu įsisąmoninimu grįstą šokio-judesio terapijos darbo modelį.
3. Atskleisti lėtinį skausmą išgyvenančių žmonių šokio-judesio terapijos patyrimą.

Tiriamieji. Aštuonios skirtingą lėtinį skausmą išgyvenančios moterys.

Tyrimo metodika. Buvo pasirinktas mišrus tyrimo metodas. Kiekybinis tyrimo metodas buvo naudojamas vertinant lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų nerimo bei depresijos požymius ir kūno pojūčių įsisąmoninimą *prieš* ir *po* dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo ir nurodant terapijos poveikį, kokybinis tyrimo metodas atskleidžiant lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų šokio-judesio terapijos patyrimą. Kiekybinei tyrimo daliai duomenys buvo renkami pasitelkiant HAD ir MAIA klausimynus, kokybinei – atliekant individualius pusiau struktūruotus interviu ir gauti duomenys analizuoti taikant indukcinės teminės analizės metodą pagal Braun ir Clarke (2013). Tyrimas buvo vykdomas 2021 metų lapkričio – gruodžio mėnesiais.

Tyrimo rezultatai. Nustatyti statistiškai reikšmingi kūno pojūčių įsisąmoninimo aštuonių aspektų pokyčiai, tačiau statistiškai nereikšmingi nerimo bei depresijos požymių pokyčiai *po* dešimties ŠJT užsiėmimų ciklo. Patirtis gyvenant su lėtiniu skausmu atskleidė tris pagrindines kryptis: 1) Skausmas kviečia pasirūpinti savimi; 2) Emociniai išgyvenimai yra kompleksinė, lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų, problemos dalis; 3) Skausmą svarbu įžodinti.

Raktiniai žodžiai: *lėtinis skausmas, šokio-judesio terapija, kiekybinis tyrimas, kokybinis tyrimas.*

ABSTRACT

Thesis title. Impact of Dance Movement Therapy for People Experiencing Chronic Pain

The aim. To evaluate the effects of dance-movement therapy on people experiencing chronic pain.

Objectives of the research:

1. To review the health problems and needs of people experiencing chronic pain and to evaluate the possibilities of applying dance-movement therapy to this population.
2. To evaluate the signs of anxiety and depression and the perception of body sensations in individuals experiencing chronic pain empirically by applying a model of dance-movement therapy work based on attentive awareness.
3. To reveal the experience of dance-movement therapy in people experiencing chronic pain.

Participants. Eight women experienced different types of chronic pain.

Methodology of investigation. A mixed study method was chosen. The quantitative research method was used to assess the signs of anxiety and depression and body sensation in chronic pain survivors *before* and *after* ten cycles of dance-movement therapy sessions and to indicate the effect of therapy, the qualitative research method exposed the dance-movement therapy experience in people experiencing chronic pain. For the quantitative part of the study, data were collected using HAD and MAIA questionnaires, for the qualitative part – individual semi-structured interviews were carried out to obtain data which was analyzed using the method of inductive thematic analysis according to Braun and Clarke (2013). The survey was conducted in November-December of 2021.

Research results. There were statistically significant changes in eight aspects of body awareness, but no statistically significant changes in the symptoms of anxiety and depression after ten sessions of DMT. The experience of living with chronic pain revealed three main directions: 1) Pain calls for self-care; 2) Emotional experiences are a complex part of the problem of people experiencing chronic pain; 3) It is important to verbalize the pain.

Keywords: *chronic pain, dance-movement therapy, quantitative research, qualitative research*

SANTRUMPOS

MAIA – Daugiamatis interocepčio įsisąmoninimo klausimynas (angl. Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness).

MBDMT – Dėmesingu įsisąmoninimu grįsta šokio-judėsio terapija (angl. Mindful-Based Dance Movement Therapy)

ŠJT – šokio-judėsio terapija (angl. Dance Movement Therapy)

TBMA – kūno-psichikos metodas (angl. The BodyMind Approach)

TLK – Tarptautinė ligų klasifikacija

SAVOKOS

Aleksitimija (angl. *alexithymia*) – negebėjimas įvardyti savo ir kitų žmonių emocinių būsenų (Salminen ir kt., 1999)

Mentalizacija (angl. *mentalizing; mentalization*) – žmogaus gebėjimas atpažinti, suprasti, numatyti kitų asmenų ir savo paties mintis, emocijas, įsitikinimus, ketinimus bei troškimus, kurie leidžia interpretuoti ir prognozuoti elgesį (Howlin ir kt., 1999).

ĮVADAS

Lėtinis skausmas vertinamas kaip trečioji didžiausia sveikatos problema, kurios gydymas yra skirtingų medicinos sričių reikalas. Remiantis kai kuriais tyrimais, lėtinis skausmas sukelia didžiulę asmeninę ir ekonominę naštą. Šia liga serga daugiau nei 30 % žmonių visame pasaulyje (Cohen, 2021). Lėtinį skausmą geriausia laikyti atskira liga, kuri paveikia biologinę, psichologinę ir socialinę gyvenimo kokybę (Duenas ir kt., 2016). Pastarajam būdingi plataus spektro fizinės, psichologinės bei kognityvinės adaptacijos sutrikimai ir prisitaikymo prie socialinės aplinkos problemos dėl centrinės ir periferinės nervų sistemos patologijos (Fayaz ir kt., 2016). Tai liga, kuri slopina organizmo funkcines galias, neigiamai veikia gyvenimo kokybę (pilnatvę), trunka ilgiau nei tris mėnesius ir nesibaigia sugijus pažeistiems audiniams (Treede ir kt., 2019). Jaučiant lėtinį skausmą, kenčia ne tik žmogaus kūnas, bet ir psichika (Sheng ir kt., 2017). Dažniausiai minimos psichologinės bėdos – stresas, somatizacija, atsakomybės jausmas (kaltė, gėda), emociniai sutrikimai (nerimas, pyktis, nusivylimas, prislėgta nuotaika, depresija), savigarba, savivertė, praradimo ir sielvarto jausmas. Taip pat lėtinio skausmo eigoje sutrinka psichosocialiniai veiksniai: nedarbingumas, prasti įveikos įgūdžiai, smurtas, nuotaikos svyravimai (pykčio protrūkiai, neigiamos emocijos, dirglumas) neigiamai paveikia ne tik pacientą, bet taip pat ir visą jo šeimą, socialinę aplinką (Tunks ir kt., 2008). Skausmas apriboja judėjimo laisvę, kelia judėjimo baimę – kineziofobiją, nusilpimą ir raumenų įtampą (Shuchang ir kt., 2011). Lėtinio skausmo psichoemocinės savybės: kovos su priklausomybe bruožai, aleksitimija, prievartos ir nepriežiūros patirtys vaikystėje bei depresija veikianti, kaip tarpininkas tarp lėtinio skausmo ir aleksitimijos, daro šią pacientų grupę gana nevienalytę (Majore-Dūšele ir kt., 2021). Lėtinis skausmas turi neigiamą poveikį kenčiančių nuo jo asmenų gyvenimo kokybei bei gerovei. Tai didelė visuomenė sveikatos problema, kuriai reikia nefarmakologinių intervencijų, kaip šokio-judesio terapijos įvairūs darbo modeliai, kurie sprendžia įvairius psichosocialinius lėtinio skausmo komponentus ir sumažina skausmo patirtį bei negalią (Shim ir kt., 2019). Taigi lėtinį skausmą patiriančius asmenis reikėtų gydyti atsižvelgiant į biopsichosocialinius veiksnius, įtraukiant kvalifikuotus (skirtingų sveikatos priežiūros sričių) specialistus, kurių pagalba asmeniui užtikrintų emocinę bei socialinę gerovę, prisidėtų prie didėjančio atsparumo, atjautos sau jausmo ir asmeninio augimo.

Lėtinis skausmas yra daugialypė būklė, kuri gali turėti didelį ir sekinantį poveikį visai žmogaus asmenybei. Nauja lėtinio skausmo valdymo paradigma pabrėžia žmonių teigiamų sveikatos išteklių stiprinimą ir išteklius, kurie gali palaikyti gerą gyvenimą nepaisant neigiamo lėtinio skausmo poveikio. Vienas iš teigiamų sveikatos konstrukcijų, puikiai tinkančių lėtinio skausmo valdymo rėmams, yra psichologinis atsparumas – gebėjimas atlaikyti, prisitaikyti ir augti stresorių akivaizdoje (Shim ir kt., 2017). Per pastarąjį dešimtmetį padaugėjo mokslinių tyrimų, skirtų atsparumo lėtinio skausmo kontekste ir atsparumo vaidmeniui pozityviai adaptuojantis žmonėms, kenčiantiems nuo lėtinio skausmo (Shim ir kt., 2019).

Nors trūksta supratimo apie konkrečius veiksnius ir būdus, kuriais šokio-judesio terapija daro gydomąjį poveikį lėtinio skausmo pasekmėms, jau yra įrodymų, kad lėtinio skausmo sudedamųjų komponentų gydymas ŠJT užsiėmimų metu pasiteisina. Mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad šokio – judesio terapija veiksmingai gerina gyvenimo kokybę, gali stabilizuoti simpatinę nervų sistemą, mažina klinikinius simptomus, kaip depresija ir nerimas (Koch ir kt., 2014; Koch ir kt., 2019). Šokis, judėjimas daro įtaką psichologiniam funkcionavimui, suteikia galimybę naudoti kūną kartu su psichika, stiprinant gebėjimą reguliuoti emocijas viduje (Homann, 2010).

Šokio-judesio terapija – viena iš keturių oficialiai pasaulyje pripažintų meno terapijos rūšių greta muzikos, dailės ir dramos, orientuota į asmens biopsichosocialinę sveikatą, taikoma medicinos, reabilitacijos, rekreacijos, ugdymo bei socialines paslaugas teikiančiose įstaigose. Ji papildo gydymą meniniais mediumais, kaip kūrybiškumas, judesys, šokis, vaizduotė, simbolizmas, metaforos ir kt., kurie sukuria neverbalinės komunikacijos turinį. ŠJT intervencijos padeda didinti atsparumo, priėmimo, atjautos sau jausmą bei skatina asmeninį augimą, sustiprina emocinę bei socialinę žmogaus gerovę. Šokio-judesio terapijos dėka asmenys „susitinka“ su tikroju savimi, gerina ir gilina santykį su savo kūnu, ugdo gebėjimą išbūti bei pasakyti „stop“, palaikyti save jaučiant suaktyvėjusią savo probleminę sritį ir atrasti gerųjų resursų, svarbių kokybiškam kasdieniniam gyvenimui. Atsižvelgus į tai, svarbu integruoti šią paslaugą į gydymo programą ir atlikti tyrimus asmenims išgyvenantiems lėtinį skausmą.

Tikimasi, kad šio tyrimo rezultatai bus reikšmingi siekiant plėtoti tyrimus su asmenimis, išgyvenančiais lėtinį skausmą, o taip pat, kad duomenys bus integruoti į kiekybinį doktorantūros tyrimą atliekamą Latvijoje – „Sąmoningo šokio judesio terapijos intervencijos plėtra lėtiniam skausmui: bandomasis tyrimas su lėtinio galvos skausmu“ (Majore-Dūšele ir kt., 2021). Šio bandomojo tyrimo metu 29 pacientai (n = 29), sergantys lėtinio galvos skausmu,

buvo atsitiktinai suskirstyti į „Mindful-Based Dance Movement Therapy“ (MBDMT) grupę arba laukiančiųjų sąrašo kontrolinę grupę (gydymas kaip įprasta). Atlikta analizė atskleidžia statistiškai reikšmingą skausmo intensyvumo ir depresijos balų sumažėjimą eksperimentinės pacientų grupės naudai ir šie rodikliai išliko tolesnio vertinimo metu. Pastarojo tyrimo rezultatai rodo, kad „Mindful-Based Dance-Movement Therapy“ (MBDMT) yra įmanoma ir perspektyvi intervencija pacientams, kenčiantiems lėtinį skausmą.

Tyrimo objektas. Lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų šokio-judesio terapijos patyrimas.

Tyrimo tikslas. Įvertinti ir atskleisti šokio-judesio terapijos poveikį asmenims, išgyvenantiems lėtinį skausmą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų sveikatos problemas ir poreikius bei šokio-judesio terapijos taikymo galimybes šiai populiacijai.
2. Įvertinti lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų nerimo bei depresijos požymius ir kūno pojūčių įsisąmoninimo pokyčius empiriškai taikant dėmesingu įsisąmoninimu grįstą šokio-judesio terapijos darbo modelį.
3. Atskleisti lėtinį skausmą išgyvenančių žmonių šokio-judesio terapijos patyrimą.

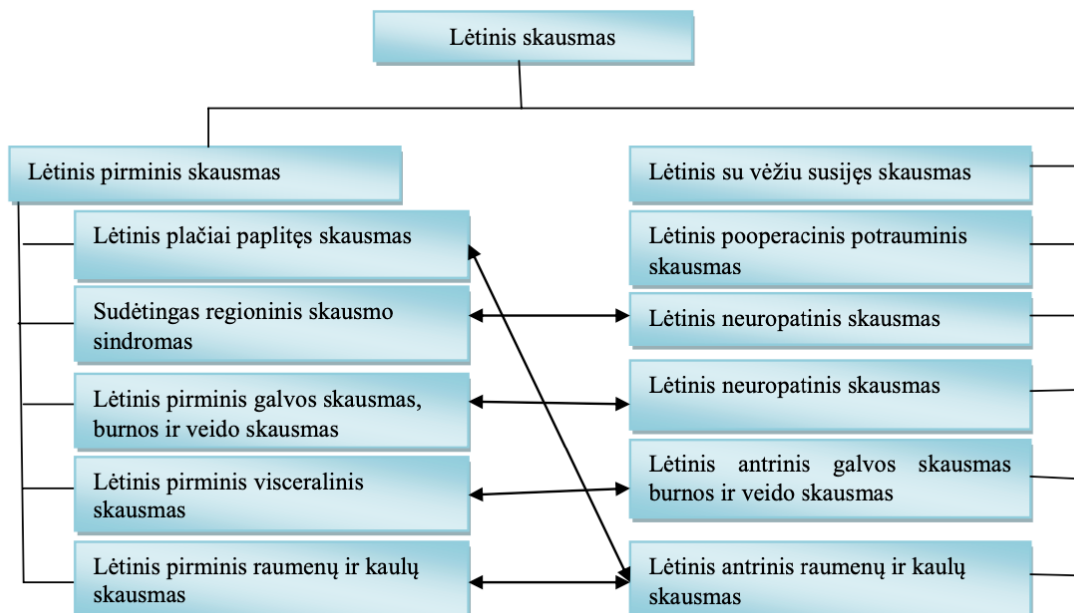
1. LĒTINIŲ SKAUSMŲ IŠGYVENANČIŲ ASMENŲ SVEIKATOS PROBLEMOS IR POREIKIAI

1.1 . Lėtinio skausmo apibrėžimas ir gydymas

Viena didžiausių sveikatos priežiūros problemų Europoje – lėtinis skausmas (Budrys, 2009). Lėtinis skausmas (angl. *chronic pain*) – besitęsiantis arba atsikartojantis skausmas, užsitęsiantis ilgiau nei skausmą sukėlusio ūmaus sutrikimo ar pažeidimo gijimas, dažniausiai trunkantis ilgiau nei 3-6 mėnesius ir neigiamai veikiantis žmogaus kasdieninį gyvenimą bei asmeninę gerovę (ACPA, 2018). Lėtinis skausmas įvardijamas kaip pagrindinis žmonių kančios ir negalios šaltinis bei labiausiai gyvenimo kokybę veikianti sveikatos būklė, dėl kurios pacientai kreipiasi medicininės priežiūros. Lėtinis ir pasikartojantis skausmas yra specifinė sveikatos priežiūros problema, savarankiška liga (Budrys, 2009). Esant skausmui, atsiranda reikšmingų visos nervų sistemos anatominių ir fiziologinių pokyčių. Skausmas yra susijęs su audinių sensorinės sistemos dirginimu (iritacija), todėl yra vadinamas jutiminiu potyriu (Budrys, 2009). Taip pat jis apibūdinamas, kaip nemalonus potyris, kadangi yra susijęs su emocijomis. Jei skausmas susijęs su emociniu išgyvenimu, tai jis gali kilti ir nesant tiesiogiai pažeisto audinio, gali būti sukeltas tam tikros psichologinės būsenos (Budrys, 2009). Skausmas taip pat gali egzistuoti kaip gretutinė patologija šalia kitos lėtinės ligos. S. Geniušas (2021) pateikia keturias esmines skausmo charakteristikas: 1) jis yra laikinai išstėtas, 2) lokalizuojamas kūne, 3) pasižymi tam tikru intensyvumu ir 4) turi išskirtinę patirtinę kokybę. Taigi skausmas gali skirtis pasireiškimo trukme, jaučiamo skausmo stiprumu, skirtingais pojūčiais, pasireiškimo lokalizacija arba lokalizacijomis, patyrimo kokybėmis, priklausomai nuo pasireiškimo priežasties.

Lėtinio skausmo klasifikacija yra svarbi tiksliai diagnostikai ir gydymo parinkimui (Mills ir kt., 2019). 2018 m. birželio 18 d. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) išleistoje naujoje tarptautinėje ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos versijoje (TLK-11) lėtinis skausmas suskirstomas į: pirminis lėtinis skausmas, lėtinis onkologinis skausmas, lėtinis potrauminis ir pooperacinis skausmas, neuropatinis skausmas, lėtinis galvos ir veido skausmas, lėtinis visceralinis skausmas, lėtinis muskuloskeletinis skausmas. Pirminis lėtinis skausmas (angl. *primary chronic pain*) suvokiamas kaip savarankiška liga, nesant jokių audinių pažeidimų, ar somatinės ligos, trunkantis ilgiau nei 3 mėnesius, sukeliantis emocinį distressą ir

neatitinkantis kitų lėtinio skausmo diagnozių kriterijų, o, antriniu skausmu vadinamas toks skausmas, kuris nulemtas lėtinių ligų (pavyzdžiui, uždegiminė žarnyno ligos, reumatoidinio artrito ar kt.) ir yra audinių pažeidimo sukeltos somatinės ligos padarinys ir vienas iš simptomų (Treede ir kt., 2019) (žr. 1 pav.).



1 paveikslas. Tarptautinės skausmo tyrimų asociacijos lėtinio skausmo klasifikacijos struktūra (Treede ir kt., 2019)

Budrys (2003), Holmes ir kt. (2012) bei Cohen ir kt. (2021) pateikia skausmo skirstymą pagal fiziologinę kilmę:

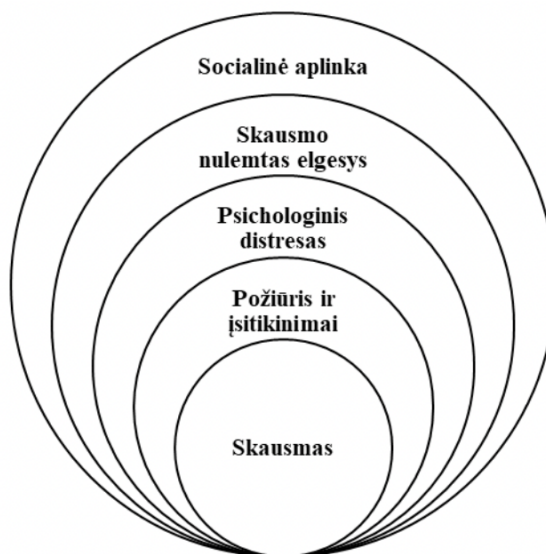
- 1) Nocicepcinis skausmas – fiziologinis reiškiny, atsirandantis dėl audinių pažeidimo;
- 2) Neuropatinis skausmas – atsiranda dėl periferinės ar centrinės nervų sistemos pažeidimo (pataloginis skausmas);
- 3) Psichogeninis skausmas – nėra diagnozuoto audinių pažeidimo, skausmo išraiška neatitinka nustatyto audinių pažeidimo.

Lėtinį skausmą įprastai patiria darbinio ar vyresnio amžiaus asmenys. Jis dažniau siejamas su moteriškąja lytimi, nes lėtinį skausmą dažniau patiria moterys – 37,0-51,8 proc. nei vyrai – 31-48,9 proc. (Fayaz ir kt., 2016; Mun ir kt., 2019). Taip pat tyrimai rodo, kad lėtinį skausmą labiau patiria žemesnio išsilavinimo, nedirbantys ir žemo socio-ekonominio statuso asmenys (Smith ir kt., 2019). Tyrimai atskleidžia, kad asmenys turintys aukštesnį išsilavinimą lėtinius skausmus patiria rečiau, nes manoma, kad tokie žmonės daugiau žino bendrai apie sveikatą, galimas skausmo priežastis, yra linkę analizuoti savo probleminę sritį bei ieškoti efektyvių skausmo malšinimo būdų (Zarei ir kt., 2012; Dahlhamer ir kt., 2018).

Lėtinis skausmas yra kompleksinė sveikatos problema apimanti įvairius biologinius, socialinius, psichologinius ir pažintinius veiksnius. Lėtinio skausmo kompleksiskumas skatina siekti įvairias medicinos sritis apimančio gydymo. Paprastai rekomenduojamas individualizuotas multimodalinis tarpdisciplininis gydymo metodas, kuris gali apimti daugelį gydymo metodų atsižvelgiant į skausmo specifiškumą: a) farmakoterapija; b) fizioterapija ir kineziterapija; c) psichoterapija; d) invazinės skausmo malšinimo priemonės; e) moduliacinės skausmo technologijos (implantuojamosi neurostimuliacija, stereotaksinė chirurgija; g) netradicinė medicina.

1.2. Lėtinio skausmo samprata

Lėtinis skausmas pastaruosius kelis dešimtmečius yra tyrinėjamas kaip kompleksinis fenomenas. Lėtinio skausmo kompleksiskumą atspindi biopsichosocialinis skausmo modelis (2 pav.), kuris skausmą atskleidžia kaip biomedicininį ir psichosocialinių veiksnių abipusę sąveiką (Malpus, 2019).



2 paveikslas. Biopsichosocialinis skausmo modelis (Malpus, 2019)

Taigi skausmas yra apibrėžiamas kaip nemaloni, distresą kelianti patirtis, kuri turi didžiulę įtaką žmogaus gyvenimo kokybei ir yra lydima emocijų, kognityvinių, socialinių ir biologinių veiksnių. Šiame modelyje iliustruojama psichosocialinių ir biomedicininų veiksmų abipusę sąveiką, į kurią svarbu atkreipti dėmesį siekiant sėkmingo gydymo.

1.3. Lėtinis skausmas ir fiziniai sunkumai

Lėtinis skausmas yra labai paplitusi ir sekinanti būklė, kuri apsunkina ir trumpina gyvenimą. Gyvenimo būdo veiksniai, tokie kaip fizinis neaktyvumas, sėdimas darbas, stresas, prastas miegas, nesveika mityba ir rūkymas yra itin susiję su lėtiniu skausmu (Nijs ir kt., 2019). Tyrimai rodo, kad, išgyvenant lėtinį skausmą dažniausiai paraleliai lėtinio skausmo atsiranda ar jau buvo pastebėti ir prasti gyvenimo būdo veiksniai bei baimė judėti (kineziofobija) (Shim ir kt., 2019). Pasireiškus baimei judėti, natūraliai lėtinį skausmą išgyvenantys žmonės pradeda mažiau judėti ir susiduria su nutukimo problema. Nutukimas gali būti didesnių funkcinių ir psichologinių lėtinio skausmo komplikacijų požymis (ACPA, 2018). Bendrai tariant, baimė judėti veda prie vengimo elgesio, depresijos, neveiklumo ir negalios, dėl kurios atsiranda užburtas skausmo ciklas (Shim ir kt., 2019). Apibendrinant galima būtų sakyti, kad lėtinį skausmą išgyvenantys žmonės patiria baimę, jog aktyviau pajudėjęs gali atsirasti skausmas, todėl yra linkę vengti fizinės veiklos. To pasekoje šiai žmonių grupei didėja tikimybė susidurti su nutukimo problema, kuri dažnu atveju tampa lėtinio skausmo komplikacijų veiksniumi.

Mažėjant judėjimo veikloms taip pat atsiranda tam tikrų kūno dalių silpnumas ir sustingimas. Įvardijamos šios, dažniausios, negalios priežastys: lėtinio kaklo skausmas, osteoartritas (degeneracinė sąnarių liga, kuriai būdingas kremzlės irimas) ar kiti judamojo – atramos aparato sutrikimai. Osteoartritas yra didelė visuomenės sveikatos problema, nes lėtinis nociceptinis sąnarių skausmas yra dažniausias osteoartrito simptomas ir vienas iš dabar dažnos negalios priežasčių (Sicras-Mainar ir kt., 2020). Skausmas ir negalia, susiję su osteoartritu, neigiamai veikia suvokiamą gyvenimo kokybę ir yra viena iš pagrindinių nebuvimo darbe priežasčių, sukeliančių didelių sveikatos išlaidų. Remiantis Sicras-Mainar ir kt. (2020), atlikto tyrimo rezultatais, nustatytas didelis opioidų vartojimas osteoartritu sergančių pacientų skausmui malšinti. Taip pat tyrime pažymima, kad didelis opioidų vartojimas buvo susijęs su nedideliu skausmo sumažėjimu bei pažinimo sutrikimų padidėjimu. Kadangi atsižvelgiant į dabartines tendencijas visame pasaulyje, ilgalaikių opioidų vartojimas didėja, verta atkreipti dėmesį į šią tendenciją sveikatos sprendimus priimantiems asmenims ir visuomenei apskritai. Tyrimo autoriai pabrėžia, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turėtų šviesti pacientus apie opioidų vartojimo riziką ir nustatyti alternatyvius skausmo malšinimo metodus, prieš skirdami opioidą. Vadinasi, lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų judėjimo stoka sąlygoja negalios priežastis, kurios gali skatinti vartoti opioidus skausmui malšinti. Šitoj vietoj svarbu informuoti asmenis, išgyvenančius lėtinį skausmą, kad opioidų vartojimas tik apsunkina šią kompleksinę ligą, todėl pravartu išbandyti alternatyvius skausmo malšinimo metodus.

