

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS
IR
LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapijos (Šokio-judesio terapijos specializacijos) antrosios pakopos
(magistrantūros) studijų
Baigiamasis darbas

Moterų, išgyvenančių nevaisingumą, šokio-judesio terapijos patyrimo teminė analizė

Loreta Tiagun

Darbo vadovas

Dr. Toma Jasiukevičiūtė-Zelenko
(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Konsultantas

Dr. Solveiga Zvicevičienė
(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 loreta.tiagun@mf.stud.vu.lt

2022

TURINYS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SANTRAUKA..... | 4 |
| SUMMARY..... | 5 |
| PAGRINDINĖS SAŲOKOS | 7 |
| ĮVADAS | 8 |
| 1. NEVAISINGUMO FENOMENAS | |
| 1.1. Nevaisingumo priežastys: fizinė sveikata ir amžius..... | 11 |
| 1.2. Stresas ir nevaisingumas..... | 13 |
| 1.3. Nevaisingumo poveikis psichinei būklei..... | 15 |
| 1.3.1. Gėda ir kiti jausmai, esant nevaisingumui..... | 15 |
| 1.3.2. Vienatvė, liūdesys ir savivertė..... | 17 |
| 1.3.3. Nerimas ir depresija..... | 18 |
| 1.4. Psichologinės ir socialinės paramos reikšmė patiriant nevaisingumą..... | 22 |
| 2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJA MOTERIMS PATIRIANČIOMS NEVAISINGUMĄ | 26 |
| 2.1. Šokio-judesio terapijos samprata..... | 27 |
| 2.2. Šokio-judesio terapijos procesas..... | 30 |
| 2.3. Šokio-judesio terapija psichoemocinės sveikatos gerinimui..... | 32 |
| 2.4. Šokio-judesio terapijos galimybės esant nevaisingumui..... | 35 |
| 3. EMPIRINIS TYRIMAS: MOTERŲ, PATIRIANČIŲ NEVAISINGUMĄ, ŠOKIO- JUDESIO TERAPIJOS PROCESO ANALIZĖ | |
| 3.1 Tyrimo organizavimas ir etika..... | 46 |
| 3.2 Tyrimo metodologija ir pagrindimas..... | 47 |
| 3.2.1 Tyrimo validumas | 49 |
| 3.3 Duomenų rinkimas ir analizė..... | 50 |
| 3.3.1 Duomenų rinkimas..... | 50 |
| 3.3.2 Duomenų analizės metodas..... | 50 |
| 3.4 Tyrimo rezultatai..... | 52 |
| 3.4.1 Gyvenimo su nevaisingumu ypatumai..... | 52 |
| 3.4.1.1. Fizinis lygmuo..... | 53 |
| 3.4.1.2. Psichologiniai išgyvenimai..... | 56 |
| 3.4.1.3. Socialinis lygmuo..... | 59 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4.2. Šokio-judesio proceso patyrimas..... | 61 |
| 3.4.2.1. Atėjimo momentas: įsiliejimo į procesą svarba..... | 62 |
| 3.4.2.2. Vidiniai procesai – atpalaiduoti kūną ir paleisti jausmus..... | 67 |
| 3.4.2.3. Naują patyrimą sekusios išvalgos: link gilesnio savęs pažinimo..... | 69 |
| 3.4.3. Grupiniai procesai..... | 71 |
| 3.4.3.1. Vienijanti nevaisingumo tema, kurianti bendrystę..... | 71 |
| 3.4.3.2. Auginantys procesai grupėje..... | 73 |
| 3.4.3.3. Keliantys įtampą tarpasmeniniai santykiai..... | 75 |
| 3.5 Rezultatų aptarimas | |
| APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA..... | 79 |
| IŠVADOS..... | 85 |
| REKOMENDACIJOS..... | 86 |
| REFLEKSIJA..... | 87 |
| LITERATŪRA..... | 89 |

SANTRAUKA

Tema – moterų, išgyvenančių nevaisingumą, šokio-judesio terapijos patyrimo teminė analizė.

Raktažodžiai: moterų nevaisingumas; biopsichosocialinė sveikata; depresija ir nevaisingumas; šokio-judesio terapija.

Tyrimo problema. Nevaisingų porų skaičius visame pasaulyje didėja, todėl ši problema tampa vis aktualesnė. Tiriant ryšį tarp nevaisingumo ir psichologinio distreso nustatyta, kad nevaisingumą gali sukelti ne tik fizinės, bet ir psichologinės problemos. Diagnostika ir gydymas neigiamai paveikia moterų fizinę, psichologinę ir socialinę sveikatą. Moterų patiriamas nevaisingumas apima įvairius psichosocialinius aspektus, todėl galima teigti, jog nevaisingumas – mokslininkų, terapeutų ir medikų dėmesio reikalaujantis objektas, į kurį turėtų būti nukreipta fizinė, psichologinė ir socialinė pagalba. Šokio-judesio terapija sujungia fizinį, emocinį, kognityvinį ir socialinį gydymo aspektus ir gali reikšmingai prisidėti prie moterų, išgyvenančių nevaisingumą, biopsichosocialinės sveikatos atkūrimo ir stiprinimo. Ši tema menkai tyrinėta Lietuvos mokslo darbuose, tad pasirinktas kokybinis tyrimo metodas suteikia galimybę atskleisti svarbius subjektyvius nevaisingumą patiriančių moterų išgyvenimus šokio-judesio terapijos procese.

Empirinio tyrimo tikslas – atskleisti moterų, išgyvenančių nevaisingumą, šokio-judesio terapijos proceso patyrimą.

Tiriamieji – 35-45 metų amžiaus moterys, patiriančios nevaisingumą.

Tyrimo metodai: duomenys surinkti pusiau struktūruoto interviu būdu, duomenų analizė atlikta taikant kokybinę teminę analizę.

Išvados. Remiantis tyrimo dalyvių interviu analize ir tyrėjos refleksijomis, susidūrus su nevaisingumu šios moterys patiria labai daug neigiamų jausmų, jaučia didelę įtampą kūne. Jos nuolat kažką veidamos, bando užgožti slegiančias mintis ir jausmus, vedamos save į išsekimą. Tyrimo dalyvės, susiduriančios su negalėjimu susilaukti vaikų, išgyvena aplinkos abejingumą jų problemai, nejautrios žmonių reakcijos verčia daugelį tyrimo dalyvių vengti socialinių situacijų ir izoliuotis nuo tarpasmeninių santykių. Išanalizavus duomenis atskleista, kad šokio-judesio terapija moterims, susiduriančioms su nevaisingumu, tampa tarsi reabilitacine erdve, kurioje vyksta išoriniai ir vidiniai gydantys procesai. Remiantis tyrimo duomenimis, ši jungianti nevaisingumo tema sukuria bendrystę, kuri tyrimo dalyvėms leidžia laisvai jaustis ir dalintis savo vidiniais išgyvenimais grupiniame procese. Atskleista, kad

kalbėjimas, pasidalinimai grupėje veikia kaip resursas, pojūčių įžodinimas tyrimo dalyvėms padeda išsilaisvinti iš slegiančios problemos. Šiame tyrime pastebėta, kad buvimas bendroje grupėje suteikia tyrimo dalyvėms saugumą, pasitikėjimą, o bendravimas keičia jų jauseną ir savęs bei savo problemos priėmimą. Remiantis tyrėjos proceso stebėjimu ir refleksija, galima teigti, kad šokio-judesio terapijos galimybės atsiskleidžia procese su šia pažeidžiama grupe, integruojant skirtingas technikas ir metodus, t.y., papildomų priemonių dėka įkūnijama pagrindinė „figūra“ bei vystomas vaidmuo. Tokiu būdu klientas turi galimybę įgalinti objektą ir kartu veikti bei stebėti save kitoje, išgalvotoje ir saugioje tikrovėje, kūrybiškai atveriant savo emocijas ir jausmus, patenkinant savo troškimą būti išklaustyta, priimta ir neverbaliai suprastam.

SUMMARY

Theme: Dance Movement Therapy for Women Experiencing Infertility: a Thematic Analysis

Keywords: women infertility, biopsychosocial health, depression and infertility, dance/movement therapy.

Research problem. The number of infertile couples around the world is increasing, therefore this problem is becoming more and more relevant. The research on the relationship between infertility and psychological distress has shown, that infertility can be caused not only by physical problems, but also psychological problems. Infertility diagnosis and treatment adversely affect women's physical, psychological and social health. Women infertility consist of different psychosocial aspects, therefore, it can be said that infertility is an object requiring the attention of scientists, therapists and doctors, to which physical, psychological and social assistance should be directed. Dance/movement therapy combines together physical, emotional, cognitive, and social healing methods and can make a significant contribution in restoration and strengthening of biopsychosocial health in women experiencing infertility. This topic has little research in Lithuanian scientific work, therefore the chosen qualitative research method provides an opportunity to reveal important subjective experiences of infertile women in the process of dance/movement therapy.

Empirical research objective – reveal how women having infertility problems experience the dance/movement therapy process.

Respondents – 35-45 old women experiencing infertility.

Research methods: data collected by semi-structured interviews, data analysis was carried out using qualitative thematic analysis.

Conclusions. According to the analysis of the interviews of the participants of the study and the reflections of the researcher, when faced with infertility, these women experience a lot of negative feelings, feel a lot of tension in the body. They constantly act on something and try to overshadow depressing thoughts and feelings, leading themselves to exhaustion. Study participants who are faced with the inability to have children experience environmental indifference to their problem, insensitive reactions of people force many of the study participants avoid social situations and isolate themselves from interpersonal relationships. After analyzing the data, it was revealed that dance/movement therapy, for women facing infertility, becomes like a rehabilitative space in which external and internal healing processes take place. According to the study, this connecting theme of infertility creates a closeness that allows study participants feel free and share their inner experiences in the group process. It has been revealed that talking, sharing in a group acts as a resource, the expressions of sensations in words helps participants of the study to free themselves from the depressing problem. In this study, it was observed that being together in a group gives the study participants safety, confidence, and communication changes their feelings and acceptance of themselves and their problem. Based on the observation and reflection of the researcher's process, it can be said that the possibilities of dance/movement therapy are revealed in the process with this vulnerable group, integrating different techniques and methods, i.e. thanks to additional measures, the main "figure" is embodied and the role is developed. In this way, the client has the opportunity to enable the object and act together and observe himself in another, fictional and safe reality, creatively opening up his emotions and feelings, satisfying his desire to be heard approved and nonverbally understood.

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Šokio-judesio terapiją (ŠJT) – galima apibūdinti kaip išraiškos menų rūšį, kuri naudoja judesį, kuriuo siekiama sukurti saugumo ir pasitikėjimo jausmą, kad būtų lengviau suvokti save, kurti tarpasmeninį ryšį, iš naujo integruoti protą ir kūną bei plėsti saviraiškos diapazoną (Payne, 2006).

Nevaisingumas – tai negalėjimas pastoti, šeimai gyvenant normalų lytinį gyvenimą ir nenaudojant kontraceptinių priemonių ilgiau nei vienerius metus (Vaitiekus ir Talačkienė, 2014).

Biopsichosocialinis modelis – George Engel (1977), teigė, kad norint suprasti asmens sveikatos būklę, reikia atsižvelgti ne tik į biologinius, bet ir į psichologinius bei socialinius veiksnius (Bolton ir Gillett, 2019).

ĮVADAS

Temos aktualumas. Nevaisingų porų skaičius didėja, todėl ši problema tampa vis aktualesne visame pasaulyje (Rockliff ir kt., 2014). Moteris laikoma nevaisinga, kai per penkerius metus negali pagimdyti gyvo naujagimio, nors: nėštumas yra pageidaujamas ir moteris turi nuolatinį partnerį, nenaudoja kontracepcijos priemonių, o taip pat nežindo kūdikio (Mascarenhas ir kt., 2012).

Palikuonių turėjimas bei tęstinumas juose, pasak Khodakarami ir kitų tyrėjų (2009), tai vienas esminių žmogaus troškimų, todėl nevaisingumas gali sukelti daug fizinių ir psichosocialinių problemų. Tam antrina ir Rockliff ir kt. (2014), teigdami, jog šios problemos neretai gali tapti nerimo ir depresijos išsivystymo priežastimi. Autoriai pastebi, jog nusivylimas, savigarbos praradimas, kaltės ir nepilnavertiškumo jausmas, siejami su šia liga, stipriai veikia moters identitetą bei trikdo jos gyvenimą, o nevaisingumo pripažinimas, įvertinimas ir gydymas yra sunkūs gyvenimo patyrimai moteriai bei vienas iš neigiamai paveikiančių veiksnių. Ogawa (2015) praplečia negatyvių pasireiškimų sąrašą ir teigia, jog nevaisingumo reiškinys gali sukelti moterims atitrūkimą nuo savęs, pasireikšti per kūno ir proto skilimą, kuomet kūno poreikiai ir galimybės racionalizuojami nejaučiant tikrųjų fizinių impulsų, norų ir siekinių. Psichosocialinių sunkumų patiria iki 80% nevaisingų moterų, kai kurioms iš jų reikėtų socialinės pagalbos bei paramos, psichoterapeuto ar psichologo konsultacijos (Kjaer ir kt., 2011). Akivaizdu, kad psichologinė pagalba yra svarbi nevaisingoms moterims siekiant pagerinti jų psichinę sveikatą (Ramezanzadeh ir kt., 2004). Tinkamas psichologinis dėmesys ir tinkamas gydymas turi didelę reikšmę šių pacientų psichinei sveikatai ir jų gyvenimo kokybei (Shreffler ir kt., 2017).

Tyrimais įrodyta, kad menas turi gydomąjį poveikį bei padeda sumažinti emocinę įtampą, vidinius išgyvenimus, padeda sušvelninti ligos simptomus (Farokhi, 2011). Gydomąją meno funkciją pagrindžia Europoje atliktų daugiau nei 3000 tyrimų rezultatai, kuriuose teigiama, jog menai gali reikšmingai paveikti profilaktiką, sveikatos stiprinimą, ligų valdymą ir gydymą. 2019 m. Pasaulio sveikatos organizacijos ataskaitoje¹ rekomenduojama skatinti menų (ir šokio) įtraukimą individualiu, vietos ir nacionaliniu lygmenimis bei remti tarpsektorinį

¹ WHO Health Evidence Network synthesis report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review

bendradarbiavimą (...). „Šokio-judesio terapija yra viena iš keturių Lietuvoje taikomų menų terapijos rūšių, integruojanti šokio, judesio ir medicinos, psichologijos, specialiojo ugdymo, socialinio darbo teorines žinias bei praktiką ir yra skirta sveikatos stiprinimui“ (Meno terapeuto veiklos reikalavimų aprašas, 2020). Lietuvos šokio-judesio terapijos asociacija apibrėžia šokio-judesio terapiją kaip terapinį judesio naudojimą, siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją, kur šokis/judesys, kūrybinė išraiška ir tarpasmeninis santykis – pagrindiniai komponentai. ŠJT remiasi prielaida, kad protas, kūnas, emocinės būsenos ir tarpasmeniniai santykiai yra nuolatinėje sąveikoje, o judesys/judėjimas atspindi vidinius procesus, kuriuos galima vertinti ir daryti jiems poveikį.² Anderon-Frazier (2020) ir Levy (2005) antrina ir teigia, kad šokio-judesio terapija skatina gilesnę ryšį tarp kūno ir proto, tarp kūno ir sielos, gali padėti atkurti pusiausvyrą. Šokio-judesio terapija įgauna vis didesnę pripažinimą užsienyje ir Lietuvoje. ŠJT specialistai naudoja įvairius kūrybinius metodus, kad padėtų žmonėms, kuriuos sunkiai galima gydyti žodžiu (Sapežinskienė ir Soraka, 2016). Taigi, šokio-judesio terapija yra vienas iš būdų, galinčių reikšmingai prisidėti prie moterų, išgyvenančių nevaisingumą, biopsichosocialinės sveikatos atkūrimo ir stiprinimo. Todėl labai svarbu skirti dėmesį šios srities moksliniams tyrimams bei remiantis jų rezultatais modeliuoti pagalbos būdus.

Mokslinė problema. Moterų patiriamas nevaisingumas – tai patirtis, apimanti įvairius psichosocialinius aspektus, todėl galima teigti, jog nevaisingumas – dėmesio reikalaujantis objektas, į kurį turėtų būti nukreipta fizinė, psichologinė ir socialinė pagalba. Siekiant suteikti pagalbą moterims, patiriančioms nevaisingumą, susiduriama su problema – dažnai žodžiai apriboja šią klientų grupę dėl nenoro apie tai kalbėti, tabu, įsitikinimų, prietarų ir panašių dalykų. Išgyvenamas nevaisingumas – bandymai pastoti, įvairios medicininės intervencijos, negimdinis nėštumas, persileidimai, labai stipriai „įsirašo“ į kūno atmintį ir lieka tarsi „užspausti“ kūne. Todėl šiame darbe siekiama atskleisti ŠJT metodų svarbą susiduriant su šia daugialype sveikatos problema.

Tyrimo objektas. Moterų, išgyvenančių nevaisingumą, patirtys.

Tyrimo tikslas. Atskleisti šokio-judesio terapijos metodų taikymo svarbą moterims, patiriančioms nevaisingumą.

Tyrimo uždaviniai.

² Lietuvos šokio-judesio terapijos asociacija <https://www.lsjta.lt>.

1. Išanalizuoti nevaisingumo fenomeną.
2. Ištirti šokio-judesio terapijos taikymo galimybes moterims, patiriančioms nevaisingumą.
3. Atskleisti moterų, išgyvenančių nevaisingumą, šokio-judesio terapijos proceso patyrimą.

Darbo naujumas ir reikšmingumas. Nevaisingumo tema šokio-judesio terapijos kontekste visiškai netyrinėta Lietuvoje ir mažai tyrinėta pasaulyje. Šis tyrimas – pirmasis Lietuvoje atliktas tyrimas, kuriame analizuojamas šokio-judesio terapijos taikymas moterims, susiduriančiomis su nevaisingumu. Tyrimo stiprybė – teorinis pagrindimas ir praktinė jo reikšmė, atskleistos moterų, negalinčių susilaukti vaikų, patirtys taikant šokio-judesio terapiją.

1. NEVAISINGUMO FENOMENAS

Nevaisingumu medicininio požiūriu laikomas negalėjimas pastoti, šeimai gyvenant normalų lytinį gyvenimą ir nenaudojant kontraceptinių priemonių ilgiau nei vienerius metus (Vaitiekus ir Talačkienė, 2014). Negalėjimas susilaukti vaikų paveikia tiek vyrus, tiek ir moteris visame pasaulyje. Šiame skyriuje analizuosime nevaisingumo fenomeną skirtingais aspektais: fiziniu, psichologiniu ir socialiniu.

1.1. Nevaisingumo priežastys: fizinė sveikata ir amžius

Žmogaus gerovė, būties harmonija yra neatsiejama nuo jo fizinės, emocinės ir psichinės sveikatos. Tačiau nevaisingumo problemos gali paliesti bet kurios šalies ar kultūros pilnamestystės sulaukusius asmenis. Iki šiol negausiuose anksčiau atliktuose statistikos tyrimuose buvo užfiksuota, kad Lietuvoje nevaisingų porų gali būti apie 15 proc. (Istomina, Petryliene, ir Razbadauskas, 2010). Pasaulio Sveikatos Organizacijos 1992 metais atliktuose tyrimuose paaiškėjo, kad visame pasaulyje yra vidutiniškai apie 8-10% šeimų, susiduriančių su nevaisingumu tam tikrame gyvenimo laikotarpyje (World Health Organisation [WHO], 1992). Tame pačiame dokumente teigiama, kad globaliai yra apie 50-80 milijonų subrendusių žmonių, turinčių sunkumų susilaukti vaikų.

Demografiniuose tyrimuose nevaisingumas įvardinamas kaip būklė, kurioje vaisingo amžiaus moteris (15–49 metų) negali pastoti arba išnešioti vaisiaus per penkerius metus nuo nėštumo planavimo pradžios (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, ir Stevens, 2012). Pagal šį šaltinį teigiama, kad moteris laikoma nevaisinga kai per penkerius metus negali pagimdyti gyvo naujagimio, nors: nėštumas yra pageidaujamas; moteris turi nuolatinį partnerį; nenaudojamos kontracepcijos priemonės; nežindomas kūdikis (Mascarenhas ir kt., 2012).

Pasak pastarųjų autorių, pirminis nevaisingumas nustatomas kai moteris neturi vaikų dėl: negalėjimo pastoti; negalėjimo išnešioti kūdikį; negalėjimo pagimdyti gyvą naujagimį.

Šią pirminio nevaisingumo grupę taip pat sudaro moterys, kurioms nėštumas nutrūksta dėl savaiminių persileidimų arba kurios pagimdo negyvą kūdikį, jei anksčiau nėra gimdžiusios gyvo kūdikio. Anot Mascarenho ir bendraautorių (2012) – antriniu nevaisingumu vadinama

būklė, kai moteris negali pastoti arba išnešioti ir pagimdyti gyvo kūdikio, nors anksčiau buvo pastojusi ir pagimdė gyvą vaiką.

Nevaisingumas daugelyje mokslinių šaltinių pristatomas kaip liga su dešimtimis įvairių moters ir vyro diagnozių, teigia B. Obelenienė, B. Narbekovas ir A. M. Obelenytė (2015), tačiau nevaisingumas yra įvairių susirgimų ir būklių pasekmė. Šią mintį iškelia vienas iš Jungtinės Karalystės dirbtinio apvaisinimo pradininkų – prof. R. Winstonas (2015), kuris teigia, kad „Labai svarbu suvokti jog nevaisingumas yra tik simptomas, kad kažkas yra blogai. Tai ne liga, bet dažniausiai tai jos rezultatas” cituoja B. Obelenienė su bendraautoriais (2015). Aptariant nevaisingų porų fizinę sveikatą dažniausiai šie reprodukciniai veiksniai yra pirmiausiai literatūroje pristatomi kaip keliantys sunkumus susilaikyti kūdikio.

Pasaulio sveikatos organizacija pristatė tarptautinį tyrimą, kuriame buvo tirtos 8500 nevaisingų porų. Paaiškėjo, jog moterų nevaisingumas kaip priežastis buvo 37 proc., vyrų nevaisingumas – 8 proc., o bendras poros nevaisingumas siekė 35 proc. (Walker ir Tobler, 2021). Iš šių trijų grupių daugiausia tyrimų ir dėmesio buvo skiriama nevaisingų moterų sveikatos būklei įvertinti. Kalbant apskritai apie moterų nevaisingumą autoriai M. H. Walker ir K. J. Tobler (2021), naudodamiesi Pasaulio Sveikatos Organizacijos duomenimis (WHO, 1992), patikslina kokie veiksniai sukelia nevaisingumą: ovuliacijos sutrikimai (25 proc.), endometriozė (15 proc.), dubens sukibimai (12 proc.), užakę kiaušintakiai (11 proc.), kiti kiaušintakių pakitimai (11 proc.), hiperprolaktinemija (7 proc.).

Dar viena priežastimi buvo nurodytas moterų amžius ir jo poveikis nevaisingumui (Lynch, Sundaram, Maisog, Sweeney, ir Louis, 2014). Pasak šių autorių, atlikti tyrimai JAV apklausus 12000 moterų parodė, kad kuo vyresnė moteris, tuo ši problema dar labiau ryškėja, t.y. moteriai tampant vyresnei, rizika nevaisingumui nuolat didėja. Pagal šią statistiką buvo matyti, kad moteriai turint nuo 15 iki 34 metų, nevaisingumo rodikliai svyruoja nuo 7 proc. iki 9 proc.. Nuo 35 iki 39 rizika nevaisingumui pakyla iki 25 proc. O moteriai sulaukus 40 ir iki 44 metų – nevaisingumo rizikos lygis sparčiai šokteli ir jau siekia 30 proc. (Lynch ir kt., 2014).

Išanalizavus literatūrą pastebima, jog nevaisingumas yra skirtingai vertinamas įvairiuose šaltiniuose. Statistika ir priežastys panašiai atspindi bendrą tendenciją, tačiau kartais skiriasi pats požiūris į šią problemą. Dažniausiai nevaisingumas apibrėžiamas kaip patologija ir liga arba kaip kompleksiskai susijusių organizmo sutrikimų pasekmė.

1.2. Stresas ir nevaisingumas

Ar stresas turi poveikį nevaisingumui? Tai klausimas, kuris yra nuolat keliamas ieškant šios problemos priežasčių ir siekiant nevaisingoms poroms padėti surandant tinkamus pagalbos būdus. Tiriant ryšį tarp nevaisingumo ir psichologinio distreso (Simionescu ir kt., 2021), nustatyta, kad nevaisingumą gali sukelti ne tik fizinės problemos, bet ir psichologinės, pavyzdžiui – stresas. Patiriamas emocinis stresas gali tiesiogiai paveikti vidinius organus sukeldamas spazmus ir menstruacijų nebuvimą. Tame pačiame šaltinyje teigiama, kad stresas gali netgi paskatinti moteris nesąmoningai vengti turėti santykių su vyru nėštumui palankiomis sąlygomis, esant ovuliacijai. Moterys pačios sąmoningai neįvardindamos gali kentėti nuo pastojimo ir gimdymo baimės, o taip pat nuo nesėkmingo gimdymo rizikų ir visa tai gali sukelti stresą (Simionescu ir kt., 2021).

Apie streso ir emocijų įtaką teigia ir autoriai Rockliff ir kt. (2014), minėdami, jog šie veiksniai turi didelės įtakos vaisingumui. Domar (2021) teigimu, fiziniai stresoriai gali paveikti moterų ciklo pasikeitimus, pavyzdžiui psichologinis stresas paveikia biologines funkcijas, tačiau tinkama pagalba gali turėti ir teigiamų rezultatų. Autorius cituoja tyrimą, kurio metu taikomos penkios „mindfulness” sesijos, ko pasekoje sumažėjo psichologinis stresas, o pasikeitimai imuninių ląstelių lygmenyje buvo teigiami, palyginus su moterimis kurioms apvaisinimo procedūros vyko kaip įprastai. Rezultate pastojimo skaičiai buvo didesni moterų grupėje kurios turėjo šias intervencijas, palyginus su tomis kurios neturėjo (Domar, 2021). Tad atsižvelgiant į šiuos duomenis galima teigti, jog psichologinis stresas taip pat gali paveikti moterų sveikatą.

Lynch ir bendraautorių (2014) tyrimų duomenys atskleidžia, kad moterų, kurios gavo psichologinę pagalbą ir dalyvavo terapijose, pastojimų skaičiai buvo didesni palyginus su tomis grupėmis, kurios šių terapijų neturėjo. Japonijoje atlikto tyrimo metu buvo pastebėtas ryškus emocinės gerovės skirtumas lyginant moteris, kurios laukėsi ir moteris, kurios turėjo nevaisingumo problemų (Matsubayashi, Hosaka, Izumi, Suzuki, ir Makino, 2001). Nepriklausomai nuo moterų amžiaus, nevaisingumo gydymo trukmės, atliekamų rutininių testų ar moterų skirtingo užimtumo, emocinis distresas dažniau pastebėtas nevaisingų moterų emocinėje būklėje (ten pat).

Simionescu ir kitų tyrėjų (2021) teigimu, stebimas ryšys tarp nevaisingumo ir streso yra kompleksinis. Autorių teigimu, iš vienos pusės nevaisingumo problema veikia poras neigiamai ir didėja rizika patirti stresą bei išsivystyti psichikos problemoms toms, kurios negali pastoti, palyginus su poromis, kurios vaisingumo problemų neturi. Tačiau iš kitos pusės, aukštas streso lygis tai pat gali pabloginti rezultatus susilaukti vaikų siekiančioms poroms (Simionescu ir kt., 2021). Tad nors nevaisingumo trukmė ilgėja streso veikiama, šios neigiamos emocinės būsenos sumažinimas gali pagerinti nevaisingumo gydymo rezultatus, teigia Ramezanzadeh ir kt. (2004).

Stiprus nevaisingumo diagnozės sukeltas stresas gali būti susijęs su visuomenėje stipriai įsigalėjusiu įsitikinimu kad vaikų turėti yra svarbu (Simionescu ir kt., 2021). Pagal šią nevaisingumo ir streso ryšio tyrimų apžvalgą, nevaisingumo sukeltas stresas neigiamai paveikia ir socialinius ryšius, ir žmogaus pasitikėjimą savimi, teigia Simionescu ir bendraautoriai (2021).

Kitas tyrimas dėl nevaisingų moterų patiriamų psichologinių problemų nustatė, jog psichologinis stresas siejamas su asmens patiriamu nesugebėjimu išlaikyti emocinį stabilumą, kuris įtakoja prastesnę žmogaus gyvenimo kokybę (Ogawa, Takamatsu, ir Horiguchi, 2011). Straipsnyje „Nevaisingumo psichologiniai aspektai“ (Szkodziak, Krzyzanovski, ir Szkodziak, 2020) teigiama, kad nėra tiksliai nustatyta, kiek nevaisingumas sukelia stresą, tačiau yra pastebėta psichologinių sutrikimų įtaka pačiam vaisingumui. Szkodziak ir bendraautoriai teigia, kad stresas, depresija ir kiti sutrikimai neigiamai paveikia fiziologinius kūno procesus, ko pasekoje gali mažėti vaisingumas.

Apibendrinant kas yra nevaisingumas ir kokios būna priežastys sukeliančios šią būklę, matome, kad su nevaisingumo problema susiduria tam tikra dalis žmonių, visiškai nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos, socialinio status, rasės, religinių įsitikinimų. Visgi, analizuojant lyties aspektą šioje temoje, remiantis tyrimais matyti, jog ieškant nevaisingumo priežasčių poroje, dažniau yra tiriamos moterys. Nevaisingumą gali lemti ne tik fiziologinės, tačiau taip pat ir psichologinės priežastys, įtakos gali tam turėti ir moterų amžius bei patiriamas stresas.

1.3. Nevaisingumo poveikis psichinei būklei

1.3.1. Gėda ir kiti jausmai esant nevaisingumui

Analizuojant literatūrą nevaisingumo tema, ryškėja, jog šios temos vengiama dėl moterų patiriamo gėdos jausmo. Nevaisingumas yra problema paliečianti ne tik patį asmenį, kuris yra nevaisingas ar turi sunkumų susilaukti vaikų, tačiau tai turi įtakos ir visos šeimos psichologiniam gerbūviui. Taip pat galima teigti, jog patirdamos gėdą, nevaisingos moterys yra linkusios užsisklęsti. Istomina, Petrylienė ir Razbadauskas (2010) antrina ir teigia, jog dėl neigiamo visuomenės požiūrio nevaisingos poros slepia šią problemą, nes – bijo viešumo, gailėsčio, bijo būti pasmerktos kitų, kartais bijo ir dėl artimų žmonių socialinės izoliacijos. Autorių – Galhardo, Pinto–Gouveia, Cunha ir Matos (2011) teigimu, šios nevaisingumą patiriančios poros patiria ne tik daugiau gėdos, bet yra labiau savikritiškos sau, identifikuoja save su išgyvenamais neigiamais jausmais ir emocijomis, patiria atsiskyrimą nuo visuomenės ir izoliaciją. Istomina ir kt. (2010) detalizuoja emocines būsenas ir teigia, jog dauguma išgyvena liūdesio, kančios, kaltės, gėdos ir kitus neigiamus jausmus, juos nuolat kamuoja nepilnavertiškumo kompleksas. Visa tai veikia žmogų kompleksiškai, iššaukiant gana įvairaus spektro psichologinius sutrikimus, tokius kaip gėdą (Istomina, Petrylienė, ir Razbadauskas, 2010). Šią mintį pagrindžia Galhardo ir kt. (2011), teigdami, jog nevaisingumo patyrimas gali sukelti mintis apie buvimą nepakankamu, netinkamu, neatitinkančių kitų ir savo lūkesčius, kas vestų į gėdą – vidinę ar išorinę. Taigi, gėdos jausmas yra pripažįstamas kaip svarbi nevaisingumo sukelta emocija, susijusi su kontrolės kūnui pojūčio praradimu, lytiškumo trūkumu ar nesėkmės jausmais (ten pat).

Daugelis moterų nevaisingumą patiria kaip stigmą (Taebi, Kariman, Montazeri ir Majd, 2021). Nevaisingumo stigma yra siejama su gėdos ir paslapties jausmu, pojūčiu, kad išsiskiriama iš kitų, lyginant su tuo kas socialinėje erdvėje yra laikoma norma. Gėda yra emocinė patirtis, kuri galimai yra asmeninio identiteto viena iš svarbiausių dalių, siejama su vidiniu atstūmimu, trūkumu, nevertumu, silpnumo požymiu (Gallardo ir kt., 2011). Pasak Gallardo ir kt. (2011), gėdos jausmas stipriai orientuotas į savęs vidinį vertinimą ir dėmesį į save, gėda taip pat siejasi su tuo kaip save matome kitų požiūrio perspektyvoje. Gallardo ir bendra autoriai išskiria kelias gėdos rūšis. Viena jų – išorinė gėda, kai dėmesys yra

orientuojamas į išorę, kai individas turi įsitikinimą, kad aplinkiniai jį laiko neadekvačiu, nepakankamu ar ydingu, teigia Galhardo ir kt. (2011). Taėbi ir bendraautoriai tiria kaip šis iš išorės pasireiškiantis požiūris veikia nevaisingų moterų psichologinę būseną. Minėti tyrėjai tai vadina socialine stigma, kuri pasireiškia tokiose situacijose, kur moterys gali jaustis kitų diskriminuojamos vien tuo, kad kiti žiūri į jas kitaip ir bando jų situaciją suprasti. Stigmatizacija, anot Taėbi ir kitų tyrėjų (2021), jaučiasi skaudžiau nei nevaisingumas.

Gėda kaip vidinis jausmas – t.y. gėda gali būti suvokiama ir priimama kaip vidinis jausmas, sukeltas pačio asmens negatyvaus požiūrio į save, į savo jausmus ir mintis (Galhardo ir kt., 2011). Vidinės gėdos pagrindinis bruožas – savęs nuvertinimas ir savęs teisimas ir tai gali būti susiję su tuo, kad žmogus susieja nevaisingumo priežastis su kažkuo, ką jis ar ji yra padarę praeityje ar dabartiniu momentu (pavyzdžiui, anksčiau padarytas abortas, netinkamas seksualinis elgesys, gyvenimo būdas ir t.t.) (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, ir Matos, 2011). Pasak Taėbi ir kt. (2021), atlikti interviu su nevaisingom moterim parodė, kad moterys linkusios prisiimti šią stigmą ir save nuvertinti labiau, greičiau prarasti pasitikėjimą savimi, jausti gėdą ir kentėti nuo socialinės izoliacijos nei moterys, kurios nesusiduria su nevaisingumu.

Ištirus grupę žmonių, kuriems buvo diagnozuotas nevaisingumas ir kurie rinkosi medicininio gydymo kelią, pastebėta, kad vidinė ir išorinė gėda viena su kita koreliuoja (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, ir Matos, 2011). Kalbant apie šį tyrimą, autoriai teigia, jog su nevaisingumu susidūrusių asmenų vidinis savęs teisimas ir vidinė bei išorinė gėda turi stiprią abipusią įtaką ir šiai asmenų grupei yra didesnė rizika patirti depresijos simptomus arba pačią depresiją (ten pat).

