

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS  
IR  
LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

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

ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS POVEIKIS KRŪTIES VĖŽIU  
SERGANČIŲ MOTERŲ EMOCINEI IR FIZINEI SVEIKATAI  
REMISIJOS LAIKOTARPIU

**Monika Sagevičienė**

Darbo vadovas

Doc. dr. Laimutė Samsonienė

Konsultantas

Lekt. dr. Solveiga Zvicevičienė

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data \_\_\_\_\_

Registracijos Nr. \_\_\_\_\_

Studento elektroninio pašto adresas [monika.sageviciene@mf.stud.vu.lt](mailto:monika.sageviciene@mf.stud.vu.lt)

2022

# TURINYS

<b>SANTRAUKA</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>ĮVADAS</b> .....	4
<b>1. LITERATŪROS APŽVALGA</b> .....	6
1.1. KRŪTIES VĖŽYS IR SU JUO SUSIJĘ FIZINĖS BEI PSICHOLOGINĖS SVEIKATOS YPATUMAI .....	6
1.1.1. Krūties vėžio paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje .....	6
1.1.2. Krūties vėžio etiopatogenezė ir rizikos veiksniai .....	6
1.1.3. Kardiovaskulinių ligų rizika sergant krūties vėžiu .....	8
1.1.4. Somatizacijos simptomų patyrimas sergant krūties vėžiu .....	8
1.1.5. Nerimo ir depresijos simptomų patyrimas sergant krūties vėžiu.....	10
1.1.6. Sveikatos aspektai remisijos laikotarpiu po krūties vėžio gydymo .....	12
1.2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS GALIMYBĖS MOTERIMS, SERGANČIOMS KRŪTIES VĖŽIU.....	14
1.2.1. ŠJT apibrėžimas ir taikymas biopsichosocialinės sveikatos gerinimui .....	14
1.2.2. ŠJT taikymas pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis.....	17
1.2.3. ŠJT taikymas pacientėms, sergančioms krūties vėžiu .....	19
<b>2. EMPIRINIS TYRIMAS</b> .....	23
2.1. TYRIMO METODOLOGIJA .....	23
2.1.1. Tyrimo etapai ir metodai .....	23
2.1.2. Tyrimo imtis.....	26
2.1.3. Tyrimo etika.....	30
2.2. TYRIMO REZULTATAI .....	31
2.2.1. A <sub>1</sub> atvejis .....	31
2.2.2. A <sub>2</sub> atvejis .....	33
2.2.3. A <sub>3</sub> atvejis .....	35
2.2.4. A <sub>4</sub> atvejis .....	37
2.2.5. A <sub>5</sub> atvejis .....	39
2.2.6. A <sub>6</sub> atvejis .....	41
2.3. TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA.....	43
<b>IŠVADOS</b> .....	47
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	48
<b>TYRĖJOS REFLEKSIJA</b> .....	49
<b>LITERATŪROS ŠALTINIAI</b> .....	51

## SANTRAUKA

### ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS POVEIKIS KRŪTIES VĖŽIU SERGANČIŲ MOTERŲ EMOCINEI IR FIZINEI SVEIKATAI REMISIJOS LAIKOTARPIU

**Tyrimo pagrindimas.** Vis daugiau moterų, susidūrusių su krūties vėžio diagnoze, dėka ankstyvo diagnozavimo ir modernių gydymo metodų sėkmingai išgyvena aktyvaus gydymo laikotarpį, tad pradedama vis labiau kreipti dėmesį į šios tikslinės grupės biopsichosocialinius sunkumus, išliekančius būnant remisijos būklėje. Šokio-judesio terapija siūlo tiek fizinės, tiek emocinės, tiek socialinės sveikatos gerinimo metodus, tačiau jos taikymas moterims, esančioms remisijos būklėje po krūties vėžio gydymo, tyrinėtas mažai, ypač sąveika tarp emocinės ir fizinės sveikatos.

**Tyrimo tikslas.** Atskleisti šokio-judesio terapijos individualų poveikį tiriamųjų nerimo, depresijos, somatizacijos simptomams, kardiovaskulinių ligų rizikai bei atskleisti individualų tiriamųjų šokio-judesio terapijos patyrimą.