Lėtinį skausmą išgyvenantys asmenys dažnai turi miego sutrikimų. Tyrimai rodo, kad bloga miego kokybė ir nepakankama miego trukmė yra rizikos veiksniai atsirandantys lėtinio skausmo eigoje (Afolalu ir kt., 2018). Bloga miego kokybė dažnai lemia nuolatinį nuovargį, kuris neigiamai veikia žmogaus emocijas, fizinius bei darbinius gyvenimo veiksmus, žmogus tampa neatidus, piktas ir suirzęs. Galima sakyti, kad lėtinį skausmą ir miego sutrikimus jungia dvikryptis ryšys: blogėjant miegui – stiprėja skausmas, stiprėjant skausmui – dar labiau didėja miego problemos. Prasti miego kokybės rodikliai, tokie kaip negima ir nemigos simptomų skaičius yra susiję su padidėjusia rizika lėtiniam skausmui (Skarpsio ir kt., 2021). Pasak Finan ir kt. (2013), trumpas ar sutrikęs miegas gali sukelti hiperalgeziją (padidėjusį jautrumą skausmingai stimuliacijai) ir savaiminio skausmo simptomų išsivystymą ar sustiprėjimą. Vadinas, miego problemos ir lėtinis skausmas dažnu atveju nulemia vienas kitą.

1.4. Psichologiniai sunkumai ir rekomenduojami nefarmakologiniai gydymo būdai

Lėtinis skausmas vargina ir sekina žmogų gretimai pasireiškiančiomis psichologinėmis problemomis. Dažniausiai pasitaikančios – nuotaikos svyravimai (depresija, pyktis/priešiškumas, nerimas), stresas, žema savivertė, somatizacija, atsakomybės jausmai (gėda ir kt.) bei praradimas/sielvartas (Tunks ir kt., 2008; Shuchang ir kt., 2011). Pabrėžtina, kad psichologiniai veiksniai yra reikšmingi skausmo atsiradimo, sunkumo ir paūmėjimo atžvilgiu. Labiausiai dominuoja somatizacijos sutrikimas, baimė dėl skausmo, nerimas ir depresija. Anot Burke ir kt. (2015), tie psichologinio funkcionavimo aspektai, kurie yra labiausiai susiję su fizine patirtimi (skausmo nerimas ir somatizacija) ypatingai veikia lėtinį skausmą patiriančius žmones. Na, o Sencan (2019) teigia, jog depresija ir nerimas yra susiję su žemesniais mentalizacijos gebėjimais. Taip pat tyrimai rodo, kad nerimas dažnu atveju yra labiau susijęs su lėtiniu skausmu nei depresija (Burke ir kt., 2015).

Reaguojant į skausmą visiškai normalu patirti įvairius emocinius išgyvenimus, kurie gali turėti neigiamos įtakos žmogaus funkcionavimui, gerovei ir gyvenimo kokybei, todėl svarbu pritaikyti tinkamą gydymo būdą kiekvienam žmogui individualiai. Dėl šios priežasties svarbu taikyti fizinius ir psichologinius gydymo metodus, kurių derinimas gali reikšmingai padėti veiksmingam skausmo valdymui. Dažniausi lėtiniam skausmui išgydyti siūlomi metodai – kognityvinė elgesio terapija ir dėmesingu įsisaūmoninimu grįstos intervencijos (Paolucci ir kt., 2016). Kiti rekomenduojami nefarmakologiniai gydymo būdai – pavyzdžiui, psichikos ir kūno ryšį skatinančios veiklos tokios, kaip menais pagrįsta įkūnyta praktika (angl. The BodyMind Approach) (Payne ir Brooks, 2019). TBMA tikslas yra, kad dalyviai užmegztų pasikeitusius

santykius su savo problemine sritimi ir įgalintų savivaldą. Taip pat joga, cigunas bei Tai-či. Vienijantis intervencijų tikslas – praktikų metu suaktyvinti kvėpavimą, pusiausvyrą, sąmonę, kūno judėjimo galimybes. Gydomo procese siūloma atsižvelgti į visus svarbius gyvenimo būdo veiksnius, siekiant sumažinti psichologinę bei socialinę ekonominę lėtinio skausmo naštą (Nijs, 2019). Lėtinio skausmo gydymo tikslas yra sumažinti skausmą ir pagerinti funkciją, kad žmogus galėtų grįžti į kasdieninę veiklą arba, tiesiog, kokybiškiau gyventų.

1.5. Socialiniai sunkumai

Lėtinis skausmas visapusiškai veikia žmogaus gyvenimą, sukelia įvairiausių sunkumus ir gali turėti didelės įtakos šeimos gyvenimui bei santykiams. Lėtinis skausmas paveikia žmogaus gerovę, funkcionavimą, produktyvumą ir socialinius santykius bei tampa problema ne tik skausmą patiriančiam žmogui, bet tai pat ir jo aplinkai (Miller-Matero ir kt., 2016; Miller ir kt., 2020). Psichosocialiniai veiksniai: nedarbingumas, prasti įveikos įgūdžiai, smurtas, nuotaikos svyravimai (pykčio protrūkiai, negatyvios emocijos, dirglumas) neigiamai paveikia ne tik patį asmenį, bet taip pat ir visą jo šeimą, socialinę aplinką (Tunks ir kt., 2008). Dažnu atveju šeimos nariai, stebėdami artimojo kančią ir negalėdami padėti, jaučia nusivylimą ir bejėgiškumą. Ypač stiprūs tampa artimųjų išgyvenimai tuomet, kai gydymas nėra paveikus. Tuomet ir patys ligoniai neretai patiria kaltės jausmą dėl savo artimųjų rūpesčio. Apibendrinant galima sakyti, kad lėtinis skausmas paveikia ne tik tai patiriantį asmenį, bet ir visą jo aplinką, kuri palaipsniui pati tampa to skausmo dalyvė.

Gyventi jaučiant lėtinį skausmą reiškia gyventi su kasdieniniais iššūkiais, susijusiais su paprastų užduočių atlikimu, kas kitiems žmonėms yra savaiame suprantama. Lėtinį skausmą išgyvenantis žmogus dažnai susiduria su sunkumais, kurie menkina jo pasitikėjimą savimi bei gali sąlygoti prastą psichinę sveikatą, savigarbą, nebuvimą darbe, santykių nutrūkimą, nepalankias socialines bei ekonomines aplinkybes (Cohen, 2021). Taigi, palaipsniui aplinkinių spaudimą patiriantis žmogus, įvairiais būdais vengia įsilieti į socialinį gyvenimą. Dėl to didėja rizika dar labiau atsiriboti nuo įprastinio gyvenimo, patirti stiprų vienišumo jausmą ir pagilinti lėtinio skausmo problemas, kurios vėliau apsunkina gydymo veiksmus. Vadinasi, socialiniai determinantai grėsmingai reikšmingi lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenime.

Taigi, lėtinis skausmas yra varginanti būklė, kuri daro įtaką fiziniam, psichologiniam ir socialiniam asmens funkcionavimui. Taip pat ir pagrindinis kančių šaltinis, ir kartu didelė ekonominė naštai bei iššūkis sveikatos priežiūros sistemoms. Itin svarbu pritaikyti gydymo metodus kiekvienam žmogui individualiai pagal ligos simptomų specifiškumą. Labai vertinamas multimodalinis gydymas lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims gydyti.

2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS TAIKYMO GALIMYBĖS LĒTINIŠKAUSMĄ IŠGYVENANTIEMS ASMENIMS

2.1. Šokio-judesio terapijos samprata

Šokio-judesio terapija – viena iš keturių oficialiai pasaulyje pripažintų meno terapijos rūšių greta muzikos, dailės ir dramos. Tai terapinis judesio naudojimas siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją, kurios esminiai komponentai yra *šokis* kaip kūno judesys, *kūrybinė išraiška* ir *tarpasmeninis santykis* (Lietuvos šokio-judesio terapijos asociacija). M. Chase (Cruz, 2016) įvardina, kad *šokis* yra struktūruojanti ir organizuojanti priemonė, kuomet per kūno veiksmą, t.y. per judesį stimuliuojamos emocinės patirtys. Anot S. Chaiklin ir H. Wengrower (2009, p. 15), „kūnas perduoda informaciją – mūsų emocinę istoriją, kuri yra saugoma mūsų raumenyse ir kitose fiziologinėse sistemose, išreikštomis individo pozomis, gestais, erdvės panaudojimu ir dideliais bei mažais judesiais“.

Šokio-judesio terapija yra tarpdisciplininė profesija, kuri išsivystė sintezuojant judesio ir šokio meną bei psichologijos mokslą (Chaiklin ir Wengrower, 2009). Naujausių mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad šokio-judesio terapija veiksmingai gerina gyvenimo kokybę, savijautą, nuotaiką, kūno įvaizdį, tarpasmeninę kompetenciją ir mažina klinikinius simptomus, tokius kaip depresija ir nerimas, skirtingoms pacientų grupėms (Koch ir kt., 2014, 2019; Karkou ir kt., 2019).

Pagrindiniai šokio-judesio terapijos komponentai – *kūrybiškumas*, *neverbalinė komunikacija*, *vaizduotė*, *simbolizmas* ir *metaforos*. Šie meniniai mediumai padeda žmogui atsiskleisti, atskleisti giliausius, užslopintus išgyvenimus, įvairias būsenas, emocijas ar traumas pasitelkiant šokį ir judesį (Meekums, 2002). Kiti, taip pat svarbūs ŠJT komponentai – *terapinis judesio santykis* bei *grupinis ritmas*. Bendrai tariant, visi paminėti ŠJT komponentai sukuria neverbalinės komunikacijos turinį. *Kūrybiškumas* šokyje – tai struktūrų ieškojimas išreikšti tai, ką sunku pasakyti. *Terapinis judesio santykis* – tai kliento ir terapeuto ar dviejų klientų ir daugiau kuriamas tarpusavio ryšys, kuris dažniausiai vystosi per atspindėjimo (mirroring) variacijas, kurios atliekamos judant poroje, kuomet laikomas akių kontaktas (Meekums, 2003). *Grupinis ritmas* – svarbus faktorius, reguliuojant energijos lygį terapijos metu – provokuojant jos pakilimą ar nusiramimą, nuolat lydinčio ritmo konteineryje (Cruz, 2016). Taigi, šokio-judesio terapijos metu vyksta neverbalinė komunikacija, kurios metu žmogus gali save išreikšti judesio, simbolių, metaforų kalba. Pasitelkiant terapinį ryšį ir motorinę raišką, atsiskleidžia jausmai, emocinė istorija bei mintys. ŠJT skiriasi nuo kitų psichoterapinių procesų

tu, kad jos centre yra dėmesys ir veikimui, ne tik kalbėjimui. Dėl šios priežasties, šokio-judesio terapija itin tinka žmonėms, kuriems būtent nežodinė išraiška yra priimtinesnė. Šiuo atveju, šokio-judesio terapija gali būti veiksminga lėtinį skausmą patiriantiems asmenims, kadangi šie žmonės pasižymi aleksitimijos bruožais.

2.2. Šokio-judesio terapijos užsiėmimo etapai

Šokio-judesio terapija nukreipta į terapinius klientų poreikius, tai nėra šokio žingsnelių mokymas, todėl svarbu veikti „čia ir dabar“, jausti ir gebėti spontaniškai pritaikyti terapinius metodus tikslinei grupei. Pasisveikinimas, susipažinimas, *įsižeminimas* ir *apšilimas* yra būtini terapinio proceso etapai, kurie padeda terapeutui geriau pažinti, pajauti ir suprasti žmogų, pagal tai planuoti tolimesnius proceso veiksmus. *Įsižeminimas*, kaip paprastas būdas pagerinti nuotaiką ir sušvelninti žalingą neigiamų nuotaikų ar pojūčių poveikį sveikatai bei psichologinei būklei, tokiai kaip nerimas, stresas ar depresija. Pasak Tord ir Bräuninger (2015), įsižeminimo technikos yra terapinė ir kūrybinė priemonė, kuria siekiama sustiprinti ryšį su savo kūnu ir asmenine tikrove. Ši šokio-judesio terapijos technika padeda žmonėms, kenčiantiems nuo streso, nerimo arba depresijos jaustis tvirčiau ir stabiliau, tai siejant su savo fizine ir psichologine tikrove. Tinkamas įsižeminimas terapijos pradžioje yra pirmas žingsnis gražinti klientą į ramesnę, stabilesnę, saugesnę fizinę ir psichologinę būseną. Kitas svarbus etapas – *apšilimas*, kuris atliekamas šokio-judesio terapijos pradžioje. Apšilimo metu susitikimas su klientais dažniausiai vyksta judėjime, rodant kelis ar vieną judesį, kurio dėka terapeutas gali pamatyti bei pajusti kur ir kaip yra klientai (-as), t.y. kokia žmogaus emocinė būseną, fizinio kūno pojūčiai, poreikiai tą dieną. Kadangi apšilime dalyvauja ir pats terapeutas, klientai tokiu būdu susipažįsta, sužino daugiau ir apie patį terapeutą, pradeda megztis tarpusavio ryšys. Na, o siekiant sėkmingų gydymo rezultatų, terapinis tarpusavio ryšys palydi žmogų į pasisekusį gijimo procesą, nes žmogus drąsesnis pasitikėti terapeutu ir labiau atsiveria jam bei vykstantiems terapiniams procesams. Kiti svarbūs ŠJT etapai – *temų vystymas*, pasitelkiant judesį, šokį bei kitus ŠJT komponentus bei terapijos *užbaigimo/ refleksijos dalis*, kuri yra pati svarbiausia, kadangi jos metu dalyviai dalinasi savo patyrimais bei mintimis. Sesijos pabaigoje vėl atliekamas bendras visos grupės *įsižeminimas*. Vadinasi, siekiant klientus (-ą) pajusti, suprasti bei padėti jiems stabilizuoti savo emocinę ir (ar) psichologinę būklę, apčiuopti įsisenėjusias problemas ar traumas, taikomi esminiai šokio-judesio terapijos užsiėmimų etapai, kurie leidžia žmogui būti „čia ir dabar“ akimirkoje, pilnai savyje, savo kūne ir veiksmingai vystyti gydymo procesą.

2.3. Šokio-judesio terapijos taikymas lėtinio skausmo pacientams

Šokio-judesio terapija gali būti veiksminga sprendžiant įvairias biopsichosocialines problemas. Daugėja įrodymų, kad šokio-judesio terapijos veikimo būdai yra perspektyvūs ir gali būti sėkmingai taikomi lėtinio skausmo gydymui. Apžvelgus naujausią mokslinę literatūrą, matyti, kad šokio-judesio terapija gali turėti teigiamą poveikį somatinių problemų turinčių pacientų psichologinei būklei (Majore-Dūšele ir kt., 2021). ŠJT yra viena iš terapijų rūšių, akcentuojanti kūno ir psichikos sąsajas (angl. *mind-body therapies*) (Shim ir kt., 2017).

Dėmesingu įsisąmoninimu grįstas, kūną ir psichiką jungiantis, metodas (angl. The BodyMind Approach) išvystytas šokio-judesio terapeutės H. Payne sėkmingai taikytas mediciniškai nepaaiškinamų simptomų turinčių klientų grupei, taip pat yra aktualus lėtinį skausmą patiriantiems asmenims. Pasak Payne ir Brooks (2020), dėmesingu įsisąmoninimu grįstos intervencijos skatina nesmerkiantį, užjaučiantį ir save priimantį požiūrį, tai padeda įsiklausyti į savo kūno pojūčius, auginti pasitikėjimą savimi ir kūnu, na, o tai neišvengiamai veikia ir gyvenimo kokybę. Taip pat tyrimai parodė, kad šis metodas leidžia žmonėms valdyti savo simptomus, kai jie patiria stresą nuolat besikeičiančioje aplinkoje, palaikydami pakankamą struktūrą, veiklumą, refleksyvumą, savęs efektyvumą ir savireguliacijos strategijas, kad išlaikytų atsparumą gyvenimo negandų akivaizdoje (Payne ir Brooks, 2020).

TBMA metodas integruotas ŠJT užsiėmimuose gali duoti puikių gydymo rezultatų. Majore-Dūšele ir kiti (2021) ištyrė dėmesingu įsisąmoninimu grįstą metodą (angl. *Mindful-Based Dance Movement Therapy*) lėtinį skausmą patiriantiems pacientams. Tyrime dalyvavusios 29-ies lėtinį galvos skausmą patiriančios moterys gavo 10-ies užsiėmimų gydymą ambulatorinėje reabilitacijoje. Šio tyrimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingai sumažėjusį skausmo intensyvumą ir depresijos balus, kurie išliko ir po 16 savaičių. Tyrime pasitelktas MBDMT darbo modelis susideda iš devynių svarbių mechanizmų, kuriais remiantis buvo planuojamos visos dešimt ŠJT sesijos: 1) *saugi terapinė aplinka*; 2) *dėmesingo įsisąmoninimo įgūdžiai*; 3) *kūno suvokimas*; 4) *atsipalaidavimas/ išsilaisvinimas*; 5) *atsiribojimas ir išbūvimas diskomforte*; 6) *prasmės kūrimas*; 7) *savireguliacija*; 8) *priėmimas ir integracija*; 9) *kūrybinis procesas*. Taip pat MBDMT darbo modelis paremtas principu: *didinti*, lėtinį skausmą patiriančių asmenų, *užuojautos sau aspektą* per sąmoningumo praktikavimą ir stiprinimą. Anot Lindsay ir Creswell (2017), dėmesio ir priėmimo stebėjimas yra pagrindiniai sąmoningumo ugdymo programos mechanizmai, kurie sąveikauja, kad sumažintų stresą bei pagerintų poveikį ir sveikatos rezultatus. Taigi dėmesingu įsisąmoninimu grįstas darbo modelis (MBDMT)

integruotas į šokio-judesio terapijos užsiėmimus yra perspektyvus gydymo metodas lėtinį skausmą išgyvenančių žmonėms.

Šokio-judesio terapija yra tinkama lėtinį skausmą patiriantiems asmenims dar dėl to, kad šis meninėmis raiškos priemonėmis apipintas gydymo būdas skatina fizinį pacientų funkcionavimą, emocinę gerovę, pažintinę sveikatą ir socialinį ryšį. Psichoedukacija ir pažintinis apdorojimas vykdomas užsiėmimuose leidžia žmonėms integruoti korekcinį grįžtamąjį ryšį ir išvalgas, gautas iš somatinių patirčių į savo kognityvinį sąmoningumą, taip skatinant teigiamą psichologinę ir elgesio būsenas (Shim ir kt., 2019). Žmonėms, kenčiantiems nuo lėtinio skausmo efektyvu lankytis šokio-judesio terapijoje, nes proceso metu aktyvinamas savarankiškumas, nepasidavimas, gerinamas ryšys su savimi bei kitais, prisitaikymas prie gyvenimo su skausmu, stiprinamas emocinis intelektas, nepasidavimas, pasitelkiant dinamiškais psichikos ir kūno apjungimo metodų būdais (Shim ir kiti, 2019). Taip pat ŠJT terapijose pacientams padedama priimti skausmą ir plėtoti tinkamus būdus, kaip reaguoti į jį, pripažinti ir suvokti, dėmesingai įsisąmoninti ir nesmerkti, patiriant dabarties akimirką (Paolucci ir kt., 2016). Siekiant asmeninio pacientų augimo ir gijimo, skatinamas jų gebėjimas atrasti savo vidines stiprybes bei resursus. Taigi, šokio-judesio terapijos užsiėmimai puikiai tinka lėtinį skausmą patiriantiems žmonėms, kadangi juose yra naudojami įvairūs metodai ir komponentai, kuriais galima atliepti susirinkusių žmonių poreikius.

Apžvelgus įvairią mokslinę literatūrą apie šokio-judesio terapijos intervencijas ir lėtinio skausmo gydymą, ryškėja esminis komponentas – labai svarbu vystyti ir skatinti lėtinį skausmą patiriančių asmenų atsparumą (gebėjimą prisitaikyti). Shim ir kiti (2019), pateikia penkis pagrindinius ŠJT mechanizmus skirtus stiprinti ir ugdyti atsparumą lėtinio skausmo kontekste: 1) *savarankiškumo aktyvinimas* – šis mechanizmas apibūdina ŠJT vaidmenį didinant individo savarankiškumo jausmą/ vidinę kontrolės vietą, suvokimą, kad žmogus pats gali inicijuoti, vykdyti ir kontroliuoti savo veiksmus; 2) *susijungimas su savimi* – šis mechanizmas reiškia ŠJT poveikį skatinant asmenų savarankiškumą ir asmeninę integraciją lėtinio skausmo kontekste; 3) *susisiekiimas su kitais* – šis mechanizmas apima veiksnius ir procesus, susijusius su ŠJT vaidmeniu kuriant socialinius atsparumo aspektus; 4) *perfravimas* – šis mechanizmas reiškia ŠJT poveikį keičiant konceptualų ir (arba) emocinį požiūrį, kurį individai turėjo apie įvairius savo skausmo patirties aspektus, įtraukdami jį į tikslesnį / pozityvesnį rėmą ir taip pakeičiant jo prasmę į teigiamą adaptaciją; ir 5) *emocinės gerovės stiprinimas* – šis mechanizmas padeda pagerinti pacientų gebėjimą valdyti su skausmu susijusią kančią ir sukurti asmeninius išteklius / įgūdžius emocijų įveikimui (3 pav.). Taigi siekiant lėtinio skausmo asmenų sveikatos gerovės, svarbu ugdyti jų atsparumą (gebėjimą prisitaikyti) pasitelkiant minėtus mechanizmus.



3 paveikslas. Pagrindiniai ŠJT mechanizmai, skirti stiprinti atsparumą žmonėms, kenčiantiems nuo lėtinio skausmo (Shim ir kt., 2019)

Šokio-judesio terapija gali padėti lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims išsivaduoti iš įkalintos proto ir kūno būsenos (t. y. žmogus jaučiasi bejėgis ir „įstrigęs“). Pasak Shim ir kt. (2019), ŠJT žmonėms suteikia naują terapinę aplinką, kurioje jie gali laisvai tyrinėti ir reikšti savo mintis bei jausmus, susijusius su jų gyvenimu, patirti skausmą, įgyti prasmingų išvalgų ir išmokti naujų įveikos įgūdžių. Šie mechanizmai padeda žmonėms patirti pasitikėjimo savimi jausmą, sustiprinti savo asmeninius įsitikinimus, susidėlioti savo mintis, teigiamai įvertinti savo fizinius gebėjimus, suteikia vilties bei grąžina prarastą savo kūno ir gyvenimo kontrolės pojūtį. Apibendrinant galima sakyti, kad ikūnytos savęs veiksmingumo patirtys psichologiškai saugiame šokio-judesio terapijos procese vėliau gali būti integruotos į žmogaus gyvenimą kaip geresnio funkcionavimo modeliai, siekiant kokybiškesnio gyvenimo patiriant lėtinį skausmą.

Klinikinėse rekomendacijose šokio-judesio terapijų intervencijos nėra įtrauktos į siūlomas lėtinį skausmą patiriantiems asmenis, nors remiantis mokslinė literatūra ir techninėmis nuorodomis ŠJT galėtų praturtinti šios klientų grupės gydymo procesą. Pasak autorių (Shim ir kt., 2019; Majore-Dūšele ir kt., 2021), daugėja skatinimų, kad ŠJT specialistai būtų įtraukti į tarpdisciplininę komandą įvairiuose sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos tinkluose, tačiau

kol kas ŠJT nėra itin patikima intervencija medicinos atstovų požiūriu. Dažnu atveju pasigendama daugiau mokslinių tyrimų (dauguma jų pasižymi per maža tyrimo dalyvių imtimi), kurie įrodytų ŠJT veiksmingumą lėtinį skausmą patiriantiems asmenims. Taigi šokio-judesio terapijos specialisto ir kitų lėtinį skausmą patiriančius pacientus gydančių medikų bendradarbiavimas, siekiant šios klientų grupės gerovės, praturtintų gydymo spektrą. ŠJT specialisto darbas padėtų „nuimti“ dalį atsakomybės nuo klasikinės medicinos atstovų pečių bei prisidėtų lėtinio skausmo pacientų populiacijos gydymo pažangos, kadangi lėtinis skausmas dažnu atveju gali kilti ir nesant pažeisto audinio, jis gali būti sukeltas tam tikros psichologinės būsenos. Būtent, šokio-judesio terapijos specialistas galėtų „perskaityti“ užslėptą informaciją apie pacientą, subtiliau nei kitų sričių specialistai, nes šokio-judesio terapijos metu vyksta neverbalinė komunikacija, pasitelkiant judesį per kūrybiškumą, kurios veiksmas reaguoja į vidinius pojūčius ar suvokiamus išorinius dirgiklius, atliepiami kūno poreikiai. Atliekant įvairius judesius, kuriuos natūraliai „diktuoja“ žmogaus kūnas galima pasiekti itin teigiamų pokyčių, pasitelkiant terapinį ryšį ir motorinę raišką, atsiskleidžia jausmai, emocinė istorija bei mintys. Visa tai padėtų tiksliau nustatyti skausmo kilmę bei pritaikyti kuo tinkamesnį gydymą. Apibendrintai galima sakyti, kad šokio-judesio terapija savo savitumu ir meniniais mediumais labai prasmingai galėtų prisidėti prie visapusiško lėtinį skausmą išgyvenančių žmonių gydymo.