Savęs teisimas neatsiejamas nuo įsivaizdavimo, jog kitų žmonių samonėje šių žmonių įvaizdis yra kaip negatyvaus, nepatrauklaus, nevertingo, su trūkumais ir prastesnio ar kaip neadekvataus, kitokio, neverto meilės ir pagarbos žmogaus (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, ir Matos 2011). Taigi, palyginus su kitomis tiriamomis grupėmis, nevaisingi asmenys labiau linkę būti negailestingi sau, mažiau atlaidūs ir teisiantys save dėl trūkumų, klaidų ir patiriamo skausmo. Galiausiai, Galhardo ir bendraautorių (2011) teigimu – jie yra labiau prisirišę prie savo emocinių reakcijų, identifikuodami save su savo jaučiamu skausmu, kančia ir jaučiasi atskirti nuo kitų.

Nevaisingumo žinia pasitinka poras netikėtai ir, kadangi vaikai reiškia šeimos pratęsimą, savo genų perdavimą ateitiems kartoms, reiškia savęs tęstinumą, tai daugeliui porų

negalėjimas susilaukti vaikų tampa ne tik fiziniu, bet ir stipriu psichologiniu iššūkiu. Be to, fokusuojamasi į intymiąją asmybės pusę, o tai taip pat sukelia gėdos jausmą.

1.3.2. Vienatvė, liūdesys ir savivertė

Nevaisingumas šeimai tampa reikšmingu psichologiniu iššūkiu. Vaisingumo Asociacijos duomenimis³ nuo tada, kai pora sužino esanti nevaisinga, jaučiama įtampa, nerimas. Sunku susitaikyti su mintimi, jog teks pragyventi gyvenimą be džiaugsmo turėti vaikų: kiekvieną kartą dėl nepavykusios pagalbinio apvaisinimo procedūros, vis gilėjant depresijai, vėl ir vėl patiriami netekties ir sielvarto jausmai” (ten pat). Šiuos jausmus apibūdina nevisavertiškumo ir kaltės jausmas, o tai kelia nerimą, stresą ir depresiją, pyktį ant savęs ir ant kitų, o kartu stiprėjančią baimę prarasti partnerį ar sutuoktinį/sutuoktinę (Vaisingumo asociacija).

Šias mintis patvirtina atlikti tyrimai su nevaisingų moterų emocine būkle, kurių metu išaiškėjo, kad jos patiria visą amplitudę neigiamų jausmų (Dyer ir kt., 2002). Tai – deginantis skausmas, kartėlis, kaltė, vienatvė ir depresija, pyktis. Kartais nevaisingos moterys susiduria su stigmatizacija, įžeidinėjimais ir fiziniu smurtu. Jos jaučiasi palūžusios (Dyer ir kt., 2002). Moterys patiria stiprų nerimą, skausmą ir gilų liūdesį (Jahromi, 2015). Kitame šaltinyje teigiama, kad moterys gali patirti pavydo bei neteisybės jausmą, bejėgiškumą, baimę kad niekada nepasiseks (Sabaitytė, 2018).

Taigi, moterims ir jų partneriams tenka patirti nemažai emocinio skausmo, susijusio su nevaisingumu. Tačiau dalis jų nenuleidžia rankų ir siekia susilaukti vaikų naudojantis dirbtinio apvaisinimo paslaugomis. Tai ir medicininiai tyrimai, ir hormoninės terapijos, galų gale dirbtinis apvaisinimas – visa tai sukelia didelę psichologinę ir fizinę naštą. Dažnai patiriamas vidinis pyktis ir nusivylimas kai pastoti lengvai nepavyksta (Cwikel, Gidron, ir Sheiner, 2004). O tyliai priklijuojama nevaisingumo etiketė, išskiriančia iš visų kitų, sukelia vidinį skausmą, kuris kartais tiesiog „nuneša į dugną“, primena problemos rimtumą ir nuolatos nešamą „emocinę naštą” (Sabaitytė, 2018). Pasak šios autorės, sudužusios viltys pažadina norą bėgti, atsiriboti nuo kylančių išgyvenimų, kurie dažnai patiriami nevaisingumo gydymo eigoje.

³ Vaisingumo Asociacija. (n.d.). Žiūrėta 2022 04 03, <https://www.vaisingumoasociacija.lt/lt/psichologiniai-aspektai/25>

Straipsnyje „Nevaisingumas kaip psichologinė problema” autorės Podolska ir Bidzan (2011) rašo, kad nusivylimas atsiranda dėl to, jog žmogui iškyla sunkumų priimti save, suvokus savo nevaisingumą. Nevaisingumo diagnozė dažnai būna netikėta, o moterims specifiskai ir sunki psichologinė našta (Podolska ir Bidzan, 2011). Pasak šių autorių, toks egzistencinis nusivylimas ypač paveikia tas moteris, kurios kaip savo gyvenimo rolę mato vaikų gimdymą ir jų auginimą ar kaip šeimos bei genetinio fondo pratęsimą ir netgi savotišką nemirtingumo idėją. Visa tai gali paveikti neigiamai moterų psichologinę būseną per baimę, nesugebėjimą prisitaikyti, iškraipoma savęs suvaldymo dinamika, mąstymas ir poreikiai (Podolska, 2010, 46 psl.). Tame pačiame šaltinyje teigiama, kad nevaisingumas moteris paveikia skirtingai nei vyrus – jis sugriauna moters identiteto pojūtį ir palieka su nepakankamumu ir sužeidimo jausmu.

Taigi, daugeliui porų, ypač moterims, nevaisingumo diagnozė – sudėtinga ir skausminga problema, kuri atsiliepia ir socialiniame gyvenimo ir ryšių bei tapatumo kūrime. Tad vienas iš svarbių iššūkių tokiai porai yra išmokti pakelti ir išgyventi šiuos nevaisingumo ir su juo susijusių procedūrų sunkumus asmeniškai, santykiyje su partneriu ir socialinėje erdvėje – šeimoje, tarp draugų ir bendradarbių.

1.3.3. Nerimas ir depresija

Nevaisingumas palieka ir kitų „antspaudų” asmenims, išgyvenantiems šį procesą. Mokslinėje literatūroje pažymima, jog su psichologinėmis problemomis susiduria nuo 25 iki 60 procentų nevaisingų porų (Ramezanzadeh ir kt., 2004). Kituose šaltiniuose (Drosdzol ir Skrzypulec, 2009) nurodoma, jog nevaisingumo problema – sužadina stresą, nerimą ir depresiją, o tai galimai susiję su neaiškia nevaisingumo kilme, neaiškia gydymo trukme, finansiniais sunkumais ir spaudimu iš aplinkos, kuri supa nevaisingą porą.

Drosdzol ir Skrzypulec (2009) atliko tyrimą su 200 nevaisingų ir vaisingų porų – padalinę jas į grupes, lygino jų emocinę būklę. Lyginant abiejų grupių duomenis pastebėta, kad nevaisingumo problemų turintys pacientai parodė maždaug dvigubai didesnę psichologinio distreso lygį, darantį juos psichologiškai pažeidžiama grupe. Autoriai teigia (ten pat), jog psichologiniai simptomai stipriausi 3 – 6 nevaisingumo metais.

Moterys, turinčios vaisingumo problemų, dažnai patiria didesnę stresą, nerimą ir depresijos simptomus, susijusius su nevaisingumo diagnoze ir galimu vaisingumo gydymu (Kjaer ir kt., 2011). Šie autoriai atliko tyrimą, kuriame siekė išsiaiškinti ar moterims, kurioms nepavyksta susilaukti vaikų, kyla didesnė savižudybės rizika nei moterims, kurioms po nevaisingumo įvertinimo pavyksta susilaukti. Pasak, Kjaer ir kt. (2011) atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad moterys, kurioms nepavyko susilaukti vaikų po paskirtų medicininių intervencijų kaip kad dirbtinis apvaisinimas, turėjo didesnę riziką savižudybei. Šio tyrimo metu pastebėtas ryšys tarp nevaisingumo ir labai gilios psichologinės kančios. Tačiau, kaip teigia Kjaer ir bendraautoriai (2011), į tyrimus nebuvo įtraukti kiti galimi faktoriai, lemiantys savižudybes, kaip kad vienišumas, alkoholio vartojimas ar šeimos istorija. Tačiau rekomenduojama, kad sveikatos priežiūros personalas, gydantis moteris, turinčias vaisingumo problemų, turėtų žinoti apie savo pacientų emocinę reakciją, kad atpažintų ir gydytų galimą psichikos sergamumą (Kjaer ir kt., 2011).

Stresas – fiziologinė organizmo reakcija į tam tikrą mūsų suvokiamą ar išgyvenamą grėsmę, kai jo metu mums padažnėja kvėpavimas, įsitempia raumenys, pagreitėja širdies ritmas, iš vidinių organų kraujas plūsta į galūnes, dėl to atrodo, kad mes turime daugiau energijos, teigia Truskauskaitė-Kunevičienė (2021). Tačiau ilgalaikis stresas yra pavojingas ir psichologiškai, ir fiziškai, nes „didelis streso lygis yra susijęs ir su nerimu, depresijos rizika“ (Ogawa, Takamatsu, ir Horiguchi, 2011). Pasak autorių, vaisingų žmonių patiriamas streso lygis prilyginamas žmonių, sergančių vėžiu ar širdies ligomis.

Mokslinėje literatūroje analizuojamos priežastys, kokie veiksniai įtakoja streso pasireiškimą. Ramezanzadeh ir kt. (2004) teigia, jog 80 proc. porų nevaisingumą pristatė kaip keliantį didelį ar net labai didelį stresą. Tyrimai atskleidė, kad psichologinis stresas dėl nevaisingumo gydymo paveikia porų gyvenimo kokybę, sutrikdo jų psichologinę ir socialinę gerovę (Huppelschoten ir kt., 2013). Bendras partnerių gebėjimas kalbėtis arba nesugebėjimas kalbėtis gali atitinkamai daryti įtaką stresui, tačiau, pasak Schmidt (2009), jeigu stengiamasi išspręsti nevaisingumo problemą ir sprendžiama ne tik fiziniame, bet ir psichologiniame lygmenyje – tai sumažina streso simptomus, o jei atvirkščiai – gali lemti žemesnę psichologinę ir fizinę gerovę.

Moterys pasižymi stipresniu streso išgyvenimu dėl nevaisingumo problemos negu vyrai (Ogawa, Takamatsu, ir Horiguchi, 2011). Tam antrina Irane atlikto tyrimo rezultatai – daroma išvada, kad nevaisingumo gydymas yra vienas iš didžiausių stresą sukeliančių faktorių

moterims (Hasanpoor–Azghdy, Simbar, ir Vedadhir, 2014). Emocinė moterų našta sulaukia vis daugiau dėmesio. Nevaisingumo problemos bloginą gyvenimo kokybę, kelia didesnę nerimą bei depresiją (Verhaak ir kt., 2007). Norvegijos mokslininkė Biringer su kolegomis ištyrė beveik 2 tūkstančius nevaisingų moterų, panaudodami HAD nerimo ir depresijos skalę. Jie nustatė, kad didesnis psichologinis stresas buvo susijęs su vyresniu moters amžiumi (Biringer ir kt., 2015). Stipresnių nerimo ir depresiškumo simptomų ryšį su vyresniu amžiumi 2011 metais taip pat aprašė ir Japonijos mokslininkų grupė (Ogawa, Takamatsu, ir Horiguchi, 2011). Faktoriai, lemiantys stresą, yra neigatyvios emocijos, tokios kaip nerimas ir depresija bei nenoras ar sunkumai su šiomis emocijomis dirbti.

Depresija ir nerimas – vienos pagrindinių psichologinių reakcijų į nevaisingumą. Rizikos faktoriai, lemiantys nerimą ir depresiją, mokslinėje literatūroje nurodomi šie: ankstesnių psichologinių problemų istorija, nėštumo praradimai, ilgesnis nevaisingumo periodas, galutinės neigiamos medicininės diagnozės dėl nevaisingumo, kurios teoriškai sumažina pastojimo prognozes (Domar, 2021). Tyrimas, kurį atliko Galhardo ir kt. (2011) atskleidė, kad nevaisingos poros, kurioms buvo skirtas medicininis gydymas, pasižymėjo didesniu nerimu ir depresija (vertinant balais), palyginus su poromis, kurios buvo vaisingos ar laukė įsivaikinimo (Domar, 2021). Toliau autorius detalizuoja, jog nerimo ir depresijos simptomai dažniau pastebimi tiriant nevaisingas poras bei labiausiai pasireiškia asmenyje, kuris turi nevaisingumo problemų. Ramezanzadeh su kolegomis (2004) nuomone – nerimas ir depresija didėja ilgėjant nevaisingumo trukmei, t.y.: simptomai nėra stipriai išreikšti 3 pirmaisiais nevaisingumo metais, bet sustiprėja po 4 – 6 metų ir ypač stipriai simptomai jaučiami po 7 – 9 metų nevaisingumo.

Nerimas, pasak Dembinsko (2003) – tai jausmas lyg laukti, kad įvyks kažkas negera, jaučiama stipri vidinė įtampa. Netgi ir nesant jokiai priežasčiai kam nors blogo įvykti, nežinant kas gali atsitikti, vis tiek jaučiama, „kad atsitiks kažkas bloga“. Nežinojimas dažnai išgyvenamas sunkiau negu bloga žinia ar įvykis. Nerimui būdinga vidinė įtampa, žmogus negali nustygti vietoje, sutrinka jo apetitas, miegas, psichinė veikla susitelkia tik į šias mintis ir išgyvenimus” (Dembinskas, 2003, p. 164).

Yusuf (2016) atliktame tyrime su asmenimis, išgyvenančiais nevaisingumą – 70 proc. tiriamųjų nustatyti nerimo simptomai, iš kurių net 29 proc. turėjo labai sunkių simptomų. Ramezanzadeh ir kolegų (2004) duomenimis, net 86,8 proc. tiriamųjų turėjo nerimo simptomus. Moksliniuose tyrimuose, vertinančiuose lyties įtaką emociniam adaptyvumui,

pastebėta, kad moterys statistiškai palyginus dažniau jaučia nerimą, joms labiau pasireiškia neigiamas afektas, kai tuo tarpu vyrai pasižymi didesniu teigiamu emocijumu (Ucles, Aparicio, ir Rosset, 2014). Kanclerytės (2017) nuomone, trečdalis moterų, patiriančių nevaisingumą, jaučia lengvus ir dar tiek pat moterų patiria stiprius nerimo simptomus. Šią mintį patikslina Droszol ir Skrzypulec (2009) teigdami, jog nevaisingų moterų grupėje 15,5 proc. jautė stiprų nerimą. Pasak Adomaitienės ir Eremino (2010), nerimas glaudžiai siejasi su depresija ir daugeliu atvejų nerimo sutrikimai gali būti prieš atsirandant depresijai arba kartu su ja, o jei depresija yra gydoma, nerimas vis tiek gali išlikti. Nerimą ir depresiją gali būti sunku atskirti, tačiau skirtingai nuo depresijos pagrindinės nerimo ypatybės yra baimingumas, bloga nuojauta, baimė ir rūpestis (Adomaitienė ir Ereminas, 2010).

Depresija – viso organizmo susirgimas, paveikiantis asmens nuotaiką, mintis ir jo fizinę gerovę (Adomaitienė ir Ereminas, 2010). Depresiška nuotaika, liūdesys ir jausmas, kad esi nelaimingas, dažniausiai yra laikini, kylantys pablogėjus funkcijoms po ligos ar dėl kitų sudėtingų gyvenimiškų aplinkybių, kur pagrindiniai simptomai yra nuolatinė bloga nuotaika ir interesų bei malonumo netekimas, teigia Adomaitienė ir Ereminas (2010). Toliau autoriai detalizuoja, jog depresija gali būti lengva, vidutinė ir sunki, ją lydi neurologiniai simptomai, tokie kaip nuovargis ir nepaaiškinamas skausmas, taip pat apetito stoka ir svorio kritimas bei amenorėja. Ilgą laiką besitęsiantis nevaisingumas ir nesėkmingi bandymai susilaukti vaikų sustiprina depresiją, teigia Ramezanzadeh ir kt. (2004). Autorių nuomone, ryšys tarp nevaisingumo laikotarpio ilgio ir depresijos ar kitų psichologinių problemų sustiprėjimo matomas, tačiau, esant pozityviems asmeniniams bruožams, geriems santykiams su antrąja puse, depresijos, nerimo požymiai tampa neryškūs.

Galhardo ir bendraautorių (2011) duomenimis, moterys pastebimai labiau pasiduoda depresyvumui, daug negatyviau žiūri ir daug labiau save teisia. Tai gali patvirtinti idėją, kad dėl kultūrinių faktorių ir lyčių rolių moterys labiau nei vyrai nevaisingumą patiria per gėdos ir negatyvaus savęs vertinimo prizmę (Galhard ir kt., 2011). Tai, jog moterims, kurioms yra diagnozuotas nevaisingumas, labiau būdingas nepilnavertiškumo ir kančios jausmas, pyktis bei liūdesys dėl to, kad „gyvybės grandinė gali baigtis manimi“, patvirtina ir kitas tyrimas (Istomina, Petrylienė, ir Razbadauskas, 2010, p. 3442). Kitame tyrime teigiama, jog depresijos simptomai nustatyti 79 proc. moterų, iš kurių 10 proc. pasireiškė labai stiprūs simptomai (Yusuf, 2016). Ramezanzadeh ir kolegų nuomone (2004) – net 40,8 proc. Kanclerytė (2017) tvirtina, jog depresijos simptomai būdingi kas penktai moteriai. Taip pat kai kuriuose

moksliniuose tyrimuose pastebima, kad dėl patiriamų emocinių išgyvenimų ir sunkumų moterys savo gyvenimą suvokia kaip betikslį, didėja savižudybės rizika (Dyer, Abrahams, Hoffman, ir Spuy, 2002). Depresijos pikas buvo pastebimas trečiaisiais nevaisingumo metais, o po šešerių metų moterų psichologiniai simptomai sumažėjo (Ramezanzadeh ir kt., 2004). Kita vertus, poros, kurios nusprendžia įsivaikinti, galimai jau perėjo gedėjimo dėl negalėjimo turėti savo biologinį vaiką periodą ir jų sprendimas galėjo joms padėti jausti mažiau depresijos, nerimo ir gėdos (Galhardo, Pinto–Gouveia, Cunha, ir Matos, 2011).

Taigi, porai susidūrus su nevaisingumu, žinia apie tai, kad jie abu ar vienas iš poros negali susilaukti vaikų yra didelis psichologinis išbandymas tiek individui, tiek ir šeimai, kadangi nevaisingumo problemos pateikiamos kaip blogesnė gyvenimo kokybė (Verhaak ir kt., 2007). Stipri psichologinė įtampa, patiriamas stresas, baimė ir beviltiškumas bei kiti neigiami išgyvenimai, kuriuos patiria nevaisingos poros ir ypač moterys, gali tapti net psichinių sutrikimų priežastimi. Ir kaip teigia savo darbe Kanclerytė (2017) – nerimas ir depresija turi didesnę neigiamą poveikį ne tik emocinei būklei, bet ir nevaisingumo gydymo eigai ir jo rezultatams, pažeidžia emocinę ir socialinę gyvenimo sritis. Šiai nuomonei antrina Domar (2021) ir mini, jog visi šie faktoriai lemia patiriamą stresą ir atvirkščiai – darbas su negatyviomis emocijomis, socialinis palaikymas, asocijuojamas su mažėjančiu psichologiniu stresu.

1.4. Psichologinės ir socialinės paramos reikšmė patiriant nevaisingumą

Vis daugėja tyrimų, kurių metu įvertinama psichologinės ir socialinės paramos nevaisingoms šeimoms svarba. Pasak Istominos ir kt. (2010), analizuojant literatūrą apie nevaisingumą yra matomas atotrūkis nuo kompleksinio požiūrio į šią problemą. Tiek praktinėje, tiek mokslinėje srityse didžiausias dėmesys yra teikiamas fiziologiniams nevaisingumo aspektams, įvairioms medicininėms intervencijoms bei esamiems etiniams ir moraliniams pagalbinio apvaisinimo klausimams, tuo metu pamirštant psichologinės ir socialinės paramos svarbą su šia problema susiduriančiai šeimai, teigia Istomina ir bendraautoriai (2010). Taip pat susiduriama su problemos institucionalizavimu, kliūčių atsiradimu gauti profesionalią pagalbą (Bell, 2010). Tam antrina ir kiti tyrėjai, teigdami, jog su nevaisingumu susiduriantys žmonės išreiškia rūpestį dėl emocinės paramos stokos bei

medicininės pagalbos nepakankamo užtikrinimo, nors tuo pat metu atsiliepimai, vertinant gydytojų ir viso personalo demonstruojamą pagarbą ir suteikiamą autonomiją bei galimybę partneriui dalyvauti gydymo procese, yra labai geri (Van Empel ir kt., 2010).

Kitas svarbus aspektas, su kuriuo susiduria pora – poros santykiai. Nevaisingumo problemos sukelia įtampą santykiuose ir net skyrybas, tačiau kartais atvirkščiai – jos gali atnešti ir teigiamą efektą santykiams. Schmidt (2009) atlikti kokybiniai porų tyrimai atskleidė, kad pats žmogaus požiūris į nevaisingumą gali keisti situaciją į gerąją pusę. Tuo atveju, kai žmogus pats sąmoningai situaciją vertina iš teigiamos pusės, asmeniškai prisiimdamas tai kaip galimybę bręsti asmenybei, tada santuoka ir santykiai įgyja tvirtumo (ten pat). Autoriai Malina, Glogiewicz ir Piotrowski (2019), tirdami nevaisingų porų psichologinius iššūkius ir pagalbos prieinamumą, pastebėjo, kad poros pripažįsta, jog palaikant vienas kitą ir atvirai dalinantis išgyvenimais, stiprėja emocinė gerovė ir santykiai tampa geresni. Jų teigimu, socialinis palaikymas yra vienas iš svarbiausių veiksnių siekiant susitvarkyti su stresą keliančiom medicininėm nevaisingumo klinikų procedūrom.

Malina ir jos bendraautorai (2019) teigia, jog susitikimai grupėse, kurie susideda iš kalbėjimo ir klausymosi neformalioje, neteisiančioje aplinkoje, yra teigiamai veikiančys socialiniai susibūrimai. Socialinė parama gali sušvelninti streso įtaką išsikalbant, o tai ypač tinka esant nevaisingumo problemai (Steuber ir High, 2015). Kaip teigia šie autoriai, tyrimai, skirti nevaisingoms moterims ir jų socialinei aplinkai, atskleidė, kad sunkiose situacijose leidžiant emocijoms ir mintims išsiliesti, stresas sumažėja. Steuber ir High (2015) tyrimų rezultatų duomenimis, socialinė parama suvaidina teigiamą rolę tada, kai moterys apie savo nevaisingumą išdrįsta pasipasakoti. Šiai minčiai antrina taip pat Taebi, Kariman, Montazeri ir Majd (2021) teigdami, kad viena iš efektyvių strategijų moterims išlaikyti vidinį balansą esant nevaisingumo problemai, tai – išsikalbėti su kitomis nevaisingomis moterimis. Bendraminčių grupės paminėtos kaip svarbus socialinės paramos šaltinis nevaisingoms moterims. Pasak Taebi ir kt. (2021), socialinių santykių gerinimas viena kitą palaikant gali labai pagerinti šių moterų gyvenimo kokybę.

Esant psichologiniam stresui ir nevaisingumui, individuali ar grupės psichoterapija gali sumažinti negatyvų poveikį nerimui, depresijai, nevaisingumo sukeltam stresui, rašo Domar (2021). Autorius antrina ir teigia, jog terapija ir psichoterapija – kognityvinė elgesio terapija, naujų elgesio šablonų mokymasis, grupės palaikymas, „mindfulness” terapija, atsipalaidavimo

technikos, streso suvaldymo technikos galėtų turėti daug geresnį poveikį mažinant streso ir depresijos simptomus nevaisingom moterim negu vaistų terapija.

Pasak Pedro ir Mwaba (2013), moterys susiduria su didžiuliais psichologiniais iššūkiais ir turi poreikį profesionaliai pagalbai, todėl šalia nevaisingumo procedūrų rekomenduojama taip pat taikyti ir psichologinę pagalbą. Tai, anot tyrėjų, apleista sritis, t. y.: trūksta psichologinių paslaugų nevaisingumo klinikose, trūksta ir kitų psichosocialinio palaikymo kitomis formomis (ten pat).

Vien vaisingumo klinikų vykdomas procesas, kaip teigia Pedro ir Mwaba (2013) kelia stiprius emocinius potyrius. Schmidt (cit. Terry ir Hynes, 1998) teigia, jog nevaisingumo problemų sprendimas yra dar silpnai kontroliuojama situacija. Todėl, pasak Peterson ir bendraautorių (2012), tokių psichologinę būseną gerinančių paslaugų rekomendavimas yra laikoma kaip labai reikalinga gydymo proceso dalis. Čia jie išskiria keletą tokios pagalbos rūšių: vaisingumo sutrikimų turinčių pacientų priežiūra, nevaisingumo konsultacijos, psichoterapija (Peterson, Boivin, Norre, Smith, Thorn, ir Wischmann, 2012). Pasak autorių, išdėstytos paslaugos apima: informacijos rinkimą ir analizę, nutarimai (nutarimų) ir sprendimų priėmimo konsultacijos, paramos, krizių ir terapeuto konsultacijos. Autoriai Peterson ir kt. (2012) rekomenduoja, atsižvelgiant į lyties skirtumus, donorystės klausimus, seksualinės disfunkcijos problemas, ieškoti būdų integruoti kuo įvairesnį spektrą paslaugų, leisiančių poroms stiprinti psichologinę gerovę.

Kaip teigia Pedro ir Mwaba (2013) – nevaisingos moterys turi nepaprastai sunkią užduotį nuolat sugebėti susidoroti su priešingomis emocijomis – vilties ir beviltiškumo. Todėl jų rekomendacija yra tai, kad pasiūlyta tinkama pagalba galėtų padėti moterims lengviau priimti esamą situaciją ar iškęsti fiziškai patiriamus sunkumus.

Pagal atliktus tyrimus yra pavyzdžių, kurie įrodo, kad moterų, kurios gavo psichologinę pagalbą ir dalyvavo terapijose, pastojimų procentai buvo didesni palyginus su tomis grupėmis kurios to neturėjo (Lynch ir kt, 2014). Taip pat autorių Pedro ir Mwaba (2013) teigimu, didesnis dėmesys pacientų psichologiniams poreikiams galėtų sukurti lengvesnį ir šiltesnį paciento ir gydančio personalo santykį, o visa tai leistų poroms jaustis stipriau einant per įvairias šio sudėtingo proceso dalis (ten pat).

Pastarąjį dešimtmetį mokslinėje erdvėje buvo daug dėmesio skiriama tyrimams, nagrinėjantiems nevaisingų pacientų fizinę, psichinę ir socialinę gyvenimo sritis, kurie atkleidė, jog nesėkmingi gydymo ciklai didina nerimo bei depresijos lygį ir netgi didina moterų

savižudybių riziką (Kjaer ir kt., 2011). Taigi, psichosocialinių sunkumų patiriančioms moterims reikalinga ir socialinė pagalba bei parama, taip pat psichoterapeuto ar psichologo konsultacijos.

Kai kurių tyrimų duomenimis, geresnė psichologinė būseną galėtų turėti įtakos pastojimui, pavyzdžiui, pastojimo skaičiai buvo didesni moterų grupėje, kurios turėjo „mindfulness” intervencijas, palyginus su tomis kurios neturėjo (Domar, 2021). Dar vienas tyrimas (Roozitalab, Rahimzadeh, Mirmajidi, Atae, ir Saeieah, 2021) parodė, kad psichologinės intervencijos moteriai atliekant nevaisingumo procedūras padeda joms ne tik susitvarkyti su emocine nevaisingumo našta, tačiau ir išvengti rizikos patirti nerimą, stresą ir kitus neigiamus psichologinius iššūkius, susijusius su teikiama medicinos pagalba.

Vietname atlikto tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti kokią įtaką streso mažinimui turi skirtingi socialinės paramos resursai (Lam, Linh, ir Thuy, 2021). Paaiškėjo kad paramos dažniausiai sulaukiama iš visų socialinių grupių – šeimos, draugų ir kitų asmeniškai reikšmingų žmonių. Pasak šių autorių – jei palaikymas nėra išskirtinai intensyvus, kuriame būtų jaučiami nepaprastai dideli lūkesčiai, tai tokia pagalba nevaisingumo sukeltą stresą išties sumažintų. Tačiau Lam ir bedraautorių rekomendacijos yra – jeigu šeima ir bendrai visuomenė geriau suprastų nevaisingumą, jie galėtų efektyviau padėti nevaisingiems žmonėms sumažinti stresą šioje situacijoje (ten pat).

Apibendrinus nagrinėtą literatūrą, ryškėja, kad nevaisingumas yra liga, sukelianti sunkumų įvairiose su šia problema susidūrusio žmogaus gyvenimo srityse ir mažinanti gyvenimo kokybę. Dėl fizinių, socialinių ir psichologinių sunkumų poros, o ypač moterys išgyvena didelį stresą, neretai praranda gyvenimo džiaugsmą ir prasmę, atsiriboja nuo aplinkinių, nutrūksta jų socialiniai ryšiai. Pastebimas sveikatos institucijų nepakankamas dėmesys nevaisingų porų emociniams ir psichologiniams sunkumams spręsti. Tuo tarpu, kai kurie autoriai teigia (Lynch ir kt., 2014; Peterson ir kt., 2012), kad gydant psichologines problemas, taikant terapijas, psichologinę pagalbą, gerėja ir nevaisingumo gydymo statistika. Nevaisingų porų gydyme taip pat išryškėjo ir socialinės paramos svarba. Esant tarpusavio ir šeimos palaikymui gerėja santykiai tarp sutuoktinių, išsaugoma psichologinė stiprybė ir atsparumas, kurio reikia einant šiuo iššūkių ir sunkumų keliu gydantis nevaisingumą ir siekiant pastoti.

Tačiau, pradėdant nevaisingų pacientų gydymą ir norint pasiekti geriausių rezultatų, svarbu visapusiškai iširti ir įvertinti ne tik fizinę paciento būklę, bet ir psichologinę būseną bei

gyvenimo kokybę ir orientuoti gydymą į labiausiai problemų pažeistas sritis. Šokio-judesio terapija galėtų būti puiki galimybė šių asmenų, patiriančių nevaisingumą, sveikatinimui bei gyvenimo kokybei.

2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJA MOTERIMS, PATIRIANČIOMS NEVAISINGUMĄ

Remiantis ankstesne teorine analize šiame darbe galima teigti, kad moterys, kurios susiduria su sunkumais susilaukti vaikų, dažniausiai išgyvena tai kaip negalią, moralinę naštą ir fizinės, psichologinės bei socialinės gerovės sutrikdymą. Žinia apie tai, kad jų svajonė sūpuoti kūdikį ant rankų išnyksta, sukelia daug vidinių išgyvenimų, sukuria papildomo streso, pagilina ar net sukelia depresijos simptomus. Moterys, kurios nori pagerinti savo galimybes pastoti, dažniausiai renkasi pagalbinio apvaisinimo kelią, tačiau šiuo metu vis dažniau atkreipiamas dėmesys į emocinius ir psichologinius šių moterų poreikius. Vis labiau pradedama suprasti, kad visapusė sveikata ir gebėjimas išlaikyti vidinę rimtį ir ramybę gali teigiamai paveikti ir gydymo rezultatus, kaip tai buvo matoma anksčiau aptartuose tyrimuose.

Šokio-judesio terapija yra sritis, paliečianti žmogaus kūniško pasaulio sferą, o moterys, susiduriančios su nevaisingumu, savo problemą labiausiai susieja su kūniškos vaiko išnešiojimo ir gimdymo patirties nebuvimu. Šios terapijos galimybės apima biopsichosocialinės sveikatos gerinimą, sąmoningumo didinimą, kūno ir proto vienovės stiprinimą.

2.1. Šokio-judesio terapijos samprata

Šokio-judesio terapija – tai viena iš keturių oficialių menų terapijos krypčių. Menas yra itin archajiška žmogaus saviraiškos forma (Dubodelova ir Mačiulaitis, 2012). Tūkstančius metų žmonės naudojo menus kaip išraiškos, bendravimo ir gydymo būdą, tačiau menų terapija, kuri apima dailę, muziką, dramą ir šoki-judėsį pradėjo formuotis tik XX amžiaus viduryje (Farokhi, 2011). Atlikta nemažai tyrimų, kuriais įrodyta, kad menas turi gydomąjį poveikį – padeda sumažinti emocinę įtampą, vidinius išgyvenimus, padeda sušvelninti ligos simptomus ir kt. (Farokhi, 2011). Amerikos menų terapijos asociacija (AATA) teigia, kad taikant integracinius metodus menų terapija įtraukia protą, kūną ir dvasią kitaip nei vien žodinė kalba. Kinestetinės, jutiminės, suvokimo ir simbolinės galimybės skatina alternatyvius informacijos priėmimo ir vidinės išraiškos būdus. Vizualinė ir simbolinė raiška pasitelkia neverbalų išraiškos būdą vidinei patirčiai atskleisti ir įgalina individualią, bendruomeninę ir visuomeninę transformaciją (American Art Therapy Association). Šių meno terapijų nauda yra visokeriopa, nes padeda žmogui tapti stipresniam, atsparesniam stresui, labiau pasitikėti savimi, atstatyti savo vidinio įvaizdžio paveikslą. Terapija naudinga įvairaus amžiaus žmonių grupėms ir yra taikoma grupinės ar individualios terapijos formate.

Šokio-judesio terapija – efektyvi ir mokliškai pagrįsta menų terapijos sritis (Lukošaitytė ir kt., 2014, Chaiklin, 2017, Zvicevičienė, 2018 ir kt.). Per visą istoriją žmonės save reiškė judesiu bei šokiu svarbiausiais gyvenimo momentais, pvz., judėdami kartu pagal bendrą ritmą jie šokdavo prieš derliaus nuėmimą, medžioklę ir karus, jie šokdavo pereinamuoju laikotarpiu – gimimo, brendimo metu, paauglystėje, vyriškume ir mirtyje (Boris, 2008). Autorė praplečia savo mintį cituodama šokio-judesio terapijos pionierę Marian Chace (Boris, 2008, p.3), kuri teigia, jog judėjimas ir šokis atsirado anksčiau nei kalbos ir verbalinio bendravimo praktika, kuri yra išmokstama, o šokis yra natūralus, tad asmuo įžengia į bendruomenę jau mokėdamas neverbalinę kalbą. Kadangi gebėjimas šokti pradeda vystytis kai kūdikis susipažįsta su išoriniu pasauliu, teigia Boris (2008), kai formuojasi erdvės samprata, gravitacijos suvokimas, raumenų jėga, o šliaužimas ir vaikščiojimas yra kaip būdas plėsti ir tyrinėti kūno suvokimą erdvėje. Tad galima teigti, kad ŠJT yra palyginti naujas gydymo ir pagalbos būdas Vakarų civilizacijoje, nors terapinis judesio poveikis yra žinomas ir buvo naudojamas įvairiose civilizacijose nuo seniausių laikų (Martinec, 2018).