**Tyrimo imtis.** Šešios moterys, esančios remisijos būklėje po krūties vėžio gydymo, nuo 41-erių iki 68-erių metų.

**Tyrimo metodologija.** Tiriamųjų psichologinė sveikata vertinta prieš ir po intervencijos taikant HAD nerimo ir depresijos klausimyną bei PHQ-15 somatizacijos klausimyną. Tiriamųjų fizinė sveikata vertinta prieš ir po kiekvieno užsiėmimo matuojant tiriamųjų kraujospūdį ir pulsą automatiniais žastiniais kraujospūdžio ir pulso matuokliais. Stebėjimo metodu buvo renkami duomenys apie dalyvių patyrimą, tyrėjai aprašant dalyvių patirtis dienoraštyje.

**Tyrimo rezultatai.** Prieš tyrimą somatizacijos riziką patyrė dvi tiriamosios, po tyrimo tik viena. Po terapijos tik vienos tiriamosios somatizacijos lygis sustiprėjo iki vidutinio, o kitų tiriamųjų sušvelnėjo. Dalyvių somatizacijos rezultatai po tyrimo pagerėjo iki 55 proc., mažiausias pozityvus pokytis buvo 14 proc. Po intervencijos dviejų tiriamųjų nerimo rodikliai sumažėjo beveik 27 proc., o depresija taip pat sumažėjo dviems tyrimo dalyvėms, vienai iš jų net 33 proc. Prieš tyrimą pusė tyrimo dalyvių turėjo kardiovaskulinių ligų riziką, o po tyrimo nei vienai tiriamajai ši rizika nenustatyta.

**Išvados.** Ryškiausią poveikį šokio-judesio terapija turėjo tiriamųjų somatizacijos simptomams. Taip pat pastebėtas poveikis ir kai kurių dalyvių nerimo, depresijos simptomams bei kardiovaskulinių ligų rizikai. Kaip aktualiausi terapijos veiksniai buvo pastebėti ryšio su savo kūnu atkūrimas bei bendrystė su kitomis moterimis.

**Raktiniai žodžiai.** Nerimas, depresija, somatizacija, kardiovaskulinių ligų rizika, emocinė ir fizinė sveikata, šokio-judesio terapija, onkologinės ligos, krūties vėžys.

## ABSTRACT

### EFFECTS OF DANCE MOVEMENT THERAPY ON THE EMOTIONAL AND PHYSICAL HEALTH OF WOMEN WITH BREAST CANCER DURING REMISSION

**Background.** More and more women with a diagnosis of breast cancer overcome the active treatment successfully and the society pays a greater attention to their biopsychosocial difficulties during remission. Dance-movement therapy offers a lot of methods for physical, emotional and social health promotion, but its application for women with breast cancer during remission is researched minimally, especially the interaction between the emotional and physical health.

**Objective.** To reveal the individual impact of dance-movement therapy on the symptoms of anxiety, depression, somatization and a level of cardiovascular risk of the participants as well as to reveal their individual experience of dance-movement therapy.

**Participants.** Six women with breast cancer during remission, from the age from 41 to 68.

**Methods.** We measured the psychological health of the participants before and after the intervention using HAD anxiety and depression questionnaire and PHQ-15 somatization questionnaire. We evaluated the physical health before and after each session by measuring blood pressure and heart rate with automatic blood pressure monitors. The data of participants' individual experience was collected by using the observation method and was described in the diary of the researcher.

**Results.** Two participants experienced a high risk of somatization before the intervention and only one – after. The level of somatization increased in only one participant and in others – decreased. The results of somatization decreased up to 55%, the lowest positive change was 14%. After the intervention, the anxiety rates of the two subjects decreased by almost 27% and the depression rates of the two subjects decreased also, in one of them even 33%. Half of the participants showed cardiovascular risk before the intervention and there was no one with cardiovascular risk after.

**Conclusions.** The most notable impact of the intervention was on the scores of somatization. The impact on some subjects' anxiety, depression and cardiovascular risk was also observed. The possibility to reconnect with one's body and the communion with others were observed as the key aspects of the therapy.

**Keywords.** Anxiety, depression, somatization, cardiovascular risk, emotional and physical health, dance-movement therapy, oncology, breast cancer.