3. EMPIRINIS TYRIMAS

3.1. Tyrimo metodologija

3.1.1. Tyrimo dalyvių aprašymas

Šiam tyrimui buvo renkama aštuonių lėtinį skausmą išgyvenančių tyrimo dalyvių grupė. Grupės dydis pasirinktas remiantis literatūra, kurioje įvardijama, kad optimaliausias narių skaičius grupėje yra aštuoni, siekiant užtikrinti kiekvienos dalyvės patogumą dalinantis savo patirtimis (Majore-Dūšele ir kiti, 2021). Pirmenybė buvo teikiama: 1) asmenims jaučiantiems lėtinį skausmą mažiausiai 3 mėnesius; 2) lėtinį galvos skausmą patiriantiems asmenims ir 3) amžiaus tarpsnis nuo 30 metų iki 66 metų. Kadangi nepavyko surinkti vienos kategorijos (pavyzdžiui, lėtinis galvos skausmas) išgyvenančių asmenų, tyrime dalyvavo žmonės išgyvenantys įvairaus tipo lėtinį skausmą: lėtinis klubo skausmas, lėtinis galvos skausmas, lėtinis nugaros ir pečių skausmas, lėtinis žarnyno skausmas, lėtinis kaklo skausmas bei lėtinis piršto skausmas pereinantis į ranką. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 37 iki 66 metų (amžiaus vidurkis $51,6 \pm 10,6$ m.). Detalus tyrimo dalyvių aprašymas pateikiamas 1 lentelėje, išlaikant tyrimo dalyvių konfidencialumą buvo pakeisti tiriamųjų vardai. Kadangi buvo daugiau susidomėjusių asmenų nei norima surinkti, tyrėjai teko atlikti itin detalią tyrimo dalyvių atranką. Į tyrimą nebuvo įtraukiamos moterys, kurios jautė skausmą mažiau nei tris mėnesius, neatitiko amžiaus tarpsnio bei neturėjo galimybių paso.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių charakteristika

Vardas	Amžius (metais)	Lėtinio skausmo tipas	Jaučiamo skausmo trukmė
Erika	53 metai	Migreninis galvos skausmas ir darinukas uodegikaulyje, kuris užspaudžia koją	5 metai
Ramutė	63 metai	Kaklas, viršutinė stuburo dalis	10 metų

Roma	52 metai	Chroniškas žarnyno skausmas	30 metų
Darija	41 metai	Piršto skausmas pereinantis į rankos	4 metai
Linda	49 metai	Dešiniojo klubo skausmas	9 mėnesiai
Jorūnė	37 metai	Nugaros skausmas	2 metai
Marija	66 metai	Nugaros skausmas	3 metai
Inga	58 metai	Migreninis galvos skausmas ir kaklo skausmas	20 metų

Tyrimas buvo vykdomas 2021 metų lapkričio – gruodžio mėnesiais. Truko 5 savaites, po du šokio-judesio terapijos užsiėmimus per savaitę. Iš viso 10-ties sesijų ciklas. Vieno užsiėmimo trukmė – devyniasdešimt minučių. Iš pradžių tyrime dalyvavo aštuonios, lėtinį skausmą patiriančios moterys grupinėje šokio-judesio terapijoje ir viena moteris – individualioje. Dvi iš 7 dalyvių dalyvavo 100 % ŠJT sesijų ir dvi 90 %, viena dalyvavo 80 %, viena 70 %, viena 60 % ir viena 20 % ŠJT sesijų. Bendrai – visos septynios tyrimo dalyvės dalyvavo bent 60 % užsiėmimų, o viena dalyvė tyrimo eigoje dėl asmeninių priežasčių pasitraukė po dviejų ŠJT sesijų. Moteris dalyvavusi individualiuose ŠJT užsiėmimuose dalyvavo 100 %. Iki tyrimo pabaigos liko septynios tyrimo dalyvės grupinėje terapijoje ir viena – individualioje. Taigi kiekybinio tyrimo duomenų analizei buvo naudojami septynių grupinės šokio-judesio terapijos ir vienos individualios šokio-judesio terapijos dalyvių klausimynų rezultatai.

Po dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo kiekybinio tyrimo duomenų analizė buvo papildyta kokybine duomenų analize (pusiau struktūruotų interviu duomenimis), siekiant atskleisti tyrimo dalyvių šokio-judesio terapijos patyrimą. Jai buvo pasitelktas teminės analizės metodas, kadangi jis rekomenduojamas tyrėjams, neturintiems daug patirties kokybiniuose tyrimuose (Braun ir Clarke, 2013). Šokio-judesio terapijos patyrimui atskleisti buvo pasirinkti, atsižvelgiant į lankomumą ir detaliau analizuojami keturių tyrimo dalyvių interviu – dviejų, kurios dalyvavo 100 % užsiėmimuose ir dviejų, kurios – 90 %.

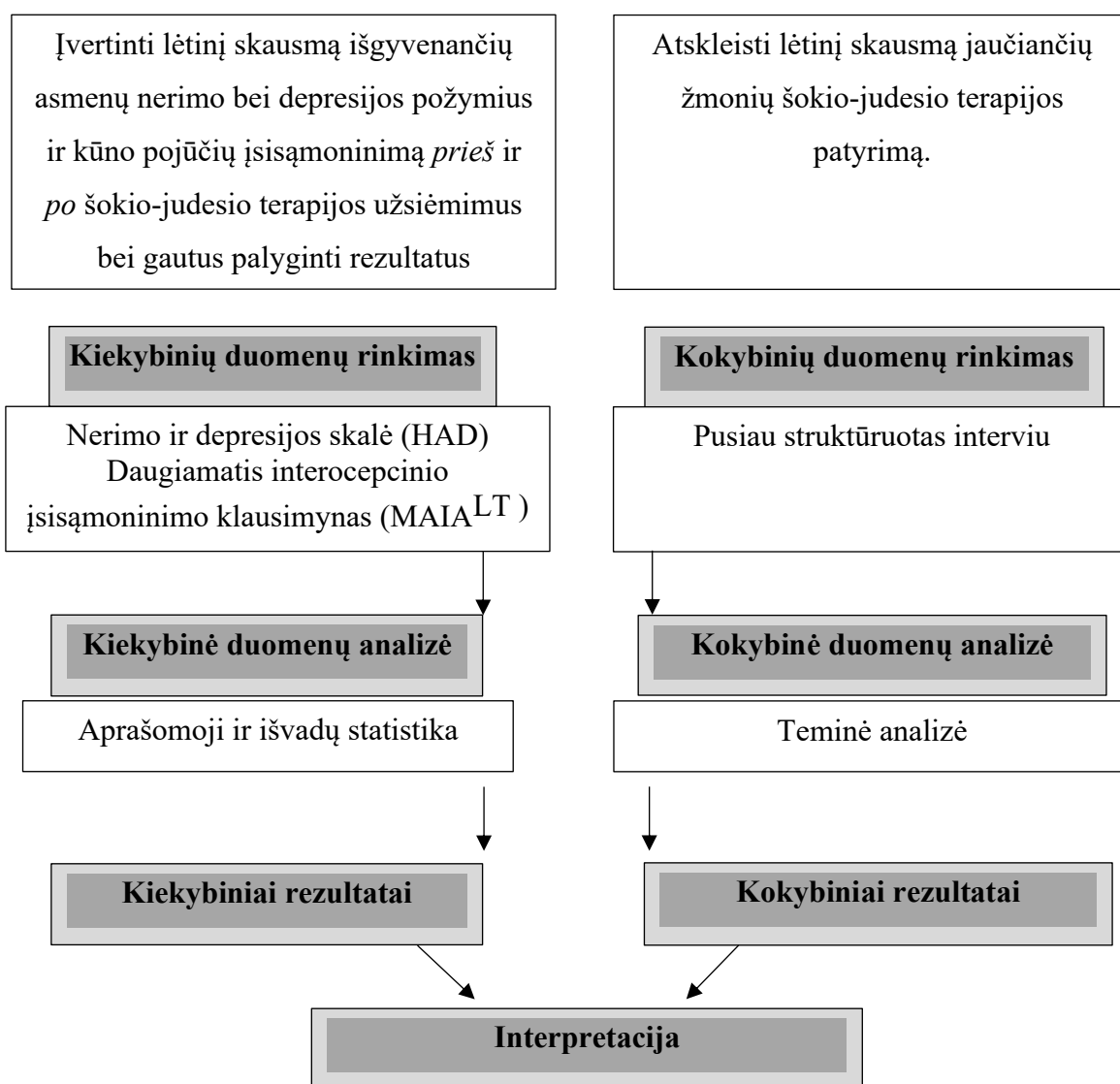
3.1.2. Tyrimo duomenų rinkimas

2 lentelė. Tyrėjos refleksija prieš tyrimą

Skausmas.. Tai ilgametis mano gyvenimo palydovas, apie kurį pradėdau domėtis daug giliau nei buvo įprasta. Atrodo, anksčiau, šį „reiškinį“, tiesiog, priimdavau kaip normalų, kaip neišvengiamą...„ir kariamas šuo pripranta“.. Tačiau tik dabar.. Mokantis ŠJT studijose pradėdau suprasti kokia kliūtis, nepatogumas yra tas skausmas... kurį dauguma mūsų dažniausiai užspaudžiame ir laikome savaime suprantamu dalyku..

Dažnai gyvenime tekdavo susidurti su kūno bei „sielos“ skausmais profesinėje srityje: pradėdant nuo raumenų skausmo po ilgų repeticijų, įvairių trumpalaikių bei ilgalaikių traumų, kurios atsirasdavo neatsargiai atliekant kokį nors šokio ar akrobatinį judesį, stengiantis daryti taip, kaip reikia, bet galbūt kūnui netinkama linkme iki žodinių mokytojų įžeidinėjimų: „kaip čia šoki“, „tik tiek sugebi“, „kodėl nedarai“ (o, pavyzdžiui, tau skauda) ir pan. Visos pastangos ir dėmesio nekreipimas į skausmą.. tik dėl to, nes širdis degė neapsakomai didele meile šokiui.. Atrodė, kad viską padarysiu, kad tik šokčiau, būčiau scenoje. Tą ir dariau...VISKĄ: per skausmą, „per kančią“ kartais.. Ilgos repeticijų valandos dirbant prie vieno judesio ar judesių derinio dažnai išprovokuodavo kai kurių kūno dalių lėtinį skausmą, kuris...dabar kaip suprantu, buvo apie tai.. kad bet ką darant svarbu atkreipti dėmesį į tai, kokie kūno poreikiai, įsiklausyti į savo kūno signalus, puoselėti jį, saugoti ir suprasti, kada jau tikrai gana. Dabar, prisimenant, kas vyko su manimi, kai pradėjau jausti pirmuosius skausmus, suprantu, kad visiškai intuicijos vedama pradėjau (vietoj tradicinio, galbūt ne visiems kūnams tinkamo, apšilimo) judėti taip, kaip kviečia judėti mano pačios kūnas. Taip kaip kviečiame ir klientus šokio-judesio terapijoje: judėti taip, kaip kūnas nori judėti, bet ne protas verčia daryti. Laisvai ir neįpareigojančiai. Taigi, palaipsniui praktikuojant laisvesnį judėjimą, pajaučiau, kad mano kūnas reaguoja į tokį judėjimą daug priimtinau, lyg su atsidėkojimu, o, ir rezultatai neprastėja. Dėl to, tiesiogiai susidūrus su judesiu ir skausmu, panorau savo patyrimais pasidalinti su kitais, šiuo atveju, asmenimis išgyvenančiais lėtinį skausmą.

Tyrimas buvo mišrus (kiekybinis ir kokybinis) (4 pav.).



4 paveikslas. Tyrimo schema

Kiekybinis tyrimas buvo atliktas, duomenis renkant anketinės apklausos raštu būdu, išsaugant tyrimo dalyvių anonimiškumą ir konfidencialumą. Nerimo ir depresijos pokyčio įvertinimui taikyta HAD (angl. Hospital Anxiety and Depression) skalė (1 priedas) ir kūno pojūčių įsisąmoninimo pasikeitimams – MAIA (angl. Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness) daugiamatis interocepčio įsisąmoninimo klausimynas (2 priedas). Šiuos klausimynus tyrimo dalyvės turėjo užpildyti raštu *prieš* ir *po* dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų, siekiant palyginti gautus rezultatus. Klausimynų pildymas truko apie 15

– 20 minučių. Prieš klausimynų pildymą, tyrimo dalyvės pasirašė tiriamojo asmens sutikimo dalyvauti tyrime formas (3 priedas).

Tyrimui taikyta HAD (angl. Hospital Anxiety and Depression) skalė nerimo ir depresijos simptomų sunkumui įvertinti. „HAD skalę sudaro 14 klausimų, kurių kiekvienas turi keturis atsakymo variantus, atitinkamai vertinamus nuo 0 iki 3 balų.“ (Burkauskas ir Bunevičius, 2013, 59 p.). Septyni klausimai skirti nerimo simptomams įvertinti ir septyni – depresijos. Bendra balų suma gali būti nuo 0 iki 21. „Įverčio balai rodo depresijos arba nerimo simptomų sunkumo laipsnį: nuo 0 iki 7 balų – *normalus nerimas arba nuotaika*; nuo 8 iki 10 balų – *lengvas*; nuo 11 iki 14 balų – *vidutinio sunkumo*; o nuo 15 iki 21 balų yra *sunkūs nerimo arba depresijos simptomai*.“ (Burkauskas ir Bunevičius, 2013, 59 p.). Šią skalę užpildyti nesudėtinga, kadangi ją sudaro trumpi ir lengvai suprantami klausimai. Atsakyti į HAD skalėje pateiktus klausimus paprastai trunka kelias minutes, dėl to ji puikiai tiko tiriamųjų psichoemocinei būsenai įvertinti, siekiant negaišti laiko anketavimui, o daugiau dėmesio skiriant veiksmui pirmojo susitikimo metu. Taigi HAD skalė padėjo įvertinti lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų nerimo ir depresijos požymius *prieš ir po* dešimt šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo.

Taip pat tyrime taikytas MAIA (angl. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness) klausimynas skirtas kūno pojūčių įsisąmoninimui įvertinti (Mehling ir kt., 2012). „MAIA sudaro 32 klausimai, kurie leidžia įvertinti aštuonis interocepinio įsisąmoninimo aspektus: 1) *sensorinę pagavą* – patogių, nepatogių ir neutralių kūno pojūčių įsisąmoninimą; 2) *nepaisymą* – polinkį neignoruoti ir nenukreipti savo dėmesio nuo skausmo ar diskomforto jautimo; 3) *nesijaudinimą* – polinkį nesijaudinti ir nejausti emocinio distreso, esant skausmo ar diskomforto pojūčiams; 4) *dėmesio reguliavimą* – sugebėjimą išlaikyti ir valdyti dėmesį taip, kad jis būtų nukreiptas į kūno pojūčius; 5) *emocinį įsisąmoninimą* – ryšio tarp kūno jutimų ir emocinės būsenos sąmoningą supratimą; 6) *savireguliaciją* – sugebėjimą valdyti distresą sutelkiant dėmesį į kūno pojūčius; 7) *įsiklausymą į kūną* – aktyvų įsiklausymą į kūną, siekiant įžvalgos; 8) *pasitikėjimą* – savo kūno priėmimą kaip saugaus ir patikimo.“ (Baranauskas, 2018, 23 p.). Anot Mehling ir kt. (2012) daugiamatis interocepinio įsisąmoninimo klausimynas MAIA gali būti naudingas tiriant proto ir kūno intervencijas, kai daugiamatis kūno įsisąmoninimo vertinimas gali būti naudojamas siekiant suprasti, kurie kūno pojūčių įsisąmoninimo aspektai prisideda prie klinikinių rezultatų gerinimo. Pagal M. Baranausko (2018, 67 p.) įvertinimą: „Lietuviškosios MAIA versijos (MAIA^{LT}) skalių patikimumas pagal vidinį suderinamumą yra priimtinas (Kronbacho alfa $\geq 0,7$) penkioms iš

aštuonių skalių: *Dėmesio reguliavimo*, *Emocinio įsisąmoninimo*, *Savireguliacijos*, *Įsiklausymo į kūną* ir *Pasitikėjimo*. *Nesijaudinimo* skalės patikimumas yra abejotinas, bet dar pakankamas moksliniams tyrimams ($0,7 > \text{alfa} \geq 0,6$). Tačiau MAIA^{LT} *Sensorinės pagavos* ir *Nepaisymo* skalių patikimumas yra atitinkamai silpnas ($\text{alfa} < 0,6$) ir nebepriimtinas ($\text{alfa} < 0,5$), tad pastarosios dvi MAIA^{LT} skalės toliau disertacijoje nėra analizuojamos“ (3 lentelė). Taigi MAIA klausimynas buvo naudojamas įvertinti lėtinį skausmą jaučiančių asmenų kūno pojūčių įsisąmoninimą *prieš* ir *po* šokio-judesio terapijos užsiėmimų.

3 lentelė. MAIA skalių patikimumas pagal vidinį suderinamumą (Baranauskas, 2018, 67 p.)

MAIA skalė	Kronbacho alfa
Pagava	0,549
Nepaisymas	0,409
Nesijaudinimas	0,632
Dėmesio reguliavimas	0,799
Emocinis įsisąmoninimas	0,734
Savireguliacija	0,794
Įsiklausymas į kūną	0,810
Pasitikėjimas	0,820

Šokio-judesio terapijos patyrimui atskleisti atliktas kokybinis tyrimas, duomenis renkant individualių pusiau struktūruotų interviu būdu. Pokalbiai vyko „Zoom“ platformoje *po* dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų. Šis kokybinių tyrimų interviu būdas yra plačiai naudojamas ir buvo pasirinktas dėl mažo tiriamųjų imties dydžio bei atsižvelgiant į tyrimo uždavinius. Pusiau struktūruoto interviu būdo dėka galima surinkti itin išsamius, autentiškus ir kitaip asmeniškai tyrimo dalyviui reikšmingus duomenis apie jo patirtis bei išgyvenimus, kadangi tyrimo dalyviams suteikiama galimybė papasakoti daugiau nei tyrėjas numatė interviu klausimuose (Braun ir Clarke, 2013).

Interviu gairės:

1. Gal galėtumėte man papasakoti savo lėtinio skausmo patyrimo istoriją, nuo tada kai pradėjote jausti jį iki dabar.
2. Kas vyksta su jumis, kai jaučiate skausmą? Kokius jausmus išgyvenate ?
3. Kaip jus suprato, palaikė artimieji skausmo eigoje ?
4. Kokį skirtumą jaučiate savo kūne prieš ir po šokio-judesio terapijos užsiėmimų ?
5. Kaip keitėsi skausmo pojūtis šokio-judesio terapijos užsiėmimo metu? Galbūt kai kurios veiklos palengvino arba pastiprino?
6. Galbūt jums kyla kokių asociacijų, simbolių ir vaizdinių – kurie atspindėtų jūsų santykį su lėtiniu skausmu?
7. Galbūt galėtumėte papasakoti šio vaizdinio/ simbolio/ asociacijos detales ?
8. Kas buvo naudinga jūsų fizinei ir emocinei būsenai šokio-judesio terapijos sesijose ?
9. Ką iš šokio-judesio terapijos patirties galite panaudoti savo kasdiniame gyvenime ?
10. Gal galėtumėte papasakoti savo išgyvenimus ar kitaip asmeniškai reikšmingą šokio-judesio terapijos patyrimą ?
11. Galbūt norėtumėte kažkuo tai papildyti ?

3.1.3. Tyrimo organizavimas

Pasirinkus tikslią tyrimo dalyvių populiaciją (lėtinį skausmą išgyvenantys asmenys) buvo kreiptasi į Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų skausmo medicinos centrą su prašymu atlikti tyrimą. Gavus žodinį institucijos paaiškinimą – baigiamajam magistrantūros darbo tyrimui atlikti nėra būtinas bioetikos leidimas bei susidūrus su kitais nesklandumais (tinkamos terapinės erdvės nebuvimas) buvo priimtas sprendimas – tyrimą organizuoti ne Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų skausmo medicinos centro patalpose. Dėl tos priežasties tyrėja kreipėsi į skausmo medicinos centro gydytojus su prašymu vizitų metu pakalbinti pacientus sudalyvauti tyrime ir paduoti jiems kvietimus, kuriuose buvo nurodyti tyrėjos kontaktai bei raštiškas kvietimas dalyvauti tyrime (4 priedas). Tyrėja ir pati tiesiogiai bendravo su pacientais, kalbino pacientus sudalyvauti tyrime. Informacija apie vykdomą tyrimą buvo pasidalinta asmeninėje tyrėjos Facebook paskyroje (5 priedas). Asmenys, kurie susidomėjo atliekamam tyrimu susisieko su tyrėja, buvo supažindinami su atliekamo tyrimo tikslu, nauda jiems ir kita informacija. Kadangi susisiekusiųjų skaičius buvo didesnis nei buvo

numatyta tyrimo pradžioje, tyrėja turėjo detalai atrinkti labiausiai tyrimui tinkamas dalyves. Buvo skambinama kiekvienam interesantui asmeniškai darsyk informuojant apie tyrimą, siekiant atsakyti į visus klausimus ir gauti žodinį sutikimą dalyvauti tyrime, aptariant tyrimo imties kriterijų atitikimą, išdėstant tyrimo sąlygas, pasitraukimo iš tyrimo galimybes bei informuojant apie tyrimo trukmę ir tyrimo atlikimo vietą. Nors įtraukimo kriterijų, susijusių su lytimi nebuvo, tyrime dalyvavo tik moterys.

Kadangi buvo remtasi Latvijoje atliekamu doktorantūros tyrimu – „Sąmoningo šokio judesio terapijos intervencijos plėtra lėtiniam skausmui: bandomasis tyrimas su lėtiniu galvos skausmu“ (Majore-Dūšele, 2021) buvo iš anksto numatytas dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų orientacinis planas. Sesijos buvo nukreiptos į devynis MBDMT (angl. *Mindful-Based Dance-Movement Therapy*) darbo modelio mechanizmus/ komponentus, kurie buvo struktūrizuoti vystymosi procese:

1) *Saugi terapinė aplinka* – pagrindinės savybės: šilti santykiai, pagrįsti empatija, palaikymu, patvirtinimu ir paciento priėmimu tokio, koks jis yra – emociniu, fiziniu ir pažintiniu požiūriu;

2) *Dėmesingo įsisąmoninimo įgūdžiai* (angl. *Mindfulness skills*) – pagrindiniai komponentai yra sutelkti ir reguliuoti savo dėmesį į skirtingas suvokimo sritis: savo pojūčius, emocijas, mintis ir vaizdus, ugdyti gerumą, užuojautą ir nesmerkiantį požiūrį į save;

3) *Kūno suvokimas* – atkreipiamas dėmesys į savo kūno pojūčius, reaguojant ne neigiamai ar emociškai, bet tyrinėjant. Skiriamas dėmesys sąveikai tarp pojūčių, emocijų, minčių ir kūno bei proto ryšio patirties;

4) *Atsipalaidavimas/ išsilaisvinimas* – pasitelkiant kūrybine veikla, kalbėjimu ir dalijimusi asmuo saugiai išreišk save ir išlaisvins fizinę įtampą;

5) *Atsiribojimas ir išbūvimas diskomforte* – naudojant kūrybines priemones (rekvizitus) ir estetinį atstumą sutelkiamas dėmesį į skausmą ir analizuojamas ryšys su simptomais bei kuriama tolerancija, ugdomas gebėjimas valdyti savo diskomfortą;

6) *Prasmės kūrimas* – išsamus simptomų tyrimas asmeninio gyvenimo kontekste ir galimos įžvalgos apie simptomų vystymosi priežasties ir pasekmės ryšį. Žmogus kviečiamas atsakyti į klausimą: „Kodėl man taip atsitinka?“;

7) *Savireguliacija* – praktikos metu asmuo pažins ir praktikuos savęs valdymą, atpažindamas ir atleisdamas fizinę įtampą bei susidorodamas su bet kokiais emociškai intensyviais jausmais, kurie gali kilti;

8) *Priėmimas ir integracija* – dėl terapinio proceso žmogus gali giliau suprasti save, taip pat priimti savo fizines ir emocines būsenas;

9) *Kūrybinis procesas* – apima visus aukščiau išvardintus veiksmus modelyje, nes jie yra pristatomi per kūrybines veiklas. Vaizdai, simbolika ir judėjimo metaforos yra pagrindiniai ŠJT komponentai.