Šokio-judesio terapiją galima apibūdinti kaip judesio išraiškos menų rūšį, kuria siekiama sukurti saugumo ir pasitikėjimo jausmą, padedantį lengviau suvokti save, kurti tarpasmeninį ryšį, iš naujo integruoti protą ir kūną bei plėsti saviraiškos diapazoną (Payne, 2006). Trys pagrindiniai šaltiniai, iš kurių išsivystė šokio-judesio terapija, pasak Schmais ir White (1986), yra šie: terapiniai šokio aspektai, kurie buvo naudojami per amžius, šiuolaikinio šokio kūrybinė arba improvizacinė dalis, ir judesys – ekspresyvioji ir komunikacinė šokio dalis, bei didėjantis dėmesys socialinei sąveikai grupėje ar individualioje terapijoje bei psichoterapijoje.

Šokio-judesio terapija – tai terapinis judesio naudojimas, siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją, kur šokis/judesys, kūrybinė išraiška ir tarpasmeninis santykis – pagrindiniai komponentai, teigia Zvicevičienė (2018). ŠJT remiasi prielaida, kad protas, kūnas, emocinės būsenos ir tarpasmeniniai santykiai yra nuolatinėje sąveikoje, o judesys / judėjimas atspindi vidinius procesus, kuriuos galima vertinti ir daryti jiems poveikį (Lietuvos šokio/judesio terapijos asociacija).⁴ Anderon-Frazier (2020) antrina ir papildo, jog šokio-judesio terapija ne tik skatina gilesnį ryšį su protu, kūnu ir siela, kurie yra tarpusavyje susiję, bet ir kūrybiškumo pagalba padeda emocijoms, vaizduotei, pažeidžiamumui ir tapatybei būti išreiškštiesiems. Šokis, ŠJT atveju, apima kvėpavimą, ritmą, judėjimą arba gestikuliaciją ir laikyseną, ypatingą dėmesį skiriant vaizdiniam, simbolizmui ir metaforoms (Karkou, 2006). Judesys padeda vidiniam ir išoriniam pasauliui susijungti ir atrasti būdą abiem vienu metu būti (Chaiklin, 2017) ir kartu atspindėti bet kokį kontekstą, patirtį, istoriją ar emociją (ADTA). Pavyzdžiui, kaip teigia Hornthal (n.d.), „atrasti tas vietas viduje, kurių galbūt nežinote arba kurias nusprendėte neigti, ir suteikti balsą išgvenimams bei emocijoms“.

Visa tai gali būti „įgarsinta“ judesio ar šokio pagalba, perteikiant simboliais. Simbolizmas dažnai siejamas su judėjimu, kuris pagrįstas vaizduote ir judėjimu kaip metafora, o visa tai yra neatsiejama kūrybos proceso sudedamoji dalis (Karkou 2006; Meekums 2012). Karkou (2006) teigimu, vaizduotė gali pasireikšti kaip komunikacinė išraiška per simbolinius judesius. Be to, kūrybiškai dirbant su simboliu judesiu, dalyviai gali perteikti slegiančius patyrimus, kurie yra sunkiai perteikiami žodžiais, o tai gali padėti pažinti ir leisti įvykti pokyčiams (Meekums 2002). O, Barre (2005) nuomone, matomi ir nematomi kūno judesiai

⁴ Lietuvos šokio-judesio terapijos asociacija <https://www.lsjta.lt>

taip pat turi diagnostinę vertę ir yra priemonė intervencijai, interpretacijai ir vertinimui. ŠJT specialistai „klausosi“ pacientų kūno judesių tekstų jų kūnuose, jie „girdi“ šį tekstą savo akimis, teigia Khan (2018). Judesio metafora ir kūrybinio pokyčio procesas, pasak Meekums (2002) – du pagrindiniai komponentai. Tam antrina Hornthal⁵, kuri teigia, kad šokio-judesio terapija naudoja judesį ir neverbalinį bendravimą psichologinėms ir elgesio problemoms, kurių vien tik žodžiai neišsprendžia, valdyti. O tai aktualu, pasak Bohn⁶, ir fizinei, ir intelektinei, ir emocinei, ir socialinei asmens sveikatai palaikyti.

Šokio-judesio terapijoje, pasak Chaiklin (2017), remiamasi tikėjimu, kad savo kūne žmogus turi viską, ko reikia jo gijimui. Pasak, Chaiklin ir Wengrower (2016), žmogaus kūno anatomija ir jos veikimas suprantami kaip sistema, o kiekviena sistema iš esmės susijusios viena su kita. Autoriai pratęsia mintį (ten pat, 2016, p. 8) ir teigia, jog kalbant apie kūną, įtraukiami ne tik funkciniai judėjimo aspektai, bet ir psichika bei emocijos, kurios susiję su tuo, kaip pats judesys veikia pokyčius tiek psichikoje, tiek emocijose. Taip pat ir protas yra kūno dalis, o kūnas įvairiais būdais veikia protą, tokiu būdu ŠJT erdvėje „atsiveria žmogaus sąmoninga ir nesąmoninga vidinė raiška“ (Payne, 2006, p. 9). Tuo tarpu, šokio-judesio terapijoje laikomasi nuostatos, jog neišsąmonintą savęs dalį galime suvokti skirdami dėmesį savo kūnui ir judesiui (Shalem-Zafari ir Grosu, 2016).

Anot, Pallaro (1997), kūnas yra mūsų savasties pagrindas; per kūną mes suvokiame, veikiamo ir sąveikaujame su pasauliu. Suvokdamas kūną, kaip gyvybingą ir funkcionalų, žmogus taip suvokia ir visą save (Tortora, 2011). Anot La Barre (2005), ŠJT išskirtinumas yra tas, kad ji pagrįsta kūno judesių sąveika. Tiek atskleisti, tiek paslėpti kūno judesiai yra labai reikšmingi, kartu jie sudaro „kinetinį tekstą“ (La Barre, 2005), kurį galima suvokti kaip emocinį kūno judesių tekstą, per kurį asmeniniai ir tarpasmeniniai komunikacijos elementai yra atskleidžiami ir perduodami per empatiją, neverbalią raišką (ir kt.) santykiyje.

Boris (cit. Chace, 2008) teigimu, yra kelios empatinio jautrumo sritys – tai supratimas, tolerancija, įvertinimas, meilė. Jausmai, mintys yra suvokiami be žodinės išraiškos, tai gali vykti bet kokiomis aplinkybėmis (Boris, 2008). Neverbalinis bendravimas vyksta tarp visų

⁵ Hornthal, E. <https://www.ericahornthal.com>

⁶ Psychology Today, (2020, liepos 20). Katie Bohn, <https://www.psychologytoday.com/us/therapists/katie-bohn-saint-louis-mo/325744>

žmonių, o mes gimstame su gebėjimu jį suteikti ir priimti (ten pat). Deja, autorės teigimu, nors neverbalinis bendravimas nuolat vyksta, tačiau jis dažnai lieka neatpažintas, neigiamas arba atmetamas. Tokiu būdu, pasak Boris (2008), pamažu iš žmonių atimamas pasitikėjimas pojūčiais, kuriuos siunčia mūsų pačių kūnai, o taip apribojama komunikacija.

Taigi, ŠJT – tai terapijos forma, kuri sujungia fizinį, emocinį, kognityvinį ir socialinį gydymo aspektus (Pylvanainen ir kt. (2015), kur didelė reikšmė skiriama judesiui, kūrybiniam judėjimo procesui šokio-judesio terapijoje, siekiant fizinės, psichinės, socialinės asmens sveikatos.

2.2. Šokio-judesio terapijos procesas

ŠJT procesas gali vykti individualiai arba grupėse (Meekums, 2002; Capello, 2009; Koch ir Fischman, 2011; Nolan, 2014). Jis gali būti taikomas įvairioms gyventojų grupėms, pradedant vaikais ir baigiant pagyvenusiais žmonėmis (ten pat). Kinsley išskiria keletą šokio terapeuto užduočių:

- Padėti iširti ir įprasminti ryšį tarp judesio ir emocijų;
- Išmokyti stebėti kūno pojūčius ir kvėpavimą;
- Padėti atlikti saviraiškos ir improvizacinius judesius;
- Siūlyti konkrečias judesio ar žodines terapines intervencijas, skatinančias gijimą;
- Padėti suvokti ir priimti judesio sukeltus jausmus⁷ (Kinsley, n.d.).

Schmais ir White (1986) teigimu, šokio-judesio terapija pradedama atsižvelgiant į asmenybę, kai šokio-judesio terapeutas užmezga santykį „įsijungdamas“ į paciento afektinę būseną, kurią atskleidžia jo judesiai. Tokiu būdu, pasak autorės (ten pat), užmezgamas ryšys su pacientu. Empatija padeda sukurti terapeuto ir paciento santykį, judėjimą kartu, nagrinėja jausmus, pojūčius ir jų sąveiką terapiniame procese. Kūrybinis pokyčio procesas vyksta terapiniame kontekste. Meekums (2002) jį konceptualizuoja kaip įtraukiantį keturis

⁷ Kinsley, C. (n.d), MA, Professional Counselor Associate, <https://www.carolinekinsley.com/>

pagrindinius etapus: pasirošimą, inkubaciją, nušvitimą ir įvertinimą, kurie gali kartotis cikliška.

Kitas svarbus ŠJT akcentas – dabarties laikas ir įsitraukimas į judėjimą, kur erdvė tampa svarbiausiom sąlygom judėjimui vykti (Meekums, 2002; Bloom, 2006; Payne, 2006; Chaiklin ir Wengrower, 2009). Anot šių autorių, judančio kūno įsitraukimas, kūno suvokimo ugdymas ir sąmoningumo ugdymas bei žodinis judesio patirties atspindėjimas leidžia pacientui užmegzti ryšį su savo emocijomis patirtimi (ten pat). Behrends ir kt. (2012) antrina ir teigia, jog pagrindinės ŠJT sąvokos bei technikos susijusios su refleksija; veidrodiniu atspindėjimu; kūno simbolizavimu; kūno patyrimu, autentišku judesiu, judesio savybėmis, ritmu, erdve ir formomis. Terapeuto ir kliento dėmesys gali būti nukreiptas į judesio savybes, kvėpavimą, kūno formas, gestus, laikyseną, mimiką, fizinius (neurovegetacinius) pojūčius, akių kontaktą, raumenų tonusą, santykius su grupės nariais, asmeninį judesio profilį, erdvės naudojimą ir kt. (Behrends, Muller, Dziobek, 2012) savęs stebėjimo ir terapijos tikslais.

Šokio-judesio terapijoje „galima naudoti įvairiausias šokio stilius, kryptis ir metodus“ bei taikyti siekiant užsibrėžtų tikslų, teigia Zvicevičienė (2018, p. 55, cit. Griūnliund ir Ogacian). Praktikai gali sutelkti dėmesį į mini pasakojimus – skatindami pokyčius ir koreguodami esamas fiksuotas istorijas (Karkou ir Lycouris, 2011). O sinchroninis, pastangų reikalaujantis judėjimas, kartu puoselėja įkūnytą santykį (Tarr ir kt., 2015) bei suteikia terapeutui kliento veiksmų, emocijų ir jutiminės patirties kūno pojūčius (Berrol, 2006; Gallese ir Sinigaglia, 2011). Tam antrina ir Behrendsas bei kiti tyrėjai (2012), kurie pabrėžė, kad: „būdingi judesio ir šokio elementai (pvz., mėgdžiojimas, sinchroniniai judesiai) yra tinkami skatinti empatijai ir tarpasmeniniam bendravimui“ (Behrends ir kt., 2012).

ŠJT suteikia galimybę kitaip patirti savo kūną, išreikšti savo jausmus, įgyti gilesnį ryšį su savimi ir galiausiai išsiugdyti dėkingumo ir užuojautos sau ir savo kūnui jausmą, teigia Kinsley (n.d.). Kūnas yra dominuojanti medija šokio-judesio terapijoje, teigia Martinec (2018), o ši terapijos rūšis gali būti ypač naudinga fizinių traumų, fizinės prievartos ir kūno įvaizdžio sutrikimų atvejais arba tais atvejais, kai tam tikri fiziniai ar jutiminiai apribojimai trukdo įgyvendinti emocinius ar socialinius poreikius. O ši terapijos kryptis, auorės teigimu (ten pat), ir yra nukreipta į kūno suvokimą ir kūno pojūčius. Pylvänäinen (2010) pastebėjo, kad ŠJT atpalaiduoja arba palengvina parasimpatinės nervų sistemos atsipalaidavimą; sukelia

vaizdinius, prisiminimus, asociacijas ir kt. Jos manymu terapija palengvina simbolinę savasties išraišką – įvairiais būdais žaidžiant leidžia patirti ir susidurti su pasauliu; padeda atrasti naujus buvimo ir veikimo būdus. Galiausiai, ŠJT aktyvina santykį su savimi: tai, ką žmogus atranda savyje, judesio išraiškos, ryšio su kūnu, pagrindine savastimi; moko būti kūnu dabartyje (Pylvänäinen, 2010).

ŠJT procese ypač svarbus yra judesio suvokimas ir jausmų pažadinimo potencialas ir išvalgos gilumas bei intensyvumas, teigia Warnecke (2012). Judesiai ir kvėpavimas gali būti naudojami sustiprinti jutiminį suvokimą ir padėti klientui užmegzti ryšį su savo tiesiogine patirtimi (ten pat). Šią patirtį gali pastiprinti ir Nolano (2012) sudarytas penkių patirčių būdų žemėlapis (kūno pojūčiai, emocijos, pažinimas, vaizduotė ir motorinė veikla), atskleidžiantis intrapersonalines ir tarpasmenines galimybes bei apribojimus, kurie gali būti plėtojami pasitelkus ŠJT bei naudojant vaizduotę. Tokiu būdu, ŠJT gali turėti teigiamą poveikį gyvenimo kokybei, somatinei sveikatai ir energingumui (Bradt, 2015). O taip pat ir siekiant psichoemocinės sveikatos.

2.3. Šokio-judesio terapija psichoemocinės sveikatos gerinimui

Kinsley (n.d.) nuomone, šokio-judesio terapija gali būti taikoma daugeliui fizinės ir psichinės sveikatos problemų gydymui. Ji gali padėti pagerinti savivertę ir gali būti naudinga žmonėms, kurie susiduria su kūno įvaizdžio problemomis, valgymo sutrikimais. Taip pat, esant: nerimui, artritui, lėtiniam skausmui, bendravimo problemoms, demencijai, depresijai, žemam savęs vertinimui, potrauminio streso sutrikimams ir kt. (Kinsley, n.d.). Koch ir kt. 2019 m. apžvalgoje pateikta išvada apie ŠJT veiksmingumą: nerimui ir depresijai, tarpasmeniniams įgūdžiams, kognityviniams įgūdžiams ir bendrai gyvenimo kokybei.

ŠJT gali padėti esant trauminei patirčiai, kuri, pasak Duros ir Crowley (2014), lydi link fiziologinio pervargimo ir nervų sistemos reguliacijos sutrikimų. Van der Kolkas (2014, p. 21) pažymėjo, kad „trauma – tai ne tik praeityje įvykęs įvykis, bet ir tos patirties paliktas pėdsakas galvoje, smegenyse ir kūne“. Anot Duros ir Crowley (2014), trauminis stresas sutrikdo vidinę nervų sistemos reguliaciją ir ji arba veikia perdėtai aktyviai, pasireikšdama

kaip nerimas, panika, padidėjusi išgąščio reakcija, neramumas, padidėjęs budrumas, virškinimo sutrikimai, emocinis potvynis, lėtinis skausmas ir priešiškus, įniršis. Arba depresija, prislėgtumas, mieguistumas, dezorientacija, lėtinis nuovargis, disociacija, žemas kraujospūdis ir blogas virškinimas – tai simptomai, kurie vargina klientus, įstrigusius nejudrioje būsenoje, teigia Duros ir Crowley (2014). Tokios mobilios arba nejudrios būsenos turi įtakos ir socialiniams santykiams (Devereaux, 2017). Tai gali lemti žmogaus norą atsiriboti nuo bet kokio bendravimo (Scaer, 2007, p. 80), o tokia situacija silpnina kliento sveikimo procesą, nes žmogiškasis ryšys yra labai svarbus norint padėti traumos paveiktai nervų sistemai (Rosoff, 2018). Šokio-judesio terapija gali atkurti traumą išgyvenusiu asmenų vidinę harmoniją, atkuriant prarastą proto ir kūno ryšį. Atkūrimas vyksta įtraukiant klientą į saugią socialinę aplinką, suteikiant erdvę asmeniui „perprogramuoti“ savo gynybinės sistemos atsaką (Bentzen, 2015). Išgyvenusieji traumą dažnai gali vengti tam tikrų judesių, nes kūne lieka saugoma įvykių patirtis (Scaer, 2007). Plečiant judesių įvairovę ir applitudę žmogus gali užgniaužtas emocijas išreikšti kitu būdu, o šių išlikusių patirčių įkūnijimas reiškia kūno išsilaisvinimą nuo praeities, sensorinio ryšio atkūrimą ir sveiką visapusišką emocijų išgyvenimą (Chaiklin ir Wengrower, 2009).

Pasak Van der Kolk (2014), dirbant su traumą patyrusiais asmenimis, pagrįstai atkreipiamas dėmesys į psichologines kančias, kurias klientai dažnai jaučia. Tačiau, trauma vyksta giliai smegenyse ir kūne, reikia atkreipti dėmesį ir į fiziologines pasekmes (Van der Kolk, 2014). Fiziologinės traumuojančių įvykių pasekmės gali pasireikšti įvairiais kognityviniais ir fiziniiais negalavimais, nes būsenos gali būti patiriamos kūne, bet neintegruojamos smegenyse (Rosoff, 2018). Tai nėra pamirštama, bet nesusiję su sąmoningu suvokimu (Rosoff, 2018). Kognityviniai trauminių įvykių negalavimai gali sukelti nerimą, depresiją, disociaciją ir stresą, kurie kadaise veikė kaip gynyba nuo grėsmės, bet veikia ir po to, kai grėsmė buvo pašalinta, tapdami disfunkcinėmis reakcijomis kasdieniame gyvenime. Šios gynybinės reakcijos gali tapti galingomis kūno įtampomis, sukeliančiomis simptomatiką kūne, kuri neturi jokie žinomo medicininio pagrindo, pavyzdžiui, lėtinį skausmą be išankstinio sužalojimo arba neaiškų galūnės nutirpimą, atsirandantį kūne be priežasties (Scaer, 2007; Van der Kolk, 2014). Dabartiniai su judėjimu susijusių praktikų, tokių kaip joga ir kūnu pagrįsta somatinė terapija, tyrimai su karo veteranais ir traumą išgyvenusiomis moterimis padėjo atkurti išgyvenusiujų ryšį su savo kūnu, sukuriant didesnę saviveiksmingumą ir savireguliacijos

jausmą (Van der Kolk, 2014). Šokio ir judesio terapijoje jausmų įkūnijimas pasitelkiamas siekiant atkurti traumos sutrikdytą kūno ir proto ryšį (Chaiklin ir Wengrower, 2009). Schmais ir White (1986) nuomone, įvairūs ŠJT metodai ir technikos leidžia vykdyti daugeliui procesų – kūno integracija, jausmų suvokimas, jų plati išraiška ir suvokimas kaip judesys ir elgesys atspindi vidinę esamą ar praeities būseną. Taip pat autoriai (ten pat) mini, kad atsiranda ir socialinė sąveika – ji vyksta per neverbalinę komunikaciją šokio-judesio terapijos proceso metu.

Šokio judesio terapijoje siekiant psichoemocinės sveikatos galima remtis ir kitomis technikomis. Pavyzdžiui, psichologo Kumaro CR8 atsparumo modeliu, kuriame akcentuojamos pagrindinės atsparumo strategijos: susietumas, pokytis, bendravimas, kontrolė, pasitikėjimas, dėmesio aiškumas, smalsumas, kūrybiškumas (Kumar, 2016). Anot Kumaro (2016), **susietumas** vienas iš svarbiausių žmogaus atsparumo požymių – palaikyti ryšius su paramos tinklu – draugais, šeima ir bendraminčiais. Atsparūs asmenys ieško ryšių ir priima pagalbą iš tų, kurie jais rūpinasi, o jie atsilygina už šią paramą ir stengiasi padėti kitiems, kai jiems to reikia. Priklausymas socialinėms grupėms, kurios viena kitą palaiko, padeda stiprinti atsparumą, teigia Kumaras (2016). Kočiūnas (2008) antrina ir teigia, jog dalyvių išgyvenamų santykių problemos persikelia į ŠTJ grupės erdvę ir taip atsiveria galimybės jas spręsti. O grupėje patyrimas nėra vertinamas kaip geras ar blogas, teisingas ar neteisingas, prasmingas ar beprasmis. Dalyviai turi galimybę analizuoti savo patirtį kitų grupės dalyvių akivaizdoje ir su jų pagalba, teigia Kočiūnas (2008). Tik atsparūs asmenys, Kumar (2016) nuomone, **priima pokyčius**, nes jie į pokyčius žiūri kaip į progą augti, o ne kaip į kliūtį. Anot autoriaus, jie sugeba išvelgti dalykus, kuriuos galima pakeisti ir priimti dalykus, kurių pakeisti neįmanoma. Tai padeda sutelkti dėmesį į tai, ką galime kontroliuoti, o ne sielvartauti dėl to, ko negalime kontroliuoti (Kumar, 2016). Kočiūno (2008) nuomone, svarbu sugebėti priimti tai kas įvykė kaip savasties dalį, kaip patirtį, vertingą nepaisant emocinės reikšmės (ten pat). Taigi, atsparūs asmenys **įveikia ir laikiną kontrolės praradimo jausmą**, ir imasi ryžtingų veiksmų (Kumar, 2016), o neužsidaro savyje ir nesitiki, kad bėda praeis. Atsparūs asmenys į krizę nežiūri kaip į milžiniško masto tragediją, bet išlaiko ilgalaikį požiūrį (ten pat). Tuo tarpu, ŠJT metu judesys leidžia veikti jausmus, kurie nėra „socialiai priimtini“ žodinėse operacijose ir orientuotis į judesio elgesio keitimą judesio pagalba (Schmais, 1986). Pasak Kumar (2016), šie asmenys **tobulina bendravimo įgūdžius**. Jie gali išsakyti (viduje ir išorėje) savo iššūkius ir jų įveikimo

strategijas, taip pat gali išsakyti savo požiūrį ir kartu aktyviai klausytis kitų. Pasak Kočiūno (2008), žmogui, kad geriau suprastų save, yra svarbu, kad jį suprastų ir priimtų kas nors kitas. Išvelgiamas skirtumas tarp šnekėjimosi tarpusavyje ir bendravimo tarpusavyje, tarp kažko žinojimo apie save ir savęs supratimo. **Pasitikėjimas savimi** padeda stiprinti atsparumą krizės metu bei atsisakyti neigiamų emocijų ir katastrofizavimo, puoselėti teigiamą savęs įvaizdį (Kumar, 2016). Emocijų raiška, priešingai nei tos išraiškos suvaržymas, gali pagerinti sveikatos būklę (Krantz 2007), o šokis ir šokio-judesio terapija, suteikia gyvybingumo jausmą (Koch 2007). Be to, saugumas ir pasitikėjimas yra pagrindiniai terapinio santykio komponentai ŠJT, siekiant palengvinti savęs suvokimą, užmegzti tarpasmeninius ryšius, iš naujo integruoti protą ir kūną, išplėsti saviraiškos skalę (Payne, 2006). Tam reikalingas **aiškus susitelkimas**, o atsparūs žmonės pasitenkina laipsniška pažanga siekiant tikslų ir siekia teigiamų jausmų dėl mažų laimėjimų (Kumar, 2016). O taip pat reikalingas ir **smalsumas**, kuomet laikomasi nuostabos ir susižavėjimo jausmo; įdomumo: kas įvyko ir kas įvyks; kaip jie jaučiasi ir kaip galėtų jaustis; jie apmąsto ir atidžiai stebi savo ir kitų mintis bei emocijas (ten pat). Šokio-judesio terapija skatina asmenis stiprinti savo kūno suvokimą, taip pat tyrinėti savo suvokimą apie save ir kitus tarpasmeninėje aplinkoje (Kleinman 2006). Į visą tai svarbu įtraukti **kūrybiškumą**. Nesvarbu, ar tai būtų muzika, šokis, maisto gaminimas, meditacija, ar menas, kūrybinės užduotys padeda stiprinti atsparumą, nes teigiamas meninių pastangų pliūpsnis turi gydomąjį poveikį (Kumar, 2016). Daug įvairių autorių svarstė kūrybiškumo svarbą terapijos, psichoterapijos ir konsultavimo srityje (Goldsmith, 2016, Miles, 2015, Rothenberg, 2014). Anot Martinec (2018), šiame kontekste akcentuojamas kūrybiškumo procesas ne tik meninės kūrybos srityje, bet ir naujų įžvalgų atradimo ir naujų įveikos strategijų srityje. Atitinkamai skirtingų terapijų tikslas – skatinti tam tikrus specifinius bruožus ir elgesį, kuris, pasak Martinec (2018), būdingas kūrybiškumui, pavyzdžiui: gebėjimas mąstyti kai prieštarauja logikai; tvarkos radimas chaose, tolerancija dviprasmybei, pasirengimas augti ir keistis ir pan.

2.4. Šokio-judesio terapijos galimybės esant nevaisingumui

Šokio-judesio terapijos teigiamas poveikis protui ir kūnui gali padėti spręsti tam tikrus pastojimui trukdančius fiziologinius iššūkius (Anderon-Frazier, 2020). Šokio-judesio

terapeutas gali pasitelkti skirtingus metodus bei technikas, sumaniai ir empatiškai naudodamas gali pasiekti gerų rezultatų dirbant su įvairialype žmogaus psichika, teigia Levy (1995, p. 10). Keletas pavyzdžių:

- 1) kinestetinė empatija;
- 2) prisitaikymas per veidrodinį atspindėjimą;
- 3) „čia ir dabar“ akimirkos patyrimas;
- 4) Kūno judesių jungimas į vieną procesą.

Tačiau, autoriaus teigimu (ten pat), verta pastebėti, kad jei šios priemonės naudojamos nerūpestingai arba be nuoširdaus įsijautimo į giliausius asmens poreikius, jos gali sukelti dar didesnę susiskaldymą ir chaosą. Kiti autoriai akcentuoja kitus metodus bei technikas, darbui su šia pažeidžiama klientų grupe.

- **Įsižeminimas**

Įžeminimas yra procesas, kurio metu sąmoningumas perkeliamas į kūną, taigi psichologiškai atsiduriama dabarties akimirkoje (Judith, 2014). Įžeminimo pratimai yra terapinė ir kūrybinė priemonė, kuria siekiama sustiprinti ryšį su savo kūnu ir asmenine dabarties tikrove (Bräuninger, 2015). Tad, taikant fizinės, emocinės, jutiminės, socialinio santykio ir įžeminimo technikas ir pratimus, pasak autoriaus (ten pat), galima padėti depresijos, nerimo, streso ir traumų gydymo atvejais.

Daugelyje kovos menų kūno centras laikomas ten, kur yra svorio centras: japonų kultūroje ši vieta vadinama „hara“, o kinų kultūroje – „dantianiu“ (Aposhyan, 2004; Bertrand ir Bertrand, 2017; Kaptchuk, 2000). Svorio centras žmogaus kūne yra dubens centre, matuojant maždaug per keturių pirštų plotį žemiau bambos (Aposhyan, 2004). „Hara“ reiškia ne tik vietą pilvo apačioje, bet ir galios, stiprybės ir jėgos ypatybes, o taip pat ši kūno sritis laikoma dvasiniu energijos centru, kūno galios šaltinis (Brennan, 2011). Manoma, kad „hara“ yra visų kūno ir psichikos procesų pagrindas, savasties šaltinis (Hartley, 2008).

Terapinis įkūnijimas reiškia viso kūno įsisaugoninimą (Hackney, 2002). Tačiau pernelyg dažnai dubuo lieka nuošalyje dėl jo ryšio su seksualumu (Aposhyan, 1999). Dubens

įsisąmoninimas, Kent (2011) nuomone, gali atgaivinti subtilų kūno ryšį su žeme ir sukurti stabilumą mintyse ir kūne tuo pačiu metu. Anot Patterson (2021), dubens dugno meditacija įžemina, nes tai mūsų nematomas ryšys su žeme. Kuomet Vakarų pasaulis yra labai išvystęs savo protą ir kognityvinius gebėjimus – dauguma nebeturime ryšio su savo kūno sąmoningu pajautimu, kuris yra tarsi gyvybiškai svarbi atrama (ten pat).

Kitų autorių teigimu (Kent, 2011), žmogaus dubenyje glūdi kolektyvinė sąmonė ir joje esantis kartų sielvartas. Juk, ilgą laiką žmonijos istorijoje, Bertrand ir Bertrand (2017) nuomone, gimda buvo pripažįstama kaip kūno galios ir išminties vieta. Gimda laikoma įžvalgumo ir sveiko proto vieta; ji yra vidinės išminties ir intuicijos saugotoja (Bertrand & Bertrand, 2017; Kent, 2011). Pusiausvyros atkūrimas šioje kūno srityje gali sustiprinti įsižeminimo galią (Kent, 2011). Dubens erdvė kūne paprastai fiziškai siejama su gimda, tačiau žmonės, neturintys gimdos, taip pat gali patirti erdvę savo kūne vadinamą „energetinėmis iščiomis“ (Bertrand ir Bertrand, 2017, p. 26). Anot Kent (2011), atkurdamos fizinę ir energetinę dubens pusiausvyrą, moterys gali išmokti pagerinti savo psichologinę būseną išgydydamos dvasines žaizdas ir atnaujindamos santykį su savo moteriška prigimtimi.

Dubens svarbą pažymi kūno psichoterapijos ir šokio-judesio terapeutė Patterson (2021), kuri teigia, kad dubens dugno raumenų audiniai yra labai sudėtingai ir gražiai sujungti, ir lygina dubens dugną su pastato pamatais – tai tarsi kūno pagrindas. Tad, autorės teigimu (ten pat), jei pastato pamatai yra negerai, kenčia ar yra netinkami, visas likęs pastatas yra negeras. Anot Zappa (2020), somatiniams terapeutams kūnas vaidina svarbų vaidmenį terapiniame procese, ypač dėl to, kad kūnas naudojamas kaip įrankis. Šie specialistai yra mokomi sekti savo pačių kūną, pojūčius, kūno sąmoningumą ir palaikyti vizualinį ryšį su klientu per savo kūno judesius (Zappa, 2020).

Dubuo yra kūno centras, tai svarbi moterų kūno dalis, kurioje užsimezga, vystosi ir bręsta kūdikis, teigia Patterson (2021), o dėmesio sutelkimas į dubens sritį padėtų per kūną užtvirtinti sąmoningą buvimą dabartyje. Zappa (2020) nuomone, dubuo galėtų būti specifinė terapinio gydymo vieta, nes įvairiose pasaulio kultūrose dubuo laikomas kūno centru ir visa ko ašimi. Be to, dubuo gali tapti dėmesio centru terapeutams, siekiantiems sukurti gilesnį santykį su klientais. Todėl yra sukurti judesių ir vizualizaciniai modeliai, nurodantys terapeutams

galimus judesius, vizualizacijas ir šablonines praktikas, skirtas dubens sąmoningumui didinti (Zappa, 2020).

Šokio-judesio terapeuto dalyvavimas terapijos procese naudojant savo paties kūną yra labai svarbus dalykas norint sukurti ir palaikyti asmeninį ryšį su klientais (Aposhyan, 2004; Forester, 2007; Homann, 2010; Levine, 2010; Rumble, 2010; Westland, 2009), o dubens srities sąmoningas suvokimas gali būti pagrindiniu dėmesio centru (Bertrand & Bertrand, 2017; Hackney, 2002; Judith, 2014; Kent, 2011). Dubuo, kaip kūno centras ir pagrindas (Bertrand & Bertrand, 2017; Judith, 2014; Kent, 2011), gali būti ta vienintelė sritis, kur terapeutas gali skirti visą savo dėmesį, kad išlaikytų ryšį su klientu (Farb ir kt., 2015). Tačiau dubuo pernelyg dažnai lieka nepastebėtas, kai vakarietiškoje terapijoje kalbama apie kūną. Tokiu būdu yra įprasta (Aposhyan, 1999; Bertrand ir Bertrand, 2017; Cowan, 2016), kad daugelis žmonių išvysto labai mažai sąmoningumo savo kūnui ir specifiskai dubeniui (Hackney, 2002). Terapeutams mokantis atrasti ryšį su dubeniu, naudinga suprasti dubens anatomiją, kad būtų galima sudaryti mentalinį žemėlapi vizualizacijoms kurti (Hackney, 2002). Ir nors vizualiniai kūno žemėlapiai yra svarbu, tačiau išgyventa asmens kūno patirtis yra daug sudėtingesnė (Cohen, 2012). Nepaisant to, naudojantis anatomijos vaizdiniais, galima ugdyti geresnį kūno suvokimą (Cohen, 2012; Hartley, 2008).

Svarbu pažymėti, kad dubens dugnas gali būti vieta, kuri daugeliui žmonių primena apie skausmą ir traumą, todėl darbas su šia sritimi turėtų būti atliekamas tik tada, kai jau yra nusistovėjęs saugumo ir pasitikėjimo jausmas tarp terapeuto ir kliento (Aposhyan, 1999). Kitas būdas terapeutams užmegzti ryšį su savo dubeniu - naudoti prisilietimus (Haines, 2007).

- **Kvėpavimas**

Kvėpavimas daro įtaką kiekvienam kūno judesiui, teigia Hackney (2002). Per kvėpavimą ir judesį atsiranda ryšys tarp proto ir kūno, taip pat ir dubens, tad tinkamai priderintos kvėpavimo technikos gali padėti šokio-judesio terapijoje darbu su asmenimis, patiriančiais nevaisingumą. Kvėpavimo integravimas į šokio-judesio terapijos bei kasdienio gyvenimo praktiką gali padėti žmogui per judesį ugdyti sąmoningumą, o tai galiausiai padės pasiekti geresnę vidinę gerovę (Grigonis, 2019). Turime visas galimybes sąmoningai keisti savo kvėpavimą, kad teigiama linkme paveiktume savo jausmus, mintis ir judesius (Hackney, 2002).

„Kvėpavimas jungia mūsų vidinę ir išorinę aplinką nenutrūkstamu kvėpavimo vyksmu”, teigia Hartley (1995, p. 201). Per kvėpavimo procesą mes įkvepiame ir išsikvepiame, pasisemiame energijos naujai gyvybei ir išleidžiame tą gyvybę iš savęs į mirtį (ten pat). Leventhal (2016) mano, kad sąmoningas kvėpavimo naudojimas gali pažadinti visą kūną ir padėti mums suvokti mūsų emocijų ir minčių santykį. Mehling ir kiti tyrėjai (2011) teigia, kad kvėpavimo potyris gali būti vidinis subalansuotos psichinės būsenos pradmuo. Juk kiekvienas iškvėpimas – tai praradimas bei atleidimas, kartu ir „vertinga dovana augalijai ir žemei” (dėl iškvepiamo anglies dioksido). O kiekvienas įkvėpimas yra „grįžtanti dovana augalams”, gaminanti deguonį, kurio mums reikia mūsų gyvybei atnaujinti ir palaikyti. Svarbu tai, jog kvėpavimo procese atsispindi „gyvų sistemų tarpusavio priklausomybė, gyvybės, mirties ir atgimimo ciklai” (Hartley, 1995, p. 201).