## ĮVADAS

Krūties vėžys yra dažniausia moterims diagnozuojama onkologinė liga pasaulyje (GLOBOCAN 2020), o Lietuvoje krūties vėžys yra pirmaujanti mirtingumo ir sergamumo priežastis (Ivanauskienė ir kt., 2015). Ši sudėtinga onkologinė liga pasireiškia kartu ir su kita simptomatika. Lopes ir kitų tyrėjų (2022) teigimu, nerimo simptomai pasireiškia nuo 20% iki 50%, o depresijos simptomai – nuo 30% iki 50% pacienčių, sergančių krūties vėžiu. Tuo tarpu somatizacijos simptomai, anot Li ir kitų tyrėjų (2022), būdingi iki 22% šių pacienčių. Taip pat, be kitų sutrikimų, pasireiškia kardiovaskulinės ligos (Patnaik ir kt., 2011). Iki 90% moterų, kurioms diagnozuojamas krūties vėžys, išgyvena mažiausiai penkerius metus po diagnozės (Patnaik ir kt., 2011), tad tiek fizinės, tiek emocinės problemos tęsiasi ilgą laiką pasibaigus aktyviam gydymui, o kartais ir visą gyvenimą. Todėl ši situacija reikalauja dėmesio, nes visuomenėje susidaro įspūdis, kad po sėkmingo gydymo grįžtama į normalų gyvenimą be jokių apribojimų, o iš tiesų lieka didelis tiek medicininių, tiek psichosocialinių paslaugų poreikis.

Šokio-judesio terapija – viena iš galimų paslaugų moterims, įveikusioms krūties vėžio gydymą ir toliau susiduriančioms su sveikatos problemomis. Krūties vėžio patirtis yra daugiaplanė trauma, kuri paveikia moterį fizine, emocine, kognityvine ir dvasine prasme (Dibbell-Hope, 2000), o Europos šokio-judesio terapijos asociacija apibrėžia šokio-judesio terapiją kaip terapinį judesio naudojimą, siekiant skatinti emocinę, pažintinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją (Scarth, 2021). Ši intervencija gali reikšmingai paveikti pacienčių, sergančių krūties vėžiu, atsigavimą ir reabilitaciją (Fatkulina ir kt., 2021) bei būti veiksminga priemone gyjant nuo fiziologinių ir psichologinių krūties vėžio pasekmių (Dibbell-Hope, 2000).

**Tyrimo temos naujumas ir aktualumas.** Šokio-judesio terapija – jauna profesija, kuri ėmė plisti visame pasaulyje nuo 1990 metų (Koch ir kt., 2007), o Lietuvoje tik 2020 metais buvo reglamentuota teisės aktais<sup>1</sup>. Mokslinėje literatūroje tyrinėjamas šokio-judesio terapijos poveikis skirtingoms pacientų grupėms: sergantiems depresija (Karkou ir kt., 2019), demencija (Metrolis, 2022), Parkinsono liga (Frølund ir Oerbæk, 2022), išgyvenusiems trauminius įvykius (Gray, 2017), patiriantiems lėtinį skausmą (Majore-Dusele ir kt., 2021), vaikams su autizmo spektro sutrikimais (Zvicevičienė, 2018; Takahashi ir kt., 2019) ir kt., taip pat ir pacientams, susidūrusiems su onkologine liga. Tačiau tiriant šią tikslinę grupę dažnai pasirenkamos pacientų populiacijos su skirtingomis onkologinėmis diagnozėmis arba pacientai, gaunantys aktyvų gydymą. Lietuvoje mažai tyrinėtas

---

<sup>1</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. V-457 „Dėl Meno terapeuto veiklos reikalavimų patvirtinimo“ nauja redakcija.

šokio-judesio terapijos taikymas moterims remisijos laikotarpiu po krūties vėžio gydymo, ypač sąveika tarp psichologinių ir fizinių aspektų. Tad keliama **tyrimo prielaida** – šokio-judesio terapija turi poveikį tiriamųjų emocinei ir fizinei sveikatai.

Prielaidai patikrinti buvo organizuojamas tyrimas, kurio **tikslas** – atskleisti šokio-judesio terapijos poveikį tiriamųjų nerimo, depresijos, somatizacijos simptomams, kardiovaskulinių ligų rizikai bei atskleisti individualų tiriamųjų šokio-judesio terapijos patyrimą.