Aprašytas terapijos modelis rodo, kad MBDMT yra tikslingai organizuotas terapinis procesas, kurio metu pasitelkiant kūrybinę veiklą, ugdant sąmoningumo įgūdžius, tyrinėjant dvikrypčius procesus, tyrinėjamas kūno ir proto santykis, savivaldos ir mokomasi savireguliacijos įgūdžių (Majore-Dušele ir kt., 2021). Šis terapijos modelis yra tinkamas lėtinį skausmą patiriančių klientų grupei, kadangi jo sudedamieji elementai atliepia šios klientų grupės poreikius.

Taip pat buvo išskirti šie bendrieji šokio-judėsio terapijos užsiėmimų tikslai:

- 1) Sukurti terapinę aplinką ir terapinę grupę, apimančią saugumą, empatiją, priklausymo grupei jausmą, šiltą/palankią ir priimančią atmosferą, kurioje žmogus jaustųsi priimtas, matomas, išgirstas ir suprastas (1–4 užsiėmimai);
- 2) Nuo mokymosi įgūdžių palaipsniui pereiti prie kūrybinio proceso ir padėti išvelgti Kūno ir proto sąveikos principą bei susiliesti su skausmo ir skausmo tyrinėjimu. Būti tiesesniam, mokėti konfrontuoti – likti su diskomfortu, padėti išvelgti gynybos mechanizmus, bet įkūnyti gerumą (5–7/8 užsiėmimai);
- 3) Skatinti visko integraciją. Tiek sutelkti dėmesį į aktyvų jau įgytų įgūdžių panaudojimą, tiek neleisti nepaisyti emocinių būsenų ir skausmo, bet skatinti naudoti savireguliaciją ir išteklius skausmui integruoti į gyvenimą.

Kiekvienam tikslui buvo pritaikytos skirtingos šokio-judėsio terapijos metodikos, kurias tyrėja galėjo rinktis atsižvelgiant į tyrimo dalyvių poreikius bei besikeičiančius proceso eigos ypatumus.

3.1.4. Tyrimo duomenų tvarkymas

Visi HAD (angl. Hospital Anxiety and Depression) ir MAIA (angl. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness) visi kintamieji gauti iš abiejų skalių buvo ordinalūs. Baigus testavimą HAD skalėje HAD-N (nerimo) ir HAD-D (depresijos) klausimų balai buvo sumuojami atskirai, o MAIA klausimyne – kiekvienos klausimų grupės taškų vidurkis skaičiuojamas sudedant kelių klausimų balus tarpusavyje ir padalinant iš klausimų kiekio (pvz. $(K1_ + K2_ + K3_ + K4_) : 4 = _$). Tyrimo duomenų bazė sukurta naudojant „Microsoft Excel 2021“ programą, kur duomenys buvo sutvarkyti ir apdoroti.

Kokybiniai duomenims buvo renkami pusiau struktūruoto interviu būdu. Individualūs pusiau struktūruoti interviu buvo vykdyti 2021 metų gruodžio mėnesį, praėjus savaitei po dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo pabaigos, kuris vyko 2021 metų lapkričio – gruodžio mėnesiais. Trumpiausias interviu truko 36 minutes ir ilgiausias – 46 minutes. Vykdamas individualius pusiau struktūruotus interviu su tyrimo dalyvėmis „Zoom“ platformoje, pokalbio pradžioje buvo įvardijamas tyrimo tikslas, uždaviniai, akcentuojamas interviu konfidencialumas, kuriama saugi atmosfera. Taip pat gautas kiekvienos tyrimo dalyvės žodinis (patvirtinantis) sutikimas dalyvauti tyrime. Kiekvienai dalyvei buvo priminta apie galimybę pasitraukti iš tyrimo esant poreikiui. Be to dalyvės buvo padrąsintos klausti apie tyrimo detales ir akcentuojama tyrėjos, kad pagrindinės savo patirties ekspertės yra jos pačios.

4 lentelė. Tyrėjos refleksijų iškarpos interviu proceso metu

Pirmojo interviu metu nemažai jaudinausi ir nebuvo tikra dėl klausimų tikslumo, tačiau kažkas vyko ir įvyko visai neblogai. Po interviu supratau, kad kai kuriuos klausimus norėtuši tikslinti. Tą ir padariau.

Imdama interviu iš antrosios tyrimo dalyvės jaučiausi daug užtikrintesnė ir pasitikinti savimi. Pokalbis buvo itin šiltas, nuoširdus ir tikras. Tyrimo dalyvė atvirai dalindamasi savo išgyvenimais patyrė stiprių emocijų, kurios palietė ir mane.

Trečiojo interviu metu supratau ir pajutau prasmę to, ką darau – kilnią šokio-judesio terapijos misiją lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims.

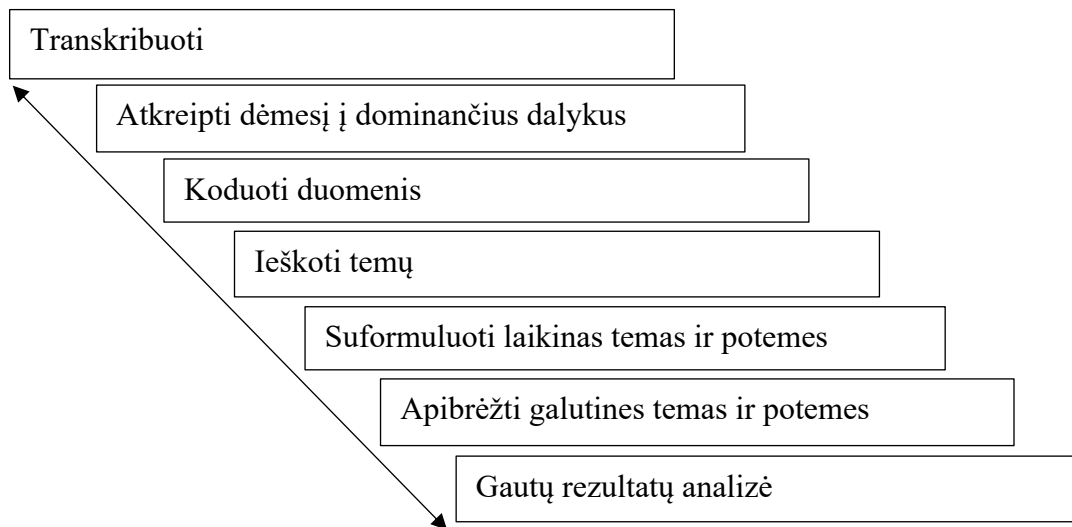
Ketvirtasis interviu nebuvo labai tikslus iš mano pusės, kadangi nepavyko pilnai jame būti. Mane itin blaškė nuovargis. Jaučiau, kad reikia papildomų pastangų klausytis, įsigilinti į tyrimo dalyvės mintis. Netgi kelis kartus tyrimo dalyvei atliečiau netiksliai į jos išdėstytas mintis (lyg negirdėdama ką ji sako). To pasekoje, pajaučiau jos akimirką trunkantį nepasitenkinimą, tačiau, laimei, tai buvo tik mano galvoje, nes peržvelgus vaizdo medžiagą supratau, kad tai buvo tik patikslinimas, be jokio nepasitenkinimo.

3.1.5. Tyrimo duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta visiems HAD ir MAIA klausimynų požymiams. Dėl mažo imties skaičiaus ir nenormalaus skirstinio apibūdinimui ir palyginimams buvo pasirinktos medianos bei minimali ir maksimali reikšmės (Min.-maks.). Pokytis buvo įvertintas medianų skirtumu, o taip pat standartizuotu efekto dydžiu pagal Z/\sqrt{n} (Rosenthal, 1991). Efekto dydis laikytas mažu, jeigu rezultatas – 0,2, vidutiniu jeigu – 0,5 ir dideliu jeigu – 0,8 (Cohen, 1988). Pokyčių įvertinimui atliktas hipotezių tikrinimas, naudojant *Wilcoxon Signed-Rank* testą priklausomoms grupėms. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, jei $p < 0,05$. Požymių pasireiškimo laipsnių tarp *prieš* ir *po* intervencijos sąsajos analizuotos koreliacijos metodu, skaičiuojant Spirmeno koreliacijos koeficientą.

Statistinė duomenų analizė atlikta Microsoft Exel programoje bei naudojant internetinę skaičiuoklę adresu https://www.statskingdom.com/175wilcoxon_signed_ranks.html (Statistics Kingdom, 2017).

Kokybinio tyrimo duomenys buvo analizuojami taikant indukcinės teminės analizės strategiją (induktyvioji teminė analizė): nuo duomenų gausos – prie išsijotų temų ir potemių pagal Braun ir Clarke (2013) (5 pav.). Taikant indukcinės teminės analizės metodą, duomenys analizuojami šešiais etapais, kurie seka vienas po kito. Proceso eigoje galima laisvai naviguoti tarp procesų, todėl generuojant duomenis vyksta nuolatinis judėjimas pirmyn ir atgal tarp teminės analizės modelyje matomų etapų (Braun ir Clarke, 2013). Taigi duomenų analizei buvo naudojami šeši indukcinės teminės analizės etapai, tarp kurių buvo laviruojama lanksčiai siekiant atskleisti asmeninį tyrimo dalyvių ŠJT patyrimą, naudojantis turimais interviu duomenimis.



5 paveikslas. Teminės analizės etapai pagal Braun ir Clarke (2013)

3.2. Tyrimo rezultatai

3.2.1. Nerimo bei depresijos požymių ir kūno pojūčių įsisąmoninimo pokytis

Analizuojant gautus HAD klausimyno balų įverčius *prieš* šokio-judesio terapijos dešimties užsiėmimų ciklą matomi visi keturi nerimo simptomų sunkumo laipsniai (5 lentelė) – nuo *normalus nerimas arba nuotaika* iki *sunkūs nerimo simptomai*. *Prieš* šokio-judesio terapiją *sunkūs nerimo simptomai* buvo nustatyti dviem dalyvėms: vienai iš grupės ir individualioje terapijoje dalyvavusiai moteriai. Kitoms dalyvėms pradžioje buvo nustatyti nerimo simptomų laipsniai: vienai *vidutinio sunkumo*, trims *lengvo* ir dviems *normalus nerimas arba nuotaika*. Tuo tarpu depresijos simptomų sunkumo laipsnis pas dalyves svyravo tik nuo *lengvo* iki *vidutinio sunkumo*. *Prieš* šokio-judesio terapijos užsiėmimus dviem iš septynių grupėje dalyvavusių tyrimo dalyvių depresijos simptomų sunkumo laipsnis buvo *lengvas*, likusiųjų atitiko mažiausią simptomų sunkumo laipsnį – *normalus nerimas arba nuotaika*.

Individualius užsiėmimus turėjusios moters depresijos simptomų sunkumo laipsnis *prieš* šokio-judėsio terapiją buvo *vidutinio sunkumo*.

5 lentelė. Dalyvių pasiskirstymas pagal nerimo ir depresijos simptomų sunkumo laipsnius (n=8)

	Nerimas		Depresija	
	<i>Prieš</i> terapiją	<i>Po</i> terapijos	<i>Prieš</i> terapiją	<i>Po</i> terapijos
<i>Normalus nerimas arba nuotaika</i>	25 % (2/8)	50 % (4/8)	62,5 % (5/8)	100% (8/8)
<i>Lengvas</i>	37,5 % (3/8)	50 % (4/8)	25 % (2/8)	-
<i>Vidutinio sunkumo</i>	12,5 % (1/8)	-	12,5 % (1/8)	-
<i>Sunkūs nerimo arba depresijos simptomai</i>	25 % (2/8)	-	-	-

Po dešimties šokio-judėsio terapijos užsiėmimų ciklo įvyko akivaizdūs pokyčiai lengvesnių požymių kryptimi. *Prieš* terapiją nustatius įvairaus sunkumo laipsnius. *Po* intervencijos pusei tyrimo dalyvių (trijų iš grupinio ir vienos iš individualaus proceso) **nerimo** simptomų sunkumo laipsnis buvo – *normalus nerimas arba nuotaika*, o pas likusias keturias – *lengvas* (5 lentelė). Dar labiau palengvėjo depresijos simptomai – pas visas aštuonias tyrimo dalyves liko *normalus nerimas arba nuotaika*.

Stebint grupės dalyvių depresijos simptomų sunkumo laipsnio pokytį *prieš* ir *po* šokio-judėsio terapijos užsiėmimų (*prieš*: du *lengvi* ir penki *normalus nerimas arba nuotaika* ir *po*: visi *normalus nerimas arba nuotaika*) matomas dviejų tyrimo dalyvių depresijos simptomų sunkumo laipsnio pagerėjimas. Kitų dalyvių balų įvertis nepakito nuo ciklo pradžios iki pabaigos ir visą laiką išliko – *normalus nerimas arba nuotaika*. Tuo tarpu individualius užsiėmimus turėjusios tyrimo dalyvės depresijos simptomų sunkumo laipsnis palengvėjo nuo *vidutinio sunkumo* iki *normalus nerimas arba nuotaika*. Nagrinėjant nerimo simptomų sunkumo laipsnio pokytį *prieš* ir *po* šokio-judėsio terapijos užsiėmimų (*prieš* buvo: du *normalus nerimas arba nuotaika*, trys *lengvi*, vienas *vidutinio sunkumo* ir du *sunkūs nerimo simptomai* ir *po*: keturi *normalus nerimas arba nuotaika* ir keturi *lengvi*) (5 lentelė) pastebimas trijų dalyvių iš grupės ir individualios moters nerimo simptomų sunkumo laipsnio pokytis. Kitų keturių tyrimo dalyvių nerimo simptomų sunkumo laipsnis *prieš* ir *po* ciklo nesikeitė: kaip buvo *prieš* – dviejų *normalus nerimas arba nuotaika* ir dviejų *lengvas* išliko ir *po*. Individualius

užsiėmimus turėjusios moters nerimo simptomų sunkumo laipsnis nukrito iš aukščiausio iki žemiausio (nuo *sunkūs nerimo simptomai* iki *normalus nerimas arba nuotaika*), grupinius užsiėmimus lankusių moterų rezultatai pagerėjo trims dalyvėms: vienai – per du laipsnius sumažėjo (nuo *sunkūs nerimo simptomai* iki *lengvi*), o kitų dviejų – per vieną (vienos: nuo *vidutinio sunkumo* iki *lengvas*, kitos: nuo *lengvas* iki *normalus nerimas arba nuotaika*). Rezultate keturios tyrimo dalyvės liko su *lengvu* nerimo simptomų sunkumo laipsniu ir trys grupės dalyvės bei individuali moteris su *normalus nerimas arba nuotaika*. Bendrai žvelgiant į visų septynių grupės dalyvių nerimo simptomų sunkumo laipsnių variacijas *prieš* ir *po* ŠJT užsiėmimų, matomas nepakitęs keturių grupės dalyvių nerimo simptomų sunkumo laipsnis (dviejų dalyvių *prieš* ir *po* buvo – *normalus nerimas arba nuotaika* ir kitų dviejų – *lengvas*). Taigi lyginant kiekvienos atskirai tyrimo dalyvės depresijos ir nerimo simptomų sunkumo laipsnius *prieš* ir *po* šokio-judėsio terapijos užsiėmimų įžvelgiami individualūs pokyčiai.

Didžiausias pokytis *prieš* ir *po* šokio-judėsio terapijos ciklo matomas individualius užsiėmimus turėjusios moters HAD skalės įverčio baluose (6 lentelė).

6 lentelė. Individualius užsiėmimus turėjusios moters nerimo ir depresijos balai

	Įvertis <i>prieš</i> terapiją	Įvertis <i>po</i> terapijos	Pokytis
Depresija	12	1	11
Nerimas	15	0	15

Iš gautų nerimo ir depresijos HAD skalės balų *prieš* ir *po* šokio-judėsio terapijos užsiėmimų matyti (7 lentelė), kad nerimo pokytis pagal standartizuotą efekto dydį buvo vidutinis, o depresijos mažas. Vis tik dėl itin mažo stebėjimų skaičiaus pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi.

7 lentelė. Grupinius užsiėmimus turėjusių moterų nerimo ir depresijos balai (N=7)

	<i>Prieš</i> terapiją		<i>Po</i> terapijos		P reikšmė	Efekto dydis
	Mediana	Min.-maks.	Mediana	Min.-maks.		
Depresija	4	1-10	4	0-7	0,586	-0,1
Nerimas	8	6-15	8	5-10	0,054	-0,5

Tuo tarpu MAIA skalės aštuonių interocepinio įsisąmoninimo aspektų balai parodė pakankamai statistiškai reikšmingus pokyčius. Iš apskaičiuotų aštuonių interocepinio įsisąmoninimo aspektų *prieš* šokio-judesio terapiją mažiausios medianos buvo (8 lentelė) *nesijaudinimo* – 2,33 ir *nepaisymo* – 2,33, tačiau didžiausias sklaidos plotis buvo *nesijaudinimo* – 3. Aukščiausi balai iš apskaičiuotų aštuonių interocepinio įsisąmoninimo aspektų *prieš* šokio-judesio terapiją buvo *emocinio įsisąmoninimo* – 3,4 (1,4- 4,8).

8 lentelė. Grupinius užsiėmimus turėjusių moterų interocepinio įsisąmoninimo aspektų balai (N=7)

	<i>Prieš terapiją</i>		<i>Po terapijos</i>		P reikšmė	Pokytis	Efekt dydis
	Mediana	Min.-maks.	Mediana	Min.-maks.			
Pagava	3,25	2,25-3,25	4,25	2,75-4,75	0,021	1	0,6
Nepaisymas	2,33	1,33-3,33	2	0,33-3,33	0,034	-0,33	-0,6
Nesijaudinimas	2,33	0-3	3	1,33-3,67	0,022	0,67	0,6
Dėmesio reguliavimas	2,7	2,14-3,43	3	2,71-4,43	0,016	0,3	0,6
Emocinis įsisąmoninimas	3,4	1,4-4,8	4,4	2,8-4,8	0,035	1	0,6
Savireguliacija	2,5	1-4,75	3,75	3,25-4,75	0,034	1,25	0,6
Įsiklausymas į kūną	3	1-4,3	3,67	2,33-4,67	0,021	0,67	0,6
Pasitikėjimas	3,33	1,67-4,3	4,33	3-5	0,020	1	0,6

Po ŠJT užsiėmimų iš visų aštuonių MAIA skalės interocepinio įsisąmoninimo aspektų mažiausi balai buvo nustatyti: *nepaisymo* – 2 (0,33-3,33), o didžiausi – *emocinio įsisąmoninimo* – 4,4 (2,8-4,8) (8 lentelė).

Stebint aštuonių MAIA skalės interocepinio įsisąmoninimo aspektų balų pokytį *prieš* ir *po* šokio-judesio terapijos užsiėmimų, matomi stebėtinai geri rezultatai. Beveik visi interocepinio įsisąmoninimo aspektai, t.y. septyni iš aštuonių, išskyrus *nepaisymą*, padidėjo netgi nuo 0,3 iki 1,25 balo. Nors *emocinio įsisąmoninimo* balai *prieš* ir *po* užsiėmimų buvo didžiausi (6 lentelė) šio aspekto pokytis nebuvo didžiausias. Labiausiai pakito, padidėjo *savireguliacijos* įverčio balai: *prieš* buvo 2,5 ir *po* 3,75, matomas 1,25 balo pokytis po intervencijos. Taip pat prasmingas, vieno balo padidėjimas *po* užsiėmimų matomas (8 lentelė)

pagavos, emocinio įsisąmoninimo ir pasitikėjimo aspektuose. Kituose pakito mažesne balo dalimi, bet irgi yra matomas pokytis. Tuo tarpu *nepaisymo* balai rodo neigiamą pokytį. Taip įvyko dėl to, nes kiekvienai tyrimo dalyvei labai individualiai pasikeitė kiekvienas *nepaisymo* aspekto elementas (dėmesio atkreipimas į diskomfortą, dėmesio nukreipimas nuo diskomforto pojūčių ir diskomforto nepaisymas). Kas, pavyzdžiui, *prieš* šokio-judesio terapijos užsiėmimus mažiau dėmesio kreipė į savo skausmą, *po* ciklo labiau atkreipia dėmesį į skausmą, kas per ne lyg daug buvo susitelkę į savo skausmą, dabar gali nukreipti savo dėmesį nuo skausmo ar diskomforto jutimo, šiek tiek daugiau dėmesio skiriant kitoms kūno vietoms, mažiau koncentruotis ties nemaloniomis. Apibendrinant galima sakyti, kad *po* šokio-judesio terapijos užsiėmimų tyrimo dalyvės ėmė mažiau jaudintis ir mažiau jausti emocinį distresą, esant netgi skausmo ar diskomforto pojūčiams.

Taip pat rezultatai parodė, kad visų tyrimo dalyvių aštuoni (*pagava, nepaisymas, nesijaudinimas, dėmesio reguliavimą, emocinis įsisąmoninimas, savireguliacija, įsiklausymas į kūną ir pasitikėjimas*) interocepčio įsisąmoninimo aspektai pasikeitė statistiškai reikšmingai, o efekto dydis – vidutinis (8 lentelė).

Grupinės ir individualios terapijos palyginimui galima pasitelkti individualius užsiėmimus turėjusios moters rezultatus (9 lentelė). *Prieš* užsiėmimus didžiausias iš aštuonių interocepčio įsisąmoninimo aspektų balas buvo *pasitikėjimo* – 3,67, o mažiausias *nepaisymo* ir *įsiklausymo į kūną* – 1. *Po* šokio-judesio terapijos užsiėmimų didžiausias balas buvo *nesijaudinimo, emocinio įsisąmoninimo, savireguliacijos ir pasitikėjimo* – 4. Matomas visų aštuonių aspektų ryškus pokytis, kuris svyravo nuo 1 iki 2,67 (*įsiklausymas į kūną*) balų, kai tuo tarpu grupės tyrimo dalyvių aštuonių aspektų pokytis svyravo nuo -0,33 iki 1,25 (8 lentelė). Didžiausią balo pokytį pasiekęs aspektas (*įsiklausymas į kūną*) vėliau itin skambėjo ir pusiau struktūruoto interviu metu. Vadinasi, individualius užsiėmimus turėjusios moters balai ryškiau pagerėjo nei grupėje dalyvavusių tyrimo dalyvių balai.

9 lentelė. Individualius užsiėmimus turėjusios moters interocepčio įsisąmoninimo aspektų balai

	<i>Prieš terapiją</i>	<i>Po terapijos</i>	Pokytis
Pagava	2,75	3,75	1
Nepaisymas	1	2,67	1,67
Nesijaudinimas	2,67	4	1,33
Dėmesio reguliavimas	1,29	3,43	2,14

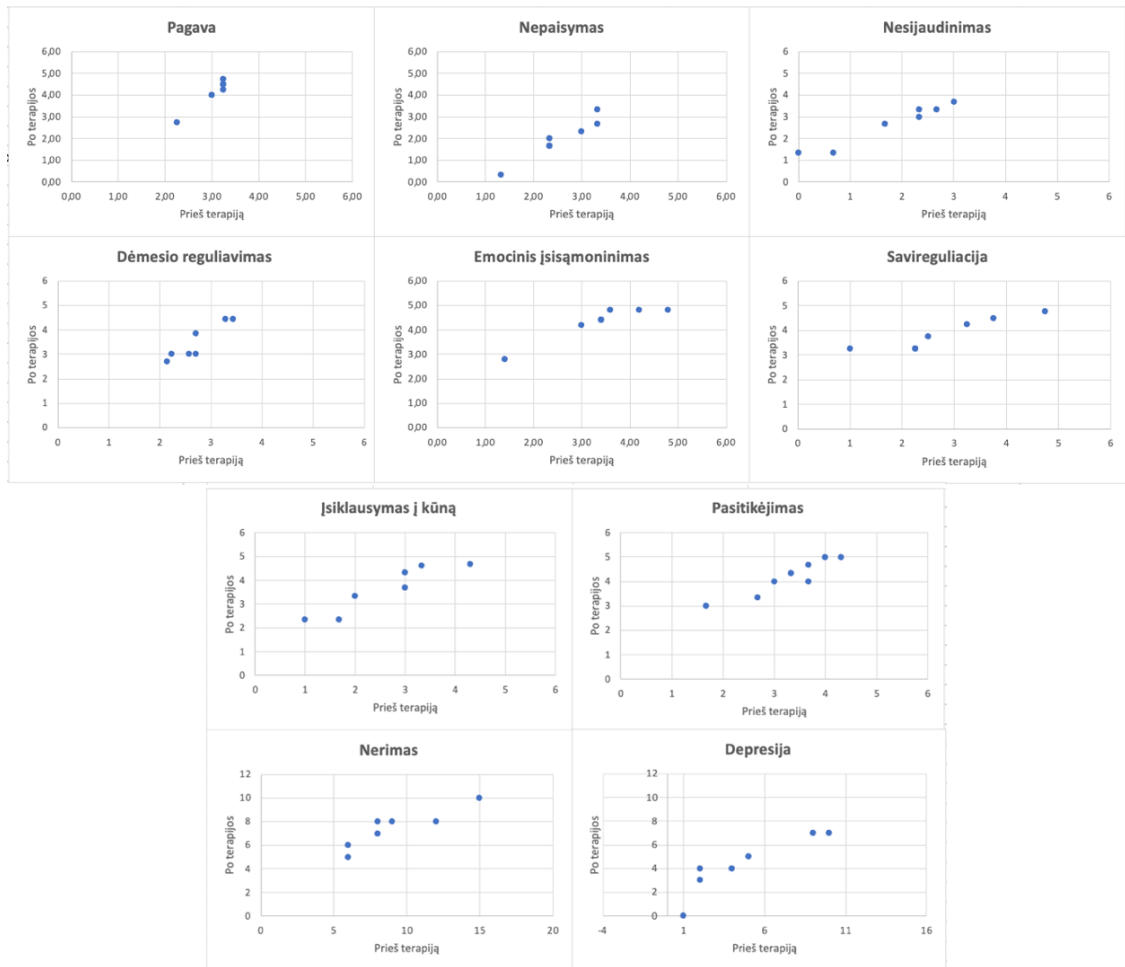
Emocinis įsisąmoninimas	3,2	4	0,8
Savireguliacija	2,25	4	1,75
Įsiklausymas į kūną	1	3,67	2,67
Pasitikėjimas	3,67	4	0,33

Taip pat buvo stebėta septynių (*pagava, nepaisymas, nesijaudinimas, dėmesio reguliavimas, emocinis įsisąmoninimas, savireguliacija ir įsiklausymas į kūną*) interocepinio įsisąmoninimo aspektų bei nerimo ir depresijos statistiškai reikšminga koreliacija su *pasitikėjimu* (10 lentelė), nes jis lyg centrinė ašis vienijanti išvardintus aspektus. Gerėjant kažkuriam ir minėtų aspektų, didėja asmens pasitikėjimas.