Kvėpavimas daro įtaką ir kiekvienam kūno judesiui, teigia Hackney (2002). Per kvėpavimą ir judesį atsiranda ryšys tarp proto ir kūno, taip pat ir dubens. Kitas būdas panaudoti kvėpavimą dubens sąmoningumui ugdyti – vizualizuoti kvėpavimą, užpildantį dubens dubenį (ten pat). Nors plaučiai fiziškai nepasiekia tos kūno srities, galima pasitelkti ramų dėmesingumą, kad per sąmoningą procesą suvokti kiekvieną akimirką vykstantį kvėpavimą ląstelių lygmenyje (Cohen, 2012; Hackney, 2002; Hartley, 2008). Ląstelių lygmenyje esantis kvėpavimas – tai „išsiplėtimo ir susitraukimo judesys kiekvienoje mūsų kūno ląstelėje” (Cohen, 2017, p. 6). Šio proceso suvokimas gali padėti įsisąmoninti, kad kūnas yra „galinga būtis” (Hartley, 2008, p. 18).

Šokio-judesio terapijoje tinkamas kvėpavimas sustiprina ir pakeičia krūtinės bei pilvo raumenų formavimąsi (Bartenieff, 1980). Autorė pažymi, jog kvėpavimas turėtų būti praktikuojamas kartu su kitomis judesio formomis, įskaitant įsižeminimą, nes tinkamai kvėpuojant judesiai atliekami geriau (Bartenieff, 1980). Caldwell (2004) teigimu, sutelkus dėmesį į sąmoningą judėjimą ir į sąmoningą ramybę, kūnas vis dažniau pradeda atpažinti šios būsenos teikiamą gėrį, nes kūnas moka efektyviai prisitaikyti tiek prie vidinių, tiek prie išorinių patirčių (Caldwell, 2004). Mokantis suvokti savo vidinę būseną, treniruojant dėmesingumą ir sąmoningai pasirenkant telkti dėmesį, išmokstama įvardyti savo emocijas, nuotaikas ir būsenas (Hindi, 2012).

- **Sąmoningumo didinimas arba dėmesingas įsisąmoninimas**

Terapeutui užmezgus ryšį su klientu, galima didinti sąmoningumą ir vidinių pojūčių įsisąmoninimą kiekvieną akimirką (Farb ir kt., 2015; Fogel, 2013; Hartley, 2008). Pasak Farb ir kt. (2015), proto „įtvirtinimas“ kūne sutelkia dėmesį į dabarties momento nes kūnas gali egzistuoti tik dabartyje, o ne praeityje ar ateityje. Dėmesio nukreipimas – tai sąmoningas pasirinkimas pažvelgti į tam tikrus patyriminius aspektus arba juos atmesti (Gross ir Thompson, 2007). Dubens kaip pagrindinio dėmesio objekto kūne naudojimas potencialiai galėtų padėti terapeutui išlaikyti ryšį su klientu, nes sąmoningumas leidžia išlaikyti buvimą šioje dabarties akimirkoje (Kent, 2011). Naudojant tokią sąmoningumo praktiką, t.y. nevertinant dabarties akimirką (Hölzel ir kt., 2011), terapeutas gali laiku pajaušti kada prarado ryšį su klientu. Sąmoningumo praktika dirbant su klientu reiškia sąmoningai sekti savo pojūčius, mintis ir emocijas, kad išlikti santykiyje „čia ir dabar“, o dėmesys į kūną automatiškai sugrąžina sąmoningumą į dabartį, į šią akimirką (Farb ir kt., 2015; Judith, 2014).

Dubens dugno sąmoningumo didinimui ir ryšio su klientu stiprinimui galima, Kent (2011) nuomone, pasitelkti šios kūno srities vidinį vizualizavimą, lyg pasivaikščiojimą po vidines erdves. Taip pat galimi taip tikri pratimai dubeniui atsipalaiduoti per „išsipūtimą“ (Aposhyan, 1999, p. 77) arba sąmoningai pastebinti ir jaučiant kūno padėtį ryšyje su kėde (Aposhyan, 1999; Hackney, 2002). Norint atkreipti dėmesį į dubenį ir gimdą, reikia ir tinkamo palaikymo, ir drąsos, nes bet kokia neišreikšta emocija sukels įtampą kūne, bet kokia kūno įtampa apriboja galimybes patirti įžeminimą (Bertrand & Bertrand, 2017; Kent, 2011).

Pasak Van Der Kolk (2020), sąmoningumas savo kūno atžvilgiu sujungia mus su vidiniu pasauliu. Todėl traumas išgyvenę žmonės dažnai bijo jausmų. Dabar jų priešas – jų pačių fiziniai pojūčiai. Autorius teigia, kad pirmasis žingsnis – atsiverti vidiniams potyriams, leisti savo protui susikoncentruoti ties pojūčiais ir ramiai stebėti juos. Antrasis žingsnis – stebėti minčių ir fizinių pojūčių tarpusavio ryšį (Van Der Kolk, 2020). Moksliniais tyrimais įrodyta (Hofmann, 2010), kad dėmesingas įsisąmoninimas teigiamai veikia daugelį psichiatrinių, psichosomatinių ir su stresu susijusių simptomų, įskaitant depresiją ir lėtinį skausmą.

- **Muzika ir ritmiškumas**

Judesys, Chace teigimu (1993, p. 199), yra natūrali žmogaus saviraiškos forma naudojama išreikšti jausmus, mintis, emocijas, idėjas, aistras ir kt., kur „žmogus naudojosi meno formomis /.../; šoku – kaip priemone perteikti savo vidinius jausmus ir tokia kūniška kalba papasakoti apie save ir aplinką“. Pasak Espenak (1981), šokio-judesio terapija padeda klientams suvokti ir patirti judesio galią, o judėjimas tampa klientams įrankis saviraiškai ir bendravimui. Tam antrina ir Chace (1993), teigdama, kad muzika ir ritmas yra savaime susiję su koordinacija, integralumu, susijungimu, ritmiškai drauge judėdami galime išreikšti save, komunikuoti simboliais, metaforomis arba aiškia tiesiogine komunikacija. To pasiekama pasitelkiant ritmą, muziką, improvizaciją ir kitas aktyvias technikas. Ratas – grupės formavimas, siekiant sukelti bendruomeniškumo ir artumo jausmą bei muzika, skatinanti ritmingą grupės veiklą – du pagrindiniai Chace sesijų elementai (Chaiklin ir Schmais, 1993).

Judesys ir jausmų išraiška tampa žmogaus vizualiai ir kūniškai pasakojama praeitis ir asmeninė patirtis, teigia Espenak (1981). Dauguma ŠJT sesijų prasideda ratu ir baigiasi ratu Hugill⁸, o tai užtikrina ritmiškumą bei struktūrą. Anot Hugill, tokia grupės formavimo praktika yra svarbi terapiniam procesui ir judesio naudojimui terapijoje, nes ji klientams suteikia stabilumo pojūtį. Ratas taip pat suteikia galimybę jiems jaustis vienodai susijusiems vienas su kitu. Terapeutas skatina klientus įsitraukti į spontanišką saviraišką ir sąveikauti tarpusavyje.

Ritmas yra gyvenimo pagrindas – jis yra mūsų viduje ir tarp žmonių. Jis gyvena mūsų širdies plakime, pulse, kvėpavime ir judesiuose. Naudodami ritminę ir šokio veiklas, klientams suteikiame priemonės motoriniams įgūdžiams tobulinti ir įgyti vertingos patirties sprendžiant problemas kūrybiškai (Barba ir Savarese, 1991). Pasak Boswell (2005), muzikoje ritmą sudaro pulsas, tempas, akcentai ir kt., kur pulsas yra pagrindinis ritmas. Jis nuolat kartojasi su kiekvienu ritmu ir kartojasi vienodais laiko tarpais (ten pat).

Ritmo naudojimas šokio-judesio terapijoje leidžia išreikšti kūno būsenas ir išlaisvinti emocijas, išgyvenimus, išreiškiant judesiais (Espenak, 1981). Ritmika ir šokis suteikia galimybę ne tik išreikšti emocijas, bet ir tobulinti motorinius įgūdžius, o kartu tai suteikia

⁸ Hugill, T. (n.d.). A Circle to Connect, The use of dance movement therapy for the healing of trauma, prieiga per internetą: <https://www.awakeningbodywisdom.com/resources/articles/a-circle-to-connect>

vertingos mokymosi patirties, kurios reikia sprendžiant problemas (Boswell, 2005). Ritmikos naudojimas šokio-judesio terapijoje padeda klientams įgyti įgūdžių sprendžiant problemas kūrybiškai ir išbandyti įvairius būdus, kurie gali padėti jas išspręsti (ten pat). Giliausias šokio-judesio terapijos katalizatorius yra ritmas, teigia Espenak (1981). Jis „įtikinamiausias ir galingiausias elementas“, teigia Humphrey (1980, p. 104).

Ritminis judėjimas – tai „susitraukimo ir išsiplėtimo judesių pusiausvyra“, kai du judesiai yra sujungti ir kartojami – sukuriamas ritmas“ (Boswell, 2005, p. 417). Taip pat, kai kūno svorio centras išlaikomas tiesiai virš klubų, tai judėjime sukuria pastovų ir reguliarų ritmą. Tačiau, kai yra priešingai ir svorio centras yra pakreiptas, ritmas tampa įvairus (Goodridge, 1999). Ritminiame judėjime galime pasitelkti ir kitus metodus ar technikas, pvz., būgnus. Būgnavimas padeda pasiekti fizinį ir psichinį atsipalaidavimą, mažina stresą, laikinai palengvina skausmą ir raumenų sustingimą, padeda įgyti minčių aiškumą, asmeninių santykių stiprėjimą ir komandinį darbą⁹. Drake (2016) teigimu, taip pat sumažina įtampą, nerimą ir stresą, o tai padeda kontroliuoti lėtinį skausmą, giliau suvokti save, pasiekti vidinę gerovę ir sukurti bendruomeniškumo jausmą. Būgnavimas skatina stipresnę grupės ryšį (Bensimon ir kt., 2008).

Panašiai kaip būgnavimas, taip ir „stepo“ šokis sukuria mušamąjį garsą (Mayers, Bronner, Agraharasamakulam ir Ojofeitimi, 2010). Naudojant „stepo“ šokį, terapeutai įgauna naujų įrankių padėti kurti grupės ritminę veiklą. Naudojant šį metodą ŠJT užsiėmimuose išnaudojama ritmo gydomoji būseną, stiprinamas kūno dalių ryšys nuo galvos iki stuburkaulio, t.y. ryšys su viršutine ir apatine kūno dalimi – tai padeda kūnui išsižeminti (Mayers, Bronner, Agraharasamakulam ir Ojofeitimi, 2010). Pirmosios mūsų patiriamos ritmo formos yra vaikščiojimas ir širdies plakimas (Newlove ir Dalby, 2004). Jie gali jintis su išoriniu pasauliu per šį šokį, t.y. per ritmą gali būti atrandami būdai išsižeminimui, savireguliacijai ir įveikai stiprinti (ten pat).

Ritminis veiksmas turi stiprų poveikį žmonėms, kurį pirmykštės gentys vadino magišku (Chace, 1993). Anot autorės (ten pat), ritminio veiksmo naudojimas unisonu padeda klientams pajusti savo kūno ritmus, net ir nedalyvaujantys aktyviai klientai reaguoja į ritminį veiksmą,

⁹ Ashley, Everything for recovery (n.d.). Learn How Drum Therapy Helps Relieve Stress and Anxiety in Treatment, prieiga per internetą: <https://www.ashleytreatment.org/how-drum-therapy-can-benefit-recovery/>

kuri jie mato ir girdi savo kūne. „Žiūrovai jaučia ritmą savo raumenyse ir taip jaučiasi grupės dalimi“, teigia (Chace, 1993, p. 201). Terapinėse grupėse ritminis veiksmas palengvina išveiką (Chace, 1993, p. 219) bei komunikaciją, nes ritmas yra „pagrindinis žmonių bendravimo ir sąveikos elementas“ (Goodridge, 1999, p.109).

- **Veidrodinis atspindėjimas**

Atspindėjimas – tai judesių atkūrimas arba atspindėjimas savo paties kūnu (Levy, 2005). Veidrodinis atspindėjimas yra kertinis šokio ir judesio terapijos proceso elementas, dabar jau laikomas neuromokslo objektu (Gallese ir Goldman, 1998; Stern, 2004). Šių autorių nuomone, interaktyvaus reiškinio metu gali suaktyvėti identiški neuronų rinkiniai, kai asmuo tiesiog stebi kitą asmenį, atliekantį judesį, kaip asmuo, kuris iš tikrųjų atlieka veiksmą, išreiškia tam tikrą emociją ar elgesį. „Prisitaikymas“ (jungimasis ritmu ir jungimasis forma) yra dalis veidrodinės patirties (Kestenberg-Amighi ir kt., 2018). Veidrodinių neuronų svarbą ne tik komunikacijai įžvelgė ir Chace (Bräuning, 2015), o jos sukurtos technikos veikia ir taikomos šiandien per empatišką išraiškų ir judesių atspindėjimą¹⁰.

Psichoterapinės veidrodinių neuronų pasekmės turi didžiulę klinikinę reikšmę kūrybinių menų terapijai, ypač šokio-judesio terapijai (Gallese ir Goldman, 1998; Stern, 2004). Esminė koncepcija yra ta, kad veidrodinio atitikimo mechanizmas aktyvuojamas atsižvelgiant į stimulą ar stimulus už savęs, t. y. santykiyje su kitu, o katalizatoriumi gali būti vizualinis motorinių veiksmų stebėjimas arba veido išraiškos, tokios kaip pasibjaurėjimas, džiaugsmas, baimė ir kt. (Gallese ir Goldman, 1998). Pasak šių autorių manoma, kad ši specializuota smegenų ląstelių sritis yra tose smegenų dalyse, kurios reaguoja į sensomotorinius dirgiklius (regos, klausos, uoslės, lytėjimo ir kt.).

Per veidrodinį atspindėjimą klientai gali pajusti, kad jie yra bendruomenės, kurioje visi turi kažką bendro, dalis, teigia Yalom (2005). Tad šis jausmas gali leisti jiems jaustis dar saugesniems ir išreiškiant savo emocijas (ten pat). Atspindėjimas ir įkūnijimas taip pat palengvina kinestetinę empatiją arba vienas kito supratimą, kūno išgyvenimus (Parviainen,

¹⁰ Atspindėjimas pasak, Winters (2008), vyksta pasitelkiant veidrodinius neuronus, nes veidrodiniai neuronai „įsijungia“, kai asmenys stebi, kaip kas nors kitas atlieka kokį nors veiksmą arba išreiškia emocijas. Empatinis įsitraukimas, susijęs su aktyviaja „atspindėjimo“ veikla iš dalies tarpininkauja aktyvinant veidrodinius neuronus.

2003). ŠJT srityje veidrodinis atspindėjimas taip pat dažnai naudojamas siekiant sušildyti santykius tarp klientų ir terapeutų (Levy, 2005).

Svarbu tai, kad veidrodinių neuronų aktyvavimas priklauso nuo empatinio susitapatavimo su kitu žmogumi, teigia Gallese (2003). Empatija apibrėžiama kaip „emocinis ir (arba) intelektinis susitapatinimas su kitu žmogumi; netiesioginis išgyvenimas; kito žmogaus jausmų ar idėjų išgyvenimas" (Guralnik, 1992). Tai, Gallese (2003) nuomone, gebėjimas suprasti kito žmogaus emocinę būseną. Gallese (2003) išskiria dviejų tipų tapatybes – individualią tapatybę ir socialinę identitetą. Jis teigia, kad socialinis identitetas yra per savęs ir kito žmogaus sąveiką išvystytas empatijos gebėjimas. Stern (2004) teigia, kad šio tipo socialinio santykio vystymąsi skatina „bendra ženklų sistema ir kitos bendravimo priemonės," pvz. gestai, laikysena ar veido išraiška... „Komunikacija nuo atvirų veiksmų ir atsakymų į vidines subjektyvias būsenas, slypinčias už atviro elgesio" (ten pat, p. 125). Taigi empatinė interpretacija yra empatinio apdoravimo tarp savęs ir kito įkūnijimas, stebint veiksmą ar kito žmogaus jausmus. Be to, Stern (2004) nuomone, kad šis žinios perdavimas kitam (t. y. jausmų, pojūčių, emocijų ir minčių priskyrimas kitam asmeniui) yra „empatinės projekcijos" forma, o tai svarbu ŠJT terapeutams.

Gallese (2003) teigia, kad dėl veidrodinių neuronų sistemos veikimo pobūdžio galima ne tik suprasti ir įkūnyti kitų žmonių veiksmus, bet ir jų ketinimus. „Aš galiu jausti žingsnius, kuriuos atlieka kas nors kitas savo kūne", teigia Ludden (2004), kadangi panašūs CNS neuronų rinkiniai stiprėja terapeutui judant sinchroniškai su klientu arba kai terapeutas tiesiog stebi judantį klientą. Tokiu atveju veidrodinių neuronų tinklas iš tikrųjų susiderina, sukuria ryšį tarp dviejų asmenų. Savęs ir kito susitapatinimas leidžia judesiu subjektyviai perduoti tam tikrus ženklus (Ludden, 2004). Ekmanas (2003) antrina, kad žmonėms būdinga dalintis bendrais emociniais jausmais ir įsijausti į tuos, su kuriais jaučia stiprų panašumą. Apie tai rašoma ir ŠJT terapeutės Schoop autobiografijoje (1974), kur ji atliko eksperimentus su judesiu. „Ciuricho gatvėse sekiau nepažįstamus žmones, imituodama jų eiseną ir laikyseną, ir įsivaizdavau, kad įsidėmėdama jų judesių manierą galiu pajusti jų būseną, mintis (Schoop, 1974, p. 7). Dirbdama ligoninėse, psichiatrijos skyriuose, Schoop atspindėjo savo pacientų judesius, o šis procesas leido jai įkūnyti jausmus, įeiti į jų pasaulį ir bendrauti betarpiškai.

„Empatinė refleksija" – šokio-judesio terapeutams pažįstamas terminas bei siejamas su Chace pavarde. Atspindėdama pacientų nuotaikas, judesius ir garsus, Chace galėjo sukurti

betarpišką sąjungą su jais; t. y. atspindėdama – „užfiksodama“ (p. 100) – ne tik tai, ką jie darė, bet ir kokybinę jų judesių dinamiką (Sandel, 1993). Sandel nurodo, kad Chace naudojo empatinės refleksijos procesą, kad „surinktų informaciją apie klientus“ per grupinį užsiėmimą. Ji siekė įtraukti klientus į kontaktą pirmiausia su terapeutu, o paskui leisti jiems išvystyti abipusiškumo jausmą vienas su kitu ir taip palengvinti bendravimą ir dalijimąsi jausmais (ten pat, p. 102-103). O žmonės yra iš prigimties apdovanoti gebėjimu vienas kitą pažinti, suprasti ir jausti.

Empatinių reakcijų gebėjimus ir jų spektrą suformuoja patirtis, kuri įtakoja ir žmogaus asmens bei socialinį tapatumą, pasaulėžiūrą (Stern, 2004). Empatinis atsakas yra laikomas neatsiejama terapinio proceso dalimi, tiek psichoterapijoje, tiek ŠJT. Taigi subjektyvus susitapatinimas gali būti suvokiamas kaip tai, ką Stern (2004) vadina „empatine projekcija“, t. y. kaip reiškinys turintis ypatingą psichoterapinę reikšmę.

Šokio-judesio terapija per neverbalinį judesio, empatiško atspindėjimo ar įsižeminimo metodus gali padėti atrasti pacientams prarastą ryšį su savo kūnu, iš naujo saugioje erdvėje išgyventi užspaustus jausmus, sukurti ryšį su savo kūno centru – dubeniu. Dubuo daugelyje kultūrų laikomas žmogaus kūno pagrindine vieta, visa ko pradžia. ŠJT tikslas yra atstatyti balansą tarp proto ir kūno, sugrąžinti į dabarties momentą per sąmoningumą, koncentraciją, empatiją ir judesio pratimus. Visos aprašytos ŠJT intervencijos gali padėti atpalaiduoti kūną, ir tokiu būdu padėti moterims, patiriančioms nevaisingumą, išmokyti save priimti ir būti priimtoms.

ŠJT turi unikalų gebėjimą sukurti erdvę, kurioje moterims gali jaustis patogiai ir saugiai, kad galėtų užmegzti ryšį su savo kūnu ir protu (Ogawa, 2015). O moterims ar vyrams, susiduriantiems su nevaisingu, ŠJT metu vykstantys fiziniai, emociniai, jutiminiai, socialinio santykio ir įžeminimo pratimai, technikos ir metodai gali padėti spręsti pastojimui trukdančius psichologinius ir fiziologinius iššūkius.

3. EMPIRINIS TYRIMAS: MOTERŲ, PATIRIANČIŲ NEVAISINGUMĄ, ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS PROCESO ANALIZĖ

3.1 Tyrimo organizavimas ir etika

Tyrimo duomenys rinkti 2021 m. rugsėjo mėn. – 2022 m. balandžio mėn. Tyrimo duomenų analizė atlikta – 2021 m. lapkričio mėn. – 2022 m. sausio mėn. Tyrėjos refleksijos ruošimas vykdytas 2022 sausio mėn. – 2022 gegužės mėn.

Empirinio tyrimo pasirengimą įgyvendinimui sudarė: terapinių tikslų išsikėlimas, šokio-judesio terapijos sesijų planų sudarymas, imties rinkimas, patalpų/erdvės paieška, tyrimo dalyvių paieška, įvadinis pokalbis bei interviu pokalbis. Dalyvių paieška buvo vykdoma patalpinus skelbimą apie vykdomą tyrimą socialinių tinklų grupėse (tyrėjos asmeniniam facebook puslapyje, NaProTechnologijų grupėje, moterų ratų grupėse). Pastebėta, jog reikiama moterų kiekį pavyko surinkti neįtikėtinais greitai dėl didelio moterų susidomėjimo tyrimo tema. Pirminiai paskelbti atrankos kriterijai: moteris, negalinti pastoti arba patirianti persileidimus. Tyrimui buvo atrinktos 8 moterys, 35-45 metų amžiaus. Prieš prasidedant šokio-judesio terapijai, kiekviena iš dalyvių buvo pakviesta asmeniniam pokalbiui, kuris trukdavo 1-1,5val. Buvo pravesta 10 grupinių šokio-judesio terapijos sesijų, po 1,5val. Sesijas sudarydavo: trumpos “kame šiandien esu” refleksijos, šokio-judesio intervencijos/užduotys ir pasidalinimai, įžvalgos.

Pasibaigus 10 šokio-judesio terapijos sesijų, kiekviena dalyvė buvo kviečiama duoti interviu. Po to duomenys buvo transkribuojami, koduojami, ieškomos temos ir potemės, kurios buvo aprašomos.

Tyrimo etikos klausimai aprėpia visus su konkrečiu tyrimu susijusius asmenis: pačius tyrėjus, tyrimo užsakovus (jeigu tokių yra) ir tiriamuosius (Rupšienė, 2007). Kalbant apie tyrimo etiką, visos dalyvės buvo supažindintos su tyrimo tema, duomenų rinkimo tikslu ir tuo, kaip jie bus panaudoti. Dalyvėms buvo užtikrintas konfidencialumas, kad nebus skelbiama jų tapatybę atskleidžianti asmeninė informacija, vardai tekste bus pakeisti, įrašai bus kruopščiai saugomi ir viešai neskelbiami. Buvo prašoma leisti interviu įrašyti diktofonu. Visos dalyvės sutiko, kad interviu būtų įrašomi. Buvo sudaryta sutikimo forma, kurią visos dalyvės pasirašė.

Šiam tyrimui pasirinktas kokybinis tyrimo metodas. Šiame tyrime tyrėjas analizuodamas turi atsiriboti nuo turimų žinių, nuomonių bei išankstinių nuostatų apie tyrimo dalyves. Dėl šios priežasties išsami literatūros analizė buvo atlikta tik atlikus empirinį tyrimą ir sutvarkius jo duomenis.

Tyrimo organizavimas išskirtas į tris pagrindinius etapus: šokio-judesio terapijos sesijų organizavimą; empirinio tyrimo įgyvendinimą; tyrimo metodologijos rengimą, rezultatų ir jų aptarimo, išvadų bei tyrėjos refleksijos ruošimą.

3.2 Tyrimo metodologija ir pagrindimas

Kokybinis tyrimas apima studijas apie individualius asmenis (Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas, 2017). Minėti autoriai teigia, kad atliekant šį tyrimą, remiamasi interviu ir stebėjimais – taip siekiama identifikuoti vidines psichologines ir elgsenos charakteristikas konkrečiuose kontekstuose ir situacijose. Šiame tyrime siekta atskleisti: kaip moterys, susiduriančios su nevaisingumu, patyrusios šokio-judesio terapijos procesą reflektuoja savo fizinius, psichologinius ir socialinius išgyvenimus; kaip, nevaisingumą išgyvenančios moterys, patyrė skirtingas šokio-judesio technikas.

Šiam tyrimui pasirinktas kokybinis tyrimo metodas, kuriame, anot V. Žydžiūnaitės ir S. Sabaliausko (2017), atsiskleidžia žmonių patirtys, procesai bei šių procesų prasmės, kurie išskyla nagrinėjant, analizuojant ir interpretuojant duomenis. Kokybinių tyrimų paskirtis – pažinti, suprasti ir apibūdinti mažai tyrinėtus socialinius reiškinius, žmonių patirtis, socialines sąveikas, atskleisti kaip tyrimo dalyviai įprasmina savo patirtį, sąveikas ir kasdienį gyvenimą (Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas, 2017). Empiriniame tyrime siekiama atskleisti moterų, negalinčių susilaukti vaikų, būsenas šokio-judesio terapijos metu ir po jo. Jeigu kiekybiniuose tyrimuose kaip duomenys naudojami skaičiai, tai kokybiniuose tyrimuose naudojami žodžiai, renkami ir analizuojami įvairiais būdais. (Braun, Clarke, 2013). Anot V. Braun ir V. Clarke (2013), atliekant šį tyrimą atidedama į šalį bet kokie išankstiniai vertinimai, kultūros požiūris, vertybės, viskas, ką teoriškai žinai, atliekant tyrimą žvelgi "atviromis akimis". Kokybiniame tyrime atsisakoma nuomonės, kad egzistuoja tik viena realybės versija – yra daugybė versijų ir jos glaudžiai susiję su kontekstu (Braun ir Clarke 2013).

Tyrimo duomenys rinkti *pusiau struktūruoto interviu* metodu. Pusiau struktūruotas interviu suteikė galimybę labiau pasigilinti į kiekvienos dalyvės patirčių individualumus, tačiau tuo pat metu išlaikyti bendras gaires kiekvieno pokalbio metu. Tai svarbu, nes dalyvės turinčios daug gilių patyrimų vienu klausimu, gali visai neturėti, ką pasakyti kitu. Kiekvieno interviu metu buvo užduodami tie patys kertiniai klausimai. Pažymėtina ir tai, kad duomenis renkant pusiau struktūruoto interviu pagalba, nebūtina laikytis konkrečių klausimų formuluočių, jas galima kiek pritaikyti atsižvelgiant į dalyvę ar išlaikyti tam tikrą klausimų seką (Braun ir Clarke, 2013). Taigi, tokia interviu forma suteikia tyrėjui lankstumo, o interviu dalyvėms galimybę daugiau kalbėti apie joms rūpimus klausimus.

Tyrimo naudojama *teminė analizė* – tai duomenų analizės metodas, skirtas nustatyti su tyrimo klausimu susijusias duomenyse esančias temas ir prasmių modelius (Braun ir Clarke, 2013). Teminė analizė yra, labai lankstus duomenų analizės metodas, kurio pagalba galima atsakyti į beveik bet kokią tyrimo klausimą ar išanalizuoti beveik bet kokio tipo didesnės ar mažesnės apimties duomenis. Analizės metu išgryninamos atsikartojančios temos. Teminės analizės pagalba galima atskleisti tyrimo duomenų gylį, subtilius tiriamo reiškinių bruožus ir išsamiai juos paaiškinti (Žydzūnaitė ir Sabaliauskas, 2017).

Šiame tyrime labai svarbus yra kokybinis jautrumas, kuris reiškia orientaciją į tyrimą – į tyrimo klausimus ir duomenų analizę (Braun ir Clarke, 2013). Kaip teigia V. Braun ir V. Clarke (2013), kokybiniam jautrumui labai svarbūs yra: domėjimasis procesu ir prasme, o ne priežastimi ir pasekme; kritiškas požiūris į gyvenimą ir žinias – nepriimti visko už gryną pinigą ir paprasčiausiai priimti tai, kas yra, bet užduoti klausimus, kodėl jie gali būti tokie, kieno interesams jie tarnauja ir kaip jie galėtų būti kitokie; gebėjimas apmąstyti savo kultūrinę priklausomybę ir išeiti už jos ribų, tapti kultūros komentatoriumi – kad galima būtų pamatyti ir kvestionuoti bendras vertybes ir prielaidas. Kaip teigia šios autorės, atliekant kokybinį tyrimą, reikia nustatyti savo paties prielaidas ir atidėti jas į šalį. Kokybiniai tyrimai yra įdomūs ir kartu daugeliu atžvilgių sudėtingi, nes atspindi netvarką ir prieštaravimus, kurie būdingi realiam pasauliui, tačiau aprėpia juos organizuojančia sistema ir tam tikru būdu juos interpretuoja (Braun ir Clarke, 2013). Anot šių autorių, kokybinis tyrimas yra atviras ir organiškasis, jo metu gaunami turtingi ir išsamūs duomenys, kuriais remiantis galima pateikti teiginius.

D. Biggerstaff (2012) kokybinius tyrėjus apibrėžia kaip žmones, paprastai dirbančius „realiame“ gyvenimiškose patirties pasaulyje, dažnai natūralioje aplinkoje, o ne laboratorijoje taikomu eksperimentiniu metodu. Kokybinis tyrėjas stengiasi įprasminti socialinius reiškinius

ir reikšmes, kurias jiems suteikia žmonės (Biggerstaff, 2012). Ši autorė teigia, kad kokybiniuose tyrimuose pripažįstama, kad tyrėjas yra neatsiejama tyrimo dalis, kuris gali apmąstyti savo įtaką ir patirtį tyrime.

3.2.1 Tyrimo validumas

Metodologinėje literatūroje (Cohen ir kt., 2007) pripažįstama, kad validumas yra kiekvieno tyrėjo siekiamybė. Apie validumo užtikrinimą tyrėjas turi mąstyti kiekviename tyrimo etape ir stengtis metodologiškai teisingai įveikti kiekvieną tyrimo etapą (Rupšienė, 2007). Kokybiniuose tyrimuose skiriami pirminiai ir antriniai validumo kriterijai: patikimumas, autentiškumas, kritiškumas ir vientisumas laikomi pirminiais validumo kriterijais, o aiškumas, vaizdingumas, kūrybiškumas, išsamumas, suderinamumas ir jautrumas – antriniais validumo kriterijais (Whittemore ir kt., 2001). R. Whittemore ir kt. (2001) teigia, kad pirmasis šiuolaikinės validumo kriterijų sintezės aspektas kokybiniame tyrime yra reikalavimas atskirti kriterijus nuo metodų. Kriterijai – tai standartai, kurių reikia laikytis kaip idealų kokybiniuose tyrimuose, o metodai, taikomi siekiant sumažinti nustatytas grėsmes pagrįstumui (Whittemore ir kt., 2001). Anot L. Rupšienės (2007, psl.41), kokybiniuose tyrimuose validumo sampratos akcentai yra: natūrali aplinka, kaip pagrindinis duomenų šaltinis; tyrimo visapusiškumas; kontekstualumas ir detalus aprašymas; tyrėjas yra tiriamo pasaulio dalis, pagrindinis tyrimo instrumentas, siekiantis pažinti kito žmogaus gyvenimą, suvokti jo pasaulį; tyrimo procesas yra ne mažiau svarbus negu tyrimo rezultatai; socialiai egzistuojantys, aprašomieji, socialiai / kultūriškai sodrūs duomenys; duomenys pateikiami, vartojant informantų, o ne tyrėjų terminus; duomenys nagrinėjami induktyviai, netaikant iš anksto numatytų kategorijų; situacija vertinama iš dalyvių pozicijų; svarbus tyrimo dalyvių validumas; būtinas prasmų ir intencijų esmės suvokimas. L. Rupšienė teigia (2007), kad vidinio validumo tyrimo rezultatų tikslumą gali paliudyti tyrime dalyvavę žmonės. Kokybinio tyrimo išoriniu validumu siekiama pateikti išvadas, kurios leistų tyrimo ataskaitos skaitytojams suprasti, kur jie gali pritaikyti tyrimo rezultatus: ar gali juos perkelti į savo ir /ar kitas situacijas, kontekstus ir panašiai; labai svarbus detalus aprašymas (Rupšienė, 2007).

3.3 Duomenų rinkimas ir analizė

3.3.1 Duomenų rinkimas

Šiame tyrime buvo naudotas duomenų rinkimo metodas – interviu. Interviu apima tyrimo dalyvių, šiuo atveju moterų, negalinčių susilaukti vaikų, klausinėjimą ir įdėmų klausymąsi. Interviu siekiama suvokti informantų patirtį, sužinoti nuomones tiriamuoju klausimu, kurias jie išsako savais žodžiais (Rupšienė, 2007). Atliekant interviu, tyrėjas ne tik girdi, ką sako tiriamasis, bet ir mato, kaip jis kalba, kaip tuo metu elgiasi, stebi jo kūno kalbą. Interviu vyko individualiai, kryptingai, iš dalies struktūruotai. Iš anksto buvo numatytos temos ir klausimai, kurie bus aptariami interviu metu, bet nebuvo „prisirišta“ prie klausimų tvarkos, užduodami papildomi klausimai. Pagrindinis privalumas: interviu gaunama išsamesnių, susistemintų duomenų, lyginant su neformaliu pokalbiu-interviu, o pats interviu lieka neformalus, vyksta pokalbio forma (Rupšienė, 2007). Tyrimo dalyvių buvo klausama apie jausmus (ką tiriamosios jautė), pojūčius (ką matė, prie ko prisilietė, ką girdėjo ir panašiai), įžvalgas šokio-judesio terapijų metu ir po jų, taip pat buvo fiksuojamas amžius. Interviu vyko ramioje aplinkoje, tyrėjos kabinete, kurioje nebuvo pašalinių žmonių. Truko 40-60min. Visi interviu buvo įrašyti į diktofoną. Be interviu, tiriamosios rašė ir siuntė tyrėjai refleksijas. Tyrėja vedė dienoraštį, kuriame fiksavo savo refleksijas.

3.3.2 Duomenų analizės metodas

Šiame tyrime naudojama teminė analizė – tai metodas, skirtas nustatyti temas ir reikšmių modelius duomenų rinkinyje, atsižvelgiant į tyrimo klausimą; galbūt plačiausiai naudojamas kokybinis metodas (Braun ir Clarke, 2013). Remiantis šiais autoriais, teminės analizės stiprioji pusė yra lankstumas teoriniu požiūriu, sistema, tyrimo klausimais, duomenų rinkimo metodais ir imties dydžiu; lengvai prieinama tyrėjams, kurie turi mažai kokybinių tyrimų patirties, techninės analizės rezultatai gali būti suprantami išsilavinusiai platesnei auditorijai. Anot V. Braun ir V. Clarke, (2013) silpnoji pusė – kai kurie kokybinių tyrimų tyrėjai mano, kad "kažkas ir nieko", kaip neturintis esmės ir teoriškai pagrįstų metodų, turi ribotą interpretacinę galią.