**Subjektas** – moterys, sergančios krūties vėžiu, remisijos laikotarpiu.

**Objektas** – nerimas, depresija, somatizacija ir kardiovaskulinių ligų rizika.

#### **Tyrimo uždaviniai:**

1. Apžvelgti mokslinę literatūrą apie moterų, išgyvenusių krūties vėžį, fizinės ir psichologinės sveikatos ypatumus bei galimą šokio-judesio terapijos taikymą šiai tikslinei grupei.
2. Palyginti individualų tiriamųjų emocinės sveikatos: nerimo, depresijos ir somatizacijos lygį prieš ir po šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo.
3. Nustatyti individualų šokio-judesio terapijos poveikį tiriamųjų fizinei sveikatai: kardiovaskulinių ligų rizikai.
4. Atskleisti individualų tiriamųjų šokio-judesio terapijos patyrimą, remiantis tyrėjos patirtimi.

**Taikyti tyrimo metodai** – taikytas kokybinis tyrimo tipas. Tiriamųjų emocinė sveikata buvo vertinama HAD nerimo ir depresijos klausimynu bei PHQ-15 somatizacijos klausimynu prieš ir po šokio-judesio terapijos užsiėmimų ciklo, fizinė sveikata buvo vertinama matuojant kraujospūdį ir pulsą automatiniais žastiniais kraujospūdžio matuokliais prieš ir po kiekvieno užsiėmimo, o individualus šokio-judesio terapijos patyrimas buvo vertinamas taikant stebėjimo metodą kiekvieno užsiėmimo metu.

**Raktiniai žodžiai** – nerimas, depresija, somatizacija, kardiovaskulinių ligų rizika, emocinė ir fizinė sveikata, šokio-judesio terapija, onkologinės ligos, krūties vėžys.

# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1. KRŪTIES VĖŽYS IR SU JUO SUSIJĘ FIZINĖS BEI PSICHOLOGINĖS SVEIKATOS YPATUMAI

### 1.1.1. Krūties vėžio paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje

Pasak PSO, 2020 metais pasaulyje diagnozuota 2.3 milijono naujų krūties vėžio atvejų, tai sudarė 11,7 % visų naujai diagnozuotų vėžio atvejų ir buvo dažniausiai moterims diagnozuojama vėžio forma pasaulyje, sukėlus 684 996 mirtis (GLOBOCAN 2020). Lietuvos higienos instituto duomenimis, Lietuvoje kasmet nustatoma apie 1500 naujų krūties vėžio atvejų, 2020 metais šia liga sirgo 18065 moterų.

Krūties vėžio keliama ekonominė našta pasaulyje auga eksponentiškai. Išsivysčiusiose šalyse, kuriose gyvena proporcingai maža pasaulio populiacijos dalis, diagnozuojama apie 50% visų pasaulyje nustatomų krūties vėžio atvejų (Khan ir kt., 2022). Lietuvoje krūties vėžys taip pat yra pirmaujanti mirtingumo ir sergamumo priežastis, kuri sukuria didelę ekonominę naštą visuomenei bei sveikatos apsaugos sistemai (Ivanauskienė ir kt., 2015).

### 1.1.2. Krūties vėžio etiopatogenezė ir rizikos veiksniai

Krūties vėžio kilmė yra daugiaplanė ir negali būti paaiškinta vienu etiologiniu veiksniumi. Kaip ir kituose organuose, krūties audinio ląsteliniame lygmenyje atsirandantys pažeidimai transformuoja normalų audinį į naviką (Khan ir kt., 2022). Tai įvyksta dėl nekontroliuojamo, nenormalaus krūties ląstelių dalijimosi (Gudavičienė ir kt., 2015). Pagrindiniai mechanizmai, kurie apibūdina šį procesą, yra ląstelių proliferacijos iniciacija ir DNR mutacija (Khan ir kt., 2022), kuri gali būti apibūdinta kaip „klaida“ genuose. Gudavičienė ir kt. (2015) teigimu, 5–10 % tokių „klaidų“ yra paveldimos, apie 90 % genų pažeidimų atsiranda individo gyvenimo metu.

Epidemiologiniais tyrimais nustatyti krūties vėžio rizikos veiksniai, susiję su reprodukciniiais ir gyvenimo būdo aspektais (Khan ir kt., 2022). Wang ir kt. (2022) teigia, kad amžius yra pirminis rizikos veiksnys – krūties vėžio rizika auga su amžiumi, iki menopauzės beveik kas dešimtmetį padidėja dvigubai, tačiau po menopauzės greitai mažėja. Žemiau pateikti kiti krūties vėžio rizikos veiksniai, remiantis Khan ir kt. (2022) ir Wang ir kt. (2022).