10 lentelė. Interocepinio įsisąmoninimo aspektų bei nerimo ir depresijos ryšys su pasitikėjimu

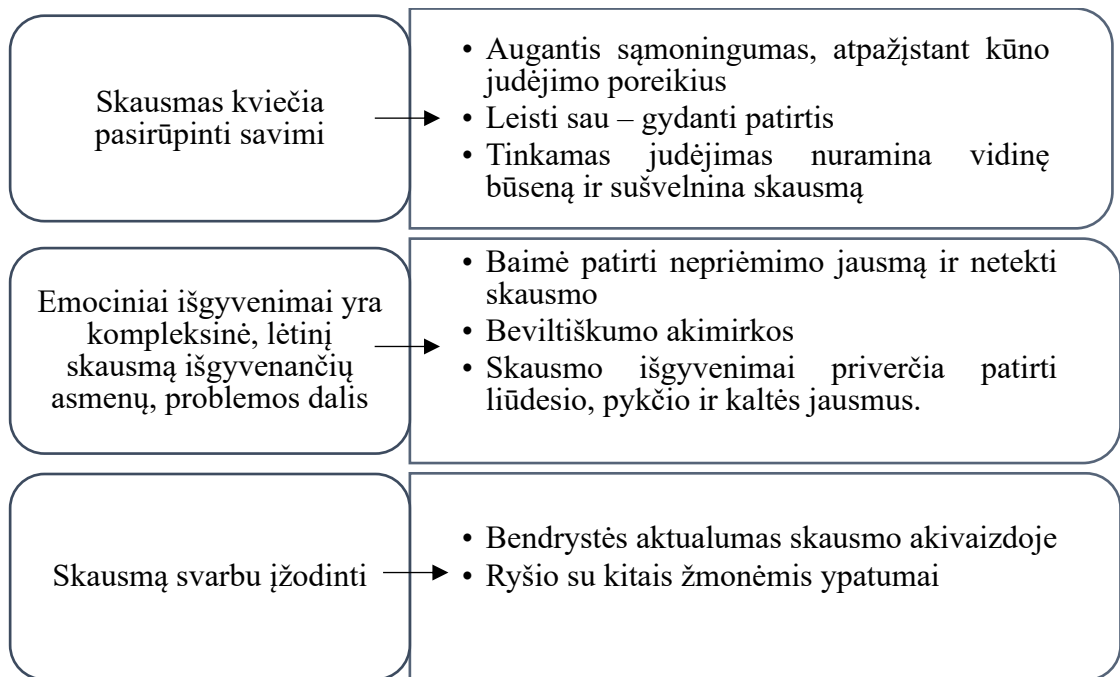
	<i>Prieš terapiją</i>		<i>Po terapijos</i>	
	r_s	p	r_s	p
Pagava	0,90	p<0,001	0,96	p<0,001
Nepaisymas	0,95	p<0,001	0,98	p<0,001
Nesijaudinimas	0,99	p<0,001	0,98	p<0,001
Dėmesio reguliavimas	0,96	p<0,001	1,00	p<0,001
Emocinis įsisąmoninimas	0,99	p<0,001	0,96	p<0,001
Savireguliacija	0,99	p<0,001	0,95	p<0,001
Įsiklausymas į kūną	0,99	p<0,001	0,98	p<0,001
Nerimas	0,98	p<0,001	0,93	p=0,002
Depresija	0,99	p<0,001	0,99	p<0,001

Geresni pradiniai rezultatai (*prieš ŠJT*) davė geresnę išeitį ir *po ŠJT* užsiėmimų (6 pav.).



6 paveikslas. Interocepinio įsisąmoninimo aspektų bei nerimo ir depresijos balai *prieš* ir *po* dešimties ŠJT užsiėmimų ciklo

Indukcinės teminės analizės būdu, tyrinėjant lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų šokio-judėsio terapijos patyrimą, išskiriamos trys temos, iš kurių dviem priskiriamos trys potemės bei vienai – dvi (7 pav.).



7 paveikslas. Tyrimo rezultatai – temos ir potemės

Toliau pateikiamas detalus temų ir potemių aprašymas, jas iliustruojant autentiškais tyrimo dalyvių interviu iškarpomis.

3.2.2. Skausmas kviečia pasirūpinti savimi

Pirmoje temoje atsiskleidžia pasirūpinimo savimi svarba išgyvenant lėtinį skausmą. Atskleidžiama, kaip šokio-judesio terapijos dėka žmogus tampa dėmesingesnis savo kūno siunčiamiems signalams, ima aiškiau suprasti savo kūno poreikius bei sąmoningai atliepia jiems. Dalyvių atsiliepimai liudija, jog leidimas sau atsitraukti iš veiklos, gebėjimas, pasakyti „ne“ suteikia žmogui pasitikėjimą savimi, užtikrintumą, leidžia pamatyti ir „kitą realybę“, kur ribų nustatymas nėra tik neigiamas dalykas, anaiptol, dažnu atveju kaip tik pozityvus. Svarbus patyrimas, jog neįpareigojančio judėjimo metu kūnas atsipalaiduoja, išlaisvėja ir nurimsta. Tema skirstoma į tris potemes: 1) Augantis sąmoningumas, atpažįstant kūno judėjimo poreikius; 2) Leisti sau – gydanti patirtis; ir 3) Tinkamas judėjimas nuramina vidinę būseną ir sušvelnina skausmą.

1) Augantis sąmoningumas, atpažįstant kūno judėjimo poreikius

Gilinantys tyrimo dalyvių interviu išryškėjo, kad šokio-judesio terapijos užsiėmimai padėjo moterims užčiuopti poreikį labiau rūpintis savimi, kai patiriamas lėtinis skausmas. Kiekviena iš jų įvardino individualiai svarbių aspektų, kuriuos tarpusavyje sieja sąmoningumas judėjime. Viena iš dalyvių atrado, kad ilgai sėdint jos probleminė vieta iš karto reaguoja, taigi, ji suvokia, jog jai judėjimas yra svarbus elementas gyvenime siekiant sumažinti skausmą: „<...> *tas stingimas vis tiek atsiranda ilgai sėdint <...> taip atrodo, kad..nu, kūnas nuolat nori judėti.*” (Jorūnė). Kita dalyvė šokio-judesio terapijos praktikų metu pastebėjo, kad staigūs judesiai, nedėmesingas judėjimas provokuoja jos klubo skausmą: „<...> *tas mano atsisėdimas <...> gan, sakysim, grubus. Tuo metu, taip.. iš karto pajutau kaip suėmė klubą..ir..<...> suskaudo jį.*“ ir pastebi, kad grubius judesius vertėtų pakeisti švelnesniais, siekiant apsisaugoti nuo nemalonaus skausmo: „<...> *tavo paties judesiai <...> turėtų būti visiškai kitokie, jie neturėtų būti tokie, nu, grubūs, <...> Kuo tu grubiau kažką darai.. įsitempęs kai tu pradedi kažką daryti.. aa. Tau pradeda atsirasti tas skausmas.*“ (Linda). Man kaip tyrėjai buvo svarbu suprasti, kad toks sąmoningas savo kūno signalų girdėjimas ir gebėjimas prisitaikyti judėjime gali puikiai pasitarnauti, siekiant išvengti nepageidaujamo skausmo. Kita tyrimo dalyvė pasidalino, kad labai susidomėjo judėjimu skirtinguose erdvės lygiuose ir paminėjo, kad norėtų tai vystyti ateityje: „<...> *man labai įdomu buvo kiek yra, pavyzdžiui, judėjimo... tų dimencijų. Kad tu gali ir šliaužti, ir ropoti, ir sto.. <...> vat, aš manau, kad, jeigu, va, šitą dalį vystyti, tai, tai tikrai..kaž..kažkokio naujo susitikimo su savo kūnu būtų galima išgyventi.*” (Roma). Paskutinioji, tiesiog, buvo sužavėta mintimi, kad ji pati yra savo kūno poreikių ir pasirūpinimo savimi „ekspertė“: „<...> *atsirado noras..rūpintis savimi. Nu, va, tiesiog, noras rūpintis savimi ir toksai suvokimas, supratimas, pajautimas, kad ne tik tai kiti gali manimi pasirūpinti, bet ir aš pati galiu savimi pasirūpinti. <...> atsirado toks..vidinis pajautimas, kad aš galiu pati savimi pasirūpinti ir kad pasirūpinti savimi yra..eee. nu faina ir malonu.*” (Darija). Apibendrinant galima teigti, kad sąmoningas savo kūno poreikių atliepimas yra vienas iš pasirūpinimo savimi aspektų, o, šis itin svarbus išgyvenant lėtinį skausmą.

2) Leisti sau – gydanti patirtis

Šokio-judesio terapijos užsiėmimų pradžioje tyrimo dalyvės buvo supažindinamos su pagrindinėmis proceso taisyklėmis: viena iš jų – galimybė atsitraukti. Šį terapinį susitarimą dauguma įvardino, kaip joms retai patiriamą praktiką šiaip gyvenime, kuris dovanoja galimybę iš tikrųjų pajauti save ir savo kūno poreikius. Vienai tyrimo dalyvei patirtis „leisti sau“ išeiti

ankščiau iš šokio-judesio terapijos užsiėmimo buvo lyg išsivadavimas iš ilgamečio įpročio priverstinai kažką daryti („nes taip liepta“, nes „reikia taip daryti“). Kančią keitė atpildas – laisvės jausmas kūne, kad pavyko pasipriešinti dėl savo gerovės: „<...> aš išėjau..bet kaip ir laisvė didelė kūne atsirado. <...> Ir aš sakau: labai ačiū už pasiūlymą, (nusijuokia) bet žinokit, nu, nenoriu aš..sakau..šiandien pasidalinti (pauzė) ir toks fainas dalykas (šypsosi), <...> ir, žinai, pajaučiau... „no“, nenoriu <...> nu, ta prasme, tikrai.. ir žinok fainai <...>” (Jorūnė). Kitai tyrimo dalyvei užsiėmimų metu „neprireikė” atsitraukti: „<...> bet čia kažkaip ne, ne.. nu, neprireikė, nes man atrodė, kad man viskas, kaip pasakyt, tiko, patiko ir buvo.. įdomu.”, tačiau pokalbio metu ji taip pat, kaip ir pirmoji, įvardino atsitraukimo bei ribų nustatymo stygių savo gyvenime ir užsiminė, kad norėtų tai tobulinti: „<...> buvo irgi labai gera patirtis, kad galima kažko..pasakyt „stop” dabar nenoriu, negaliu... ir nieko to..su tuo egzistenciško nėra. <...> Aš tai, vat, su tuo labai mokausi. Pasakyti, vat, „stop” <...>” (Roma). Trečioji dalyvė pokalbyje smalsavo, kas būtų, jei jai pavyktų atsitraukti, kadangi paprastai ji yra linkusi gyvenime visada įsitraukti į veiklas: „<...> man ganėtinai sunku yra.. ir šiaip gyvenime <...> eiti prieš tą grupės kažkokią dinamiką, ane.. man ganėtinai sunku yra. Tai, va, man irgi eiti prieš grupės.. tą bendrą.. kažkokią dinamiką ar ten .. bendrus dalykus <...> man sunku, bet ar aš galiuosiu, kad neėjau kadanors... nuuu.. gal.. vardan smalsumo, kas būtų buvę <...> jeigu, vat, būčiau nedalyvavusi, žinai... <...>“(Darija). Čia atsiskleidžia ir baimė būti atstumtai, ir menkas pasitikėjimas savimi: <...> kai padėjo, man viskas su tuo buvo okey. <... > man buvo faina, kad žmogus, va, manimi pasitiki ir man ant peties padėjo savo galvą. <...> nepasitikėjimo savimi .. eeee.. momentas. Ir tokia baimė.., kad aaa... va, tam žmogui prie manęs prisiglaudus bus nefaina. <...> (Darija). Tačiau, šalia baimės ir dalyvės negaštavimų girdžiu asmeninių ribų svarbą: „<...> jei žmogus ir neina į kontaktą, ane, arba jis eina į tą kontaktą.. nu, rezervuotai, pavadinkime, ane. Tai.. nu.. viskas su tuo yra gerai <...> Buvo tam tikrų momentų, užsiėmimų, kai.. vienos narės daugiau įsitraukdavo, kitos mažiau įsitraukdavo <...> tai, vat, tas toksai irgi supratimas, kad, na, žmogus gali turėti savo kažkokių vidinių dalykų ir viskas su tuo yra okey. <...>” (Darija). Taigi leidimas sau atsitraukti iš vykstančio proceso ir „stop” žodžio naudojimas šokio-judesio terapijos metu tyrimo dalyvėms leido pajauti vidinio užtikrintumo, laisvės ir savo poreikių atliepimo svarbą gyvenime.

3) Tinkamas judėjimas nuramina vidinę būseną ir sušvelnina skausmą

Anot tyrimo dalyvių, laisvas judėjimas šokio-judesio terapijos sesijose leido panirti į save, savo vidinį pasaulį, nurimti, pajauti kūno vietas, kurios buvo „apleistos” skausmo akivaizdoje ir vėliau (dauguma tai įvardino interviu metu, kitos užsiėmimų metu vykusiose

refleksijose) suprasti, kaip šis būdas gali sušvelninti ir palengvinti skausmą. Štai keletas tyrimo dalyvių pasidalinimų: „<...> *bet ta laisvė viduj.. tikrai padeda nuo.. nu, nejausti skausmo. Net ne jį jausti, o, tiesiog, kažkaip dingsta tas skausmas tam kūne.*” (Jorūnė); „<...> *atrodo viskas sustingę, kauliukai tokie.. sąnariukai ir visa kita.. ir tas pats skausmas.. nu, vat, toks noras, kad.. nu, kažkaip tai patinęti. (pauzė) Bet, vat, išjudėjus.. tai tas skausmas.. (linksi) jisai.. toks, nu, plastiškesnis, kaip man atrodo, tapdavo.*“ (Roma); „*Ateini tokia sudirgusi, ane, o, paskui iš ten išeidavau tokia nurimusi.*” (Darija); „<...> *nuostaba, labai didelis toks lengvumas.. ypač pirmos.. pirmo užsiėmimo metu buvo labai toks.. nuostaba labai didelė ir lengvumas. Buvo, va, taip, va, labai įdomu buvo, kad tu tokį labai.. pirmiausia labai gerai jautiesi po visko.*“ (Linda). Dalyvė, apibūdindama šokio-judesio terapijos patyrimą, panaudoja upės metaforą: „<...> *Vat, kažkas, kaip, vat, upė gali... Yra akmenukas, vat, jinai gali aptekėti, bet jinai vis tiek teka.. vat, srovenimas. Tai, vat, man terapija labai.. labai.. siejasi su tuo. Tiesiog, upė teka.. <...>*” (Roma). Be to, šokio-judesio terapija padėjo pajusti laisvumą ne tik kūne (fiziniam lygmeny), bet ir emociniame lygmenyje (atsirado drąsos): „<...> *man išlaisvėjo kūnas.. Nu, tikrai, laisviau jaučiuosi kūne. <...> aš kažkaip.. drąsiauėjau į tą judesį. <...> Aš, tiesiog, atlaisvėjau.*” (Jorūnė). Taigi per laisvą judesį kūne atrandama laisvė. Tai skatina ramybę žmogaus viduje ir, akivaizdžiai turi pozityvų poveikį sušvelninant skausmą.

Apibendrinant temą, išanalizavus šias tris potemes, galima pastebėti, kad šokio-judesio terapija moterims priminė apie pasirūpinimo savimi svarbą išgyvenant lėtinį skausmą. Pirmiausia, atvėrė suvokimą, kad „aš pati galiu savimi pasirūpinti”, lygiai taip pat, kaip kitas žmogus gali pats savimi pasirūpinti. Tuomet, sakymas „ne” ir leidimas sau atsitraukti nėra „nesveikas” veiksmas. Priešingai, jis yra apdovanojantis ir stiprinantis pasitikėjimą savimi bei savęs pasirūpinimo gebėjimais, kurie yra būtini susiduriant su tokiu iššūkiu, kaip lėtinis skausmas. Taip pat, kad laisvumas kūne, sieloje ir kituose žmogaus sluoksniuose užtikrina geresnę gyvenimo kokybę. Ir ypač tuo metu, kuomet yra jaučiamas skausmas, kuris riboja žmogaus galimybes, apipina baime ir didina nepasitikėjimą savimi. Šokio-judesio terapijos metu dalyvėms suteiktos galimybės pasirūpinti savimi, atnešė gilių ir teigiamų patirčių, kurios darė įtaką tiek fiziniam skausmui, tiek ir emocinei būsenai. Tai leidžia suprasti, kad šokio-judesio terapijos intervencijos gali būti veiksmingos lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims.

3.2.3. Emociniai išgyvenimai yra kompleksinė, lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų, problemos dalis

Antroje temoje atsiskleidžia šokio-judesio terapijos užsiėmimų ir interviu pokalbio metu ryškiausiai matomi emocinės savijautos elementai, kuriuos patiria lėtinį skausmą išgyvenantys

asmenys. Tema dalijama į tris potemes: 1) Baimė patirti nepriėmimo jausmą ir netekti skausmo; 2) Beviltiškumo akimirkos; ir 3) Skausmo išgyvenimai priverčia patirti liūdesio, pykčio ir kaltės jausmus.

1) Baimė patirti nepriėmimo jausmą ir netekti skausmo

Interviu metu moterys dalinosi išgyvenamu baimės jausmu, kuris patiriamas dėl skirtingų priežasčių. Viena dalyvė įvardina baimę būti atstumtai: „<...> uoj, nepriims manęs ten, jei kažkaip čia padarysiu..<...>” (Jorūnė), „<...> vat, ne..nepriima, vat, tokios, kokia aš esu.“ (Roma), „Ir tokia baimė.. kad aaa...va, tam žmogui prie manęs prisiglaudus bus nefaina.“ (Darija). Kitas, gana paradoksalus baimės atspalvis – nieko nejaušti: „Jeigu nejausiu skausmo, tai... išvis galiu nieko nebejaust”(Jorūnė). Regis, jog abi baimės yra apie vienišumą. Iš to seka dalyvių pasisakymai, kaip visgi yra sunku „išsižadėti” savo skausmo. Matomas stiprus prisirišimo momentas: „<...> Man buvo diskomfortas jo nematyti visai. <...> Taip, tikrai dalis manęs ir tai yra.. (pauzė) bet.. aaa... (pauzė) taip, dalis manęs, bet... aaa... galvoju.“ (Darija); „Ir... ir mane kažkoks labai.. jausmas stiprus pagavo, kad tas skausmas tai yra dalis manęs. Ir, kad aš, nu, tiesiog, negaliu jo išsižadėti. Ir... ir, va, šita vieta mane taaaip sujaudino, kad tai yra net kažkokia mano indentiteto dalis, nu... nes aš ir skausmas... kažkokie labai artimi esam.”(Roma). Taip pat, išryškėja momentas, kad skausmo buvimas yra palankesnis nei jo nebuvimas („lieku viena”; be „privilegijos”) tuo, kad suteikia galimybę jausti: „Tai galbūt tas piršto skausmas buvo legalus jaust... legalus būdas jausti, nors skausmą.“ (Darija); „Tai, va, ir tada norėjosi man jį sušildyti... aš iš jo padariau tokį žmogeliuką ir tokį kūdikėlį, kur atrodė, kad, vat, reikia jį suvystyti, pačiūčiuoti, paliūliuoti, nes jis reikalauja... nu, dėmesio. Nu, jam labai reikia tos šilumos, dėmesio. Va.”(Roma); „<...> liūdna atsisveikinti su skausmu (nusijuokia) ir dabar liūdna kai sakau. <...> nenoriu to skausmo, bet... (pauzė) bet liūdna ..nu, kažkaip..su juo atsisveikinti ir kažkaip siejasi su prasme (šiek tiek ašaroja) <...>” (Jorūnė). Vadinasi, baimė yra neatsiejama skausmo palydovė. Ji pasirodo skirtingais pavidalais, ir kiekvienam žmogui individualiai.

2) Beviltiškumo akimirkos

Moterys interviu metu kalbėjo apie nevilties, bejėgiškumo ir nusivylimo jausmus, su kuriais susiduria išgyvendamos skausmą. Pavyzdžiui, viena dalyvė dalinosi, kaip stipriai ji išgyvendavo dėl patiriamo skausmo. Ji daug verkdamo, nerasdama vietos: „<...> nebėra vilties net, nesuprantu, ką daryti ... ir toks skausmas, kad nebežinai, ką, kur dėtis... kad net verkdavau,

tiesiog, nuo to skausmo.” (Jorūnė). Kita mini visaapimančią nevirtę: „<...> lėtinio skausmo tą... žodžiu... buvimą. <...> Tai.. mane labiau aplanko... vat, tokie nevirties jausmai. Aš dažnai esu išgyvenusi tą tokią nevirtę... kur atrodė, kad... (pauzė) Nu, vat, kad jau čia (links) ir nesulauksiu aš tos pagalbos ir ... niekas čia nieko nesuras ir neišsiaiškina, o ... o, man vis tiek yra blogai... (atsidūsta) man vis tiek yra skauda. Tai... nu, tai, vat, ta nevirtis yra toksai dažnas palydovas yra.” (Roma). Kita, kaip ji vengia savo bejėgiškumą rodyti aplinkiniams: „<...> arba beprasmybę kažkokią pajaučiu, nežinau, ką daryti... bevil... nu, bejėgiškumą gal, va... (pauzė) va, bejėgiškumas... labai man toks, kur aš nenoriu jo... savy ir nenoriu rodyt ir panašiai. (pauzė) Tai stipriausia tokia emocija buvo” (Jorūnė). Trečioji skausmo buvimą įvardina, kaip signalą, informaciją, skatinančią girdėti, jausti savo kūną, būti darnoje su juo: „Pradedu suprasti, kad skausmas tai yra signalas, kuris mums suteikia galimybę atsisukti į savo kūną, jo pojūčius, emocijas, kad kažkas vyksta ne taip, kaip signalas, kuris įspėja, sustok, apsidairyk, pajusk.” (Linda). Ši interviu citata leidžia suprasti, kad kiekvienas žmogus, skausmo akivaizdoje, turėtų pradėti nuo savęs pažinimo, atliepiant savo kūno ir sielos poreikius. To pasekoje mažėtų nevirties, beviltiškumo jausmas, kadangi suvoktume, jog įmanoma imtis veiksmų siekiant pagerinti savo gyvenimo kokybę. Taigi lėtinio skausmo kelionėje neįmanoma išvengti nevirties ar bejėgiškumo, tačiau žmogaus savijautą nulemia ir asmeninės pastangos kažką gyvenime gerinti ir keisti.

3) Skausmo išgyvenimai priverčia patirti liūdesio, pykčio ir kaltės jausmus.

Tyrimo dalyvės pasakojo, kad skausmo išgyvenimai priverčia patirti liūdesio ir pykčio epizodus, kurie dažnu atveju siejosi su kaltės jausmu. Darija dalinasi, kad jai skausmas asocijuojasi su bausme ir greta liūdesio išgyvena kaltės jausmą. Taip pat pasidalina, kad jai skausmas lyg bausmė: „Liūdna, pikta.. <...> Jaučiuosi tokia kai po.. kaip čia, kad man bausmė, kad aš čia kažkaip netinkamai su savim elgiuosi ir, va, dabar man čia tokia, vat, bausmė, kad aš netinkamai su savimi elgiuosi.<...> kad čia galbūt kreipiu dėmesį į dalykus į kuriuos nereiktų kreipti.. <...> Tokia, vat, kaltė, kažkoks toks žinot.<...>” (Darija). Linda išryškina skausmo atsiradimo „mistiškumą“ ir pykčio epizodą: „Nemaloni būseną.. <...> būnu pikta, nesupranti, kodėl skauda.” (Linda). Tuo tarpu Roma dalinasi, kad pykčio visai nejaučia, ji išgyvena nevirties jausmus: „<...> Aš kažkaip pastebėjau, kad aš..nepamenu, kad aš pykčiau ant skausmo. <...> Tai.. mane labiau aplanko..vat, tokie nevirties jausmai. <...>” (Roma). Likusiai tyrimo dalyvei liūdesio akimirkos užplūdo ir interviu, ir šokio-judesio terapijos užsiėmimų metu: „<...> nu, realiai labai jausdavau šiaip emocijas. (pauzė) Ir tikrai ne vieną kartą mane ir palietė kažkokie ten mūsų užsiėmimai, žaidimai ..ir aš paverkdavau kartais..