Interviu įrašai buvo transkribuojami. Transkribavimas dažnai apibūdinamas kaip analitinio proceso dalis, susipažinimo su analize proceso dalis (Braun ir Clarke, 2013). Transkripcija yra svarbi ir nėra paprasta, kaip gali atrodyti iš pirmo žvilgsnio, kokybinio tyrimo dalis, naudojant garso duomenis. Paleidžiamas įrašas labai trumpomis atkarpomis ir perrašoma tai, kas girdima. Kaip sako V. Braun ir V. Clarke, (2013), transkripcija reikalauja intensyvaus susikaupimo ir dėmesio; svarbu reguliariai daryti pertraukas. Ortografinė transkripcija fiksuoja tai, kas buvo pasakyta (Braun ir Clarke, 2013). Net ir atliekant šią transkripcijos formą nėra taip paprasta, nes šnekamoji kalba ir rašytinė kalba labai skiriasi. Kai mes kalbame, nenaudojame skyrybos ženklų, kad būtume suprasti. Naudojame pauzes ir intonaciją; keičiame savo kalbos tempą (greičiau, lėčiau), garsumą (garsiau, tyliau) ir daugelį kitų dalykų. Šnekamoji (natūrali) kalba yra "netvarkingesnė" nei rašytinė: mes abejojame, kalbėdami suklumpame, pradedame žodį ar frazę ir jos nebaigiame, tą patį žodį ar frazę sakome kelis kartus. Norint gerai perrašyti duomenis, reikia laiko. Transkribuoti dešimt minučių interviu duomenų užtrunka apie valandą. Anot V. Braun ir V. Clarke, (2013), kuo daugiau dirbama su duomenimis, tuo labiau jie "atsiveria", todėl neverta jaudintis, jei iš pradžių atrodo, kad duomenyse "nematoma" nieko, kas nėra akivaizdu.

Vėliau tekstai koduojami. Kodavimas – tai duomenų aspektų, susijusių su jūsų tyrimo klausimu, nustatymo procesas, o kodas yra žodis arba trumpa frazė, kuri atspindi esmę, (Braun ir Clarke, 2013). Po to vyksta temų generavimas, tikrinimas, potemių išskyrimas. Kaip teigia V. Braun ir V. Clarke, (2013) temas galima nustatyti duomenų pagrindu, „iš apačios į viršų“, remiantis tuo, kas yra duomenyse. Vyksta temų peržiūra (rengiant preliminarinių temų žemėlapių ir potemių bei sąsajų tarp jų – dar vadinamas „teminiu žemėlapiu“), formuojami temų apibrėžimai ir įvardijimai, analizė užbaigiama – rašymu (Braun ir Clarke, 2013).

3.4 Tyrimo rezultatai

| Temos | GYVENIMO SU NEVAISINGUMU YPATUMAI | ŠJT PROCESO PATYRIMAS | GRUPINIAI PROCESAI |
|---------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Potemės | Fizinis lygmuo | Atėjimo momentas: įsiliejimo į procesą svarba | Vienijanti nevaisingumo tema, kurianti saugią bendrystę |
| | Psichologiniai išgyvenimai | Vidiniai procesai: atpalaiduoti kūną ir paleisti jausmus | Auginantys procesai grupėje |
| | Socialinis lygmuo | Naują patyrimą sekusios išvalgos: link gilesnio savęs pažinimo | Keliantys įtampą tarpasmeniniai santykiai |

3.4.1. Gyvenimo su nevaisingumu ypatumai

Šioje, pirmojoje temoje – Gyvenimo su nevaisingumu ypatumai, apžvelgiama, ką moterys, negalinčios susilaukti vaikų, patiria skirtinguose gyvenimo lygmenyse. Imant interviu ir klausant šokio-judesio terapijos grupės dalyvių pasidalinimų, jaučiama labai daug liūdesio, nevilties, „susitaikymo“. Atrodo, kad susitaikymo momentas yra pasiekiamas per užgniauzimą, nuolatinį kažko darymą ir užpildymą savo dienvakės maksimaliai. Savo nevaisingumo priėmimas yra procese, neretai dar tik užuomazgos stadijoje. Analizuojant duomenis ryškėja tyrimo dalyvių besąlygiškas noras būti socialiai priimama, pasitelkiant darymą kaip pagrindinę strategiją, ir apleidžiant gebėjimą tiesiog būti ir mėgautis savo būtimi. Taip pat ryškus paramos ir atjautos iš aplinkos trūkumas jų problemai spręsti, kita vertus jaučiama dėmesio stoka apskritai – juk kiekviena moteris išgyvena savo asmeninę dramą ar neteisybę – ar tai būtų asmeniniai santykiai, ar darbinė aplinka, ar sveikatos problemos. Analizuojant duomenis taip pat justis toks egzistencinio beviltiškumo momentas. Žinoma, sveikatos problemų akivaizdoje – ar tai būtų sunkios traumos, ar nepagydoma liga, ar kaip šiuo atveju negalėjimas pastoti – jis ypatingai paaštrėja. Tarsi tyrimo dalyvės praranda galimybę kontroliuoti svarbią gyvenimo

sritį, susidurdamos su bejėgiškumu ir baime dėl galimybės susilaukti vaikų, savojo tapatumo ir gyvenimo bendrąja prasme. Temą sudaro trys potemės: Fizinis lygmuo, Psichologiniai išgyvenimai ir Socialinis lygmuo. Toliau bus aprašytos potemės, pasitelkiant aštuonių tyrimo dalyvių išsakytas mintis.

3.4.1.1. Fizinis lygmuo

Labai nelengva atskirti tyrimo dalyvių, patiriančių nevaisingumo problemas, gyvenimo lygmenis: fizinį, psichologinį ir socialinį, nes visi jie glaudžiai tarpusavyje persipynę. Kalbant apie fizinį lygmenį, neatskiriama bus įpinti socialiniai, o ypač psichologiniai momentai – moterys, negalinčios susilaukti vaikų, dažnai išgyvena neigiamas emocijas, tokias kaip baimę, pyktį, gėdą, kurios sukelia įtampas kūne: *„yra jausmas, nu net pavyzdžiui šiaip paėmus pyktį, nu tai tikrai yra jausmas, kad galvą kažkas suspaudžia“* (Ugnė). Viena iš tyrimo dalyvių pasakoja, kaip jausmai virsta į fizinį visa apimantį skausmą: *„ir man susiję visi jausmai, labai su kūnu, nes aš paskiau... tai jautiesi kaip sulaužytas, ar kampuotas, ar apdaužytas kažkoks tai visas arba nejudi, arba vis tiek kažkaip kitaip elgiesi, kitaip pradedi vaikščioti... sunkiau viskas... vyksta“* (Ugnė). Kita tyrimo dalyvė dalinasi, kaip ji jaučia emocijas fiziniame kūne ir kaip vėliau jos virsta negalavimais vidaus organų lygmenyje: *„aš su skrandžiu dažniausiai turiu tų problemų ir jis kietas atrodo, suakmenėjęs toks visas ir ten gastritų ir ko ten nebuvo ir su tuo virškinimu yra bėdų“* (Sigita). Moterų, negalinčių susilaukti vaikų, neišsakytos, nepaleistos emocijos taip pat gali būti įtampų kūne priežastimi: *„bet vėl čia turbūt susiję su savęs nepriėmimu, nes atrodo, aha kiti galbūt daug kalba ir atsipalaidavę atrodo, o aš gal čia viena tokia įsitempus tai turiu tą tokį lyginimąsi su kitais“* (Edita). Jaučiamas savęs nepriėmimas, kurio kokia yra reflektuojama: *„neduok Die, ten kur nors... kur ten kojos nedepiliuotos, ar pažastys, arba čia kažkaip apsirengus, liemenėlė kokia patįsus... nu tokių vat visokių“* (Reda).

Tyrimo dalyvė dalinasi, jog kvėpavimas sutrinka, kūne atsiranda įtampa: *„kai ypatingai skubi ar kažką, daug darbų turi padaryt, tai pergyveni, įtampo, tai jo... ne visada kvėpuoji ... O Jėzau, reikia gi kvėpuot! Bet man tas gyvenime dažnai būna“* (Edita). Jei kvėpavimas paviršinis, tik viršutinėje krūtinės dalyje, tai gali būti streso ar neišreikštų emocijų pasekmė, tuomet gali kilti dar daugiau nerimo ir baimės. Pastebėjau, jog šokio-judesio metu moterys dažnai įvardija fizinį sunkumą, spaudimą krūtinėje. Sąmoningas kvėpavimas sesijų metu leido

pabūti „čia ir dabar“ ir daugumai šių moterų – bėgančių, skubančių, analizuojančių protu, kontroliuojančių.

Tyrimo dalyvės įvardina norą kontroliuoti, o už to stovinčią baimę ir nepasitikėjimą įvairiuose gyvenimo momentuose. Sesijų metu viena iš pastebimų moterų baimių – nekontroliuojama situacija, nepasitikėjimas partnere, su kuria dirbama užduočių metu: „*ar ten, reikia saugot... nu kur irgi suvokiau, kad man sunku... nu atsipalaiduoti, nu visada norisi šiek tiek kontroliuoti*“ (Laura), kuri kūne kelia įtampą ir sunkumą: „*aš įsitempus, man taip surakino visą šitą sprandą... aš negalėjau atsipalaiduot, nežinau... bet galbūt ta tokia mano kontrolė pakankamai... visur viską sukontroliuot*“ (Reda), nepasitikėjimas ir noras kontroliuoti tarsi „rakina“ kūną: „*aš laikiau ir man taip kaklą skaudėjo, nu kad reikėjo tokioj kietoj pozoj būti ilgą laiką, nu prilaikyti tą žmogų kažkaip*“ (Miglė). Pastoviai vertinantis ir analizuojantis racionalus protas, sesijų metu, neleidžia moterims atsipalaiduoti: „*įsitempus, tikrai negalėjau šimtą procentų atsipalaiduot, įsijaust į tuos pratimus, ten ... atsijungt... nes aš negalėjau suprast, kaip aš turiu elgtis*“ (Agnė). Kartais, šokio-judėsio terapijos metu, atliekant užduotis, tyrimo dalyvių protas tiesiog „užsiciklina“: „*nu bet šiaip, gal man neaišku buvo ką reikia daryti... ar nesupratau, ar neleidau sau pajust ką... nu nežinau... gal tiesiog per daug galvojau... ką čia daryt, ką čia daryt*“ (Edita).

Interviu metu išryškėja moterų griežta savikontrolė. Atrodo, kad jos neleidžia sau laisvai „kvėpuoti“, dėl įsivaizduojamo tobulo įvaizdžio deda save į „rėmus“ ir apriboja saviraiškos galimybes: „*ir čia sau leisiu taip paatvirauti... kad aš nuolat kažkaip save ribuju... nuolat bandau tobulai atrodyti... man čia sportas, aš turiu būt graži... turiu vat šitaip maitintis, nevalgyt vakarais, nu krūvos tų taisyklių pas mane sveikatingumo sukišta*“ (Kaja). Didelę baimę tyrimo dalyvėms kelia nekontroliuojami fiziniai procesai: „*tą pilnėjantį kūną, nes aš ištikrųjų priaugau, dabar nebesisveriu, nes bijau žiūrėt ir nervuotis... nes neesu peržengus tam tikrų slenksčių savo gyvenime*“ (Kaja). Būti įtampoje vienai tyrimo dalyvei tapo pastovia būseną: „*aš turbūt tokia nesu, net ir namuose iš tikrųjų pagaunu save, kad nu nesu kažkokia atsipalaidavus*“ (Edita).

Tyrimo dalyvės dalinasi gėdos jausmą lydinčiomis fizinėmis reakcijomis, kurios siejamos buvimu matomai ir vertinamai: „*jeigu į mane atkreipia dėmesį, kad aš raudonuoju*

pavyzdžiui, ar ne, jeigu aš sulaukiu to dėmesio tokio, tai taip aš ir po šiolei raudonuuju, nesvarbu dėl ko (Laura). Kitoms, tokiose pačiose situacijose, gali pasireikšti kitokie somatiniai požymiai: *„nu va žinau, kai jaudinuosi, tai ir balsas gali strigti“* (Edita).

Analizuojant duomenis susidaro įspūdis, kad tyrimo dalyvių kūnai puikiai moka sureguliuoti save, bet dėl aukštos įjungtos „pavaros“ joms darosi vis sunkiau ir sunkiau, išorinis greitis ir triukšmas užgožia moterų jausmus ir suvokimą, beprotiškas tempas jas nualina: *„kai kur tikrai reikia pastangų, nu kad ir darbe pastaruuju metu reikia pastangų, tiesiog nueit ir būt ir atidirbti...o grįžus, atrodo visiškai nieko, tik miegot ir nieko nenori, į save lendi ir tik gulėt, gulėt“* (Edita). Kai kurie tyrimo dalyvių išgyvenimai, kuriuose tiek daug skausmo, apmaudo, nusivylimo, einančio per visus lygmenis gali vesti net iki noro save sunaikinti: *„ir man turbūt ir fiziškai yra, tikrai fiziškai yra sunku... ir kūnas toksai patampa, nes tai visko yra buvę... ir užsidarymų ir užsisklendimų iki... iki... iki visiškai saviDestrukcinų sprendimų“* (Ugnė).

Moterų, negalinčių susilaukti vaikų, nuolatinis nepasitenkinimas savimi, fizinis kūno alinimas veda prie instinktyvaus ieškojimo pagalbos būdų. Tyrimo dalyvės dalinasi, kad šokio-judesio terapija inspiravo atsigręžimą į save, paskatino lėtinti gyvenimo tempą, įkvėpė ieškoti resursų, kad susigrąžinti savastį: *„taip sau leidžiu ilsėtis dabar... kažką lėtai daryti“* (Kaja). Sesijos atnešė suvokimą, kad lėtas gyvenimo tempas yra būtinybė: *„gyvenime va tai suprantu, kad noriu to lėtumo“* (Edita). Moterys dalinasi, kad tik perdegus, pasiekus kraštutinę savo egzistencijos ribą, leidžia sau atkreipti dėmesį į savo pamatinius poreikius: *„net ir kai esu pavargusi, nu tai tada gerai, aš suvokių, kad esu pavargusi, tai geriau aš nepykčiau ant savęs, nepykstu, o leidžiu patingėt sau daugiau, vietoj to, kad save kaltinti... nes aš pavargau... tikrai jaučiu, kad nu... kad gal galėčiau save daugiau pasaugot... neišsieikvojant“* (Laura). Tyrimo dalyvės pastebėjo, kad bandant įvairius pagalbos būdus, kartais visai netikėtai, resursu gali būti šalia esantis žmogus, kurio empatiškas prisilietimas gali būti gydantis arba atliepiantis poreikį: *„kiti žmonės paliečia, paglosto, kažkaip gera“* (Edita). „Čia ir dabar“ momentas, kuris yra naudojamas šokio-judesio terapijose, sugrąžina moteris į sąmoningą buvimą: *„kad seniau aš išvis nemąsčiau, nu kaip... nu sakau, kaip autopilotu arba kaip robotas gyveni“* (Edita).

Tyrimo dalyvių pastoviai jaučiamos neigiamos emocijos, tokios kaip pyktis, gėda, baimė, nežinomybė, fiziniame kūne sukelia įtampą, kuri pasireiškia sunkumu judėti, kūno

„rakinimu“, jausmu, kad viduje „akmuo“. Labai stiprus kontrolės, savikontrolės ir nepasitikėjimo savimi jausmas verčia moteris pastoviai kažką daryti, kažkuo užsiimti, kad užgožti emocijas, kurios trikdo gyvenimą. Tai veda į išsekimą ir perdegimą.

3.4.1.2. Psichologiniai išgyvenimai

Susidūrus su negalėjimu susilaukti vaikų problema, tyrimo dalyvių pastoviai patiriama įtampa ir nerimas įsuka į nesibaigiantį ratą, kai sunku suprasti, kas yra pradžia, o kas yra pabaiga. Kai moterų organizmas patiria stresą, jis taupo save ir tiesiog nėra pasiruošęs gimdyti ir atvirksčiai, negalėjimas pastoti kelia didžiulę psichologinę įtampą. Dažnos moters emocinis fonas susideda iš apmaudo, nusivylimo, graužaties, nerimo, baimės, nepasitikėjimo savimi, vienišumo, abejonių, savikritikos, įtampos, liūdesio, pykčio.

Kai kurioms tyrimo dalyvėms giliai paslėptas nesaugumo jausmas kelia abejones ar apskritai reikia turėti vaikų: *„nes man paskutiniu metu ir būdavo tokios mintys, ar aš tikrai noriu paleisti tą sielą į šitą pasaulį, kuris toks... toks... toks nežmoniškas, nežmoniškas čia gyvenimas atrodo“* (Kaja). Moteris pastoviai lydintys nesėkmingi bandymai smukdo į vis gilesnį nusivylimą: *„nu ir vėl, bandau bandau nu ir vėl žiūriu, kad nesigavo ir viskas galvoju... nu galvoju lyg tais aš jau susitaikiau, nu gyvensiu taip kaip gyvenau, be vaikų ten, ir taip pasaulis yra gražu“* (Agnė).

Tyrimo dalyvės išgyvena skausmingą vienišumo jausmą negalint susilaukti vaikelio, gilinimasis į savo problemą kelia liūdesį ir pyktį: *„jauties toks labai vienišas toj problemoje... nes dažnai būna atrodo, kad nu tai man vienai labiausiai skauda, nu aš jau čia tiek metų, o Dieve, aš čia pati ypatingiausia su savo problema“* (Kaja). Dėl negalėjimo susilaukti vaikų, krenta moterų savivertė, atsiranda savęs menkinimas: *„kažkoks toks vertės suvokimas ateina toksai... Vertės suvokimas, kad gal aš esu kažkokiam trūkume dėl šitos problemos, aš vis tiek esu vertinga“* (Kaja).

Viena iš tyrimo dalyvių pasakoja, kad gyvenimiškose situacijose nerimas – pastovus palydovas: *„dažnose situacijose aš taip reaguojau, nu net ir pas kolegą eit kažką pasitarti, jeigu kas susiję su mano sveikata... to yra tokio jautrumo, nerimo“* (Edita). Kita dalyvė patiria nežinomybės nerimą: *„nes visi tie tokie pirmi kartai man dažnai būna gąsdinantys ištikrujų,*

tikrai, nes jie sukelia man kažkokią sumaištį, baimės kažkokios“ (Miglė). Moterys dažnai jaučia įtampą ir baimę dėl kitų vertinimo: „pas mus dažnai būna, nu vat kolegės, gal norėtumėt kokia tema paskaityt pranešimą... ir vat kažkaip save stabdau tuo pačiu, kažko bijau... aš nežinau, gal būt tai kad neigiamai būti įvertintai“ (Edita). Viena iš dalyvių interviu metu dalinosi, kad dažnai bijo išreikšti savo nuomonę, geriau pasirinkdama daryti ko nenori, kad tik neatkreipti į save dėmesio, neišsiskirti iš kitų: „bet aišku dar baisesnis dalykas atrodo pasakyti būtų, negu tą dalyką iškentėti... galima atsitraukti, nedalyvauti... ir aš galvodavau, bet aš to tikrai nedarysiu... nes tada visi pastebės, tada paklaus kodėl, tada reikės ten kažką pasakyti ir nu vat tas momentas atrodė baisesnis negu padaryti tai ko nesinori“ (Miglė). Tokiu būdu tyrimo dalyvė reflektuoja savo elgesio modelį – užgniaužti nepasitenkinimą situacija, pasirinkti aukos vaidmenį.

Analizuojant duomenis matyti tyrimo dalyvių noras būti reikalingomis, svarbiomis, naudingomis, skatina intensyviai veikti ir taip užpildyti vidinę tuštumą, kuri man kaip tyrėjai ir terapeutei iškyla kaip vienas iš leitmotyvų dirbant su nevaisingumą patiriančiomis moterimis: *„labai daug duodu savęs kitiems, tarsi kompensuodama... tą kažkokį trūkumą vidinį... labai daug savęs išdalinu“ (Kaja). Šioje didelių reikalavimų sau temoje ryškėja nuo vaikystės tyrimo dalyvę lydintis „geros mergaitės“ įvaizdis: „nes vis vien atrodo išorėj elgiesi išmokus modelius – gera mergaitė, o turi savyje labai daug“ (Edita). Tokie nuolatiniai aukšti reikalavimai sau, tyrimo dalyvėms neleidžia atsipalaiduoti: „irgi ten grįžus namo, nu pavargus atrodo, nusivarius, bet aš suvokiau, kad aš nenoriu nu savęs tokios priimti... aš noriu, kad viskas būtų maksimaliai gerai, nes jeigu tik neatitinka nu vat mano to įsivaizdavimo, nu tada man yra blogai“ (Laura). Per savikritiką atsiskleidžia nemeilė sau, kuri pasireiškia per savo kūno nepriėmimą: „aš nežinau, aš šiaip labai kompleksuoju dėl savo figūros, aš jaučiuosi stora, nu apkūni“ (Reda). Taip pat ryškėja, kad tyrimo dalyvių balsas it koks „vidinis kritikas“ neleidžia išveikti užspaustų jausmų: „toks kad aš graudinuosi, bet ant to yra kažkoks vidinis kritikas... gana čia tau raudot, kas čia, yra blogesnių dalykų, nieks tavęs nemušė, žinai, neskriaudė ir čia viskas gerai... su savo vidiniu kritiku save glušinu“ (Reda). Tokiu būdu galima pastebėti kaip susidaro tarsi užburtas ratas – už savikritikos slepiasi pyktis nukreiptas į save, vedantis į dar didesnę emocinę įtampą: „kai man gerai, tai aš tada priimu, o kai blogai – tada nepriimu... aš pykstu ant savęs... nu, kad aš čia dabar esu pavargusi, aš tarsi labiausiai*

ant savęs pykstu ir save kaltinu“ (Laura). Tokia užburto rato situacija, kai tyrimo dalyvėms atrodo, kad niekas nuo jų nepriklauso, kelia bejėgiškumo jausmą: „esi tokioj pozicijoj, kur nu nieko negali daryti, ar ne, nuo tavęs jau niekas nepriklauso... ir nu taip ir liūdna“ (Laura). Tyrimo dalyvės interviu metu reflektuoja, kad sugrįžimas į problemines situacijas terapijos metu išskėlė ir tuomet patirtą bejėgystės jausmą: „aš tarsi turėjau grįžt ir vėl tas emocijas išgyvent, nu kurios man žiauriai sunkios buvo, aš taip sunkiai ėjau tais etapais tokiais, nu pykčio, bandymo susitaikyti, kažkokios nevilties, tokios gilios didžiulės kažkokios, skausmo, kažkokios graužaties“ (Sigita).

Šokio-judėsio terapijos sesijų metu buvo paliesta, *ar tikrai noriu/reikia susilaukti vaiky,* tema. Su filosofiniais pamąstymais, labai jautriai. Moterys tarsi gyvena tame apmąstyme... Jaučiau moterų liūdesį ir kartu mačiau jų akyse rusenančią viltį... Supratau, jog mane skatina gilintis į šią temą begalinis noras rasti būdų joms padėti.

Moterys bando ieškoti išeičių neleidžiant sau įkristi į sunkius jausmus, bet tai daro per užgniauzimą, savikontrolę, atsitraukimą nuo esamos situacijos: *„nu taip man gal skaudu... bet aš tikrai nepuolu kažkaip verkti, savęs kažkaip peikti, pasaulį peikti, o tiesiog aš sugebu greičiau nusiraminti ir vėl atsistoti į tas vėžes ir važiuoti toliau, gyventi... palieku šitą reikalą... daugiau gal nebandysiu nieko, gyvenu kaip yra“ (Agnė). Kai kurios tyrimo dalyvės bando susitaikyti priimant negalėjimo pastoti problemą, pripažįstant sau, kad galima gyventi ir kitaip: „tų pėdsakų tikrai nereikia... ir, ir aš jų tikrai, nu... kaip pasakyt... aš jau seniai supratau, kad niekam nieko nenoriu įrodinėt... supratau, kad man nereikia“ (Sigita). Viena iš dalyvių dalinasi, kad atėjo noras palikti išorinį bėgimą, atsigręžti į save ir pasirūpinti savo kūnu: „aš kažkaip turiu grąžinti savo kūnui tą skolą... tokią, kad jisai atsigauntų kažkaip, sužydėtų... ir vėl būtų vaisingas“ (Kaja). Vaisingumas tampa svarbus ne tik tiesiogine prasme, bet ir metaforine – noras, kad kūnas būtų vaisingas, žydintis, gyvybingas iškelia svarbią gyvenimo temą, kuri lydi viso terapinio darbo ir interviu metu.*

3.4.1.3. Socialinis lygmuo

Tyrimo dalyvės patiria stresą ir įtampą kylančią nėštumo laukimo procese, tai nuolatinis svyravimas nuo vilties iki nevilties, kai su kiekvienu nauju ciklu vaikūtis „neišeina“. Nemažą vaidmenį čia vaidina artimųjų spaudimas, nepagrįsti sutuoktinio lūkesčiai. Moterys susiduriančios su negalėjimu susilaukti vaikų išgyvena skausmą, nusivylimą, aplinkos abejingumą jų problemai. Nejautrios žmonių reakcijos verčia daugelį tyrimo dalyvių vengti socialinių situacijų ir izoliuotis nuo tarpasmeninių santykių. Jos dažnai nenori kalbėtis apie vaikus, vengia situacijų ar vietų, kur renkasi šeimos su vaikais.

Interviu metu tyrimo dalyvės dalinasi, kad skausminga gyventi su slegiančiu apmaudu, kuris veda prie atskirties nuo visuomenės jausmo, kad esi kažkokiam užribyje, kad neatitinki socialinio konteksto: *„nu va gaila, kad negali pasidalinti savo patirtimi, kurios neturi... nu yra šiek tiek ir grauduliuko ir liūdesio tokio, šiek tiek pralaimėtoja vistiek jautiesi“* (Agnė). Moterys patiria vienišumo jausmą girdint pašnekėsius apie nėštumą, gimdymą, matant vaikus: *„ten viena iš jų tuoj tuoj turi pagimdyti, nu ir jinai ten klausia dėl pediatro... nu ir ten visos kaip puolė... ir aš taip galvoju, aš skaitysiu ir stebėsiu save, ką aš jaučiu, kokia mano reakcija... iki tol vat sakau, per tuos tris metus, nu tikrai man labai buvo nefaina, kai aš tokius dalykus girdėjau, mačiau... ten ir gatvėse vaikučius ar šiaip ką“* (Agnė).

Pas kai kurias dalyves įsijungia pašąmoningas nenoras kalbėti (ne)vaisingumo tema: *„atėjus į terapiją, nu gi iš vis negalvojau apie tą... nu vat pastojimą, nepastojimą... nes kai kurios moterys gi pasidalino, kiek metų... aš tai net neužsiminiau, nes... nu net nežinau kodėl neužsiminiau nieko“* (Edita). Kitos tyrimo dalyvės pradeda savianalizę, bandydamos suvokti, ar noras susilaukti vaikų tikrai kilęs iš vidaus, ar tai yra primesta visuomenės: *„bet aš tada susipainioju, nu kodėl man tas taip svarbu, kodėl man čia tie vaikai taip reikalingi“* (Edita). Moterys pastebi aplinkos abejingumą jų problemai: *„kad ištikrųjų kiekviena išgyvena, nesvarbu kiek laiko jau gyvena su ten nevaisingumu, ar kažkokiom pastojimo problemom, ta prasme visos... labai daug nešiojasi širdy tokio... skausmo ir tos nuoskaudos ir tokio nusivylimo, nesupratimo iš aplinkos“* (Kaja) atsiranda savavališka atskirtis: *„atėjo tas supratimas... kad čia aš pati neleidžiu, neprisileidžiu... ir visą laiką buvau tame viena pati“* (Edita). Tyrimo dalyvės jaučia visa apimančią baime, įsileisti kažką naujo į savo gyvenimą, atsiranda noras būti

nematomai, atsitraukti ar išvis izoliuotis: „aš dažniausiai santykiuose... apskritai kokie jie bebūtų, nesvarbu, ... mano visas vidus, toks jausmas, kad susitraukia į kažkokį, nu tokį kietą kamuoliuką ir aš nežinau ką su tuo daryti... apskritai, bet kur, kai aš išeinu, nu nežinau, iš savo namų ar iš savo kažkokios aplinkos“ (Sigita).

Interviu metu nuskamba keletos tyrimo dalyvių mintys apie moteriškumo reikšmingumą, moters santykį su savimi, savo moteriškumo suvokimą ir viską, kas jį lydi: „kame mes nukrypome nuo to moteriškumo, kur yra ta bėda?... iš tikrųjų tada pamačiau, kad visos moterys yra labai ... labai skubančios... labai daug iš savęs reikalaujančios... kai kurios į save užsidariusios, bet vis tiek viduje labai daug reikalaujančios iš savęs, labai... daug dėmesio viskam kas aplink vyksta, bet ne į save“ (Kaja). Viena iš moterų dalinasi, kad jau daug metų mokosi atskleisti moters savybes savyje, įvairių moteriškumo aspektų, kurie ilgą gyvenimo tarpinį reflektuojami kaip apleisti: „šiaip tai aš tokia bachūrka visą gyvenimą ir to moteriškumo mokausi ten gal nuo trisdešimties... nes anksčiau tai nagus grauždavau, nelakuodavau... būdavo tik ten džinsai visoki, kerzai... suknelių tai niekad nenešiodavau“ (Reda.) Kita dalyvė pabrėžia, kad niekada nejautė ryšio su moteriška gimine: „bet kas liečia moterų kompaniją, man visą gyvenimą buvo sunku su moterų kompanijomis, nežinau kodėl taip yra... mamai visą gyvenimą buvo sunku su moterim... ir man kažkaip... sunku“ (Agnė).

Pastebiu, kad ši tema kelia jausmus ir pasipriešinimą manyje. Dabar daug kalbama, kad moteriškumą galima pažadinti tinkamai parinkus garderobą iš sijonų ir suknelių, rankdarbių ir kitos pabrėžtinai moteriškos veiklos. Apčiuopiu, kad man moteriškumas pirmiausia yra vidinės savybės: sieloje, požiūryje, o ne išoriniuose atributuose. Man atrodo, kad moteriai svarbu patikti sau įvairiuose vaidmenyse (moters, draugės, sesės, partnerės, motinos, dukros) ir organiškai tame jaustis.

Klausantis moterų, interviu metu, iškyla labai svarbus santykių su artimaisiais klausimas. Viena iš moterų su liūdesiu dalinasi, jog jos vidinis jausmas sako, kad sutuoktinis sąmoningai, o gal nesąmoningai nenori vaikų: „nes aš visą laiką galvojau, kad, nu buvo toks įsitikinimas, kad nu jisai nenori... nieko žinot, man padėt, mane suprast“ (Edita). Pas kitą dalyvę yra dingusios menstruacijos. Ji dalinasi, kad ilgą laiką nieko nenorėjo girdėti, priimti

informacijos ir suprasti, kad problema yra dėl per mažo svorio: „*mes su vyru labai daug šnekamės... jis mane irgi, nors tarsi visada palaikė tame, ir visada sakė, tu valgyk, priauk svorio, visada jis buvo tas kuris sakė... bet aš negirdėdavau to, negirdėdavau, tiesiog nenorėjau girdėti*“ (Kaja). Analizuojant interviu išryškėjo, kad kartais moterims tiesiog trūksta saugios aplinkos ar artimo žmogaus empatijos. Viena iš dalyvių pasakoja, kad po šokio-judesio terapijos sesijų pasidalina su vyru savo įžvalgomis, atskleidžia jam įvairius vidinius sluoksnius, bet vietoj empatiško supratimo gauna nejautrias pastabas, po kurių praranda bet kokią norą artimai dalintis savo jausmais: „*aš tikrai nenoriu sakyti, kad mano vyras jusiai piktybiškai kažkaip nori man pakenkti... jusiai man tą primena... tai tu va čia dabar kažkokį piktą sluoksnį ant manęs lieji... ir išvis, paima toks pyktis, taip dabar kirsk žemiau bambos, nu kur jau skaudžiausia žmogui atrodo, aš čia taip ten nusirengiau nuoga, o jusiai va, davė... tuo metu aišku atrodo, viskas nebesidalinsiu tokiais intymiais dalykais, atradimais*“ (Ugnė).

Viena iš tyrimo dalyvių pasakoja apie skaudinančius santykius su mama, kuri nepriima jos santuokinio gyvenimo, antrosios pusės. Moteris su giliu liūdesiu dalinasi apie bandymą prisitaikyti, kuris kelia vidinį chaosą, neleidžia gyventi natūralioje tėkmėje: „*bet jiniai tarsi manęs kaip ir atsisakius, kaip dukros... manimi visai nesidomi, mano gyvenimo nėra... nu niekada tavęs neklausia kaip... kaip tu... aš ir dabar gyvenu, galima sakyti tokį dvigubą gyvenimą*“ (Ugnė).

Moterims, negalinčioms susilaukti vaikų, skausminga gyventi su slegiančiu apmaudu, vienišumo jausmu girdint pašnekesius apie nėštumą, gimdymą, matant vaikus. Pradedama abejoti savo moteriškumu, įsijungia neigimas, pasąmoningas nenoras kalbėti (ne)vaisingumo tema, atsiranda savavališka atskirtis net nuo artimiausių žmonių, partnerio.

3.4.2. Šokio-judesio proceso patyrimas

Antroje temoje apžvelgiu šokio-judesio terapijos patyrimą nuo atėjimo, vidinių procesų iki įžvalgų, atėjusių per ir po patirtos terapijos. Šioje temoje talpinamos trys potemės: Atėjimo momentas: išiliejimo į procesą svarba, Vidiniai procesai: atpalaiduoti kūną ir paleisti jausmus, Naują patyrimą sekusios įžvalgos: link gilesnio savęs pažinimo.

Prasidedant šokio-judesio terapijos sesijoms jaudinosi, jautė lengvą nerimą ne tik dalyvės, bet ir aš. Pradžioje dalis moterų apie savo nevaisingumą ir persileidimus reflektavo atvirai, kitos visiškai apie šią problemą neužsiminė. Kalbėjo, nors prašymo apie tai dalintis nebuvo. Tiesiog kiekviena kalbėjo apie ką norėjo kalbėti. Tos, kurios dalinosi, iš karto labai konkrečiai išdėstė, kas su jomis vyksta/vyko fiziologiškai, bet tai pateikė labai šalta ir detalai, tarsi norėdamos užbėgti klausimams už akių, norėdamos greičiau „nusimesti“ šią informaciją. Jaučiausi nejaukiai, tarsi liudyčiau priverstinę apsinuoginimo procedūrą. Jaučiau savo ir jų įtampą. Galvoje sukosi mintys nuo ko pradėti, kad sukurti saugią erdvę ir švelniai atpalaiduoti dalyvių emocijas.