### Bendri rizikos veiksniai:

- Amžius;
- Moteriška lytis;
- Anksčiau buvusios krūties patologijos;
- Jonizuojančios radiacijos ekspozicija.

### Genetiniai rizikos veiksniai:

- BRCA ir kitos genetinės mutacijos;
- Šeiminė istorija.

### Hormoniniai rizikos veiksniai:

- Ankstyva menarchė;
- Vėlyva menopauzė;
- Vėlyvas pirmas gimdymas;
- Pakaitinė hormonų terapija;
- Geriamųjų kontraceptikų vartojimas.

### Krūtų būklė:

- Padidėjęs krūtų audinio tankis;
- Gerybiniai krūtų navikai.

### Gyvenimo būdo veiksniai:

- Nutukimas;
- Alkoholis, rūkymas;
- Fizinio aktyvumo trūkumas.

Krūties vėžys – aktuali mokslinių tyrimų tema, tad svarbi ankstyva diagnostika, prevencija ir gretutinių ligų gydymas. Nors sergamumas šia liga auga (Schneider ir kt., 2014), tačiau mirtingumas nuo krūties vėžio daugumoje Vakarų šalių mažėjo nuo 1990 metų dėl ankstyvo diagnozavimo (dėl prevencinių programų ir didesnio informuotumo) bei gerėjančio gydymo (La Vecchia ir kt., 2010). Pasak Patnaik (2011), iki devyniasdešimt procentų moterų, kurioms diagnozuojamas krūties vėžys, išgyvena mažiausiai penkerius metus po diagnozės, tai reiškia, kad jų mirties priežastys taip pat keičiasi į kitas su amžiumi susijusias mirties priežastis, tokias kaip kardiovaskulinės ligos.



### **1.1.3. Kardiovaskulinių ligų rizika sergant krūties vėžiu**

Nustatyta, kad kardiovaskulinės ligos yra pirmaujanti mirties priežastis tarp krūties vėžiu sergančių moterų (Patnaik ir kt., 2011). Krūties vėžį išgyvenusios pacientės turi didesnę kardiovaskulinių ligų riziką dėl gydymo šalutinių reiškinių, tokių kaip kardiotoksiškumas, kurie gali tęstis po gydymo laikotarpio neribotą laiką (Runowicz ir kt., 2016). Rasmussen-Torvik ir kt. (2013) teigimu, tiek krūties vėžio, tiek kardiovaskulinių ligų rizikos faktoriai yra persidengiantys. Sharma ir kt. (2019) teigia, kad tokie rizikos veiksniai kaip amžius, alkoholio ir tabako vartojimas, paveldėjimas, pakaitinės hormonų terapijos taikymas, antsvoris, fizinis pasyvumas gali būti siejami tiek su krūties vėžiu, tiek kardiovaskulinių ligų rizika. Yra pabrėžiama, kad svarbi pacienčių edukacija gyvenimo būdo rizikos veiksnių koregavimo (pvz. fizinio aktyvumo, KMI reguliavimo, metimo rūkyti) klausimais (Runowicz ir kt., 2016). Visi šie pacienčių fizinės sveikatos aspektai yra glaudžiai susiję ir su psichologinės sveikatos būkle, kuri turi didelę įtaką fizinei savijautai.

### **1.1.4. Somatizacijos simptomų patyrimas sergant krūties vėžiu**

Aukštas somatinių simptomų intensyvumas pacientams, sergantiems vėžiu, sukelia negalią ir blogina gyvenimo kokybę (Kroenke ir kt., 2010). Biomediciniškai orientuotų medikų tarpe yra tvirtai tikima, kad jei somatiniai simptomai pasireiškia vėžiu sergančiam pacientui, tai yra pagrindinės ligos ar jos gydymo pasekmė (Chaturvedi ir Maguire, 1998). Tačiau su vėžiu susiję somatiniai simptomai yra veikiami tiek fizinių, tiek kognityvinių, tiek emocinių veiksnių, turint omenyje sąveiką tarp somatinių simptomų, subjektyvaus ligos suvokimo, depresijos ir nerimo (Chaturvedi ir kt., 1993). Tai reiškia, kad kartais somatiniai simptomai gali būti susiję su psichologinėmis priežastimis ir tai būna nepakankamai įvertinama. Kleinman ir Good (1985) apibrėžia, kad somatizacija – tai asmeninio ir socialinio distreso išraiška per fizinius nusiskundimus ir medicininės pagalbos ieškojimą. Šis apibrėžimas apibūdina procesą, kuomet pacientai, patiriantys psichologinį distresą, išsako fizinius simptomus, kurie neturi organinės priežasties.