(paузė) nu, tikrai atrodo ten per kelias minutes, bet, tiesiog, išsiliedavo ašaros ir aa.. (paузė) išgyvendavau kažkokią tai emociją. Jo, tai aš atsimenu..vieną užsiėmimą buvo apie tai, kad liūdna atsisveikinti su skausmu (nusijuokia) ir dabar liūdna kai sakau. <...>” (Jorūnė). Taigi liūdesio, pykčio, kaltės, nevilties jausmai yra neatsiejami lėtinio skausmo palydovai, kurie apsunkina ligos eigą ir per laiką smugdo žmogaus emocinę būklę.

Apibendrinant šią temą, išryškėjo trys pagrindinės lėtinį skausmą patiriančių dalyvių emocinių išgyvenimų kryptys: baimė, nevilties jausmas ir liūdesys. Šios, žmogų kaustančios emocijos, nepagerina gyvenimo kokybės, o būtent žmogaus gerbūvis yra viena iš siekiamybių, patiriant lėtinį skausmą. Sunkių emocijų kontekste šokio-judesio terapija leido moterims įkvėpti „vilties oro“, išbandant įvairius savimi pasirūpinimo įrankius ir suvokiant, kad gebėjimas save išgirsti, savimi (pasi)tikėti yra labai svarbu. Įgalinanti asmenį šokio-judesio terapija gali būti tinkama, gydymą papildanti priemonė žmonėms, išgyvenantiems lėtinį skausmą.

3.2.4. Skausmą svarbu įžodinti

Trečioje temoje girdimas poreikis dalintis su kitais apie savo skausmą, išgyvenimus ir kt., bendrai tariant, įžodinimo aktualumas išgyvenant skausmą. Viena iš priežasčių, nes jaučiant lėtinį skausmą yra poreikis „ištrūkti“ iš jo. O, norėdami iš kažko ištrūkti, turime suprasti, kas tai yra: kas slegia, iš ko norisi išsilaisvinti. Kitaip tariant, trečioje temoje bus gvildinama tyrimo dalyvių bendravimo ir bendrystės ypatumai susiduriant su lėtiniu skausmu. Tema dalijama į dvi potemes: 1) Bendrystės aktualumas skausmo akivaizdoje; ir 2) Ryšio su kitais žmonėmis ypatumai.

1) Bendrystės aktualumas skausmo akivaizdoje

Analizuojant tyrimo dalyvių reflektuojamą šokio-judesio terapijos ciklo patyrimą, atsiskleidė bendravimo – kaip vieno iš reikšmingų aspektų – svarba asmenims išgyvenantiems lėtinį skausmą. Moterys pabrėžė, kokia nemenka dovana yra galimybė skausmo kelionėje sutikti kitus žmones ir turėti galimybę pasidalinti savo išgyvenimais su jais: „<...> aš supratau, kad... man žmonės labai reikalingi, nu, tas kontaktas su kitais žmonėm...” (Jorūnė); „<...> Jo, ir kita, kad yra grupės... kad tai yra grupėje. <...> kai yra grupėje kažkoks tai toks veiksmas tarpusavio... tai... Tai man labai geras prisiminimas, kad ... nu, toj grupėj, vat... kažkas tavęs

klausosi, kažkas tave girdi... <...>“ (Darija); „ Ir susitikimo... <...> tiek su kitais žmonėmis, kurie irgi ... kažkokios bendrystės tokį... <...> Nežinau...ar, kad tiesiog, pasidalinu, bet aa.. <...> laikui jėgų gal daugiau jėgų.. <...> ir atsiranda.” (Roma). Taip pat tyrimo dalyvės užsiėmimų ir interviu metu dalinosi, kad joms ne tik gera būti su kitais žmonėmis, tačiau itin prasminga dalintis savo patyrimais patirtais šokio-judesio terapijos proceso metu: „<...> kai buvo užduotys įvairios, tai... eee... Buvau labai atvira tiems jausmams, tiek tom patirtims, tiek ... eee... su moterim dalinausi tom patirtim... <...>” (Linda); „ O, kitas labai buvo man stiprus ir jautrus. Tai tie pasidalinimai <...>” (Roma). Tyrimo dalyvių pasisakymai leidžia suprasti, kad skausmo akivaizdoje jaučiamas vienatvės išgyvenimas, kurį puikiausiai gali papildyti praturtinančiomis spalvomis bendravimas, dalinimasis su kitais apie skausmą ir patyrimus susijusius su problemine sritimi. Vadinasi, šokio-judesio terapijos užsiėmimai galėtų būti tinkama pagalbos forma lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims, siekiant praturtinti žmogaus socialinį aspektą, kadangi ŠJT viena pagrindinių ašių – reflektavimas kartu su grupės dalyviais bei vedančiuoju.

2) Ryšio su kitais žmonėmis ypatumai

Bendraujant su tyrimo dalyvėmis pastebėjau ir išgirdau, kad visos moterys genėtinais dažnai mini kitus žmones bei dalinasi mintimis susijusiomis su jais. Viena tyrimo dalyvė akcentavo, kad ryšys su kitu žmogumi nėra apribotas „prievole” juo pasirūpinti: „<...> jie patys gali savimi pasirūpinti ir tai yra visiškai normalu“ (Darija). Kita pabrėžė, kad savo poreikių išsakymas kitam žmogui nėra gąsdinantis: „ Nu, pirmą kartą gyvenime (links) tikrai supratau.. kad kai tu sakai, ko tau reikia (rodo į save), nu, kad tai negąsdina žmonių.” (Jorūnė). Trečioji moteris kalbėjo, kad gyvenime žmonėmis dažniausiai šimtu procentu nepasitiki ir negali pilnai atsipalaiduoti būdama tarp jų, tačiau šokio-judesio terapijos užsiėmimų metu jai pavyko išgyventi naują patirtį. Galima būtų sakyti, kad ją užplūdęs pasitikėjimas grupe ir vedančiaja leido panirti giliau arba, kitaip tariant, saugi terapinė aplinka padėjo atskleisti gilesnį asmeninį procesą: „ Aplinka, esančia šalia. Tiek tavimi pačia, tiek grupės narėmis, kurios, na, tarkime yra. <...> kažkaip..aa.. atsidaviau ir pasinėriau į procesą <...>” (Linda). Kitai moteriai panirti giliau, veikiant grupėje, sekėsi prasčiau, tačiau ji buvo inspiruota užmerktų akių metodo ir to pasekoje jai pavyko praktikos metu rasti ryšį su savimi: „ <...> nes kai aš matydavau kažką aplinkui...man atrodydavo, kad man.. tarsi kliudo..eee..susiųsi (rodo į save) su savim...aš

tada apie kitus galvoju. O, vat, kai aš užsimerkdavau ir judėdavau, tai man, vat, visai kitas būdavo.. kad aš tada, vat, susilieju su savim ir man yra gerai. Aš turiu tą toki...ee..vidinę...mmm..kaip pasakyt.. (spaudinėja nosį) susijungimą.“ (Roma). Bendrai moterys dalinosi, kad joms kiti žmonės yra aktualus komponentas gyvenime: „<...> Nu, aš supratau, kad.. man žmonės labai reikalingi <...> “(Jorūnė), „ <...> tiek su kitais žmonėmis, kurie irgi ... <...> Nu, tos moterys man buvo tikrai labai.” (Roma). Viena moteris atkreipė dėmesį, kad su kiekvienu žmogumi mezgame skirtingą tarpusavio ryšį ir dalinosi, kad tai pajuto ir šokio-judesio terapijos užsiėmimuose: „<...> Tai aš pastebėjau, kad labai skirtingai (linksi) yra su skirtingais žmonėmis. (pauzė) Jo, jo. Šitoje grupėje turėjau labai įdomių išgyvenimų. Su visais..aa.. turėjau stiprų ryšį. Iš karto jaučiau..išskyrus vieną žmogų.“(Roma). Taigi kiekviena tyrimo dalyvė įvardino individualiai išryškėjusius ryšio su kitais ypatumus, kurie leidžia pamatyti, kad kiekvienos iš jų ŠJT patyrimas buvo itin autentiškas.

Išanalizavus šias dvi potemes, galima pastebėti, kad moterims svarbu bendrauti su „likimo sesėmis”, dalintis skausmo patyrimo detalėmis bei įvardinti ryšio su kitais žmonėmis ypatumus. Apibendrinant galima sakyti, kad šokio-judesio terapiją supančios aplinkybės suteikė tyrimo dalyvėms naują terapinę aplinką, kurioje jos galėjo laisvai tyrinėti, reikšti mintis bei jausmus, susijusius su jų gyvenimu, dovanojo teigiamą patirtį, kuri pažadino supratimą, kad bendravimas, buvimas bendrystėje ir dalinimas apie savo išgyvenimus su kitais, patiriant lėtinį skausmą, yra reikšmingas komponentas gydymo procese. Dėl to, galima sakyti, kad ŠJT tinkama intervencija šiai pacientų grupei.

3.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Kiekybinio tyrimo rezultatai rodo nerimo ir depresijos požymių statistiškai nereikšmingą pokytį bei kūno pojūčių įsisąmoninimo statistiškai reikšmingą pokytį po dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo. Šie rezultatai atitinka tyrimą, kuriame taip pat buvo pasitelkta dešimties šokio-judesio terapijos sesijų ciklo formatas bei integruojamas MBDMT (dėmesingu įsisąmoninimu grįstą šokio-judesio terapijos modelis). Nors statistiniai testai neparodė reikšmingo nerimo ir depresijos požymių pokyčio, šio toks balų pasikeitimas matomas. Tokių rezultatų galima buvo tikėtis, kadangi tyrimas buvo organizuojamas remiantis Majore-Dūšele ir kiti (2021) atliktu bandomuoju tyrimu, kurio rezultatai parodė statistiškai reikšmingą depresijos balų sumažėjimą pasitelkiant MBDMT darbo modelį. Taip pat šie

rezultatai atitinka ankstesnius tyrimus su panašia pacientų grupe – pacientai su mediciniškai nepaaiškinamais simptomais – įskaitant mediciniškai nepaaiškinamą skausmą, kai 65 % grupės dalyvių depresijos ar nerimo balai po intervencijos sumažėjo (Payne ir kt., 2017). Šie rezultatai taip pat gali patvirtinti K. Hyvönen ir kiti (2020) didelio masto klinikinio ŠJT ir depresijos tyrimo rezultatus. Kiti ŠJT ir depresijos metaanalizių rezultatai taip pat patvirtina gautus rezultatus (Koch ir kt., 2014; Meekums ir kt., 2015; Karkou ir kt., 2019). Anot I. Majore-Dūšele ir kiti (2021), jie galbūt galėtų papildyti bendrųjų ŠJT metaanalizių rezultatus (Koch ir kt., 2014; Koch ir kt., 2019). Pastarieji tyrimai teigia, kad ŠJT gali pagerinti gyvenimo kokybę ir mažina klinikinius simptomus, kaip depresija ir nerimas asmenims, turintiems somatinių problemų. Taigi šio tyrimo rezultatai patvirtino jau atliktų tyrimų rezultatus ir parodė, kad ŠJT gali būti veiksminga intervencija lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims, siekiant sumažinti nerimo ir depresijos požymius. Nors tikėtasi geresnių rezultatų, remiantis jau atliktais moksliniais tyrimais, nežymus nerimo ir depresijos požymių sumažėjimas leidžia pamatyti nežymų pokytį įvykusį po dešimties ŠJT užsiėmimų ciklo.

Šio tyrimo rezultatuose taip pat matome, kad ŠJT prisidėjo prie pagerėjusių aštuonių tyrimo dalyvių kūno pojūčių įsisąmoninimo aspektų. Atsižvelgiant į MAIA^{LT} klausimyno balų pokytį *prieš ir po* dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo matome, kad pagerėjo visi aštuoni interocepčio įsisąmoninimo aspektai: *pagavos* (suvokimo), *nepaisymo*, *nesijaudinimo*, *dėmesio reguliavimo*, *emocinio įsisąmoninimo*, *savireguliacijos*, *įsiklausymo į savo kūną* ir *pasitikėjimo* kūno pojūčių įsisąmoninimo aspektai. Šių aspektų pagerėjimą tyrimo dalyvės įvardino kaip teigiamą pasikeitimą jų gyvenime ir plačiau apie juos kalbėjo pusiau struktūruoto interviu metu. Keturių tyrimo dalyvių interviu duomenys apie šokio-judesio terapijos patyrimą pateikti antroje šio skyriaus dalyje.

MAIA klausimyno balų rezultatai taip pat atitinka kai kuriuos ankstesnius tyrimus. Jis buvo naudojamas kaip kūno pojūčių įsisąmoninimo vertinimo priemonė ankstesniame tyrime, kuriame buvo analizuojamas ŠJT veiksmingumas lėtinio skausmo pacientams (Shim, 2015). Pastarasis tyrimas patvirtina proto ir kūno bei psichologinio gydymo naudojimą lėtinio skausmo gydymui. Šiuo tyrimu buvo siekiama sukurti šokio-judesio terapijos modelį, skirtą nuo lėtinio skausmo kenčiančių žmonių atsparumui ugdyti. Tai buvo irgi mišrus (kiekybinis ir kokybinis) tyrimas siekiant išbandyti ir patobulinti preliminarų modelį, skirtą sukurti sudėtinį ŠJT modelį sudarant sąlygas didinti atsparumą skausmui. Tyrime dalyvavo dvidešimt du žmonės, kenčiantys nuo lėtinio skausmo. Lygiai taip pat išlaikant dešimties savaitių trukmės grupinės ŠJT intervencijos formatą. Minėtame tyrime buvo atlikti kiekybiniai atsparumo, kineziofobijos,

kūno suvokimo, skausmo, nuotaikos, streso ir atsipalaidavimo vertinimai ir rezultatai parodė, kad laikui bėgant statistiškai pagerėjo atsparumo, kineziofobijos, kūno suvokimo balai (Shim, 2015). Šį ir dabartinį tyrimą vienija kūno pojūčių įsisąmoninimo balų pagerėjimas *po* dešimties ŠJT sesijų ciklo. Taip pat mažas imties dydis ir tai, jog nebuvo kontrolinės grupės. Dar tai, kad remiantis jau atliktu M. Shim (2015) doktorantūros studijų tyrimu buvo organizuojami ir šio tyrimo šokio-judesio terapijos užsiėmimai. Šiame tyrime buvo naudojami pagrindiniai M. Shim atlikto tyrimo mechanizmai: 1) savarankiškumo aktyvinimas; 2) prisijungimas prie savęs; 3) prisijungimas prie kitų; ir 4) emocinio intelekto stiprinimas ir pertvarkymas, kurie padėjo pasiekti tikėtino MAIA klausimyno interocepčio įsisąmoninimo aspektų pokyčio tyrimo dalyvių balų rezultatuose *po* dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo. Tik reiktų atkreipti dėmesį, kad abiejų tyrimų išvados turėtų būti aiškinamos atsargiai dėl mažo imties dydžio ir kontrolinės grupės trūkumo.

Didžiausias statistiškai reikšmingas pokytis, *po* dešimties ŠJT užsiėmimų, iš aštuonių interocepčio įsisąmoninimo aspektų – *savireguliacijos* (8 lentelė). Jis lyg apibendrina pagrindinius tyrimo dalyvių pasikeitimus, kurie detaliau aptariami pirmoje kokybinio tyrimo temoje: „Skausmas kviečia pasirūpinti savimi“. Išryškėjusios pirmosios kokybinio tyrimo temos detalės atskleidžia, kokie konkrečiai tyrimo dalyvių pasikeitimai įvyko *po* dešimties ŠJT sesijų. Vadinas, kokybinio tyrimo duomenys gali papildyti ir įprasinti gautus kiekybinio tyrimo rezultatus.

Tyrimo metu analizuota septynių (*pagava, nepaisymas, nesijaudinimas, dėmesio reguliavimas, emocinis įsisąmoninimas, savireguliacija ir įsiklausymas į kūną*) interocepčio įsisąmoninimo aspektų bei nerimo ir depresijos statistiškai reikšminga koreliacija su *pasitikėjimu* atskleidžia, kad gerėjant išvardintiems septyniems interocepčio įsisąmoninimo aspektams atitinkamai didėja ir *pasitikėjimo* aspektas. Pastarasis itin svarbus lėtinio skausmo valdymo eigoje, kadangi lėtinio skausmo sveikatos problemą stipriai persekioja nepilnavertiškumo, baimės, žemos savivertės, nepasitikėjimo savimi bei kitais jausmai. Pasitikėjimo stiprinimas, bendrai kalbant, yra vienas iš pagrindinių šokio-judesio terapijos uždavinių gydant beveik visas pacientų grupes. Dauguma mokslinių tyrimų apie šokio-judesio terapiją ir kokią nors sveikatos problemą pažymi, kad *po* ŠJT intervencijų dėka, pirmiausiai, padidėja pacientų pasitikėjimas savimi (Mannheim ir Weis, 2006; Bernstein, 2019). Vadinas, ŠJT intervencijų metu vystant atskirus interocepčio įsisąmoninimo aspektus lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų gydymo procese, didėja ir jų *pasitikėjimo* rodiklis, kuris vienas iš svarbiausių komponentų, siekiant sėkmingo šios pacientų populiacijos gydymo.

Apibendrinant galima sakyti, kad šiame tyrime naudotų MAIA ir HAD klausimynų gautų balų, *prieš* ir *po* dešimt šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo, pokytis parodė, kad MBDMT buvo naudinga intervencija lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims siekiant sumažinti nerimo bei depresijos požymius ir sustiprinti kūno pojūčių įsisąmoninimą. Tyrimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingą kūno pojūčių įsisąmoninimo pagerėjimą ir nežymų nerimo bei depresijos požymių pokytį, kurie įprasmina ŠJT veiksmingumą per interocepcijos mechanizmų subalansavimą intervencijos proceso metu. Priešingu atveju, jei neskiriamas dėmesys interocepcijos mechanizmų subalansavimui susidaro prielaidos atsirasti psichopatologijai ir jai tęstis, todėl mechanizmų subalansavimas yra priemonė, veikianti patį skausmą savaime. Taigi išsamesnis interocepcijos supratimas ir jos mechanizmų subalansavimas gali būti naudingas lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų geresnei savijautai palaikyti ir sveikatos būsenai sustiprinti.

Kiekybinės tyrimo dalies rezultatai glaudžiai siejasi su kokybinės tyrimo dalies rezultatais. Pastarieji buvo renkami ir analizuojami remiantis indukcinės teminės analizės būdu. Toks abiejų analizių duomenų rinkinių junginys leidžia geriau pamatyti lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų pasikeitimus *po* dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo.

Šiame tyrime indukcinės teminės analizės metodu sugeneruotos dvi temos ir trys bei dvi potemės, kaip tyrimo rezultatų dalys, kurios yra lyg vientisas kelių dalių aptarimas apie tai, ką tyrimo dalyvės patyrė per dešimt šokio-judesio terapijos užsiėmimų. Analizuojant duomenis išryškėjo: pasirūpinimo savimi svarba (dėmesingas savo kūno bei jo poreikių stebėjimas ir atliepimas, pasitikėjimo savimi stiprinimas), emocinių išgyvenimų ypatumai bei skausmo įžodavimo reikšmingumas išgyvenant lėtinį skausmą. Toliau šie rezultatai, aptariant temas atskirai, pateikiami ir interpretuojami kitų mokslinių teorijų ir tyrimų kontekstuose.

3.3.1. Skausmas kviečia pasirūpinti savimi

Šioje temoje atskleidžiamas tyrimo dalyvių poreikis labiau savimi pasirūpinti. Tyrimo dalyvių išgyvenimuose atsiskleidžia: sąmoningumo augimas, atpažįstant kūno judėjimo poreikius, užslopinta „leidimo sau“ reikmė, kurią palaipsniui tyrimo dalyvės pamatė, kaip gydančią patirtį, įvardijama įtampa, kai norisi gyvenime pasakyti „ne“, „stop“, girdima nuostaba, kad „*aš pati galiu savimi pasirūpinti*“ bei judėjimo reikalingumas, kaip vidinės

būsenos nuraminimas ir skausmo sušvelninimas. Bendrai tariant, daugelio tyrimo dalyvių pasakojimuose interviu metu išryškėjo ribų sampratos ir sąmoningo judėjimo aktualumas gyvenime, išgyvenant lėtinį skausmą. Šie komponentai yra pasirūpinimo savimi pagrindas.

Ribų sampratos mokymas ŠJT yra vienas esminių, dažniausiai teigiama linkme pacientus keičiantis elementas, su kuriuo tenka paplušėti beveik kiekviename gydymo procese ŠJT specialistams. Nepaisant to, kad tai (mokyti savo klientus kūno privatumo ir ribų sampratos) praktikuojama ŠJT terapijos procese, beveik nėra mokslinių tyrimų, kurie būtų giliai išnagrinėję šią temą, susijusią su lėtinį skausmą išgyvenančiais pacientais. Ankstesni ŠJT tyrimai, kuriuose buvo nagrinėjami šie aspektai, paprastai buvo susiję su seksualinę prievartą išgyvenusiomis populiacijomis ir su vaikų bei moterų prekyba (Ho, 2015). Tuo tarpu, naujausi tyrimai rodo, kaip autorių Majumdar ir kt. (2021), kad šokio-judesio terapija įvardijama, kaip dėmesio verta intervencija, lavinant vaikus suprasti kūno ribų sampratą. Šiuo tyrimu remiantis galima matyti progresą kūno suvokimo ir ribų sampratos mokymo kelyje terapiniame kontekste, tačiau vis dar trūksta empirinių darbų šia tema. Vadinasi, galima būtų išplėsti minėtą tyrimą apie vaikų lavinimą kūno ribų sampratos tema.

Būtent, TBMA (angl. The BodyMind Approach) kūno-proto metodas integruotas šiame tyrime padėjo ugdyti tyrimo dalyvių sąmoningumą bei leido moterims pajusti kontrolę pačioms reguliuojant savo ribas. Yra atliktas H. Payne (2009b) tyrimas, kurio pagrindinis tikslas buvo iširti ir išanalizuoti pacientų, turinčių mediciniškai nepaaiškinamų simptomų ŠJT veikimą kūno simptomų suvokimui. Tyrimas vyko dvejomis savaitėmis ilgiau nei šis ir buvo pasitelktas kryžminio tyrimo planas, tačiau ŠJT metodikos nesiskyrė. Buvo taikytas vienas iš TBMA praktikos pavyzdžių skyrelyje: saugumas, ribos ir grupės taisyklės – *leisti rūpintis savimi* (Payne, 2009b). Galima samprotauti, kad šis užsiėmimuose naudotas „leidimas“ įgalino moterims pajusti ir suprasti, kaip savimi tinkamai pasirūpinti atsižvelgiant į dabartinės akimirkos poreikius. Viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad išmoko judėti „iki stipraus skausmo ribos“. Tai atskleidžia gebėjimą sąmoningai sekti savo kūno judėjimą. Svarbu atkreipti dėmesį, kad kai dalyvės pradėjo dalyvauti ŠJT užsiėmimuose, jos patyrė daug įtampos savo kūne bei judėjime, todėl buvo jaučiamas stiprus pokytis, kuomet joms pavyko sąmoningai nedaryti to, kas sukelia skausmą ar diskomfortą. Taip pat visos tyrimo dalyvės bendrai išryškino laisvo judėjimo svarbą išgyvenant lėtinį skausmą. Anot Shim ir kt. (2019), ŠJT procesas leidžia patirti laisvą, atpalaiduojantį, dinamišką judėjimą, kuris padeda žmonėms jausti atsipalaidavimą visais lygmenimis: tiek fiziniu, tiek emociniu, tiek pažinimo bei socialiniu ir dėmesį perkeliant nuo probleminės vietos, pajusti pamirštas kūno dalis.

Taigi, aptarusi ir išanalizavus „Skausmas kviečia pasirūpinti savimi“ temą išryškėja, kad ŠJT užsiėmimai paskatino tyrimo dalyves šiek tiek daugiau dėmesio skirti apskritai kūnui, mažiau susitelkiant ties nemaloniomis ir nukreipiant savo dėmesį nuo skausmo ar diskomforto vietas; tapti dėmesingesnėmis savo kūno siunčiamiems signalams, aiškiau suprasti ir sąmoningai atliepti savo kūno poreikius; ir suteikė laisvo, atpalaiduojančio, dinamiško judėjimo išgyvenimus. Šie pokyčiai taip pat atsispindi kiekybinio tyrimo rezultatuose (8 lentelė).