3.4.2.1. Atėjimo momentas: įsiliejimo į procesą svarba

Vienos tyrimo dalyvės į šokio-judesio terapiją atėjo vedamos smalsumo, žingeidumo, tikėdamosis patirti kažką naujo: „*nusprendžiau prisijungti, nes man visada yra įdomios tokios praktikos, kurios į vidų orientuotos, ne į išorę, o į vidų*“ (Kaja). Labai svarbūs buvo asmeniniai susitikimai ir pokalbiai prieš prasidedant šokio-judesio terapijos sesijoms. Tai suteikė moterims saugumo jausmą, pasitikėjimą vedančiuoju: „*nuo pradžių atėjau taip ramiai, nes mes jau kažkaip susipažinom, tas kažkoks pasitikėjimas atsirado, nu tas saugumas pasitikint nu jumis, man kažkaip atsirado per tą pirmą susitikimą*“ (Sigita). Sesijų metu kildavo įvairių situacijų, dalyvės užliedavo skirtingos emocijos, tokios kaip nepasitenkinimas, erzulys, neteisybės jausmas, pasipiktinimas ir kad tame procese balansuoti buvo svarbus terapeuto vaidmuo: „*taip išmintingai išbūti ir nešališkai tik stebėti, nu reikia labai sugebėti... labai... tokią pagarbą pajaučiau*“ (Kaja), nešališko, bet empatiško stebėtojo vaidmuo: „*tokia šiluma, toks nežinau gebėjimas... nu nežinau, tokia vidinė elegancija, tas toks gebėjimas ir būti ir nebūti*“ (Reda). Vienos moterys atėjo atsipalaidavusios ir iš karto pasijuto saugiai: „*bet atėjus, nežinau, ir pati aplinka nuramino*“ (Ugnė), kitos jautė lengvą nerimą dėl pirmą kartą patiriamo proceso, nežinomybės, kas šokio-judesio terapijoje vyks: „*pačioj pradžioj tikrai buvo nedrąsu, šiek tiek visokių įsivaizdavimų, baimių kas vyks*“ (Edita).

Pirmos šokio-judesio terapijos sesijos pradžioje, pradėjus judėti „kūno džiazą“, moterų kūnai buvo tarsi sustingę, rigidiški, judesiai nedrąsūs, „išmokti“, nepriimamos kai kurios savo kūno dalys, jos „tarsi svetimos“, „ne mano“. Dalyvės neišnaudojo erdvės, judėjo stovėdamos vietoje, viename bendrame rate. Jaučiau, kaip ir visos dalyvės, lengvą nerimą ir įtampą. Aš judėdama, savo kūnu ir verbaliai bandžiau pasakyti, kad galima būti visaip: leisti sau judėti ir ne, stebėti savo vidinį judesį, išnaudoti erdvę, ieškoti įvairių judesių. Judėjome skirtingomis kūno dalimis, pradedant nuo galvos, leidžiantis žemyn link pėdų. Pabaigoje, pasiūlius sutelkti dėmesį į pėdas, pajauti atramą į grindis, ieškoti savo ritmo, įvyko ryškus persilaužimas. Skambant ritmiškai būgnų muzikai, judesys įtraukė visas, net ir tas, kurios judėjo nedaug. Jaučiau moterų emocijų kaitą, įtraukiantį ir jungiantį bendrą ritmą, lengvą atsipalaidavimą. Manyje kilo džiaugsmas, nes tai buvo pirmas žingsnelis link grupės bendrystės, pasitikėjimo šokio-judesio terapijos procesu.

Dar neprisijaukintoj aplinkoj moterų kūnai buvo sukaustyti ir įsitempę, kamavo mintys, apie tai, kaip aš atrodau, kas ką pagalvos ar pasakys apie mane: „*tas dalykas kaip čia judėti... tai irgi gal ne dėl to kaip žmonės pasakys, o tiesiog aplinkoj truputį svetimesnėj, tarp svetimesnių žmonių... turbūt kūnas yra sukaustytas, tiesiog tu jam nieko negali padaryt*“ (Ugnė), sunku buvo atsipalaiduoti: „*aš jaučiausi tokia įsitempus... dar dvi tris pamokas aš tokia susikausčius buvau*“ (Agnė), neįjaukumą kėlė nauja aplinka, svetimi žmonės: „*iš pradžių buvo... kažkokio gal šiek tiek ir neįjaukumo, nes nu tiesiog nauja erdvė, nauja aplinka, nauji žmonės*“ (Laura).

Kai kurios dalyvės šokio-judesio terapijos pradžioje nesijautė saugiai, norėjo atsitraukti. Jas išgąsdino pasiūlymas sesijos metu užmegzti akių arba lengvą kūnišką kontaktą. Kai kurioms moterims kėlė siaubą vien mintis apie tai, kad kažkam reikės žiūrėti į akis ar kažkas prie jų liesis: „*aš galvojau, o ne, tikrai nieko neliesiu, taip nenoriu ir taip nenoriu, kad į mane kas nors žiūrėtų, toks buvo visiškai jausmas, nes man dar atrodė visi žmonės svetimi... galvoju, o ne, prasmegt žemėj, kur dabar čia pasislėpt už užuolaidos, man buvo labai bloga ir kažkaip net gi po to pratimo iš tikrųjų, man toks įsijungė jausmas, kad... atsitraukt biški norėjosi*“ (Miglė) Taip pat ir atvirai reflektuoti grupėje pradžioje galėjo ne visos, kai kurios dalyvės

jautė, kad dar per anksti: „*tai va, turbūt gal dėl to nenorėjau dalintis, nes tai kažkaip žiauriai nu intymu kažkaip ir labai asmeniška... aš jaučiau, kad ... kai kurie žmonės, nu... nežinau, neįsijaučiau, kad nu jie būtų kažkaip tame pačiame ir galima būtų bendram katile su tuo kažkaip būti... gal ir galėjau, bet dar nesinorėjo man*“ (Sigita). Vienos moterys atsipalaidavo ir atsivėrė greitai, kitoms reikėjo daugiau laiko: „*man toks lūžis buvo nuo ketvirtos pamokos, kad aš jau priėmiau tą grupę, tikrai pajutau, kad aš esu tos grupės dalis... ir buvo jau man jauku*“ (Agnė).

Po truputį, apsipratus erdvėje, klausant ramios muzikos, dalyvių kūnai ir protas pradeda atsipalaiduoti: „*ir tikrai ateina kažkoks momentas kai ... ne tu kontroliuoji savo kūną ir siunti jam signalus kokį vat dabar judesį padaryt, o vat ištikrųjų tu atsijungi ir visiškai laisvai judi... ir nu tikrai buvo labai, labai gera*“ (Agnė). Moterys dalinosi, kad labai svarbus momentas – saugi erdvė: „*jaučiausi ir saugiai, kad nu galėjau galėjau tiesiog savęs klausytis, nežiūrėdama ką kitos daro*“ (Laura). Kažkoku šokio-judesio terapijos metu įvyksta lūžis, kai dalyvės atsiduoda procesui: „*kažkas vat , tas persilaužimas įvyko... ir vat jau kažkur nuo ketvirtos pamokos, jau man buvo lengviau daryti visas tas užduotis... terapijos užduotis*“ (Agnė).

Viena iš moterų dalinosi, kad šokio-judesio terapijoje atrado vietą ir žmones pokalbiams ir atsivėrimui, nes gyvenime tam nėra vietos: „*vyrui nepasakysi, o jeigu ir pasakysi, tai jis ten ką, nu išklausys, galva palinguos ir viskas... nu mamai irgi ten kažkiek pasakai irgi ten... o čia visai kitokia atmosfera buvo, aš jaučiau... nu jauku buvo*“ (Agnė).

Interviu metu, tyrimo dalyvės atskleidė, kad per šokio-judesio terapijos sesijas, per įsikūnijimą į gyvūnus, augalus, įvairių formų vandenį, jos galėjo kūrybiškai atverti savo emocijas ir jausmus. Kartais pačios stebėdamosis, kodėl būtent šiuo metu atėjo toks, o ne kitoks vaizdinys. Man, kaip terapeutei, tai buvo didelė pagalba suvokiant, kame šiandien yra dalyvės, nes verbaliai ne visada moterys galėdavo įvardyti savo būsenas. Pasakodamos istorijas ir rodydamos judesius, perteikiančius jų patirtį, moterys galėjo patenkinti savo troškimą būti išklausytoms, o per veidrodinį atspindėjimą būti patvirtintoms ir suprastoms neverbaliai.

Moterys pasakojo, kad joms padeda atsipalaiduoti ir panirti į save užmerktos akys ir muzika: „*kažkaip dar ir užsimerkus labai padėjo, nes tu žinai, kad tu su savim esi ir muziką*

klausai“ (Edita), muzika ir bendras judesys įtraukia: „kai į tą įsitraukiau ir tas pėdas jaučiau ir tas judėjimas... ir atrodo bendra taip viskas, kaip kokios genties kažkokios ten gal šokis... mintys išsisklaido ir tu tik tame“ (Edita). Visos dalyvės išskirtinį dėmesį atkreipia į įsižeminimą. Pajautus atramą – koncentraciją į pėdas, ateina nusiramimas: „tiek davė nusiramimo, nu tas vat pasitikėjimas, apskritai tuo kūnu, ta žeme, nu vat su tom pėdom...kad nu bliamba atrodo, kad nu vat tiek užtenka, tiek užtenka - nu tiek užtenka, kad viskas – daugiau nereikia“ (Sigita).

Atsiradus saugumo jausmui, pasitikėjimui kitomis grupės moterimis, sesijų metu dalyvės įtraukdavo pratimai porose: *„kažkoks labai gyvas toks, tai buvo tas organiškas pratimas, nu ir žaismingas kartu, nežinau kažkaip vat, vat kažkaip man tas labai patiko“ (Laura). Moterims judant ateidavo nuostaba, kad jos leidžia savo kūnui vesti: „atsimenu buvau mačius kelis kartus ten pažįstamas per ten kokius užsiėmimus... buvo ten tokių kai jos vartos, voliojasi ir taškosi, aš ten į jas kaip į kokias nepilno proto žiūrėdavau, man keista, kad aš taip išdrįsau, atrodė, kad pats kūnas mane vedė“ (Reda). Viena dalyvė atskleidė apie patirtus stiprius jausmus, grįžus namo po pirmosios šokio-judesio terapijos sesijos: „atrodo pati pati pradžia, nieko ypatingo, nu muzika, pajudėjai, pajudėjai... grįžus namo ir jau einant miegoti, toks atėjo suvokimas – "akys atsivėrė" ir daug verkiau... tai buvo susiję su negalėjimu pastoti... tas atsivėrimas – kad visą tą skausmą, mintis tik sau laikiau... tą supratu, noriu dabar kalbėtis, būti girdima, suprasta, o nelaikyti visko tik sau“ (Edita).*

Kita grupės dalyvė dalinosi, kad tęsiant terapiją ji pajuto transformaciją: *„transformavosi va tie visi mano kažkokie, tos baimės į tokį, kad nu aš gi galiu iš to pačio padaryti tokį komfortą, ramybę“ (Miglė), atsivėrė erdvė atvirumui ir pažeidžiamumui: „bet gal aišku ir pastiprino mano pačios tą tokį pažeidžiamumą, kad aš leidžiu sau būt pažeidžiamai, pastiprino šitos praktikos, tą būtent... leidimą sau būti pažeidžiamai ir paatvirauti“ (Kaja).*

Pastebėjau, kad šokio-judesio terapijos metu, dirbant su daiktais, medžiagomis, kamuoliukais įkūnijama forma, per kurią vystomas vaidmuo, kurio metu moteris turėjo galimybę veikti ir stebėti save tuo pačiu metu kitoje, išgalvotoje ir saugioje tikrovėje. Šis procesas leisdavo moterims iškelti, pamatyti kitu kampu sunkius – tarsi „užrakintus“ išgyvenimus ir vėliau juos transformuoti.

Labai svarbus terapijos atpalaiduojantis momentas buvo leidimas paisyti savo noro judėti, reflektuoti ar to nedaryti. Moterims šokio-judesio terapijos sesijos siejosi su išsiilgtu sustojimu ir ramybe: *„ateidavau ir kažkaip tingėdavau, ir man tas ant nugaros pagulėti taip... leisti tam kūnui bet ką daryti, žaisti su muzika, bet nebūtinai stotis ir kažką agresyviai drąskytis, kažkaip man norėdavos taip... tiesiog visai nu ramiai pabūti... ir leisti sau patingėt“* (Kaja), žavėjo „čia ir dabar“ momentas: *„tai man čia didžiausia, man va kas labiausiai patiko, kad tai tiesiog buvo laikas, kai gali, nu įsiklausyt į save“* (Laura). Pas dalyvės atsirado pasitikėjimas, džiaugsmas dalyvauti, noras tęsti terapiją: *„aš išėjau iš čia žinodama, kad dar sugrįšiu ir bus gerai“* (Sigita). Daugumas moterų atkreipė dėmesį į terapijai parinktą dieną ir laiką – pirmadienio vakarą. Jos dalinasi, kad pirmadienis yra sunkiausia diena savaitėje, o vakarinės šokio-judesio terapijos sesijos labai padeda susibalansuoti, sugrįžti į save ir išgyventi likusią savaitės dalį: *„ir ypač va tas pirmadienis, nu vat aš nežinau, paskutiniu metu pradėjau apie tai galvot, ypač, nes nuo sekmadienio tas toks didelis kontrastas... paskui tikrai... leidžia... išlikti tokiam balanse“* (Miglė).

Apibendrinant duomenis galima teigti, jog šokio-judesio terapijos pradžia, dėl nežinomybės, daugeliui moterų kėlė nerimą ir įtampą. Vienos dalyvės greitai pasijuto saugiai, pradėjo atsiverinėti, kitoms prireikė daugiau laiko įsibėgėti. Terapijos procesui vykti yra svarbi sukurta saugi erdvė, empatiškas terapeuto buvimas, atpalaiduojanti muzika, kitų dalyvių priėmimas ir net laikas ir diena, kuomet vyksta terapija.

3.4.2.2. Vidiniai procesai: atpalaiduoti kūną ir paleisti jausmus

Sesijų metu stipriai kildavo liūdesio ir vienišumo jausmas. Verdavosi emocijos, riedėdavo ašaros. Užduotys su akių kontaktu, prisilietimu, atrama, istorijų, vaizdinių kūrimu, pasitelkiant meninę priemonę, parodydavo, kaip moteris jaučiasi realiame gyvenime. Tai padėdavo dalyvėms pačioms pamatyti ir pajauti, kame jos yra šiuo metu, su kokiomis mintimis, emocijomis, švelniai pastūmėdavo atsiverti.

Šokio-judesio terapijos metu, pasijutus saugiai, atpalaidavus protą, leidus kūnui laisvai judėti, dalyvėms pradeda kilti emocijos, neišveikti jausmai: *„visai atrodo buvau pamiršus ir tas pratimas taip kažkaip išvis ištraukė iš kažkur, kas prieš dešimt metų vyko... netikėtai man buvo šitas patyrimas labai“* (Miglė). Kartais net nereikalingos ypatingai sudėtingos užduotys, moterys pastebi, kad per paprastas praktikas kartais ateina labai stiprios emocijos, kyla vaikystės vaizdiniai, kai niekas netrikdė džiaugsmingo, atsipalaidavusio buvimo: *„bet kažkaip kada vat leidi atpažinti... savo jausmus ir emocijas... kada tu tik kažką darai darai tarp kitko ir tik tada bandai suprast, o ką aš čia darau ištikrųjų ir aš tada suvokiau, kad aš kaip ta maža mergaitė... ir kaip smagu yra žaisti, negalvojanč, neprisirišant, niekuo neapsimetinėjant tai man kažkaip labai jautru buvo“* (Kaja). Dalyvės pastebi momentą, kad svarbu neišmąstyti, o išgirsti kūną ir leisti jam pasakyti judesiu: *„per kūną... tiesiai į širdį... ištikrųjų... kažkur kažką pažadina, pakrutina... nu kad tu daugiau ne iš proto, o iš... iš kūno... tarytum“* (Laura).

Moterims sesijos metu kyla seniai pamiršta emocija – nuostaba: *„leidžiu leidžiu kūnui pagal tą muziką, tą nuotaiką judėti ir po to tik atpažinti kas čia yra, tai labai nustebina, viduj tokia nuostaba atsiranda... ir labai malonu nuostabą jausti... taip malonu“* (Kaja.), nutinka staigaus įkvėpimo, įžvalgos, supratimo akimirka – „aha momentas“: *„visada tas toks „vau“ efektas, momentas... gal čia aišku mes davedam savo mintim, protu, kad taip su savim, sužaidi su savim, bet... bet vis tiek smagu, nes šiaip gyvenime gi nelabai ten kapstaisi“* (Ugnė). Dalyvės pastebi, kad visada, kiekvienos sesijos metu, jaučiama emocijų kaita: *„tai labai keisdavosi... visada labai pasikeisdavo... nu vienas nuostabiausių dalykų iš tikrųjų“* (Laura). Vienai iš moterų, įsijautus į šokio-judesio procesą, pabunda vidinio vaiko poreikiai: *„ežerai ir jūra... ten augmenija yra, ten daug tų gyventojų... tada aš įsivaizdavau, kad ten to visko nėra, aš viena,*

nu kažkaip... daug erdvės ir gali daryt ką nori... patiko įsivaizduoti ir ir kažkaip to vaiko pajutau, dalį savy... nežinau kokio ten amžiaus būni, kai nu darai ką nori, tu vaikas ir darai ką nori“ (Edita).

Sesijos metu pažadinami moterų jausmai, iškyla ir atsidengia daugiasluoksniai išgyvenimai, ta įvairovė tokia plati, jog tyrimo dalyvė Ugnė pasitelkia sluoksnių sąvoką, tarsi norėdama atskleisti vieno su kitu sukibusių jausmų, jų sąsajos, betarpiškumo ir persidengimo aspektus: *„bet, tas kas išlindo man, kad aš sakau, turbūt atsidengė visi sluoksniai, viskas kas kūne buvo... kas gera ir kartu taigi natūralu kažkas išlenda arba su tuo geru sluoksniu vis tiek buvo kažkas minimaliai vis tiek... arba atėję iš to kas nerimą kėlė arba kažkokią, nežinau, nostalgiją, melancholiją, nerimą, ašaras, pyktį... nepasitenkinimą, nepasitikėjimą kažkokį turbūt viską“ (Ugnė).* Kitai tyrimo dalyvei tokius sudėtingus jausmus išveikus, reflektuojamas ateinantis palengvėjimas bei, atsirandantis noras gyventi, kuris perteikiamas sunkaus, slegiančio akmens sieloje metafora: *„ir kažkaip natūraliai buvo... kad judi, klausaisi muzikos... aš leidau sau išsiverkti... kažkaip taip išsišokti, išsijudėti... ir kai tas pavyko, tikrai nuostabus jausmas, vat kai tu tą padarai, tai tarsi kažkoks akmuo nurieda nuo tavo sielos, vat tarsi atsiranda... nu buvo tas akmuo, jis užima vat vietos tavo sieloj,o kai jis išsiridena iš ten, tai atsilaisvina kažkas, nu tikrai palengvėjimas“ (Agnė).*

Vienai dalyvių šokio-judesio terapijos metu iškilo skaudūs vaikystės prisiminimai ir išgyvenimai, susiję su jos ir mamos santykiu. Visa jėga smogė suvokimas, kaip stipriai trūko mamos prisilietimų, užplūdo jų ilgesys, ištiko katarsis, nevaldomai veržėsi rauda: *„kai ten šukavo, glostė... taip, labai stipriai mane paveikė... iš tikrųjų... labiausiai tas jausmas... tas santykis su mama visada buvo toks labai... ribotas ir aš jos prisilietimų beveik nepamenu... niekas man tų plaukų nešukavo... ir man kai jos ten dviese pradėjo tuos plaukus šukuot... ir labai gera ir kartu taip graudu pasidarė“ (Reda).*

Moterys dalinasi, kad dažnai po šokio-judesio terapijos sesijų norėdavo dar pabūti su savimi, savyje, suvokti kas įvyko, paanalizuoti save. Jos pasakojo, kad išėjusios dar ilgai klaidžiodavo gatvelėmis, vairuodamos nejungdavo muzikos kaip įprastai darydavo, norėdavosi pabūti su savo mintimis tyloje: *„aš tik atsimenu, kad po vieno ten to, kur ten buvo ale gyvenimo šokis, kur aš ten po to pavėpus buvau ir bandžiau po to susigaudyt kas vyksta... vaikščiojau, vaikščiojau ten dar... pusę valandos kažkokiom gatvelėm“ (Reda).* Jos pastebėjo, kad išliejus

jausmus mažiau skauda, apima ramybės jausmas, sugrįžta gyvenimo džiaugsmas: „*tai tas pats ir su šita terapija...išsišokau, išsiverkiau, man palengvėjo... toks vat nusiramimas ir... kažkoks net šviesa viduje...nu vėl pradedi džiaugtis tuo gyvenimu, nu tikrai*“ (Agnė). Dalyvės pasakoja, kad po šokio-judesio terapijos sesijos dingsta nerimas, emocinė būklė pakylėta, jaučiasi lyg „ant bangos“: „*išėjus, tikrai iš karto gerai jautiesi, tikrai ant bangos, gali kažką dar labai nuveikti, kalnus nuversti... kažką atlikti ką atidėliojai... gera, gera emocinė būklė, užtaisas toksai kažkoks... ir nerimo kažkaip kaip nebūta*“ (Ugnė), keičiasi būseną, užlieja energija: „*ir tada labai labai geri jausmai, nu užpildo tave ir iš apačios atrodo kyla ta energija į viršų ir po pačio užsiėmimo... energijos atsirado daug*“ (Edita).

Viena moterų labai jautriai atskleidžia, kad per šokio-judesio terapijos sesijas, per kito žmogaus pajautimą, emocinį susiliejimą, ateina pilnatvės jausmas: „*jinai tam tikra prasme... galėtų būt aliuzija... tas vat visas judesys, po kurio laiko atėjo tas toks vau... kad ji galėtų būti Dievo vaidmuo... kai aš paleidžiu viską... Dievas retai kada rėkia... dažniausia Dievas šnabžda... ir tą Dievo balsą reikia visiškai nurimus pajusti*“ (Reda).

Šokio-judesio terapijos metu vyksta stiprūs vidiniai procesai, kai kurias dalyvės išstinka katarsinės būsenos, vyksta sunkių emocijų paleidimas. Visos iki vienos moterys pastebi, kad sesijų metu, išveikus slegiančius jausmus, keičiasi emocinės būsenos. Labai stipriai veikia empatiškas grupės narių ar terapeuto prisilietimas. Susiliejus su gamtos vaizdiniais, ateina saugumo, vientisumo, pasitikėjimo ir atsidavimo, savęs priėmimo, pilnatvės jausmas.

3.4.2.3. Naują patyrimą sekusios įžvalgos: link gilesnio savęs pažinimo

Šokio-judesio terapija padėjo moterims suvokti save giliau, atrasti ryšį su savo kūnu, suprasti savo jausmus, juos verbalizuoti. Kai kurios dalyvės šokio-judesio terapiją įvardino kaip laiką ar dovaną sau. Kitoms tai buvo išsigelbėjimas, grąžinimas savęs į gyvenimą, sveikimo procesas: „*aš nežinojau, kad nu tas šokis, judesys, kad jis gali gydyti...ir vat nu per tą terapiją mes tą išbandėm... muzika vat kartu su tuo judesiu pasirodo gali gydyti... nes mane šiek tiek pagydė, tikrai pagydė*“ (Agnė). Viena iš dalyvių suvokė, kad gyti jai reikia daugiau laiko: „*nu kad pakeistų mane iš esmės, man yra toks jausmas, kad iškėlė, aš pamąsčiau apie tai... ir aš vėl nurijau, nes aš tokius gilius dalykus mėgstu nešiot, pasinešioti savyje, tai vat aš...*

aš nurijau, nepaleidau, reiškia neišgydžiau to, arba reikia laiko turbūt daugiau“ (Ugnė). Kita grupės moteris į sesiją atėjo, po skaudaus nesėkmingo apvaisinimo proceso, ji pastebėjo, kad kuo jausmai ar patirtis „šviežesnė“ tuo stipriau gali būti išveikti: „aš taip pagalvojau, kad gal per tas terapijas tuo maksimaliau tu gali įsijausti, kuo tuo momentu tu esi nu kažkaip įskaudintas... vat jeigu tuo momentu tavyje labai daug skausmo, tai tikrai per tą terapiją tu nu labiau įsigilini į ją... ir nu labiau pavyksta“ (Agnė).

Dalyvės pripažįsta sau, kad norint atsipalaiduoti ir pradėti sveikti, sunkiausia yra išjungti protą ir paleisti kontrolę: *„sunkiausia visada ko gero ta užduotis labiau tą protą išjungti... kur irgi suvokiau, kad man sunku... nu atsipalaiduoti, nu visada norisi šiek tiek kontroliuoti“ (Laura), o kai leidžiama kūnui tiesiog judėti ir tik po to analizuojama protu, rezultatai nustebina. Tyrimo dalyvė teigia, kad paleidus kontrolę procesai vyksta iš vidaus: „kontrolės vat tas paleidimas irgi labai nustebino... tikrai protu, ar kažkokia kontrole – ne, viskas vyksta... iš kažkur, nu vat iš kūno, ar iš sąmoninio lygmenio“ (Reda).*

Terapijos metu, moterims atėjo įžvalgos, kad skiriama be galo daug dėmesio išorei, o ne vidui, todėl norėtusi mažiau galvoti, daugiau jausti, norėtusi stipresnio ryšio su žeme ir lėtumo. Šokio-judesio terapijos metu keitėsi dalyvių požiūris į gyvenimą: *„aš išėjau... su tuo tokiu lengvumu, ta prasme, kad nu užtenka, kad tu esi gyvas... ir kad tu vaikštai ant žemės“ (Sigita).*

Naują patyrimą sekusios dalyvių įžvalgos, kad šokio-judesio terapija gali gydyti, o norint gyti, reikia lėtinti tempą, kad nereikia savęs alinti ir bandyti kažkam įrodyti, kad esi tokia pat verta, kaip ir kiti: *„aš esu tokia, kokios manęs norėjo pasaulio/gamtos kūrėjas“ (Ugnė). Moterys pastebi, kad daugiau dėmesio nukreipiant į save, sąmoningai išveikiant jausmus ir emocijas, atsilaisvina vietos naujiems dalykams. Sesijų metu atėjo pastebėjimai, kad kalbėjimas, pasidalinimai grupėje veikia kaip resursas, kad šokio-judesio terapijos nebūtų tokios vertingos be refleksijų, kad per emocijų, pojūčių įžodinimą išsilaisvina iš slegiančios problemos. Dalyvės suvokia, kad kokia tu bebūtum netobula, tu gali judėti ir tai yra begalinis džiaugsmas. Terapijos metu ateina visa apimantis pilnatvės jausmas ir labai gili įžvalga: „užtenka, kad tu esi gyvas“ (Sigita).*

3.4.3. Grupiniai procesai

Trečioje temoje apžvelgiu šokio-judėsio terapijos patyrimą kaip grupės procesą. Per tyrimo dalyvių interviu ir refleksijas bandant suvokti kaip atsiranda grupė, kas ją jungia, kaip jaučiasi moterys šioje grupėje, kas pastumėja atsiverti, o kas trikdo ir stabdo procesą. Šioje temoje talpinamos trys potėmės: Vienijanti nevaisingumo tema, kurianti saugią bendrystę, Auginantys procesai grupėje ir Keliantys įtampą tarpasmeniniai santykiai.

3.4.3.1. Vienijanti nevaisingumo tema, kurianti saugią bendrystę

Analizuojant šio tyrimo duomenis išryškėjo pagrindinis, stiprus momentas, tai šokio-judėsio terapijos vienijanti, negalėjimo susilaukti vaikų, tema. Ši jungianti problema sukuria bendrystę, kuri tyrimo dalyvėms leidžia laisvai jaustis ir dalintis. Moteris padrąsina tai, kad jos visos yra panašaus amžiaus, su panašiais tikslais ir galbūt net panašiais išgyvenimais: „*tas bendrystės jausmas, jausmas, kad aš nesu viena tokia – labai geras, jis variklis dalyvauti*“ (Ugnė), „*ir iš karto toks jausmas, jausmas tikrai buvo geras, tos tokios bendrystės... tokios bendrystės labiausiai, kad visi skirtingi, bet visus kažkaip jungia panašios patirtys, tikrai labai panašios... išgyvenimai*“ (Sigita).

Dalyvės pastebi, kad esant bendrystėje dingsta baimė ir vienišumo jausmas, būdingas susiduriant su nevaisingumo problema „*ir galvojau, kad va čia kaip bus gera, moterų bendrystė kartu, bus smagu atvirai pasikalbėti tom temom, atvirai pareflektuoti... nes jeigu visai viena būčiau, tai vėl gi jauties toks labai vienišas toj problemoje, o kai kartu, jau nebe taip ir baisu, nebe taip liūdna, kažkaip nebesijauti toks vienišas*“ (Kaja). Moteris dalinasi, kad ši grupė, sukurta specifiniu pagrindu, susijusiu su negalėjimu susilaukti vaikų, gyvas buvimas kartu, vienijantis bendrumas atpalaiduoja ir išlaisvina, pastūmėja atvirumui ir pasidalinimams grupėje: „*yra bendrumo jausmas kažkoks tai ir kad vat yra daug tų moterų ir tu vat jas gyvai sutinki, o ne kažkur internete ten prisiskaitai tų istorijų, sėkmės, nesėkmės ir taip toliau... ir tas man veikia kaip vienijantis kažkoks ir iškart atpalaiduojantis, išlaisvinantis toksai... momentas*“ (Ugnė). Visos dalyvės pastebi, kad per dešimties sesijų ciklą, sąlyginai trumpą laiką, tapo labai artimos viena kitai: „*tas nerimas... mažėjo su kiekvienu susitikimu, su kiekviena užduotimi, kuomet tapome viena kitai pažįstamomis, artimesnėmis, „prisilietėme“ viena prie kitos*

istorijos, gyvenimo momentų... nu kaip per dešimt kartų mes va... apsikabinam sau ir siūbuojam arba galim kitam žmogui padėt... tas artumas ir bendrystė tai yra turbūt pats stipriausias dalykas“ (Ugnė).

Pirmieji užsiėmimai nebuvo lengvi man kaip pradedančiai terapeutei – daug iššūkių kaip sukurti saugumą, sutelkti grupę bendram darbui. Per vieną iš pirmųjų šokio-judesio terapijos sesijų, viena iš dalyvių pasisakė, kad jaučiasi neverta čia būti. Pradėjo verkti. Paprašiau grupę atliepti. Moterys labai jautriai reflektavo, sakė, kad mes visos turim teisę čia būti. Mūsų visų patirtys skirtingos ir drauge yra kažkas, kas mus jungia. Šis dalyvės atsivėrimas sujungė grupę, sustiprino bendrumo jausmą, atvėrė kelią kitų moterų pasidalinimams. Man tai buvo svarbus priminimas, kad grupiniai procesai vyksta tarsi patys savaime, į juos per daug nesikišant, tačiau visgi stebint ir palaikant tais momentais, kai to labiausiai reikia.

Ne visoms moterims sekasi sklandžiai reflektuoti savo mintis ir jausmus, kai kurios nelabai nori to daryti, bet iš kitos pusės, jos pamato ir verbalizavimo svarbą: *„bet iš kitos pusės, iš kitos pusės, kartais tie žodiniai pasidalinimai atliepdavo ir kažką ištraukdavo... ir tą bendrystę irgi kurdavo“* (Sigita). Kai kurioms dalyvėms dažnai norėdavosi atsitraukti ar visai nedalyvauti, bet sesijų eigoje viskas keisdavosi, depresyvos nuotaikos peraugdavo į nuostabą ir džiaugsmą: *„kaskart prieš terapiją kovoju su noru dingti, depresyviomis ir neramiomis nuotaikom, bet atėjusi negaliu atsistebėti... negaliu atsidžiaugti bendryste“* (Ugnė).

Moterys pabrėžia šios, susidūrusioms su nevaisingumu problemomis, grupės svarbą. Dalyvės tarsi pačios nenori apkrauti artimųjų savo išgyvenimais: *„kodėl jie turi klausytis apie mūsų skausmus... jie gyvena savo gyvenimus, ir sprendžia savas gyvenimiškas problemas“* (Agnė). Nevaisingumą patiriančios moterys dalijasi galvojančios, kad tik tos, kurios susiduria su ilgalaikė negalėjimo pastoti problema, gali giliai suprasti ir atjausti kitą moterį su tokia pačia problema. Šioje grupėje moterys turi galimybę išsikalbėti, išlieti savo jausmus, baimes, gaudulį, pasidalinti su tą patį išgyvenančiomis grupės narėmis. Šokio-judesio terapijos sesijose dalyvės suteikia ir gauna viena kitos palaikymą: *„grupės merginos yra tokios pažeidžiamos, ir tuo pačiu tokios stiprios viduje... per kiekvieną sesiją jaučiu jų nuoširdumą, norą atsiskleisti, nieko neslėpti, norą būti išgirstai ir suprastai“* (Agnė). Ši šokio-judesio

terapija, tarsi savipagalbos grupė, kuri padeda moterims išsikaupti iš niūrių, dažnai smaugiančių vidinių pojūčių.

Dalyvės jaučia grupės dinamiką, pradžioje buvęs nejaukumas, kitų nepriėmimas perauga į empatiją viena kitai ir priėmimą: „bet vis tik dabar galiu pasakyti: kaip gera pažinti kiekvieną, atrasti ir jausti artumą galbūt net ir tai, su kuria, rodės, turbūt nerasčiau jokių bendrumo taškų“ (Ugnė), „per terapijos sesijas jaučiau kaip vis geriau priimu... kitas moteris, su jų unikaliomis savybėmis ir istorijomis... pradžioje jas kiek vertinau – „uždaros“, „nepatyrusios“, „neįdomios“, bet kuo toliau tuo labiau jos tapo vis jaukesnės širdžiai ir vis labiau atspindėjo mano neišjaustas savybes ir jausmus... dabar vertinu ir gerbiu kiekvieną jų... mūsų skirtumai man labai gražūs“ (Kaja).

Paskutinės sesijos pabaigoje jaučiau didelį moterų suartėjimą, šilumą, jautrumą, empatiją viena kitai, palaikymą, joms sunku buvo atsisveikinti ir išsiskirti. Jaučiau dviprasmiškus jausmus: man buvo ir gaila, bet tuo pat metu ir džiugu, kad ši mūsų kelionė baigiasi. Gaila išsiskirti, nes tikrai atsirado labai didelis artumas moterims, o džiugu, nes baigtas svarbus, mano kaip terapeutės ir tyrėjos, etapas. Man prasminga buvo suvokti, kad priimant šią pabaigą, prasidės kiti – nauji mano gyvenimo procesai.

Apibendrinant galima teigti, kad dalyvės vienijanti nevaisingumo tema kuria bendrystę. Moterys pabrėžia, kad tema yra labai svarbi ir jos jaučia didelį poreikį dalintis su tą patį patiriančiomis. Buvimas bendroje grupėje suteikia saugumą, pasitikėjimą, be to toks bendravimas keičia jų jauseną ir savęs bei savo problemos priėmimą. Dalyvės šokio-judesio terapijos grupėje atsipalaiduoja, išlaisvina slegiančius jausmus, įtampą, dingsta baimė ir vienišumo jausmas.

3.4.3.2. Auginantys procesai grupėje

Terapinė grupė, kaip gyvas organizmas, joje yra pradžia – užsimezgamasis, vidurys – augimas ir pabaiga, kai baigiasi terapinis procesas. Labai svarbus yra ne tik kiekvienos atskirai dalyvės procesas, bet ir visos grupės, kaip vientiso organizmo, procesas. Svarbu, kas vyksta su moterimis įtakojant grupei: „bet atėjusi negaliu atsistebėti, kaip net pati aplinka ir sutinkami

žmonės keičia mane, kaip aš pasisemiu jėgų, kaip aš randu atsakymus arba gaunu peno mintims“ (Ugnė). Viena šokio-judėsio terapijos grupės dalyvė dalinasi, kad buvimas stebėtojos, erdvės saugotojos, bandančios pajusti kitą, būti juo ar būti artimiausiu jo žmogumi ir jam asistuoti savo buvimu, o kartais ir realiu prisilietimu, užuojauta, nuraminimu, priglaidimu, glostymu, leidimu atsigulti ant savo kojų, padėti galvą ant peties, susiglausti nugaromis – tai labai stipriai ugdo. Ji pasakoja, kaip jautriai patiria buvimą atrama kitam žmogui, kaip džiugina jautimas, kad padeda ar palengvina kitos grupės moters būvį, šokio-judėsio terapijos užduočių metu saugant šokančiojo erdvę, kuriant saugią aplinką, jūrai banguojant ar atsisveikinimo metu: „*globojantis visų rankų, tie visi prisilietimai“* (Ugnė). Moteris pastebi, kaip net nesikalbant žmonės taip tiksliai, beveik visiškai tobulai tiksliai, jei tik turi tokią intenciją, gali pajusti kitą žmogų, jo džiaugsmą, skausmą, ramybę, ugnį, akmenis kūne, netgi suprasti jį judesiu papasakojant, kad jo gyvenime visko būta: ir pakilimų, ir nuosmukių, daug ieškojimų ir atradimų, bet nepasiduota, jei ir nupulta. Ji negali visu tuo atsistebėti. Nors ir žino, kad taip būna, bet negali nustoti džiaugtis vėl ir vėl atradusi.

Viena tyrimo dalyvių pasakoja kaip šokio-judėsio terapijos metu ją įkvėpė kita grupės moteris, suteikė drąsos išjungti protą ir judėti: „*jinai kaip pavarė, tai pavarė ir nu taip kažkaip gera buvo ir nu va kad žmogus kažkaip moka atjungti protą tuo momentu, ir vat visiškai laisvai... leisti savo kūnui judėti...ir aš jau kai pamačiau, išbandžiau kartu su ja, tai aš jau irgi viską paleidau“* (Agnė). Kitai dalyvei kelia susižavėjimą grupės narės kūno judesiai parodantys gyvenimo istoriją. Jai kelia nuostabą, kad kūnu, taip aiškiai, galima papasakoti savo išgyvenimus: „*oho, kaip žmogus juda, kaip viską išraiškingai daro“* (Edita). Ugnė dalinasi, kad dažnai kitų moterų pasisakymai inspiruoja pasisakyti ir ją, nors prieš tai atrodė, kad nėra jokio noro kalbėti. Jai patinka sesijos pradžioj pasisakymai, kad ir pavyzdžiui apie orą, kuriuose įdomu atrasti skirtynes ir kiekvienos unikalumą: vienai grupės narei, tarkim, žiema patinka ir jinai žiemos momentu gali nusakyti savo gerą būseną, jaukumą, kitai būtinai reikalinga tik gera, aukšta temperatūra arba priešingai, vienai patinka griaustinis ir sėdėti kokioj pirkioj miške, o kitai vėjas kelia blogas emocijas. Ji sako, kad kai moterys suartėjo, atsirado bendrumas, empatija grupės narėms, norisi žinot, koks tas žmogus yra šiandien, kaip jis jaučiasi, kad pasidalinimai leidžia giliau pažinti, suprasti ir atliepti žmogų. Šią dalyvę labai palietė ir sujaudino, kad mes būdamos kartu, sesijos metu, galim padėti viena kitai, paleisti

įtampas ir skausmą, pagerinti buvimą: „*kitam darydamas kažką tai, pats gali gauti tą patį arba dar daugiau*“ (Ugnė). Jai, tai labai stiprus momentas.

Šokio-judesio terapijos metu keitėsi požiūris vienos dalyvės į kitą. Pradžioje kai kurios moterys vienos kitoms nepatiko, bet vėliau, atsivėrus, pasidalinus savo skausmingais išgyvenimais, atsirado empatija, artumo, bendrumo ir priėmimo jausmas: „*kad jinai tokia pat žmogiška, yra tokia su savo išgyvenimais kažkokiais*“ (Ugnė), „*nu buvo daug tokių patirčių... kai pavyzdžiui kai kurios man nelabai ten ryšys buvo... paskui jįsai persivertė... ir va tada žiūriu kažkaip kitaip aš ją pamačiau... tai va per tą mūsų dvišes buvimą, aš pajutau, kad jinai kitokia ir tas žiauriai užvežė*“ (Reda), „*darbas poroje su moterimi, kuri anksčiau erzino, sukėlė labai stiprių potyrių ir pakeitė nusistatymą*“ (Reda). Ši dalyvė mano, kad moterų ratas, nors ir visos labai skirtingos savo individualumais, plusais ir trigeriais – augina ir kiekvieną papildo.

Viena moterų galvoja, kad šioje grupėje yra moterys, kurios turi panašią patirtį ir ji gali kažko pasisemti iš jų, nebijoti paklausti, drąsiai pasidalinti, nes jos visos gali suprasti ją: „*žmonės esantys grupėje man padeda irgi mane pamatyti, kažkaip atspindi*“ (Miglė). Ši dalyvė jaučia galią moterų bendrystėje, guodžiantis ir palaikantis moterų dėmesys padeda greitai atsigauti: „*man ten labai bloga ir atrodė... taip norėjosi verkti... atrodė, kad aš čia verkčiau tris valandas, bet aš kelias minutes paverčiau... ir kažkaip ta tokia paguoda iš visų... galvoju nu taip gera ištikrųjų kažkaip, nu taip greitai palengvėjo*“ (Miglė).

Analizuojant tyrimo dalyvių interviu, atrasta, jog auginantys procesai šokio-judesio terapijos grupėje pradeda vykti, kai atsiranda saugumo jausmas, tarpusavio pasitikėjimas, ateina noras atsiverti, užjausti, padėti viena kitai, kartais tiesiog noras žinoti „kaip tu šiandiena esi“. Toks grupės narių „surezonavimas“ ir empatija leidžia kurtis branduoliui, kuris leidžia atverti savo skausmingus patyrimus, būti suprastoms ir gyti emocine bei dvasine prasmėmis.

3.4.3.3. Keliantys įtampą tarpasmeniniai santykiai

Sesijų pradžioje, įtampą grupėje kėlė pasitikėjimo trūkumas kitu žmogumi, noras kontroliuoti procesą, sunkumas verbaliai dalintis, trikdė grįžimas į jautrias nevaisingumo temas. Taip pat kėlė įtampą ilgas kalbėjimas, dalyvių nukrypimai nuo temos, primetama viena kitai asmeninė nuomonė, jaučiamas netikrumas.

Pirmosiose sesijose įtampą kėlė pasiūlymas užmegsti akių ar kūno kontaktą: „*ir tas... mane galėjo nugąsdinti tas pratimas, kai reikėjo vaikščioti... vaikščioti, žiūrėti į akis ir gal būtų paliesti kitą žmogų... po to pratimo iš tikrųjų, man toks įsijungė jausmas, kad... atsitraukt biški norėjosi*“ (Miglė).

Šokio-judesio terapijos metu, atliekant užduotis porose, dalyvės pastebi, kad pasitikėjimo partnere trūkumas, sukelia įtampą: „*man atrodė kažkaip nepatogu, ar aš negaliu pakankamai remtis, nes gal jai čia galvą nutrenksiu, ar ar čia stambesnė už ją, tai gal čia jinai manęs neišlakys... bet galbūt ta tokia mano kontrolė pakankamai... visur viską sukontroliuot*“ (Reda). Kita dalyvė pastebėjo: „*aš jaučiu, kad kitas žmogus į mane nesiriamia, aš irgi negaliu atsiremti... kai tavim nepasitiki ir tu negali pasitikėti, reikalingas abipusis pasitikėjimas*“ (Miglė).

Viena tyrimo dalyvė prajautė, kad vienas stipriausių išgyvenimų terapijos metu buvo siūbuojant kūną, ji jautė, kad tai pasitikėjimo ir atsidavimo klausimas, kad įveikus šį žingsnį, ateina įtampos paleidimas, atsipalaidavimo jausmas: „*iš paskutiniųjų tų užsiėmimų kažkaip, gal tada, stipriausi tie... potyriai, tai vienas, aišku, ten kur siūbavo kažkaip tai*“ (Laura).

Vienos sesijos metu, vienai dalyvių kilo stiprus noras kontroliuoti sesijos procesą, jai atrodė, kad sesijos metu vyksta nekontroliuojami dalykai, kad dalyvėms reikėtų priminti taisykles: „*aš tada mažčiau, o kaip aš pasiilgčiau vedėjos vietoje... nes tarsi norėjosi kažkaip pastatyti į vietą... aš manau, kad man nebūtų pavykę ramiai išsėdėt, aš vis tiek būčiau priminusi taisykles, ar kažką tokio, kad... kad... kad kiekvienas turi teisę jaustis taip kaip jis jaučiasi ir... ir čia nėra geras ar blogas toksai vaidmuo... nežinau, kažkaip būčiau priminusi... Bet vien dėl to, kad... tam žmogui leisti suprasti*“ (Kaja). Šią moterį stipriai trikdė kitos grupės moters elgesys. Jai atrodė, kad toji dalyvė tarsi norėdama padėti, bando spręsti kitų klausimus, primeta savo nuomonę, tuo pačiu užima labai daug sesijos laiko savo pasidalinimais: „*tas laiko, visų sąskaita paėmimas, toksai būdavo... dažnas toksai... bet aš supratau, kad yra toks... didelis skausmas ir bandymas kažkaip... visus išgydyti aplink save... aš tame žmoguje... mačiau ir save, tam tikru laikotarpiu savo gyvenimo*“ (Kaja). Ši situacija trikdė ne vieną grupės dalyvę: „*ta aktyvioji... jinai daug kalbėjo, daug verkė... aš ją visą laiką mačiau ir girdėjau ir jutau, jos buvo daug*“ (Agnė). Kai kurios moterys dalinosi, kad pradžioje galvojo, kad negalės eiti į šią terapiją dėl negalėjimo priimti kitokio žmogaus: „*nefaina... arba erzina, pyktis...*

*negalėsiu eiti į terapiją, nu šakės čia, tai tas buvo, buvo momentas... bet čia dėl to, kad mes realiai skirtingi žmonės... atėjom į uždara erdvę... iš pačių pradžių pajauti kažkokį artumą vienam, kitam žmogui... o kitam, nu ne, aš su šituo gyvenime neturiu nieko bendro, nieko... pačioj pradžioj, nepasakyčiau, kad taip trumpai kartu... ir kažkoks silpnas... kažkoks erzinimas“ (Ugnė). Tyrimo dalyvės dalinosi jautusios netikrumą vienos iš grupės moterų elgesyje, trikdė šios moters noras primesti savo nuomonę: „*mane visada labiausiai erzina šiaip netiesa... ir turbūt žmoguje apsimestinumas man yra irgi tas labiausiai nepatinkantis dalykas... tai va kas labiausiai erzino... kad tas žmogus dirba protu ir save pateikia tokį kažkokį tai... nu mane erzino tie dalykai, kad ji nori primesti kitai dalyvei kažkokią jauseną“ (Ugnė).**

Viena tyrimo dalyvė, kuri reflektuoja kaip gana ekspresyviai reiškianti save grupės procesuose, dalinosi jautusi skirtingoms grupės dalyvėms gana skirtingus jausmus, taip pat vertinančius žvilgsnius nukreiptus į save: „*visos labai skirtingos ir iš tikrųjų, viena taip labiau artimesnė, kita atrodė erzina, kažkas tikrai buvo ir tas, nu tų triggerių buvo... ir aš jaučiau lyg tai į save, kad aš kažką triggerinu, kad ten per daug kalbu, kad per daug tokia... ekspresyvi“ (Reda). Ši grupės narė pradžioje buvo įsiskaudinusi ant grupės dėl požiūrio į ją ir pyko ant savęs dėl ilgo kalbėjimo, bet vėliau įvyko stiprus asmeninis virsmas, ji atrado, kad save gali reikšti ir kitais būdais, ne tik verbaliai: „*aš vieną kartąėjau taip nusiteikus nešnekėti, vat specialiai, nu kažkoks vidinis nu ne pyktis, bet toks lengvas... toks protu grynai, nu nekalbėsiu, gana čia man, aš čia vis išsišoku, užgožiu eterį, kažkas čia negali pasisakyt ar nu užsiėmimas užtrunka žymiai ilgiau, nes aš ten dešimt minučių plepu ar penkiolika... bet paskui žiūriu, kad aš ir natūraliai noriu biški kitaip kalbėti“ (Reda).**

Tyrimo dalyvės reflektuoja jautusios kaip trikdanti situacija grupėje pasikeitė ir dalyvės pradėjo matyti gerus dalykus: „*gal aš pripratau prie jos, aš nežinau, jinai net kaip tik... jos tas aktyvumas, dalyvavimas, net pradėjo ir mane teigiamai veikti...aš dėl to tapau drąsesnė, po to galėjau sau daugiau leisti“ (Agnė). Atsirado moteriai empatija, pažinus ją artimiau: „bet va atsitiko momentai, kur jinai buvo tikra... tiesiog tu priimi žmogų ir žaviesi, koks jisai yra, nes tu pažįsti jį daug labiau... daug labiau, jis toks yra ir viskas... ir tas man labai faina“ (Ugnė).*

Dar viena moteris dalinosi, kad ilgos kalbos sesijos metu ją vargina, prarandamas susidomėjimas grupe ir kas joje vyksta: „*mane kartais ilgos kalbos vargindavo... aš pamesdavau fokusą... tiesiog išskrisdavau... kai žmogus labai daug kalba, aš nebegirdžiu“*

(Laura), mintys nukrypsta kitur: „*tas erzinimas pereina į tokį... nu toks nuobodu... nesigilinsiu, pagalvosiu savo kažką arba į kažką kitą pasikoncentruosiu*“ (Ugnė). Viena iš dalyvių tikėjosi, kad šokio-judesio terapijoje bus mažiau verbalaus dalinimosi, daugiau judesio. Anot jos, ilgas grupės narių kalbėjimas „užpildavo“ erdvę žodžiais, informacija, po to būdavo labai sunku sugrįžti į kūno jutimą: „*kartais tas toks užsitęsęs kalbėjimas, kažkaip atėjau čia į šokio-judesio... ne į paprastą terapiją, nu kaip žodinė... ir vat tas kartais erzindavo, kad labai daug užsikalbėdavom... tarsi užužsipila kažkokia ta erdvė tais žodžiais ir tada tas ryšys su kūnu, jisai taip susilpnėja... man tai negaila, bet tada aš prarasdavau tą kažkokį tai ryšį ir kad jį vėl atsikurti, kad jį atsikurti tada reikėdavo nu kažkaip daugiau to laiko, tų pastangų*“ (Sigita). Šiai moteriai nepatiko, kad sesijose buvo daug dalinamasi apie negalėjimą susilaukti vaikų, kitų grupės moterų pasidalinimai vėl iš naujo ją įtraukdavo į sunkias išgyventas emocijas, tokias kaip pyktis ir gailestis: „*tas grįžimas vėl į, kaiėjau į šitą grupę, nu taip, žinojau, kad čia va moterims, kurios negali pastot... bet kažkaip nu tas tikslas buvo nu ne kažkaip kalbėtis apie tai, gilintis kas kaip ką kiekvienai reiškia, bet nu tiesiog nu kažkaip labai individualiai tą savo ryšį su kūnu geresnį kurti, kažkaip taip ir tas grįžimas į tas temas, į kažkokias stadijas, kurias aš atrodo praėjau... gal vat kažkokio tokio ar gailėsčio, ar kažkokio tai pykčio, ar kažkokias, vat tas mane biški erzino*“ (Sigita). Dalyvei kilo pamąstymai, kad gal nenoras grįžti į sunkiai praeitus emociškai skaudžius etapus reiškia, kad tos emocijos dar neišveiktos, jeigu kas kartą stipriai trikdo. Grupės moterų pasidalinimai versdavo ją dar kartą pasitikrinti, kur ji yra, kokiam emociniam etape.

Viena dalyvių pasakojo, kad nori būti nuošaly, jai sunku suprasti savo jausmus ir juos įvardyti, kituose pastebėti lengviau nei savy: „*pastebėjau, kad man pačiai... nu kažkaip ne tai kad sunku... nu man labiau patiko stebėtoja būt, rolėje negu pačiai... stabtelt ir įsivardint, ką aš jatau, kaip aš jaučiausi toje situacijoje*“, moteris jaučia, kad jai sunku verbaliai dalintis grupėje: „*man visgi grupėje, aš nežinau kodėl, sunkiau dalintis apie kažkokius išgyvenimus*“ (Edita).

Pagrindiniai dalykai, keliantys įtampą terapinėje grupėje, tai pasitikėjimo trūkumas savimi ir partnere, dirbant porose, noras kontroliuoti procesą, noras primesti savo nuomonę, judesį ar jauseną kitam žmogui, koncentravimasis į išorę, į kitus, o ne į save. Ilgi, ypač

nukrypstantys nuo temos, pasidalinimai kelia moterims nuobodulį, tampa grupei nebeįdomūs, prarandamas ryšys su kūnu, kuriam po to atstatyti reikia daugiau laiko.

3.5 Rezultatų aptarimas

APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA

Nevaisingumas – sudėtingas fenomenas, paliečiantis vis daugiau populiacijos. Tai patvirtina ir mokslinė literatūra, kuria remiantis galima teigti, jog nevaisingų porų skaičius didėja, todėl ši problema tampa vis aktualesne visame pasaulyje (Rockliff ir kt., 2014). Svarbu ir tai, jog nevaisingumas pažeidžia asmenį skirtingais aspektais, tad norint pasiekti geriausių rezultatų svarbu visapusiškai ištirti ir įvertinti ne tik fizinę paciento būklę, bet ir psichologinę bei socialinę būseną ir orientuoti gydymą į labiausiai problemų pažeistas sritis. Holistinis požiūris į šių asmenų sveikatą, optimizuotą pagalbą, žinant, jog nevaisingumą gali sukelti ne tik fizinės problemos, bet ir psichologinės (Simionescu ir kt., 2021), o kartu daryti įtaką ir socialinei gerovei.

Tyrimo metu buvo siekiama išanalizuoti ir šokio-judesio terapijos taikymo galimybes moterims, negalinčioms susilaukti vaikų, kurios remiantis mokslinės literatūros duomenimis menkai ištyrinėtos (.....), o Lietuvoje net netyrinėtos šokio-judesio terapijos kontekste. Tačiau, remiantis moksline literatūra yra žinomas ŠJT teigiamas poveikis tiek kūnui, tiek protui ir socializacijai, kuris gali būti efektyvus būdas bei padėti spręsti tam tikrus pastojimui trukdančius fiziologinius iššūkius, teigia Anderon-Frazier (2020). Taigi, esant nevaisingumui ŠJT padeda geriau suvokti savo kūną (Hackney, 2002) bei išreikšti jausmus ir socialinę sąveiką (Schmais, 1986). Tuo būdu, suteikiant pagalbą dėmesio reikalaujančioms sritis, galima tikėtis balanso atkūrimo, t.y. palapsniui išsivaduoti iš skausmingų ir slegiančių emocijų, siekti visuminės kūno integracijos bei sensorinio ryšio atkūrimo, socializacijos ir kt. (Chaiklin ir Wengrower, 2009). Taip pat svarbu, jog būtų atkurtas ir pasitikėjimas savimi, o ŠJT numatomos galimybės sąmoningumo siekimui, tarpasmeninių ryšių kūrimui ir plėtotei, savirealizacijai ir kt. (Payne, 2006).

Šokio-judesio terapijos proceso patyrimas moterims, išgyvenančioms nevaisingumą, atskleistas kokybiniame tyrime, pasitelkiant teminę analizę. Atlikus empirinį tyrimą atskleistos trys pagrindinės temos: gyvenimo su nevaisingumu ypatumai; šokio-judesio proceso patyrimas; grupiniai procesai. Šios temos bus aptariamoms nevaisingumo ir šokio-judesio terapijos mokslinio fenomeno kontekste.

Tyrimo pirmoje temoje – **gyvenimo su nevaisingumu ypatumai** – atskleidžiamos tyrimo dalyvių išgyvenamos neigiamos emocijos, kurios tyrimo dalyvėms fiziniame kūne kelia įtampą. Szkodziak ir bendraautoriai (2020) bei kiti tyrėjai (Rockliff ir kt., 2014) pabrėžia streso svarbą nevaisingumui, kadangi neigiamai paveikia fiziologinius kūno procesus, ko pasekoje gali mažėti vaisingumas. Tyrime pastebėta, kad susidūrus su negalėjimu susilaukti vaikų problema, tyrimo dalyvės patiria didžiulę psichologinę įtampą: pradedant medicininiais tyrimais, hormoninėmis terapijomis, baigiant dažnai nesėkmingais dirbtiniais apvaisinimais. Nevaisingumo problema iš vienos pusės veikia poras neigiamai ir didėja rizika patirti stresą, iš kitos pusės aukštas streso lygis taip pat gali pabloginti rezultatus susilaukti vaikų siekiančioms poroms (Simionescu ir kt., 2021). Atlikus tyrimą buvo išvelgta, kad nevaisingumą patiriančių tyrimo dalyvių emocinis fonas susideda iš: apmaudo, nusivylimo, graužaties, nerimo, baimės, nepasitikėjimo savimi, vienišumo, abejonių, savikritikos, įtampos, liūdesio, pykčio. Apie nevaisingų moterų emocinę būklę mini ir kiti tyrimai, kuriuose nurodoma visa amplitudė neigiamų jausmų (Dyer ir kt., 2002). Taip pat žinoma, jog moterims, kurioms yra diagnozuotas nevaisingumas, labiau būdingas nepilnavertiškumo ir kančios jausmas, pyktis bei liūdesys (Istomina ir kt., 2010), nes moterys pačios sąmoningai neįvardindamos gali kentėti nuo pastojimo ir gimdymo baimės, o taip pat nuo nesėkmingo gimdymo rizikų (Simionescu ir kt., 2021).

Galhardo ir kt., (2011) teigimu, nevaisingumą patiriančios poros patiria ir kitus jausmus: daugiau gėdos, yra labiau savikritiškos sau, identifikuoja save su išgyvenamais neigiamais jausmais ir emocijomis, patiria atsiskyrimą nuo visuomenės ir izoliaciją ir pan. (Galhardo ir kt., 2011). Analizuojant empirinio tyrimo duomenis taip pat pastebėta, kad moterys, susiduriančios su problemomis susilaukiant vaikų, išgyvena aplinkos nejautrumą ir abejingumą jų problemai, o nevaisingumo diagnozės sukeltas stresas gali būti susijęs su visuomenėje stipriai įsigalėjusiu įsitikinimu, jog labai svarbu yra turėti vaikų (Simionescu ir kt., 2021). Taip, mūsų visuomenėje dominuoja požiūris, kad dviejų žmonių

santykių/santuokoje turi būti ir vaikai, kad „normali“ šeima susideda ir iš palikuonių. Nejautrūs ir „ne vietoje“ užduodami klausimai apie vaikus, pvz., kodėl jų vis dar nėra ar pan., mūsų tyrimo dalyvėms daro spaudimą ir kelia įtampą. Labai svarbu terapijoje ir asmeniniame gyvenime šioms moterims išsigryninti – ar jos apskirtai nori turėti vaikų ir gal tai ne jų, o visuomenės noras? Remiantis nevaisingumo ir streso ryšio tyrimų apžvalga, nevaisingumo sukeltas stresas neigiamai paveikia ir socialinius ryšius, o kartu ir žmogaus pasitikėjimą savimi, teigia Simionescu ir bendraautoriai (2021). Atliktame tyrime pastebėta, kad nejautrios žmonių reakcijos verčia daugelį tyrimo dalyvių vengti socialinių situacijų ir izoliuotis nuo tarpasmeninių santykių. Istomina ir kt. (2010) teigia, jog dėl neigiamo visuomenės požiūrio nevaisingos poros slepia šią problemą, nes – bijo viešumo, gailesčio, bijo būti pasmerktos kitų. Tam antrina ir kai kurios šio tyrimo dalyvės, reflektuodamos, kad dažnai nenori kalbėtis apie vaikus, vengia situacijų ar vietų, kur renkasi šeimos su vaikais ir pan.

Kokybinė duomenų analizė atskleidė tyrimo dalyvių stiprius kontrolės, savikontrolės ir nepasitikėjimo savimi jausmus. Anot Galhardo ir kt., (2011), gėdos jausmas yra pripažįstamas kaip svarbi nevaisingumo sukelta emocija, susijusi su kontrolės kūnui pojūčio praradimu. Gėda yra emocinė patirtis, kuri galimai yra asmeninio identiteto viena iš svarbiausių dalių siejama su vidiniu atstūmimu, trūkumu, nevertumu ar silpnumo požymiu (Galhardo ir kt., 2011). Remiantis šiais duomenimis ir mūsų tyrimo empiriniais radiniais galima būtų svarstyti, kad tai yra susiję su atlikto tyrimo dalyvių pastangomis pastoviai kažkuo užsiimti, save alinant, einant į išsekimą ir perdegimą, bandant įrodyti savo vertę. Anot Sabaitytės, (2018), sudužusios viltys pažadina norą bėgti, atsiriboti ir atsiriboti nuo kylančių išgyvenimų, kurie dažnai patiriami nevaisingumo gydymo eigoje. Galhardo ir kt., (2011) teigia, jog su nevaisingumu susidūrusių asmenų vidinis savęs teisimas ir vidinė bei išorinė gėda turi stiprią abipusią įtaką ir šiai asmenų grupei yra didesnė rizika patirti depresijos simptomus arba pačią depresiją. Atliktame tyrime įžvelgta, kad kai kurios tyrimo dalyvės teisia save dėl trūkumų, klaidų, mažai atleidžia, netausoja savęs ir yra negailestingos sau. Tyrimo dalyvės dalinasi, kad emocinė įtampa ir pastovus „bėgimas“ sukausto kūną. Depresija, prislėgtumas, mieguistumas, dezorientacija, lėtinis nuovargis, disociacija, žemas kraujospūdis ir blogas virškinimas – tai simptomai, kurie vargina klientus, įstrigusius nejudrioje būsenoje, teigia P. Duros ir D. Crowley (2014). Tokios mobilios arba nejudrios būsenos turi įtakos socialiniams santykiams (Devereaux, 2017). Tai gali lemti žmogaus norą atsiriboti nuo bet kokio bendravimo (Scaer, 2007, p. 80), o tokia

situacija silpnina kliento sveikimo procesą, nes žmogiškasis ryšys yra labai svarbus norint padėti traumos paveiktai nervų sistemai (Rosoff, 2018).

Antroje šio empirinio tyrimo temoje – **šokio-judesio proceso patyrimas**, atskleidžiama kaip tyrimo dalyvės jautėsi šokio-judesio terapijos sesijų metu ir po jų, įsiliejimo į procesą svarba, vykstantys vidiniai procesai, atėjusios išvalgos. Šioje temoje atskleidžiami šokio-judesio terapijai svarbūs momentai: saugi erdvė, empatiškas terapeuto buvimas, muzika, kitų dalyvių priėmimas. Tyrimo dalyvės pastebėjo, kad tik pasijutus saugiai, pradėjo emociškai ir kūniškai atsipalaiduoti, verbaliai dalintis savo patirtimis. Tai patvirtina ir Bentzen (2015), teigdamas, jog šokio-judesio terapija padeda atkurti asmenų vidinę harmoniją, įtraukiant klientą į saugią socialinę aplinką bei atkuriant prarastą proto ir kūno ryšį ir suteikiant erdvę asmeniui „perprogramuoti“ savo gynybinės sistemos atsaką. Šiame tyrime atskleista buvimo empatišku terapeutu svarba. Šokio-judesio terapijos procese terapeutas, empatijos dėka, užmezga santykį „įsijungdamas“ į paciento afektinę būseną, kurią atskleidžia jo judesiai, taip užmezgdamas ryšį su pacientu (Schmais ir White, 1986). Kitas iš šokio-judesio terapijos svarbių momentų – įsitraukimas į judėjimą: dabarties laikas ir erdvė tampa svarbiausiom sąlygom judėjimui vykti (Meekums, 2002; Bloom, 2006; Payne, 2006; Chaiklin ir Wengrower, 2009). Dar vienas aspektas – visi žmonės nori būti pamatyti, išgirsti ir suprasti (Chaiklin, 2017, cit. Chace). Tyrime taip pat atsiskleidė, kad dalyvėms labai svarbu būti pastebėtoms, priimtoms ir išgirstoms. Interviu metu tyrimo dalyvės akcentavo, kad joms šokio-judesio terapijos metu labai svarbi buvo muzika, kuri įtraukdavo judesiui, sužadindavo vaizduotę ar atpalaiduodavo. Mokslinėje literatūroje taip pat teigiama, jog kryptingas meninių pastangų taikymas turi gydomąjį poveikį (Kumar, 2016), T.y. šokio-judesio terapija atpalaiduoja arba palengvina parasimpatinės nervų sistemos atsipalaidavimą; sukelia vaizdinius, prisiminimus, asociacijas ir kt (Pylvänäinen, 2010). Šiame tyrime pastebėta, kad šokio-judesio terapijos metu ir po jos tyrimo dalyvėms ateina gilios išvalgos: „terapinė erdvė suteikė atokvėpį nuo kasdienybės“, pasikeitusią pasaulėžiūrą, kūrybiniame procese praplėtė savęs ir aplinkos matymo lauką ir kt. Winters (2008) teigimu, judesių atkartojimas terapiniame procese yra suvokiamas kaip empatija ir kelia teigiamus jausmus kito žmogaus atžvilgiu bei padeda pacientui įsisąmoninti į savo jausmus (Schmais, 1986). Kai kurios tyrimo dalyvės reflektuoja pastebėjusios, kad vykstant šokio-judesio terapijoms, tolygiai keičiasi kažkas jų mąstyme ir gyvenime. Mokslinėje literatūroje rasta, kad kūrybiškai dirbant su simboliniu judesiu, dalyviai

gali perteikti slegiančius patyrimus, kurie yra sunkiai perteikiami žodžiais (Karkou, 2006), o tai gali padėti pažinti ir leisti įvykti pokyčiams (Meekums, 2002). Pasak tyrimo dalyvių, šokio-judesio terapija – reabilituojanti erdvė, kurioje jos gali rasti nusiramimą, paguodą, empatišką prisilietimą. Analizuodamos patyrimą šokio-judesio terapijoje, mūsų tyrimo dalyvės procesą apibūdino kaip lengvą ir atpalaiduojantį, o kartais nelengvą ir verčiantį būti savyje, bet visada keičiantį emocijas ir net gydantį fiziškai. Tam antrina ir Kinsley (2020), teigdamas, jog ŠJT gali būti taikoma daugeliui fizinės ir psichinės sveikatos problemų gydyti, nes suteikia galimybę kitaip patirti savo kūną, galimybę išreikšti savo jausmus, įgyti gilesnę ryšį su savimi bei kitu ir išsiugdyti dėkingumo, o taip pat užuojautos sau ir savo kūnui jausmą.

Trečioje šio tyrimo – **grupinių procesų** – temoje atskleidžiama, kaip vienijanti nevaisingumo tema kuria bendrystę. Taip pat apžvelgiami įtampą keliantys tarpasmeniniai santykiai ir auginantys procesai grupėje. Tyrimo dalyvės kaip svarbų aspektą įvardino priklausymo šiai teminei grupei jausmą, minėdamos bendrumą, artumą, atspindėjimą. Patirdamos bendrystę grupėje, tyrimo dalyvės atranda paramą ir empatiją. Steuber ir High, (2015) taip pat teigia, kad socialinė parama gali sušvelninti streso įtaką išsikalbant, o tai ypač tinka esant nevaisingumo problemai. Šiai minčiai antrina Taebi ir kt. (2021) teigdami, kad viena iš efektyvių strategijų moterims išlaikyti vidinį balansą esant nevaisingumo problemai, tai – išsikalbėti su kitomis nevaisingomis moterimis. Kiekvienam žmogui svarbu, kad jį suprastų ir priimtų kas nors kitas (Kočiūnas, 2008). Tyrimo dalyvės reflektuoja, kad bendraudamos grupėje leido sau būti atviresnėmis, atsiradusi empatija pastūmėjo domėtis kitų dalyvių mintis ir jausmais. Grupinė terapija, anot Kočiūno (2008), sudaro galimybę analizuoti savo patirtį kitų grupės dalyvių akivaizdoje. Tačiau grupė turi savo dinamiką, t.y., grupės eigą, kurią galima pavadinti „vaikyste“, „jaunyste“, „branda“ ir „senatve“ (ten pat). Kiekviename etape dominuoja tam tikri bruožai. Pavyzdžiui, „paaugliškuoju“, „jaunystės“ laikotarpiu grupės gyvenime dominuoja savo tapatybės paieškos, drauge suvokiant būtinybę kurti santykius su kitais, pastangos rasti kompromisą tarp savo ir svetimų interesų; visa tai lydi grupės dalyvių tarpusavio konfliktai, ieškant savo vietos grupėje, mokantis priimti aplinkinių „kitoniškumą“, jų „nepatogumą“ (Kočiūnas, 2008). Mūsų tyrime atskleista, kad grupinėje terapijoje buvo įtampą keliantys tarpasmeniniai santykiai. Viena iš dalyvių interviu metu dalinosi, kad vienos šokio-judesio sesijos metu norėjo ginčyti terapeuto darbo būdą. Tai, anot Kočiūno (2008), irgi vienas iš „paaugliškojo“ grupės laikotarpio momentų, po jo gimsta tikrasis grupės gyvenimas.

Mūsų tyrime atskleista, kad įtampą keliantys tarpasmeniniai santykiai, vėliau virto auginančiais procesais kiekvienai tyrimo dalyvei asmeniškai. Tyrimo dalyvės pasakojo, kad šokio-judesio terapijos metu pradėjo priimti tai, kas anksčiau buvo nepriimtina, pradėjo toleruoti „kitoniškumą“, kuris kai kurias tyrimo dalyves net pastūmėjo pilnavertiškam atsidavimui judesiui, atsivėrimui, kitokiam savęs priėmimui. „Brandžiame“ grupės etape, pasak Kočiūno (2008), ateina sugebėjimas priimti patyrimą, vertingą nepaisant jo emocinio atspalvio.

Tačiau šis tyrimas atskleidė ne tik radinius, bet ir ribotumus, kuriuos taip pat svarbu aptarti. Visų pirma svarbu paminėti žmogiškąjį faktorių – kaip pradedančioji terapeutė ir tyrėja kartais jaučiau patirties ir pasitikėjimo savimi trūkumą, todėl galėjau ne viską pastebėti, kas aktualu šiai temai. Mūsų tyrime atsiskleidė, kad ši nevaisingų moterų grupė patyrė panašių emocijų ir sunkumų, bet dalis jų nevaisingumo kelionės kiekvienai buvo skirtinga. Pastebėta, kad kiekviena dalyvė turėjo skirtingą ryšio su savimi pajautimą, skirtingus santykius su aplinkiniais žmonėmis, patirtas traumas, individualius gydymo procesus ir jų patyrimus. Įžvelgta, kad vertinga būtų atlikti atvejo tyrimą analizuojant šią temą arba pasitelkti kitus kokybinių tyrimų metodus, kurių pagalba būtų galima analizuoti didesniu biografinio pobūdžio duomenų kiekius taip atskleidžiant nevaisingumą patiriančių moterų gyvenimo kelio ypatumus. Šio tyrimo metu, imant interviu, persipindavo mano kaip terapeutės ir tyrėjos vaidmenys, kildavo etiniai klausimai, todėl svarbu atskirti šias subtilias tiriančių tyrėjų patirtis ir kompetencijas kokybinių tyrimų lauke. Kadangi ši tema, šokio-judesio terapijos naudojimas moterims, negalinčioms susilaukti vaikų, nebuvo plačiai tirta pasaulyje, o Lietuvoje visai netirta, todėl reikėtų tęsti tyrimus daugiau gilinantį į psichologinius ir socialinius nevaisingumo aspektus, individualiai ir grupėse.