3.3.2. Emociniai išgyvenimai yra kompleksinė, lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų, problemos dalis

Antroje temoje atsiskleidžia trys ryškiausiai matomi tyrimo dalyvių emocinės savijautos elementai, kurios išgyvena lėtinį skausmą patiriantys asmenys. Pirmasis – baimė, kuri patiriama dėl skirtingų priežasčių: baimė patirti nepriėmimo jausmą, nieko nejauti ir atsisveikinti su skausmu. Anot Hollander ir kt. (2010), skausmas informuoja asmenį, kad yra neišvengiama arba reali kūno pažeidimo grėsmė, kuri veikia kaip besąlyginis stimulus (skausmas) aktyvinantis tiesioginį gynybinį atsaką – baimę. Pastarajame straipsnyje pateikiama, kad skausmas ir baimė yra svarbūs organizmo išlikimui ir, kad skausmas yra prisitaikantis sukelti baimę, nes sukelia atsaką, skirtą apsaugoti kūno vientisumą. Pasak S. Chaiklin ir H. Wengrower (2009), baimė yra susitikimas su nežinomybe. Taip pat viename iš mokslinių tyrimų pateikiama, kad remiantis lėtinio skausmo baimės vengimo modeliu, didesnė su skausmu susijusi baimė nuolat siejama su sunkesne negalia ir gali numatyti negalios progresavimą laikui bėgant (Zale ir Ditre, 2015). Autoriai pabrėžia, kad norint nustatyti veiksnius, galinčius turėti įtakos su skausmu susijusios baimės, reikia atlikti daugiau šios srities mokslinių tyrimų. Taigi vienas iš pagrindinių emocinės savijautos elementų, lėtinį skausmą išgyvenantiems, yra baimė, kuri, apriboja žmogaus funkcionavimą gyvenime ir įsibėgėjus gali sukelti papildomų rūpesčių bei pastiprinti negalios progresavimą, todėl svarbu ieškoti baimės įveikos būdų šiaip pacientų grupei siekiant visapusiško gijimo.

Taip pat visos, lėtinį skausmo patiriančių asmenų, išgyvenamos baimės priveda prie vienišumo jausmo, kuris atriboja žmogų nuo socialinio gyvenimo. Tyrimai rodo, kad vienatvė mus veikia visuose biopsichosocialinio modelio lygmenyse: psichologiškai, emociškai, fiziologiškai ir socialiai (Rokach ir Sha'ked, 2013). Mokslininkai daug metų įrodinėja stiprų ryšį tarp socialinės izoliacijos ir fizinės sveikatos. Viename iš mokslinių tyrimų buvo

nagrinėjama subjektyvi vienatvės patirtis, kurią patiria lėtinį skausmą išgyvenantys pacientai ir globėjai, ir tai, kaip jie su ja susidoroja (Rokach ir kt., 2018). Tyrime pažymima, kad yra daugybė įrodymų, jog neigiamos emocijos ir požiūris sukelia lėtinio skausmo sveikatos problemos pasekmes, daugiausiai dėl beviltiškumo, priešiško, nerimo ir depresijos. Dėl to buvo teigiama, kad vienatvė gali panašiai paveikti bendrą būklę, skausmo intensyvumą ir reakciją į vaistus. Taigi supratimas apie vienišumo patirtį ir kaip su ja susidorojama, gali prisidėti prie gydytojų gebėjimo padėti žmonėms, kenčiantiems nuo lėtinio skausmo, atpažinti, kada jie yra vieniši ir pateikti platesnį tinkamas vienatvės įveikos strategijas, kurios padėtų veiksmingiau su ja susidoroti.

Antrasis temoje išryškėjęs skausmo patyrimo aspektas – nusivylimo, beviltiškumo ir nevilties kombinuotas jausmas išgyvenant lėtinį skausmą. Labiausiai išryškėjęs nusivylimo beviltiškumo ir nevilties atspalvis – niekas negali padėti („*niekas čia nieko nesuras, ir neišsiaiškins*“). Tai leido suprasti, kad pas tyrimo dalyves yra sumažėjęs vilties jausmas. Kadangi tai dažnas lėtinį skausmą išgyvenančių žmonių sunkumas, galima rasti nemažai mokslinių straipsnių, kuriuose apie tai kalbama. Viename straipsnyje aprašomas tyrimas, kuriame tyrėjai tyrinėjo viltį gyvenimo su lėtiniu skausmu kontekste (Eaves, Nichter ir Ritenbaugh, 2016). Tyrime pabrėžiama, kad viltis yra reikšminga lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenime ir ji apjungia jausmų, minčių ir įkūnytų nuostatų komponentus. Dėl to, atlikto tyrimo autoriai įvardija, kad gydymo procesas turėtų būti dėmesingas pojūčiams, susijusiems su įkūnytais prisiminimais, taip pat samprotavimais, jei norime geriau suprasti baimės ir pažeidžiamumo jausmus arba, atvirkščiai, gerovės ir apsaugos jausmus. Atlikto tyrimo rezultatai siejasi su šio tyrimo procesu, kadangi dešimties šokio-judėsio terapijos užsiėmimų procesas dovanojo tyrimo dalyvėms tinkamas sąlygas atsižvelgti į savo juslinius, įkūnytus, pažintinius ir emocinius aspektus, kurie leidžia pajusti tvirtumą po kojomis ir dažniausiai sukuria vilties atsiradimą. Tai atsispindėjo tyrimo dalyvių pasidalinimuose pusiau struktūruoti interviu metu, kuomet galima buvo moterų pasakymuose išsifruoti, kad po dešimties užsiėmimų moterys įgavo daugiau vilties jausmo ir pozityvios energijos. Taigi galima daryti išvadą, kad antroje kokybinio tyrimo temoje išryškėję nusivylimo, beviltiškumo ir nevilties jausmai gali būti išgyvendinami ir ŠJT dėka transformuoti į vilties jausmo atsiradimą lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims.

Trečiasis – lėtinį skausmą patiriantys asmenys labai dažnai susiduria su pykčio bei liūdesio jausmais, kurie kartais netgi siejasi su kaltės jausmu. Pyktis ir skausmas yra neigiamos emocijos, veikiančios viena kitą per sudėtingus biologinius, afektinius ir elgesio mechanizmus, reiškia nepritarimą ir pasižymi nuolat kintančiu intensyvumu (nuo susierzinimo iki įniršio).

Atlikti tyrimai rodo neigiamą pykčio poveikį lėtiniam skausmui, gydymo rezultatams ir socialiniams santykiams. Viena iš jų pabrėžiama, kad pyktis gali sukelti skausmą, jį sustiprinti, būti jo pasekmė arba prisidėti prie jo ilgaamžiškumo, kadangi jis gali turėti didesnę poveikį nei kitos neigiamos emocijos (Sommer ir kt., 2019). Tuo tarpu judesys gali išlaisvinti viduje susikaupusį pyktį ir liūdesį. Anot S. Chaiklin ir H. Wengrower (2009), struktūrizuojant judesį, kuris skatina stiprius ir agresyvius veiksmus, modeliuojant įvairius priėmimo ir atsako būdus, sumažėja su emocijomis kylančios baimės. Autorės pažymi, kad simbolinė pykčio išraiška per judesį gali suteikti galimybę iširti ir suprasti to pykčio šaltinį. Taigi remiantis kitų autorių pasisakymais, mokslinė literatūra bei šio tyrimo dalyvių ŠJT užsiėmimų išgyvenimais matyti, kad pykčio įveikai tinka judėjimo patirtys.

Lygiai taip pačiai, kaip pyktis, lėtinį skausmą išgyvenančius asmenis dažnai persekioja liūdesys. Pasak S. Chaiklin ir H. Wengrower (2009), žmonėms svarbu priimti ne tik linksmas emocijas, bet taip ir tokias, kaip liūdesio, nostalgijos ir ilgesio. Autorės knygos pabaigoje pažymi: „Korėjos šokio terapijos studentai man pasakė, kad jei jie galėtų labai meistriškai atlikti emocinius šokius savo psichiatriniais pacientams, pacientai pasveiktų. Tokia samprata glaudžiai susijusi su tuo, kaip Pansori opera išvalo publiką bendrai perteikdama liūdesį ir džiaugsmą.“ (Chaiklin ir Wengrower, 2009, 312 p.). Taigi matoma emocijų raiška per meną bei meninius mediumus ar priėmimo sąlyga ŠJT sesijose, kaip viena iš svarbiausių ir vertingiausių terapiniame procese, gali prisidėti prie emocijų priėmimo įgūdžių ugdymo ir išlaisvinimo pojūčio lėtinį skausmą išgyvenantiems žmonėms.

Apibendrinant antrąją temą, galima sakyti, kad ŠJT intervencijos gali prisidėti prie lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų emocinės sveikatos gerinimo. Taip pat svarbu paminėti, kad neigiamų emocijų, tokių kaip pyktis ir liūdesys priėmimas tampa gydančia patirtimi, kai šias neigiamas emocijas priimame sąmoningai. Kadangi šio tyrimo užsiėmimai buvo organizuojami remiantis sąmoningo šokio-judesio terapijos metodu, tyrimo dalyvės turėjo galimybę pilnavertiškai patirti jas lydinčias neigiamas emocijas, kurias suprasti ir išveikti padėjo šokis bei judesys. Šis *emocinio įsisąmoninimo* pokytis matomas ir kiekybinio tyrimo rezultatuose (8 lentelė).

3.3.3. Skausmą svarbu įžodinti

Tema „Skausmą svarbu įžodinti“ išryškina kalbėjimo, dalinimosi su kitais aktualumą, išgyvenant lėtinį skausmą. Suvokimas, kad kiti „likimo broliai ir seserys“ panašiai kovoja su

lėtinio skausmo sunkumais, leidžia žmonėms jaustis mažiau izoliuotiems. Terapinis procesas grupėje tampa vertingu, nes žmogus gali pasidalinti skausmingomis patirtimis ir rasti paguodos bei supratimo iš grupės. Pasak autorių, Chaiklin ir Wengrower (2009) „kolektyvinis“ jausmas, kai yra tinkamos sąlygos pasidalinti savo emocijomis, suteikia asmeniui priklausymo ir pripažinimo jausmą, vystosi emocinė žmogaus branda sužinojus, kad grupės nariai gali turėti ir panašius jausmus, ir vis dėlto labai skirtingus poreikius. Tokiu būdu žmogus gali gauti grupinę paramą individualioms kovoms, skausmui ir emocijoms, kurios gali pasireikšti terapinio proceso metu ir ne tik. Kadangi grupinis darbas natūraliai sukuria galingą dinamiką, grupei progresuojant naudojama vis mažiau struktūros, dėl to, susikuria tinkama erdvė dar pajusti artimesnę ryšį su kitais grupės dalyviais bei pilnai išjausti susikaupusius išgyvenimus (Payne, 1992). Toks glaudus ryšys su kitais žmonėmis terapinėje grupėje padeda žmogui sumažinti vienišumo jausmą, kuris labai stipriai išgyvenamas lėtinio skausmo kelionėje. Kadangi šokio-judėsio terapijos užsiėmimuose bendravimas vyksta ne tik verbaliniame lygmenyje, įvairios kūniškos ŠJT terapijos praktikos, kaip šokis poroje liečiantis rankomis, akių kontakto laikymas, švelnus prisilietimas, bendravimas gestais ir kt. porose ar grupiniam darbe, leidžia žmonėms patirti neįtikėtinais stiprų tarpusavio ryšį. Taip pat ŠJT dalyvių tarpusavio ryšys tampa unikaliai stiprus, nes bet kokia šokio ar judėjimo išraiška šokio-judėsio terapijoje laikoma priimtina. Žmonės joje gali pilnai atsipalaiduoti judėjime taip pajusdami priėmimo jausmą. Vadinasi, įvairios šokio-judėsio terapijos intervencijos dovanuoja „kitokio“ / gilesnio lygmens tarpusavio bendravimo patirtį.

Taigi, aptarus ir išanalizavus „Skausmą svarbu įžodinti“ temą išryškėja, kad šokio-judėsio terapijos užsiėmimuose patirtas tarpusavio bendravimas verbaliniame ir neverbaliniame lygmenyse su kitais žmonėmis, per dalijimąsi savo patyrimais bei kūniškomis intervencijomis, leidžia žmonėms patirti visapusišką priėmimo jausmą. Tai neišvengiamai atsispindi tyrimo dalyvių pasakojimuose kaip pozityvios patirties įrodymas.

3.4. Tyrimo stiprumas, ribotumas ir rekomendacijos būsimiems tyrimams

Šis tyrimas prisideda prie mažai tyrinėjamo dėmesingu įsisažymėjimu grįsto ŠJT modelio (angl. trumpinys MBDMT) lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims, todėl tai yra tyrimo stiprumas. Remiantis rastais duomenimis, vienintelė Majore-Dūšele (2021) tyrinėja šį

ŠJT modelio pritaikymą lėtinį skausmą patiriantiems pacientams. Taip pat tyrimą pastiprina tai, jog tyrimo imtis – homogeniška.

Pirmasis tyrimo apribojimas – mažas imties dydis ($n=7$), kuris menkina statistinę galią bei priverčia abejoti kiekybinio tyrimo rezultatų patikimumu. Tad, kokybinio tyrimo duomenys buvo naudojami siekiant papildyti kiekybinio tyrimo rezultatus ir pastebėti, kaip kiekybinio tyrimo duomenų rezultatai siejasi su kokybinio tyrimo rezultatais. Kiti šio tyrimo apribojimai: tyrime dalyvavo tik moterys (tai rodo galimą atrankos šališkumą) bei intervencijos trukmė – dešimt ŠJT užsiėmimų (ganėtinai trumpas ŠJT ciklas). Svarbu pastebėti, kad tyrimo dalyvės užsiminė, jog norėtų pratęsti ŠJT užsiėmimų ciklą, na, o tai atitiktų rekomendacijas, jog ŠJT tyrimai turėtų trukti ilgiau (Ren ir Xia, 2013).

Neišvengiama ir tyrėjos įtaka tyrimo procesui bei rezultatams. Tyrėjos patirties stoka, atliekant pusiau struktūruotus interviu, galėjo lemti ne visai tikslingai surinktus duomenis. Kadangi indukcinės teminės analizės tyrimo metodas buvo taikomas tik antrą kartą tyrėjos patirtyje, duomenų analizė galimai galėjo netekti itin tikslų įžvalgų, ką matytų daugiau patirties turintis asmuo. Aišku, buvo konsultuojamasi su tyrimo vadovais bei skaitoma įvairi mokslinė literatūra, siekiant geriausių rezultatų.

Kitas apribojimas yra tai, kad pusiau struktūruoto interviu metu duomenys buvo renkami per nuotolį. Anot Braun ir Clarke (2013), virtualus interviu nesuteikia saugios aplinkos garantijos. Ne itin tinkama aplinka gali trikdyti interviu eigą: riboti tiriamųjų nuoširdumą, laisvumą bei nuslopinti tikrumą, kuris patiriamas bendraujant su žmogumi gyvai. Tyrėja pati vedė šokio-judesio terapijos sesijas, o vėliau pati ėmė interviu, kas taip pat galėjo trikdyti. Tad stengtasi palaikyti ribas, tiksliai apibrėžiant tyrėjo ir tyrimo dalyvio santykį.

Rekomendacijos būsimiems tyrimams: 1) padidinti imties dydį; 2) prailginti ŠJT užsiėmimų trukmę; 3) *po* ŠJT užsiėmimų ciklo, renkant kokybinius duomenis, atlikti anoniminę apklausą ar taikyti kokį kitą įvertinimui skirtą instrumentą, kur nenaudojama daug verbalikos, nes lėtinio skausmo asmenims būdinga apsunkinta emocijų, jausmų ir išgyvenimų išraiška žodžiais – aleksitimija.

Tyrimo analizavimo procese man pačiai labai padėjo dėmesingu grįstos šokio-judesio terapijos praktikos (MBDMT), kurias atlikdavau per pertraukas tarp intensyvaus rašymo viso baigiamojo darbo proceso metu. Bendrai, labai daug naudojau ŠJT terapijos metodu rūpindamasi savimi šio ilgo ir sunkaus proceso metu. Daugiausiai dėmesio skyriau šiems kūno poreikių atliepimo ir proto aktyvinimo procesams: kvėpavimo pratimai, jaučiant įsitempusią nugarą bei pečių liniją, pasivaikščiavimas gamtoje pajutus, kad akys pavargo, fizinis aktyvumas tris, keturis ar daugiau kartų per savaitę, nes tiek laiko praleisti sėdint nėra komfortiška mano kūnui, kokybiškas, sveikas maistas, siekiant lengvumo pojūčio ir tinkamos energijos gavimo, bendravimas su artimaisiais, kai įvyksta perdegimas rašant, vandens atsigėrimas kas valandą, kad organizmas palaikytų normalų skysčių kiekį bei kokybiškas miegas (jokių ekranų ar kitų išbalansuojančių organizmą prietaisų prieš miegą).

Kadangi tiek „lobių“ gavau ir išmokau per šiuos du metus, negaliu, tiesiog, nepriimti šių gyvenimo dovanų ir numesti į šalį nepanaudojus. Dėl to, daug galvojau apie „čia ir dabar“ momentą, apie MBDMT. Sakydavau sau: „jei rašau, tai dabar rašau, jei judu, tai judu, jei miegu, tai miegu, jei valgau, tai valgau, jei dirbu, tai dirbu“. Stebėdavau save ir praktikuodavau: darbe negalvoti apie baigiamojo darbo rašymą ir atvirkščiai. Jei pasiklysdavau nerimo ar įtampos pinklėse, iškart pasitelkdavau savo ŠJT žinias ir atliepdavau visų pirma savo kūno poreikius (kaip jau minėjau pirmoje refleksijos dalyje). Tai man padėdavo nurimti, grįžti į save, pajauti savo kūną, fiziologinius jo poreikius ir troškimus. Tokiu būdu susikoncentruodavau ir judėdavau toliau. Visai ramiai, atsipalaidavusi ir užtikrinta, kas bebūtų. Taigi šis tyrimas išmokė ne tik tyrimo dalyves, bet ir mane labiau savimi rūpintis. Esu dėkinga gyvenimui už šią dovaną.

IŠVADOS

1. Mokslinės literatūros apžvalga atskleidžia, kad lėtinis skausmas paveikia ne tik fizinę žmogaus gerovę, bet taip pat kognityvinę, psichinę bei socialinę sritis. Šokio-judesio terapija apjungia šias kryptis, todėl ji itin tinka lėtinį skausmą išgyvenančių asmenų gydymui. Šis tyrimas patvirtina ankstesnes išvadas, kad siekiant pagerinti lėtinio skausmo išėitis reikia pasitelkti multimodalinį individualų gydymą, kuris turėtų aprėpti fizinius, psichologinius ir socialinius veiksnius, atsispindinčius biopsichosocialiname skausmo suvokimo modelyje.
2. Šis tyrimas parodė, kad MBDMT (dėmesingu įsisažmoninimu grįstas šokio-judesio terapijos darbo modelis) yra įmanoma ir perspektyvi intervencija lėtinį skausmą išgyvenantiems asmenims. Kiekybinio tyrimo duomenų analizė atskleidė: nežymų nerimo bei depresijos požymių pagerėjimą, kuris nepasiekė statistinio reikšmingumo ir statistiškai reikšmingą kūno pojūčių įsisažmoninimo balų pagerėjimą *po* dešimties šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo. Žvelgiant į šio tyrimo rezultatus kitų šokio-judesio terapijos dėmesingu įsisažmoninimu grįstų intervencijų tyrimų kontekste, siūloma išplėsti tyrimo dalyvių imtį.
3. Kokybinio tyrimo rezultatai taip pat rodo, kad šokio-judesio terapijos dėka pagerėjo lėtinį skausmą išgyvenančių moterų psichologiniai bei kūno pojūčių įsisažmoninimo aspektai. ŠJT tyrimo dalyvėms leido įkvėpti „vilties oro“, išbandant įvairius savimi pasirūpinimo įrankius ir suvokiant, kad gebėjimas save išgirsti, savimi (pasi)tikėti yra labai svarbu. ŠJT sesijos suteikė naują terapinę aplinką, kurioje moterys galėjo laisvai tyrinėti, reikšti mintis bei jausmus, susijusius su jų gyvenimu. Dovanėjo teigiamą patirtį, kuri pažadino supratimą, kad bendravimas, buvimas bendrystėje ir dalinimas apie savo išgyvenimus su kitais, išgyvenant lėtinį skausmą, yra reikšmingas komponentas gydymo procese.

REKOMENDACIJOS

1. Skausmo klinikoms ir kitoms gydymo įstaigoms, į kurias kreipiasi lėtinį skausmą išgyvenantys žmonės, į komandą integruoti šokio-judesio terapeutus.
2. Šokio-judesio terapeutams ir kitiems specialistams, gydant lėtinio skausmo pacientus, skirti individualizuotą multimodalinį tarpdisciplininį gydymo metodą, atsižvelgiant į biopsichosocialinį skausmo modelį.
3. Plėtoti MBDMT darbo modelio įtraukimo į ŠJT užsiėmimus tyrimus.
4. Šokio-judesio terapeutams ir kitiems specialistams, dirbantiems su lėtinio skausmo pacientais – parengti metodikas, kurias ši pacientų grupė galėtų pritaikyti kasdienybėje.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Afolalu, EF., Ramlee, F., Tang, NKY. (2018). Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population: a systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 39:82–97.
2. American Chronic Pain Association (ACPA) (2018). ACPA Resource Guide To Chronic Pain Management.
3. Bernstein, B. (2019). Empowerment-Focused Dance/Movement Therapy for Trauma Recovery. *American Journal of Dance Therapy*, 41(2), 193–213. <https://doi.org/10.1007/s10465-019-09310-w>
4. Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology: Qualitative Research in Psychology*. 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
5. Budrys V. (2009). Klinikinė neurologija. Vilnius: Vaistų žinios.
6. Burkauskas, J. Bunevičius R. (2013). Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija. HAD skalė: depresijos ir nerimo sutrikimų vertinimo instrumentas, p. 59–61.
7. Burke, A. L. J., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 345–360. <https://doi.org/10.1111/bjc.12078>
8. Chaiklin, S., & Wengrower, H. (2009). The Art and Science of Dance/Movement Therapy: Life Is Dance. *Routledge*.
9. Cohen, S.P., Vase, L. & Hooten, W.M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*.
10. Cruz, R.F. (2016). Dance/Movement Therapy and Developments in Empirical Research: The First 50 Years. *American Dance Therapy Association*; 38: 297–302.
11. Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L., ... & Helmick, C. (2018). Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(36), 1001.
12. Di Tella, M., Castelli, L., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., Ardito, R. B., & Adenzato, M. (2015). Theory of mind and emotional functioning in fibromyalgia syndrome: an investigation of the relationship between social cognition and executive function. *PloS one*, 10(1), DOI: 10.1371/journal.pone.0116542

13. Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457–467. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
14. Eaves, E.R., Nichter, M. & Ritenbaugh, C. (2016). Ways of Hoping: Navigating the Paradox of Hope and Despair in Chronic Pain. *Cult Med Psychiatry* 40, 35–58. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9465-4>
15. Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L. J., & Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, 6(6): e010364. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010364.
16. Finan P.H., Goodin B.R., Smith M.T. (2013). The association of sleep and pain: An update and a path forward. *J Pain*. 14:1539–52.
17. Geniušas S. (2021). Kas yra skausmas ? Vilnius: Phi knygos.
18. Ho, R. T. H. (2015). A place and space to survive: A dance/movement therapy program for childhood sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*. 46: 9–16.
19. Hollander, M., Jong, J. R., Volders, S., Goossens, M., Smeets, R. & Vlaeyen, J. (2010). Fear reduction in patients with chronic pain: a learning theory perspective. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10:11, 1733-1745, DOI: 10.1586/ern.10.115
20. Holmes, A., Christelis, N., & Arnold, C. (2012). Depression and chronic pain. *The Medical Journal of Australia*, 1(4), 17–20. <https://doi.org/10.5694/mjao12.10589>
21. Homann, K. B. (2010). Embodied Concepts of Neurobiology in Dance/Movement Therapy Practice. *American Journal of Dance Therapy*, 32(2), 80–99. <https://doi.org/10.1007/s10465-010-9099-6>
22. Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. (1999). *Teaching children with autism to mind-read: A practical guide for teachers and parents*. Chichester: J. Wiley & Sons.
23. Hyvönen, K., Pylvänäinen, P., Muotka, J. S., and Lappalainen, R. (2020). The effects of dance movement therapy in the treatment of depression: a multi-centre, randomised controlled trial in Finland. *Front. Psychol.* 11:1687. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01687
24. Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., and Meekums, B. (2019). Effectiveness of dance movement therapy in the treatment of adults with depression: a systematic review with meta-analyses. *Front. Psychol.* 10:936. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00936
25. Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Frontiers in Psychology*, 10, 1806. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>

26. Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., and Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: a meta-analysis. *Arts Psychotherap.* 41, 46–64. doi: 10.1016/j.aip.2013.10.004
27. Lietuvos šokio-judesio terapijos asociacija: Kas yra šokio-judesio terapija?. Prieiga per internetą: <https://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija>
28. Majore-Dusele, I., Karkou, V., & Millere, I. (2021). The Development of Mindful-Based Dance Movement Therapy Intervention for Chronic Pain: A Pilot Study With Chronic Headache Patients. *Frontiers in Psychology*, 12, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.587923>
29. Majumdar, A., Ray, N. & Saqib, A. (2021). Moving to know boundaries: applying dance movement therapy in body privacy training. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, DOI: 10.1080/17432979.2021.2016969
30. Malpus, Z. (2019). Pain as a Biopsychosocial Experience. In Elsayed, A. (red.) *Pain: A Review Guide*, p. 345-348. Cham, Switzerland: *Springer International Publishing*.
31. Mannheim, E. G., & Weis, J. (2006). Dance therapy with cancer inpatients—Evaluation of process and outcome parameters. *Advances in Dance/Movement Therapy: Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (p. 61–72). Logos Verlag.
32. Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy: A Creative Psychotherapeutic Approach*. SAGE Publications.
33. Meekums, B., Karkou, V., and Nelson, E. A. (2015). Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2: CD009895. doi: 10.1002/14651858.CD009895.pub2
34. Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., and Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE* 7:e0208034. doi: 10.1371/journal.pone.0048230
35. Miller-Matero L. R., Saulino C., Clark S., Bugenski M., Eshelman A., & Eisenstein, D. (2016). When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Archives of women's mental health*, 19(2), 349-354.
36. Miller, M. B., Roumanis, M. J., Kakinami, L., & Dover, G. C. (2020). Chronic Pain Patients' Kinesiophobia and Catastrophizing are Associated with Activity Intensity at Different Times of the Day. *Journal of Pain Research*, 13, 273–284. <https://doi.org/10.2147/JPR.S230039>
37. Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: A review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273–e283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>