IŠVADOS

1. Teorinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad nevaisingumo pripažinimas, įvertinimas ir gydymas yra vienas labiausiai neigiamai moterį veikiančių veiksnių. Remiantis literatūra išvelgtas atotrūkis nuo holistinio požiūrio į šią problemą, kadangi didžiausias dėmesys yra teikiamas fiziologiniams nevaisingumo aspektams, įvairioms medicininėms intervencijoms, tačiau neskiriant dėmesio emocinei ir socialinei sveikatai bei nesuteikiant kompleksinės pagalbos visoms sveikatos sritims gerinti.

2. Šokio-judesio terapijos taikymo galimybių teorinė analizė atskleidė, kad ši menų terapijos kryptis yra efektyvi, suteikiant holistinę pagalbą moterims, patiriančioms nevaisingumą: pagerinant šių moterų fizinę būklę, psichologinę gerovę mažinant su nevaisingumu susijusį stresą ir nerimą, suteikiant socialinę paramą. Šokio-judesio terapijos procese itin svarbūs aspektai: saugi erdvė, bendrystė, judesio panaudojimas siekiant atpalaiduoti kūną, suvokti ir išreikšti emocijas, reflektuoti savo patyrimą ir tuo pasidalinti su moterimis, turinčiomis tą patį patirtį.

3. Empiriniu tyrimu ištyrus ŠJT grupinės terapijos procesą, nustatyta:

3.1. ŠJT taikymo galimybės išvelgtos saugioje ir palaikančioje erdvėje, integruojant skirtingas technikas ir metodus, darbe su tyrimo dalyvavusiomis moterimis, patiriančiomis nevaisingumą. Akcentuojama integratyvių metodų (papildomos priemonės: įvairūs daiktai, medžiagos, kamuoliukai ir pan.; pasakojimai, refleksijos ir kt.) reikšmė, kurių pagalba įkūnijama, vystoma bei pasakojama istorija, o kartu atliepiamas tyrimo dalyvių poreikis būti pamatytoms ir suprastoms. Simbolių ir metaforų dėka iškilę prisiminimai ir įžvalgos atrandami kaip resursai, stiprinantys įvairiapusį savęs suvokimą.

3.2. Tyrimo dalyvių interviu analizė atskleidžia, jog nevaisingumas šioms moterims sukelia daug neigiamų jausmų (liūdesį, vienišumą, pyktį, nerimą, gėdą, baimę, įtampą kūne, kontrolės, savikontrolės ir nepasitikėjimo savimi ir kitus jausmus), kurie provokuoja išsekimą ir sveikatos problemas, o aplinkos abejingumas jų problemai skatina socialinių santykių vengimą ir izoliaciją.

3.3. Išanalizavus duomenis atskleista, kad šokio-judesio terapijos procesas – reabilitacinė erdvė, kurioje vyksta išoriniai ir vidiniai gydantys procesai apimantys fizinę, psichinę (kūno

vientisumas ir integracija; emocijų būsenos pokytis; saugumo, pasitikėjimo ir atsidavimo, savęs priėmimo, pilnatvės jausmas; pozityvūs procesai mąstyme bei požiūryje į gyvenimą) ir socialinę sveikatą (buvimas ŠJT bendroje grupėje suteikia tyrimo dalyvėms saugumą, pasitikėjimą, o bendravimas keičia jų jauseną ir savęs bei savo problemos priėmimą, tad moterys atsipalaiduoja, išlaisvina slegiančius jausmus, įtampą, dingsta baimė ir vienišumo jausmas). Pasak tyrimo dalyvių ŠJT procesas – tai laikas ir dovana sau, o kartu tarsi išsigelbėjimas bei grąžinimas savęs į gyvenimą.

REKOMENDACIJOS

Tyrimų išvadų pagrindu suformuoti šie pasiūlymai ir praktinės rekomendacijos:

1. Rekomenduojama kurti ir įgyvendinti šokio-judesio terapijos projektus bei skatinti ir įgyvendinti integruotų programų rengimą moterims, patiriančioms nevaisingumą. Taip pat rekomenduojama papildyti kvalifikacijos kėlimo programas specialiu kursu, kuriame būtų supažindinama su asmenų, patiriančių nevaisingumą, biopsichosocialine sveikata bei šokio-judesio terapijos galimybėmis.
2. Rekomenduojama ŠJT procesą organizuoti remiantis holistiniu požiūriu, t.y., apimant šių asmenų fizinę, psichinę, socialinę sveikatą. Proceso rekomenduojami šie elementai:
 - **Saugumo sukūrimas** – jauki, privati, nekintanti erdvė; nekintantis susitikimų laikas; taisyklių nustatymas, konfidencialumas; kontrolės klientui suteikimas – leidimas nenorint nejudėti ar nereflektuoti; kvėpavimo pratimai nervų sistemai nuraminti; susitelkimas į pojūčius; užduotys atramos ir įsižeminimo paieškoms; veidrodinio atspindėjimo metodas;
 - **Pasisveikinimo ir atsisveikinimo ritualai:** ritualų kūrimas kartu su klientu; svarbi nekintanti terapijos dalių eiga (pradžios ratas, užsimerkus susitelkimas į savo fizinius ir emocinius jautimus „čia ir dabar“, refleksijos „kame aš šiandien esu“, apšilimas, šokio-judesio patyrimas, rate patirto proceso aptarimas, refleksijos, atsisveikinimo ratas susikibus rankomis, gilus sinchroninis kvėpavimas, „laiško siuntimas“);

- **Atvira ir nešališka terapeuto pozicija** – palaikanti erdvę, liudijanti, reflektuojanti;
 - **Kūrybiškumas sesijose:** simbolinis judesys, judesio metaforos, vaidmenų užduotys, spontaniškas judesys, įvairių priemonių (medžiagų, kamuoliukų, lazdų ir pan.) panaudojimas, istorijų kūrimas, kontaktinė improvizacija;
 - **Muzika:** žemo dažnio, pasikartojančio ritmo išizeminimui; mažorinė, ritmiška, aktyvi kviečianti judesiui; rami, lyriška, gali būti ir minorinė ir mažorinė muzika nusiramimui, atsipalaidavimui; dramatiška muzika siekianti sužadinti emocijas.
3. Rekomenduojama tęsti kokybinius nevaisingumo patyrimo tyrimus ir analizuoti vyrų, susiduriančių su nevaisingumu, ŠJT patyrimą, šio terapinio proceso specifiką ir galimybes.

REFLEKSIJA

Labai ilga ir nelengva man buvo ši kelionė... Kartais jausdavau beviltiškumą... Ypač tyrimo pradžioje, kai bandžiau prisibelsti į Santarų klinikų vaisingumo skyrių, kuriame norėjau atlikti šokio-judesio terapijos praktiką ir tyrimą. Jaučiausi tarsi daužanti galva į sieną, norėdama ją pramušti. Supratau, kad naujovės labai sunkiai priimamos. Šokio-judesio terapeutų laukia ilgas ir sunkus kelias mėginant save įtvirtinti medicinos įstaigose. Šį darbą mačiau, kaip didelę dėlionę iš tūkstančių mažyčių padrikų gabalėlių, kurie sunkiai sutapdavo vienas su kitu. Apsišarvavusi kantrybe dėlioju, ieškoju, ir vėl dėlioju ir ieškoju. Kartais panirdavau į labai įdomius mokslinės literatūros radinius ir užsimiršdavau. Esu linkusi panirti į smulkmenas, prarasdavau darbo fokusą... Bet reiklios darbo vadovės, ačiū Joms už tai, sugražindavo į realybę. Didžiausią džiaugsmą šiame darbe man suteikė šokio-judesio terapijos sesijos su moterimis, kurioms jaučiu begalinę šilumą ir empatiją. Vienijanti nevaisingumo tema man kėlė liūdesį – labai daug patirto moterų skausmo joje. Pasidalintos ir prajaustos tyrimo dalyvių istorijos, mane taip įtraukdavo, kad kartais, po jautresnių šokio-judesio terapijos sesijų, negalėdavau užmigti, mintys vis sukdavosi ir sukdavosi ratu. Kartais jausdavau nebaigtą procesą, kartais galvodavau ar tinkamai atliepiu. Jausdavausi kaip sugertukas, kuris surinkdavo viską į save... reikėdavo laiko viskam transformuoti... Jaudinausi imdama interviu,

nes buvo nelengva laviruoti tarp tyrėjo ir terapeuto vaidmenų. Bet viltis ir begalinis noras padėti moterims, norinčioms susilaukti vaikų, vedė į priekį.

Buvo nelengva ir troškau kuo greičiau užbaigti šio tyrimo kelionę. Tuo pat metu jaučiu, kad tai ne pabaiga... Esu ieškojimuose, o mano kelionė tęsiasi.

LITERATŪRA

1. Adomaitienė, V., Ereminas, D. (2010). *Depresija*. Kaunas: Vitae Litera
2. Aleksienė V., Zvicevičienė S., (2009). *Lietuvių etnochoreografija autistiškiems vaikams: ugdymo ir terapijos aspektai: mokslo studija*. Vilnius : Ciklonas
3. Dembinskas A., (2003). *Psichiatrija*. Vilnius: Vaistų žinios
4. Dubodelova, Ž., Mačiulaitis, R. (2012). Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų). *Sveikatos Mokslai*, 22(4), 23-28.
5. Grigonis, N. (2019). Taking a Breath: Understanding the Interrelationship of Breath in Dance/Movement Therapy and Everyday Life. Dance/Movement Therapy Graduate Program, masters in Dance/Movement Therapy, Sarah Lawrence College
6. Istomina, N., Petrylienė, A., Razbadauskas, A. (2010). Nevaisingų šeimų problemų nustatymas ir sprendimo būdai, *Sveikatos Mokslai*, 5, 3438–3445.
7. Kancelerytė, O. (2017). Moterų, besitiriančių dėl nevaisingumo, nerimo, depresijos simptomų išreikštumas ir gyvenimo kokybė (Magistro baigiamasis darbas). Darbo vadovas: lekt. A. Jaras. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas, Psichiatrijos klinika: Kaunas. Prieiga per internetą <https://hdl.handle.net/20.500.12512/104775>
8. Kočiūnas, R. (2008). Egzistencinis patyrimas ir grupinė psichoterapija (Habilitacijos procedūrai teikiamų mokslo darbų apžvalga). Vilniaus Universitetas, Socialiniai mokslai, psichologija
9. Lukošaitytė, R., Murauskienė, L., Survilienė, R., Veniūtė, M. (2014). *Kultūros ir meno poveikio bei sąveikos su sveikatos sektoriumi plėtros galimybių vertinimas*. Vilnius: Viešojoji įstaiga „Mokymų, tyrimų ir vystymo centras”.
10. Rupšienė L. (2007). *Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija : metodinė knyga*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
11. Sabaitytė, E. (2018). Kūdikio negalinčių susilaukti moterų psichologinė gerovė (Sveikatos psichologijos magistro baigiamasis darbas). Mokslinė vadovė: prof. dr. Nida Žemaitienė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos psichologijos katedra: Kaunas
12. Sapežinskienė L., Soraka A. (2016). Dance and movement therapy approaches for patients and disabled clients: theoretical, methodological and practical peculiarities. Review.
13. Truskauskaitė-Kunevičienė, I. (2021) Stresas naudingas visose situacijose, kuriose reikia ką nors greitai ir efektyviai padaryti. Vilniaus universitetas, Žiūrėta internete 2022 04 04: <https://naujienos.vu.lt/vu-psichologe-stresas-naudingas-visose-situacijose-kuriose-reikia-ka-nors-greitai-ir-efektyviai-padaryti/>

14. Vaisingumo Asociacija. (n.d.). Žiūrėta 2022 04 03:
<https://www.vaisingumoasociacija.lt/lt/psichologiniai-aspektai/25>
15. Vaitiekus, E., Talačkienė, D. (2014). Pagalba šeimoms, negalinčioms susilaukti vaikų. *Socialinė sveikata, 1*, p. 62, Prieiga per internetą:
http://www.socialinisdarbas.lt/files/socialinisdarbaslt/SS_1_galutinis2.pdf
16. Zvicevičienė, S., (2018). Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų, ugdymas ir terapija, taikant lietuvių šokomąjį folklorą: disertacija (Daktaro disertacija). Lietuvos edukologijos universitetas, Vilnius : Lietuvos edukologijos universiteto leidykla
17. American Art Therapy Association. (2017). The Profession. Žiūrėta per internetą 2022 04 05: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
18. Amighi, J. K., Loman, S., Sossin, K. M. (2018). *The Meaning of Movement. Embodied Developmental, Clinical, and Cultural Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Routledge: New York
19. Anderon-Frazier, B., 2020. The Integration of a Dance/Movement Therapy Practice for Midwifery and Pregnant Women (Master of Arts). Expressive Therapies Capstone Theses, prieiga per internetą: https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/292
20. Aposhyan, S. M. (1999). *Natural intelligence: Body-mind integration and human development*. NOW Press.
21. Aposhyan, S. M. (2004). *Body-mind psychotherapy: Principles, techniques, and practical applications*. W.W. Norton & Co.
22. Ashley, Everything for recovery (n.d.). Learn How Drum Therapy Helps Relieve Stress and Anxiety in Treatment, prieiga per internetą: <https://www.ashleytreatment.org/how-drum-therapy-can-benefit-recovery/>
23. Barba, E., Savarese, N., (2019). *The Five Continents of Theatre: Facts and Legends about the Material. Culture of the Actor*. Brill Sense: Leiden; Boston
24. Behrends, A., Muller, S., Dziobek, I. (2012) Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in psychotherapy 39*, 107-116.
25. Bell, A. V. (2010). Beyond (financial) accessibility: inequalities within the medicalisation of infertility. *Sociology of Health & Illness, 32* (4), 0141–9889, pp. 631–646, prieiga per internetą: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/78596/j.1467-9566.2009.01235.x.pdf?sequence=1>
26. Bensimon, M., Amir, D., Wolf, Y. (2008). Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers. *The Arts in Psychotherapy, 35*, 34-48
27. Bentzen, M. (2015). Dances of connection: Neuroaffective development in clinical work with attachment. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 10*(4), 211-226.
doi:10.1080/17432979.2015.1064479

28. Berrol, C. F. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 302–315.
29. Bertrand, A., Bertrand, S. (2017). *Womb awakening: Initiatory wisdom from the creatrix of all life*. Bear & Company.
30. Biggerstaff, D. (2012). *Qualitative Research Methods in Psychology*, Warwick Medical School University of Warwick, Coventry
31. Biringer, E., Howard, L., Kessler, U., Stewart, R., Mykletun, A. (2015) Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 36 (2), 38–45.
32. Bloom, K. (2006). *The Embodied Self. Movement and psychoanalysis*. London: Routledge
33. Bohn, K. Žiūrēta 2022.05.06 <https://www.psychologytoday.com/us/therapists/katie-bohn-saint-louis-mo/325744>
34. Bolton, D., Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease*. Palgrave Pivot Cham. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-11899-0>
35. Boris, R., 2008. The Root of Dance Therapy: A Consideration of Movement, Dancing, and Verbalization vis-à-vis Dance/Movement Therapy. *A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 21(3), 356-367.
36. Boswell, B. B. (2005). Rhythmic movement and dance. In J. P. Winnick (Ed.) *Adapted physical education and sport* (4th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
37. Bradt J, Shim, M., Goodill, S. W., (2015). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1). doi: 10.1002/14651858.CD007103.pub3.
38. Braun, V., Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research. A practical guide for beginners*, SAGE
39. Brennan, B. A. (2011). *Light emerging: The journey of personal healing*. Random House Publishing Group.
40. Bräuninger, I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 43,16-22.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455615000040>
41. Caldwell, C. (2004). American Dance Therapy Association 38th Annual Conference Keynote Address: The Power of Stillness, the Glory of Motion. *American Journal of Dance Therapy* 26(1)

42. Capello, P. (2009). An intra/interactional model of DMT with the adult psychiatric patient. In *The Art and Science of Dance/Movement Therapy, Life is Dance*, (ed.) S. Chaiklin and H. Wengrower, London: Routledge, 77–102.
43. Chace, M. (1993). Dance therapy at St. Elizabeth's. In S. L. Sandel, S. Chaiklin, A. Lohn. (Eds.), *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace*. Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association. Prieiga per internetą: <https://www.adta.org/marian-chace-biography>
44. Chaiklin, S., Wengrower, H. (2016). *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance*. 2nd ed., Routledge, 4-70.
45. Chaiklin, S., Wengrower, H. (ed.). (2009). *The Art and Science of Dance/Movement Therapy. Life is Dance*. New York: Routledge.
46. Cohen, B. B. (2012). *Sensing, feeling, and action: The experiential anatomy of Body-Mind Centering*. Contact Edition.
47. Cohen, B. B. (2017). An introduction to Body-Mind Centering. Body-Mind Centering. https://www.bodymindcentering.com/files/an_intro_to_body-mind_centering.pdf
48. Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*. London and New York: Taylor & Francis e-Library
49. Cowan, R. (2016). Belly dance and its links to body psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 11(4), 235–248. <https://doi.org/10.1080/17432979.2016.1145140>
50. Cwikel, J., Gidron, Y., Sheiner, E., (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117(2), 126-131. Žiūrėta internete 2022 03 30: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030121150400257X>
51. Devereaux, C. (2017). An Interview with Dr. Stephen W. Porges. *American Journal Of Dance Therapy*, (1), 27. doi:10.1007/s10465-017-9252-6
52. Domar, A. D. (2021, rugsėjo 21). Psychological stress and infertility, Uptodate, prieiga per internetą: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/4859>
53. Drake, M. (n.d.). Drum Therapy, Therapeutic Effects of Drumming. Žiūrėta internete 2022 04 17: https://byregion.byregion.net/articles-healers/Drumming_Therapeutic.html
54. Drosdzol, A., Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 30(1), 11-20.
55. Duros, P., & Crowley, D. (2014). The Body comes to Therapy too. *Clinical Social Work Journal*, 42(3), 237-246. doi:10.1007/s10615-014-0486-1

56. Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., van der Spuy, Z.M. (2002). "Men leave me as I cannot have children": women's experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 17(6), 1663–1668.
57. Ekman, P. (2003) *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. Henry Holt and Co
58. Espenak, L. (1981). *Dance therapy theory and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
59. Espenak, L., (1981). Dance Therapy: Theory and Application. *The American Journal of Occupational Therapy*, 36(4), 269–270. Prieiga per internetą: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
60. Farb, N., Daubenmier, J., Price, C. J., Tim, G., Kerr, C., Dunn, B. D., . . . Mehling, W. E. (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in Psychology*, 6(763), 1–26. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00763>
61. Farokhi, M. (2011). Art Therapy In Humanistic Psychiatry. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2088–2092.
62. Fogel, A. (2013). *Body sense: The science and practice of embodied self-awareness*. W.W. Norton & Company.
63. Forester, C. (2007). Your own body of wisdom: Recognizing and working with somatic countertransference with dissociative and traumatized patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2(2), 123–133. <https://doi.org/10.1080/17432970701374510>
64. Galhardo, A., Pinto–Gouveia, J., Cunha, M., Matos, M. (2011). The impact of shame and self–judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 26(9), 2408–2414. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1093/humrep/der209>
65. Gallese, V., (2003). The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. *Psychopathology* 36(4), 171-80. DOI:10.1159/000072786
66. Gallese, V., Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(12), 493-501. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(98\)01262-5](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(98)01262-5)
67. Gallese, V., Sinigaglia, C., (2011). What is so special about embodied simulation? *Trends in cognitive sciences*, 15(11), DOI: 10.1016/j.tics.2011.09.003. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21983148/>
68. Goldsmith, J. (2016, spalio 6). Creativity and Psychotherapy: Two Sides of the Same Coin [Blogo įrašas]. Žiūrėta internete 2022 04 07: <https://welldoing.org/article/creativity-and-psychotherapy-nlp>

69. Goodridge, J. (1999). *Rhythm and timing of movement in performance: Drama, dance and ceremony*. London, England: Jessica Kingsley
70. Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. American Psychological Association.
71. Guralnik, M. J. (1992). *A Hierarchical Model for Understanding Children's Peer-Related Social Competence*. In S. L. Odom, S. R. McConnell, & M. A. McEvoy (Eds.), *Social competence of young children with disabilities: Issues and Strategies for intervention* (pp. 37-64). Baltimore: Brookes.
72. Hackney, P. (2002). *Making connections: Total body integration through Bartenieff fundamentals*. Routledge.
73. Haines, S. (2007). *Healing sex: A mind-body approach to healing sexual trauma*. Cleis Press.
74. Hartley, L. (1995). *Wisdom of the Body Moving: An Introduction to Body-Mind Centering*. Berkeley, CA: North Atlantic Books
75. Hartley, L. (2008). *Wisdom of the body moving: An introduction to body-mind centering*. North Atlantic Books.
76. Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. (2014) The emotional–psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(2), 131-138.
77. Hindi, F. (2012). How Attention to Interoception Can Inform Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 34, 129-140
78. Hofmann, S.G. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychoanalysis*, 41(2), 249–279.
<https://doi.org/10.1080/00107530.2005.10745861>
79. 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>
80. Hornthal, E. (n.d.). Žiūrēta per internetą 2022 04 01: <https://www.ericahornthal.com/>
81. Huggil, T. (n.d.). Žiūrēta per internetą 2022.05.03:
<https://www.awakeningbodywisdom.com/resources/articles/a-circle-to-connect>
82. Humphrey, D. (1980). *The art of making dances*. NY: Grove Press
83. Huppelschoten, A., Van-Dongen, A., Verhaak, C., Smeenk, J., Kremer, J., Nelen, W. (2013) Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 28(8), 2168-2176.
84. Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a

conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>

85. Jahromi, M.K, Ramezanli, S. (2015). Coping with Infertility: An Examination of Coping Mechanisms in Iranian Women with Infertility. *Journal of Psychiatry*, 18, 1.
86. Judith, A. (2014). *Wheels of life: A users guide to the Chakra system*. Llewellyn Publications.
87. Kaptchuk, T. J. (2000). *The web that has no weaver: Understanding Chinese medicine*. McGraw-Hill
88. Karkou, V. & Lycouris, S. (2011, rugsējis). Relationships between artistic and therapeutic aspects of dance: meeting points of a dance movement psychotherapist and a choreographer. Prieiga per internetą: <https://www.research.ed.ac.uk/en/publications/an-exploration-of-the-centrality-of-the-body-in-notions-of-wellbe>
89. Kent, T. L. (2011). *Wild feminine: finding power, spirit and joy in the female body*. Beyond Words Publishing
90. Khan, M. (2018). *The privacy of the self*. Routledge
91. Khodakarami, N., Hashemi, S., Sedigh, S., Hamidi, M., Taheripanah, R. (2009). The experience of living with infertility: a phenomenological study. *The fertility and infertility quarterly*, Winder
92. Kinsley, C. (n.d.). MA, Professional Counselor Associate, <https://www.carolinekinsley.com/>
93. Kjaer, T. K., Jensen, A., Oksbjerg Dalton, S., Johansen, C., Schmiedel, S., Kjaer, S. K., (2011). Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction*, 26(9), 2401–2407, <https://doi.org/10.1093/humrep/der188>
94. Kleinman, S., Hall, T. (2006). Dance/movement therapy: A method for embodying emotions. In: Davis W, Kleinman S editor(s). *The Renfrew Center Foundation Healing Through Relationship Series: Contributions to Eating Disorder Theory and Treatment. Fostering Body-Mind Integration*. The Renfrew Center Foundation: Philadelphia, PA
95. Koch, S. C., Fischman, D. (2011). Embodied enactive dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 57–72. doi: 10.1007/s10465-011-9108-4
96. 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 Psychology*, 10, 1806. doi:10.3389/fpsyg.2019.01806
97. Krantz, A., Pennebaker, J. W. (2007). Expressive dance, writing, trauma, and health: When words have a body. In: Serlin IA Sonke-Henderson J, Brandman R, Graham-Pole J editor(s). *Whole Person Healthcare*, 3, Westport, CT: Praeger Publishers, p. 201–29

98. Kumar, M. (2016, gegužės 3). A Simple Guide to Teaching Resilience, [Blogo įrašas]. Prieiga per internetą: <https://discover.hubpages.com/education/A-Simple-Guide-to-Teaching-Resilience>
99. La Barre, F. L. (2005). The kinetic transference and countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 41(2), 249–279. <https://doi.org/10.1080/00107530.2005.10745861>
100. Lam, T. Q., Linh, T. T., Thuy, L. B. (2021). The Impact of Social Support on Infertility-Related Stress: A Study in the Vietnamese Context. *Open Journal of Social Sciences*, 9, 259–273.
101. Leventhal, M., Wilson Cathcart, J., Chaiklin, S., Chodorow, J., DiPalma, E., Koch, N., Rifkin-Gainer, I., Queyquep White, E., Harris, D. (2016). Embodied Proteges: Second Generation Dance/Movement Therapists on Mentorships with Founders. *American Journal of Dance Therapy*, 38, 164-182.
102. Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
103. Levy, F. J. (1995). *Dance and Other Expressive Art Therapies: When words are not enough*. New York: Routledge.
104. Levy, F. J. (2005). Dance Movement Therapy: A healing art. *National Dance Association an association of the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance*
105. Ludden, J. (2004). A dance legend who still finds new directions. All Things Considered.
106. Lynch, C. D., Sundaram, R., Maisog, J. M., Sweeney, A. M., Louis, G. M. B. (2014) Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study—the LIFE study. *Human Reproduction*, 29(5), 1067–1075. DOI: 10.1093/humrep/deu032
107. Malina, A., Glogiewicz, M., Piotrowski, J. (2019). Supportive Social Interactions in Infertility Treatment Decrease Cortisol Levels: Experimental Study Report. *Frontiers in psychology*, 10, 2779. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2019.02779>
108. Martinec, R. (2018). Dance Movement Therapy in the Wider Concept of Trauma Rehabilitation. *Journal of Trauma and Rehabilitation*, 1(1).
109. Mascarenhas, M., Flaxman, S., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *Plos Medicine*, prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
110. Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S-I., Suzuki, T., Makino T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, Volume 16(5), 966–969. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.5.966>

111. Mayers, L., Bronner, S., Agraharasamakulam, S., Ojofeitimi, S. (2010). Lower extremity kinetics in tap dance. *International Association for Dance Medicine and Science*, 14(1), 3-10.
112. Meekums, B. (2002). *Dance/Movement Therapy. A Creative Psychotherapeutic Approach*. London: Sage Publications.
113. Mehling, W., Wrubel, J., Daubenmier, J., Price, C., Kerr, C., Silow, T., Gopisetty, V., Stewart, A. (2011). Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of body-mind therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 6(6). <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-5341-6-6>
114. Miles, J. (2015). The important connection between creativity and therapy. Žiūrėta per internetą 2022 04 05: <https://www.counselling-directory.org.uk/memberarticles/the-important-connection-between-creativity-therapy>
115. Newlove, J., Dalby, J. (2004). *Laban for All*. Routledge
116. Nolan, P. (2012). *Therapist and client. A relational approach to psychotherapy*. Chichester: Wiley-Blackwell
117. Ogawa, M., Takamatsu K., Horiguchi F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Biopsychosocial medicine*, 5(1), 15. <https://link.springer.com/article/10.1186/1751-0759-5-15>
118. Ogawa, S. (2015). *Dance/Movement Therapy and the Journey of Infertility: A Phenomenological Study (Creative arts therapies theses)*. Columbia College Chicago, Department of Creative Arts Therapies, prieiga per internetą: https://digitalcommons.colum.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1066&context=theses_dmt
119. Pallaro, P. (1997). Culture, self and body-self: Dance/movement therapy with Asian Americans. *The Arts in Psychotherapy*, 24(3), 227-241.
120. Parviainen, J. (2003). Kinesthetic Empathy. *Dialogue & Universalism*, 13(11/12), 0-162.
121. Patterson, A. (2021, birželio 1). *Deep Wisdom & Healing of the Pelvic Bowl*. [Audio įrašas], prieiga per internetą: <https://www.naropa.edu/podcast/alicia-patterson-deep-wisdom-healing-of-the-pelvic-bowl/>
122. Payne, H. (2006). *Dance movement therapy: Theory, research, and practice* (2nd ed.). Routledge, NY, p. 3.
123. Payne, H. (ed.). (2006). *Dance Movement Therapy: Theory, Research and Practice* (2nd ed.) London: Routledge.
124. Payne, H. (ed.). (2006). *Dance Movement Therapy: Theory, Research and Practice*, 2nd Edn. London: Routledge.

125. Pedro, A., Mwaba, K. (2013). An exploratory study of South African women's experiences of In Vitro Fertilisation and Embryo Transfer (IVE–ET) at fertility clinics. *Open Journal of Preventive Medicine* 3(8). <http://dx.doi.org/10.4236/ojpm.2013.38063>
126. Peterson, B., Boivin, J., Norre, J., Smith, C., Thorn, P., Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 29(3), 243–248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3288135/>
127. Podolska, M. Z., Bidzan, M., (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 81(1), https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46385/33172
128. Pylvanainen, P. M., Muotka, J. S., Lappalainen, R. (2015). A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. *Frontiers in Psychology*, 6, 980. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00980
129. Pylvänäinen, P. (2010). The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic: explorations in body image and interaction. *Body Movement and Dance in Psychotherapy*, 5, 219-230.
130. Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(9) Žiūrēta internete: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-4-9>
131. Rockliff, H. E., Lightman, S L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., Vedhara K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human Reproduction Update*, 20(4), 594–613. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu010>
132. Roozitalab, S., Rahimzadeh, M., Mirmajidi, S. M., Ataei, M., Saeieah, S. E. (2021). The Relationship Between Infertility, Stress, and Quality of Life with Posttraumatic Stress Disorder in Infertile Women. *Journal of Reproduction and Infertility*, 22(4), 282–288. doi: 10.18502/jri.v22i4.7654
133. Rosoff, A. (2018, balandžio 12). *Understanding Dissociation*. Presented at the conference of Defining Trauma and Resilience conference, Antioch University, Keen.
134. Rothenberg, A. (2014). *The Creative Process of Psychotherapy*. Prieiga per internetą: <https://www.booksdrive.org/wp-content/uploads/2022/01/The-Creative-Process-of-Psychotherapy-pdf-free-download.pdf>
135. Rumble, B. (2010). The body as hypothesis and as question: Towards a concept of therapist embodiment. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(2), 129–140. <https://doi.org/10.1080/17432979.2010.494852>

136. Sandel, L. S., Chaiklin, S., Lohn, A. (ed.). (1993). Foundations of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace, *American Journal of Dance Therapy*, 16, 127–131.
137. Sandel, S., Chaiklin, S. (1993). *Foundations of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace*. (Eds.) S. Sandel, S. Chaiklin, A. Lohn, Marian Chace Memorial Fund
138. Scaer, R. C. (2007). *The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation, and Disease*. New York: Haworth Medical Press.
139. Schmais, C., White, E. Q. (1986). Introduction to DanceTherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 9, 23-30. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02274236>
140. Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction—What are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1), 14–20. Prieiga per internetą:
https://www.researchgate.net/publication/24243041_Social_and_psychological_consequences_of_infertility_and_assisted_reproduction-What_are_the_research_priorities
141. Schoop, T. (1974). *Won't you join the dance?: A dancer's essay into the treatment of psychosis Hardcover*. Mayfield
142. Shalem-Zafari, Y., Grosu, E. F. (2016). Dance Movement Therapy, Past and Present: How History Can Inform Current Supervision. *The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.12.81>
143. Shreffler, K. M., Greil, A. L. and McQuillan, J. (2017). Responding to Infertility: Lessons From a Growing Body of Research and Suggested Guidelines for Practice. *Family relations, Interdisciplinary Journal of applied family science*, 66(4): 644-658
144. Simionescu, G., Doroftei, B., Maftai, R., Obreja, B.E., Anton, E., Grab, D., Ilea, C., Anton, C., (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress (Review) *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(4), 306. DOI: 10.3892/etm.2021.9737
145. Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York, NY: W.W. Norton & Co.
146. Steuber, K. R., High, A. (2015). Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women, *Human Reproduction*, 30(7), 1635–1642.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev093>
147. Szkodziak, F., Krzyzanowski, J., Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *Medical University of Lublin Volume: 48(6)*.
<https://doi.org/10.1177%2F0300060520932403>

148. Taebi, M., Kariman, N., Montazeri A., Majd, H. A. (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *National Library of Medicine, Fertil Steril*, 15(3), 189–196. doi: 10.22074/IJFS.2021.139093.1039
149. Tarr, B., Launay, J., Cohen, E., Dunbar, R. (2015). Synchrony and exertion during dance independently raise pain threshold and encourage social bonding. *Biology Letters*, 11(10), DOI:10.1098/rsbl.2015.0767
150. Tortora, S. (2011). Beyond the Face and Words: How the Body Speaks. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(2-3), 242-254. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/15289168.2011.600131>
151. Ucles, R. I. M., Aparicio, M. Del C., Rosset, C. M. (2015). Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender. *Colegio de la Psicología de Madrid*, 26(1), 57–63. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.01.002>
152. Van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking
153. Van Empel, I. W. H., Nelen, W. L.D.M., Tepe, E. T., van Laarhoven, E. A. P., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. M. (2010). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction*, 25(1), 142–149. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1093/humrep/dep362>
154. Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Kremer, J.A.M., Kraaijmaat, F.W., Braat, D.D.M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27–36. DOI: 10.1093/humupd/dml040
155. Walker, M. H., Tobler, K. J. (2021) Female infertility. Žiūrėta internete 2022 04 03: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556033/>
156. Warnecke, T. (2012). *Developing through embodiment and movement*. In C. Rose (Ed.), *Self awareness and personal development: Resources for psychotherapists and counsellors*.
157. Westland, G. (2009). Considerations of verbal and non-verbal communication in bodypsychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 121–134. <https://doi.org/10.1080/17432970902857289>
158. Whittemore R., Chase S. K., Mandle C. L. (2001). Validity in Qualitative Research, *Qualitative health research*, 11(4), 522-37
159. WHO Regional Office for Europe. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?: A scoping review. Health Evidence Network synthesis report, No. 67

160. Winters, A. F., (2008). Emotion, Embodiment, and Mirror Neurons in Dance/Movement Therapy: A Connection Across Disciplines. *American Journal of Dance Therapy*, 30(84)
161. World Health Organization. (1992). Recent Advances in Medically Assisted Conception. *World Health Organization technical report series*, 820(1), 111.
162. Yalom, I. D. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books
163. Yusuf, L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(6), 1340-1343. doi: 10.12669/pjms.326.10828
164. Zappa, K. (2020). Grounded in the present, rooted through the body: a theoretical dance/movement therapy model for using pelvic embodiment in the therapeutic relationship. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy. An International Journal for Theory, Research and Practice*, 16, 188-201.
<https://doi.org/10.1080/17432979.2020.1830851>