38. Mun, C. J., Davis, M. C., Molton, I. R., Karoly, P., Suk, H. W., Ehde, D. M., ... & Jensen, M. P. (2019). Personal resource profiles of individuals with chronic pain: Sociodemographic and pain interference differences. *Rehabilitation psychology*, 64(3), 245. DOI: 10.1037/rep0000261
39. Nijs, J., D'Hondt, E., Clarys, P., Deliëns, T., Polli, A., Malfliet, A., Coppieters, I., Willaert, W., Yilmaz, S. T., Elma & Ö, Ickmans, K. (2019). Lifestyle and Chronic Pain across the Lifespan: An Inconvenient Truth? *PM&R*. 12(4): 410-419.
40. Paolucci, T., Saraceni, V., & Piccinini, G. (2016). Management of chronic pain in osteoporosis: Challenges and solutions. *Journal of Pain Research*, 177. <https://doi.org/10.2147/JPR.S83574>
41. Payne, H. (2009a). Medically unexplained conditions and the bodymind approach. *Counsel Primary Care Rev.* 10, 6–8.
42. Payne, H. (2009b). The BodyMind Approach (BMA) to psychotherapeutic groupwork with patients with medically unexplained symptoms (MUS): a review of the literature, description of approach and methodology for a pilot study. *Eur. J. Psychotherap. Counsel.* 11, 287–310. doi: 10.1080/13642530903230392
43. Payne, H. (2019). *Creative Dance and Movement in Groupwork*. Routledge.
44. Payne, H., and Brooks, S. D. M. (2016). Clinical outcomes from The BodyMind ApproachTM in the treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary health care in England: practice- based evidence. *Arts Psychotherap.* 47, 55–65. doi: 10.1016/j.aip. 2015.12.001
45. Payne, H., and Brooks, S. D. M. (2017). Moving on: the BodyMind approachtm for medically unexplained symptoms. *J. Public Ment. Health* 16, 1–9. doi: 10.1108/JPMH-10-2016-0052
46. Payne, H., and Brooks, S. D. M. (2018). Different strokes for different folks: the bodymind approach as a learning tool for patients with medically unexplained symptoms to self-manage. *Front. Psychol.* 9:2222. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02222
47. Payne, H., and Brooks, S. D. M. (2019). Medically unexplained symptoms and attachment theory: the BodyMind Approach[®]. *Front. Psychol.* 10:1818. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01818
48. Payne, H., and Brooks, S. D. M. (2020). A qualitative study of the views of patients with medically unexplained symptoms on The BodyMind Approach[®] : employing embodied methods and arts practices for self-management. *Front. Psychol.* 11:3223. doi: 10.3389/fpsyg.2020.554566

49. Payne, H., Roberts, A., and Jarvis, J. (2020). The bodymind approach as transformative learning to promote self-management for patients with medically unexplained symptoms. *J. Transform. Educ.* 18, 114–137. doi: 10.1177/1541344619883892
50. Ren, J., & Xia, J. (2013). Dance therapy for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD006868.
51. Rokach, A., & Sha'ked, A. (2013). Together and lonely: Loneliness in intimate relationships—causes and coping. *NY: Nova Pub.*
52. Rokach, A., Rosenstreich, E., Brill, S. & Aryeh, I. G. (2018). People with chronic pain and caregivers: Experiencing loneliness and coping with it. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 37(4), 886–893. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9571-2>
53. Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Sage.
54. Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka & T., Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of finland. *Journal of Psychosomatic Research*. 46(1):75–82. DOI: 10.1016/S0022-3999(98)00053-1
55. Sencan, B. (2019). Theory of Mind in Major Depressive Disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 11(1), 42-54. DOI: 10.18863/pgy.383349
56. Shim, M. (2015a). (541) Factors and mechanisms of dance/movement therapy for resilience-building in people living with chronic pain. *J. Pain* 16:111. doi: 10.1016/j.jpain.2015.01.462
57. Shim, M. (2015b). *A Model of Dance/Movement Therapy for Resilience-Building in People Living With Chronic Pain: A Mixed Methods Grounded Theory Study*. dissertation thesis, Drexel University, Philadelphia, PA.
58. Shim, M., Goodill, S. & Bradt, J. (2019). Mechanisms of Dance/Movement Therapy for Building Resilience in People Experiencing Chronic Pain. *American Dance Therapy Association*.
59. Shim, M., Johnson, R. B., Gasson, S., Goodill, S., Jermyn, R., and Bradt, J. (2017). A model of dance/movement therapy for resilience-building in people living with chronic pain. *Eur. J. Integr. Med.* 9, 27–40. doi: 10.1016/j.eujim. 2017.01.011
60. Shuchang, H., Mingwei, H., Hongxiao, J., Si, W., Xing, Y., Antonius, D., & Opler, M. G. (2011). Emotional and Neurobehavioural Status in Chronic Pain Patients. *Pain Research and Management*, 16(1), 41–43. <https://doi.org/10.1155/2011/825636>

61. Sicras-Mainar, A., Tornero-Tornero, C., Vargas-Negrín, F., Lizarraga, I. & Rejas-Gutierrez, J. (2020). Health outcomes and costs in patients with osteoarthritis and chronic pain treated with opioids in Spain: the OPIOIDS real-world study. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*.
62. Sommer, I., Lukic, N., Rössler, W. & Ettlin, D.A. (2019). Measuring anger in patients experiencing chronic pain - A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109778>.
63. Statistics Kingdom. (2017). Wilcoxon Signed-Rank test. Two dependent samples, non-parametric paired test. Prieiga per internetą: https://www.statskingdom.com/175wilcoxon_signed_ranks.html
64. Tord, P. & Bräuninger, I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*. 43: 16–22.
65. Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 160, 19–27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384
66. Tunks, E. R., Weir, R., & Crook, J. (2008). Epidemiologic Perspective on Chronic Pain Treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 235–242. <https://doi.org/10.1177/070674370805300404>
67. Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J., and Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain* 157: 2434. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000635
68. Zale, E. L. & Ditre, J. W. (2015). Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. *Health behavior*.
69. Zarei, S., Bigizadeh, S., Pourahmadi, M., & Ghobadifar, M. A. (2012). Chronic Pain and Its Determinants: A Population-based Study in Southern Iran. *The Korean Journal of Pain*, 25(4), 245. DOI:10.3344/kjp.2012.25.4.245

PRIEDAI

1 priedas

HAD skalė

Data: 20____ - ____ - ____ Vardas, pavardė: _____

Ši anketa padės gydytojui įvertinti Jūsų savijautą. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pabraukite atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirmoji reakcija į klausimą tiksliai atspindi Jūsų savijautą nei apgalvotas atsakymas.

N Aš jaučiu įtampą ir nerimą 3 - Bveik visą laiką, nuolat 2 - Didžiąją laiko dalį, dažnai 1 - Retkarčiais 0 - Niekada nejaučiu	D Jaučiuosi užslopintas, lėčiau maštau ir judu 3 - Bveik visą laiką 2 - Labai dažnai 1 - Kartais, nestipriai 0 - Visiškai nesijaučiu
D Mane tebedžiugina viskas, kaip ir anksčiau 0 - Visiškai tiek pat 1 - Mažiau nei anksčiau 2 - Daug mažiau 3 - Beveik visai nedžiugina	N Mane apima baimė, drebulys, spaudžia po krūtine 0 - Visiškai ne 1 - Kartais 2 - Gana dažnai 3 - Labai dažnai, nuolat
N Aš jaučiu baimę, kad įvyks kažkas siaubingo 3 - Labai stipriai 2 - Taip, bet nestipriai 1 - Nestipriai, bet tai manęs netrikdo 0 - Visiškai ne	D Aš nustojau rūpintis savo išvaizda 3 - Visiškai nesirūpinu 2 - Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų 1 - Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau 0 - Rūpinuosi tiek pat, kiek visuomet

<p>D Aš galiu juoktis, suprasti humorą</p> <p>0 - Taip pat kaip anksčiau</p> <p>1 - Mažiau ir sunkiau</p> <p>2 - Daug mažiau ir sunkiau</p> <p>3 - Visiškai negaliu</p>	<p>N Aš jaučiu, kad nenurimstu vietoje</p> <p>3 - Labai stipriai</p> <p>2 - Gana stipriai</p> <p>1 - Truputį</p> <p>0 - Visiškai ne</p>
<p>N Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai</p> <p>3 - Didelę laiko dalį, nuolat</p> <p>2 - Daug laiko, dažnai</p> <p>1 - Retkarčiais, bet ne dažnai</p> <p>0 - Tik retkarčiais</p>	<p>D Iš gyvenimo tikiuosi kažko malonaus</p> <p>0 - Tiek pat, kiek visada</p> <p>1 - Mažiau nei anksčiau</p> <p>2 - Daug mažiau nei anksčiau</p> <p>3 - Visiškai nesitikiu</p>
<p>D Man linksma</p> <p>3 - Niekada</p> <p>2 - Labai retai</p> <p>1 - Kartais</p> <p>0 - Didelę laiko dalį</p>	<p>N Mane staiga apima didelė baimė ar nerimas</p> <p>3 - Tikrai labai dažnai</p> <p>2 - Pakankamai dažnai</p> <p>1 - Retai</p> <p>0 - Niekada</p>
<p>N Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti</p> <p>0 - Visada</p> <p>1 - Dažnai</p> <p>2 - Retai</p> <p>3 - Niekada neatsipalaiduojau</p>	<p>D Mane džiugina gera knyga, televizijos laida</p> <p>0 - Dažnai</p> <p>1 - Kartais</p> <p>2 - Retai</p> <p>3 - Labai retai</p>

Įvertinimas: D – _____ N – _____

Vert: 0-7 | 8-10 | ≥11

**Daugiamatis interocepinio įsisąmoninimo klausimynas (MAIA^{LT}) Multidimensional
Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)**

Kontaktai:

Wolf E. Mehling, MD

Osher Center for Integrative Medicine University of California, San Francisco 1545

Divisadero St., 4th floor San Francisco, CA 94115

Tel.: 01 (415) 353 9506

El.p.: mehlingw@ocim.ucsf.edu

<http://www.osher.ucsf.edu/maia/>

Vertimas į lietuvių kalbą:

Mindaugas Baranauskas

Aida Grabauskaitė

Neurobiologijos ir biofizikos katedra,

Gamtos mokslų fakultetas,

Vilniaus universitetas,

Saulėtekio al. 7,

LT-10222 Vilnius,

LIETUVA / LITUANIE

El.p.: mindaugas.baranauskas@gf.vu.lt

MAIA ©2012, University of California San Francisco <http://www.osher.ucsf.edu/maia/>

Daugiamatis interocepinio įsisąmoninimo klausimynas (MAIA^{LT})

Leidimas ir autorinės teisės

Nors MAIA^{LT} klausimynas saugomas autorinių teisių, jis platinamas nemokamai, o naudojantis nereikalingas joks raštiškas leidimas.

Naudodamiesi MAIA^{LT} klausimynu, sutinkate su šiomis sąlygomis:

- Nurodykite pilną originalų klausimyno pavadinimą – „Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness“ – ir tinkamai nurodykite šaltinį.
- Klausimą galite keisti be raštiško autorių sutikimo, tačiau straipsnyje prašome aiškiai nurodyti savo pakeitimus. Apie pakeitimus prašytume pranešti klausimyno autoriams.
- Išrenkant MAIA^{LT} klausimus, siūlome palikti norimas klausimų grupes pilnas (o ne rinktis tik dalį klausimų iš norimos klausimų grupės) tam, kad išlaikytumėte tų klausimų grupių psichometrines savybes.
- Jei verčiate MAIA į kitą kalbą, prašytume klausimyno autoriams atsiųsti vertimo kopiją.
- Jei kiti tyrėjai pageidautų gauti klausimą, duokite jiems nuorodą į jo šaltinius (PLoS-ONE 2012 ir www.osher.ucsf.edu/maia/) tam, kad jie prieitų

prie naujausios dokumento versijos ir vertinimo instrukcijos.

Vertinimo instrukcija

Apskaičiuokite kiekvienos klausimų grupės taškų vidurkį.

Pastaba: *nepaisymo* skalei priklausančių 5, 6 ir 7 klausimų, taip pat *nesijaudinimo* skalės 8 ir 9 klausimų įverčiai skaičiuojami atvirkščiai.

1. Pagava:

patogių, nepatogių ir neutralių kūno pojūčių įsisąmoninimas.

(K1 _____ + K2 _____ + K3 _____ + K4 _____) : 4 = _____

2. **Nepaisymas:**

polinkis neignoruoti ir nenukreipti savo dėmesio nuo skausmo ar diskomforto jutimo. (K5(atvirkščiai)____ + K6(atvirkščiai)____ + K7(atvirkščiai)____) : 3 = _____

3. **Nesijaudinimas:**

polinkis nesijaudinti ir nejauti emocinio distreso, esant skausmo ar diskomforto pojūčiams.

(K8(atvirkščiai)____ + K9(atvirkščiai)____ + K10____) : 3 = _____

4. **Dėmesio reguliavimas:**

sugebėjimas išlaikyti ir valdyti dėmesį taip, kad jis būtų nukreiptas į kūno pojūčius. (K11____ + K12____ + K13____ + K14____ + K15____ + K16____ + K17____) : 7 = _____

5. **Emocinis įsisąmoninimas:**

ryšio tarp kūno jutimų ir emocinės būsenos sąmoningas supratimas.

(K18____ + K19____ + K20____ + K21____ + K22____) : 5 = _____

6. **Savireguliacija:**

sugebėjimas valdyti distresą sutelkiant dėmesį į kūno pojūčius. (K23____ + K24____ + K25____ + K26____) : 4 = _____

7. **Įsiklausymas į kūną:**

aktyvus įsiklausymas į kūną, siekiant įžvalgos.

(K27____ + K28____ + K29____) : 3 = _____

8. **Pasitikėjimas:**

savo kūno priėmimas kaip saugaus ir patikimo. (K30____ + K31____ + K32____) : 3 = _____

Vardas: _____

Data: _____

Žemiau pateiktas teiginių sąrašas.

Nurodykite, kiek dažnai kiekvienas iš tų teiginių apibūdina jus kasdienio gyvenimo situacijose, apveddami skaitmenį skalėje nuo 0 (niekada) iki 5 (visada):

	Niekada			Visada		
1. Kai būnu įsitempęs / įsitempusi, pastebiu, kurioje mano kūno vietoje telkiasi įtampa.	0	1	2	3	4	5
2. Pajaučiu, vos tik mano kūnui tampa nepatogu.	0	1	2	3	4	5
3. Galiu nurodyti, kurioms kūno dalims patogu.	0	1	2	3	4	5
4. Pastebiu, kaip keičiasi mano kvėpavimas, pvz., kad jis lėtėja arba spartėja.	0	1	2	3	4	5
5. Atkreipiu dėmesį į įtampą ar diskomfortą tik tada, kai šie sustiprėja.	0	1	2	3	4	5
6. Stengiuosi nukreipti dėmesį nuo diskomforto pojūčių.	0	1	2	3	4	5
7. Jusdamas / jUSDama skausmą ar diskomfortą, mėginu jo nepaisyti.	0	1	2	3	4	5
8. Jusdamas / jUSDama fizinį skausmą, susinervinu.	0	1	2	3	4	5
9. Pajutęs / pajutusi diskomfortą, pradėdu nerimauti, kad kažkas negerai.	0	1	2	3	4	5
10. Moku be nerimo stebėti nemalonius savo kūno pojūčius.	0	1	2	3	4	5
11. Moku stebėti savo kvėpavimą, nesileisdamas / nesileisdama, kad mane išblaškytų aplinkos įvykiai.	0	1	2	3	4	5
12. Moku išlaikyti į vidinius kūno pojūčius nukreiptą dėmesį, net jei aplink vyksta daugybė įvykių.	0	1	2	3	4	5

13. Kalbėdamas / kalbėdama su kuo nors, moku kreipti dėmesį į savo laikyseną.	0	1	2	3	4	5
14. Išsiblaškęs / išsiblaškiusi moku dėmesiu sugrįžti į savo kūną.	0	1	2	3	4	5
15. Mintims nuklydus, gebu sąmoningai vėl sugrįžti prie tiesioginių fizinio kūno pojūčių stebėjimo.	0	1	2	3	4	5
16. Net jei konkreti mano kūno dalis kenčia skausmą ar diskomfortą, pajėgiu įsisąmoninti visame savo kūne esančius pojūčius.	0	1	2	3	4	5

Nurodykite, kiek dažnai kiekvienas iš tų teiginių apibūdina jus kasdienio gyvenimo situacijose, apveddami skaitmenį skalėje nuo 0 (niekada) iki 5 (visada):

	Niekada					Visada
17. Sugebu sąmoningai susitelkti ties visu savo kūnu.	0	1	2	3	4	5
18. Pastebiu, kaip, man pykstant, keičiasi pojūčiai kūne.	0	1	2	3	4	5
19. Jeigu kas nors mano gyvenime sutrinka, pajuntu tai ir savo kūne.	0	1	2	3	4	5
20. Nurimęs / nurimusi pastebiu, kad mano kūnas pasidarė kitoks.	0	1	2	3	4	5
21. Kai man patogiu, pastebiu, kad kvėpuoti pradėdu laisvai ir lengvai.	0	1	2	3	4	5
22. Pastebiu, kaip keičiasi mano kūno pojūčiai, kai man smagu.	0	1	2	3	4	5
23. Kai man visko per daug, galiu surasti ramybę savo viduje.	0	1	2	3	4	5
24. Sutelkęs / sutelkusi dėmesį į savo kūną, pajaučiu ramybę.	0	1	2	3	4	5
25. Moku sumažinti vidinę įtampą pasitelkęs / pasitelkusi kvėpavimą.	0	1	2	3	4	5
26. Padrikų minčių apimtas / apimta, moku nuraminti protą, susitelkęs / susitelkusi ties kūnu ar kvėpavimu.	0	1	2	3	4	5

27. Klausausi, ką mano kūnas sako apie emocinę būseną.	0	1	2	3	4	5
28. Suirzęs / suirzusi neskubėdamas / neskubėdama tyrinėju, kaip jaučiasi mano kūnas.	0	1	2	3	4	5
29. Įsiklausau į savo kūną, kad nuspręščiau, kaip pasielgti.	0	1	2	3	4	5
30. Savo kūne jaučiuosi jaukiai.	0	1	2	3	4	5
31. Jaučiu, kad mano kūnas yra saugi vieta.	0	1	2	3	4	5
32. Pasitikiu savo kūno pojūčiais.	0	1	2	3	4	5

Tyrimo dalyvio sutikimas

Sutinku dalyvauti Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Menų terapijos (Šokio-judesio terapijos specializacijos) kurso studentės Gretos Leitonaitės tyrime, skirtame išsiaiškinti šokio-judesio terapijos galimybes, siekiant pagerinti fizinę ir emocinę savijautą asmenims, jaučiantiems lėtinį skausmą.

Tyrimo tikslais jūsų bus paprašyta kelis kartus užpildyti savęs vertinimo klausimynus bei dalyvauti interviu pokalbyje. Sutinku, kad pasakojimas būtų įrašomas į diktofoną ir saugojamas nuo trečiųjų asmenų, tik tyrėjos kompiuterio laikmenoje. Tyrimo metu bus užtikrinamas anonimiškumas bei konfidencialumas, gauti rezultatai bus apibendrinti ir panaudoti tik studijų tikslams. Iškilus nesklandumams ar abejonėms, galėsite bet kuriuo metu nutraukti dalyvavimą tyrime. Turėsite galimybę susipažinti su tyrimo rezultatais.

Turėsiu galimybę atsisakyti dalyvauti tyrime /tris dienas / savaitę po duomenų surinkimo (interviu pokalbio).

(Tyrimo dalyvio vardas, pavardė ir parašas)

Kviečiame lėtinį skausmą jaučiančius asmenis dalyvauti šokio-judesio terapijos užsiėmimuose

Sveiki,

Aš, Greta Leitonaitė, Vilniaus Universiteto MF Menų terapijos magistrantūros, šokio-judesio terapijos specializacijos studentė, **kviečiu jus prisijungti prie sąmoningumu grįstų šokio-judesio**



terapijos užsiėmimų ir dalyvauti tyrime, kurio tikslas išsiaiškinti šokio-judesio terapijos galimybes, siekiant pagerinti asmenų, jaučiančių lėtinį skausmą, fizinę ir emocinę savijautą.

Šokio-judesio terapija – nėra šokio žingsnelių mokymasis ar estetinių rezultatų siekis. Šokti nėra būtina mokėti, ar net mėgti. Šie užsiėmimai – tai pirmiausia, konfidenciali, saugi aplinka skirta jums, bei rūpestingas ir empatiškas jūsų poreikių atliepimas, pasitelkiant judesį, muziką, kūrybiškumą, švelnų dėmesingumą kūnui.

Užsiėmimai vyks nuo š. m. **lapkričio 9 d.** (antradieniais ir ketvirtadieniais 10.00-11.30 val.) Vilniuje (adresą nurodysiu tyrime dalyvausiantiems).

Iš viso – dešimties užsiėmimų ciklas, dalyvavimas nemokamas. Vietų skaičius ribotas – renkama nedidelė, iki aštuonių žmonių, grupė.

Registracijai bei pasitikslinimui dėl dalyvavimo kreiptis:

el. pašto adresu: leitonaite@gmail.com arba telefonu: +37065319297

Tyrimo tikslais jūsų bus paprašyta kelis kartus užpildyti savęs vertinimo klausimynus bei dalyvauti pokalbyje. Tyrimo metu bus užtikrinamas anonimiškumas bei konfidencialumas, gauti rezultatai bus apibendrinti ir panaudoti tik studijų tikslams. Iškilus nesklaidumams ar abejonėms, galėsite bet kuriuo metu nutraukti dalyvavimą tyrime. Turėsite galimybę susipažinti su tyrimo rezultatais.

Maloniai kviečiu prisijungti į šokio-judesio terapijos užsiėmimus ir padovanoti laiką sau!

Jeį žinote, kam ši informacija būtų naudinga – pasidalinkite ! ☺

Rūpindamiesi savo ir kitų sveikata, dalyvauti užsiėmimuose kviečiame tuos, kurie turi galimybių pasus.

Sveiki, esu Greta ir kviečiu lėtinį skausmą patiriančius asmenis dalyvauti ➡ dešimties NEMOKAMŲ šokio – judesio terapijos užsiėmimų cikle bei dalyvauti tyrime, kurio tikslas išsiaiškinti šokio-judesio terapijos galimybes, siekiant pagerinti pacientų, jaučiančių lėtinį skausmą, fizinę ir emocinę savijautą.

Šokio patirtis nėra reikalinga. 😊

◆ Lėtinis skausmas – ilgiau nei 3 mėnesius besitęsiantis ir nesibaigiantis sugijus pažeistiems audiniams skausmas. Šis skausmas laikomas atskira liga, slopinančia organizmo funkcines galias ir neigiamai veikiančia gyvenimo kokybę (pilnatvę). Tai liga, kuriai būdingi plataus spektro fizinės, psichologinės adaptacijos sutrikimai ir prisitaikymo prie socialinės aplinkos problemos dėl centrinės ir periferinės nervų sistemos patologijos.

◆ Šokio-judesio terapija – nėra šokio žingsnelių mokymasis ar estetinių rezultatų siekis. Šokti nėra būtina mokėti, ar net mėgti. Šie užsiėmimai – tai pirmiausia, konfidenciali, saugi aplinka skirta jums, bei rūpestingas ir empatiškas jūsų poreikių atliepimas, pasitelkiant judesį, muziką, kūrybiškumą, švelnų dėmesingumą kūnui.

◆ Maloniai kviečiu prisijungti į šokio-judesio terapijos užsiėmimus ir padovanoti LAIKĄ SAU!

Registracija ir daugiau informacijos:

✉ leitonaite@gmail.com

☎ +37065319297

* Rūpindamiesi savo ir kitų sveikata, dalyvauti užsiėmimuose kviečiame tuos, kurie turi galimybių pasus. 😊

**KVIEČIAME LĒTINĮ SKAUSMĄ
JAUČIANČIUS ASMENIS
DALYVAUTI ŠOKIO-JUDESIO
TERAPIJOS UŽSIĒMIMUOSE**

**10 NEMOKAMŲ
užsiėmimų**

- Miestas: *Vilnius*
- Pradžia: *nuo lapkričio 9d.*
- Laikas: *antradieniais ir ketvirtadieniais nuo 10 val. iki 11 val.*

*Šokio patirtis nėra reikalinga

Pasikalbėkime:

✉ leitonaite@gmail.com
☎ +37065319297

Žinai kam ši
informacija
būtų naudinga?
PASIDALINK