Pacientų, sergančių vėžiu, atžvilgiu, somatizacijos sąvoka yra labai daugiaprasmiška, nes sunku įvertinti, kurie somatiniai simptomai yra tiesiogiai sukelti ligos bei jos gydymo, o kurie – psichologinio distreso, ypač aktyvaus gydymo metu. Tačiau pacientai, esantys remisijoje, taip pat dažnai patiria ilgalaikius somatizacijos simptomus, nors gydymas jau būna pasibaigęs. 1984 metais Devlen tiriant remisijoje po vėžio gydymo esančius pacientus buvo pastebėta, kad apie 20% tiriamųjų skundėsi nuovargiu, sunkumu sukcentruoti dėmesį bei dirglumu, greičiausiai dėl psichologinių

veiksnių. Somatizacijos sąvoką tarp remisijoje esančių pacientų puikiai iliustruoja šis tyrimas: Chaturvedi ir Maguire (1998) tyrė 80 pacientų, sėkmingai įveikusių aktyvaus gydymo nuo vėžio laikotarpį. Pacientai, kurie išsakė ilgai besitęsiančius ar neturinčius medicininio paaiškinimo somatinius simptomus, buvo įtraukti į tiriamąją grupę, o pacientai, kurie tokių simptomų neišsakė, buvo įtraukti į kontrolinę grupę. Dažniausi nusiskundimai tiriamojoje grupėje buvo skausmas, nuovargis, sensoriniai simptomai ir mišrūs simptomai, taip pat respondentai statistiškai reikšmingai dažniau nei kontrolinėje grupėje išsakė depresijos arba nerimo simptomus. Tiriamoji grupė buvo gydyta psichotropiniais vaistais bei psichologiniu konsultavimu ir po 4 – 6 mėnesių buvo pakartotinai įvertinta. Po gydymo Chaturvedi ir Maguire (1998) pastebėjo reikšmingą tiek somatinių simptomų, tiek nerimo ir depresijos simptomų sumažėjimą. Tyrėjai padarė išvadą, kad netgi pacientai, kurių pagrindinė organinė liga buvo efektyviai išgydyta, galėjo patirti ilgai besitęsiančius somatinius simptomus, susijusius su gretutine psichopatologine būkle bei jautrius psichiatrinei intervencijai. Chaturvedi ir kt. (2006) pratęsia šią mintį ir papildo, kad dažnai pasireiškiantys somatiniai simptomai gali būti ne tik skausmas ir nuovargis, bet ir apetito nebuvimas, išsekimas, silpnumas, energijos stoka, apatija, drebulys. Pasak šių autorių, dažna nerimo ir panikos atakų išraiška yra dusulys, raumenų skausmas, galvos svaigimas, smarkus širdies plakimas. Daugelio šių simptomų priežastys gali būti psichologinės.

Pacientų, sergančių vėžiu, tarpe, pasak Zaza ir Baine (2002), dažnai pastebimas ir nuolatinis susirūpinimas: nerimastingumo ir prastos nuotaikos tendencija gali privesti prie somatinių simptomų sureikšminimo ir padidėjusio jautrumo skausmui. Chaturvedi ir kt. (2006) papildo šią mintį ir teigia, kad gali būti iškreiptas kūno jutimų suvokimas, tad simptomų percepcija kartu su nerimastingumu gali paskatinti nepavojingų kūno signalų interpretaciją kaip vėžio progresijos ženklą.

Grassi ir kt. (2013) tyrė 105 krūties vėžiu sergančias moteris ir pastebėjo, kad 38,1% pacienčių pasireiškė bent viena iš psichosomatinių simptomų grupių, ypač atkreipiant dėmesį į nenormalų su liga susijusį elgesį (pvz. nerimastingumą dėl sveikatos). 2003 metų Haghghat ir kt. tyrime buvo pastebėta, kad krūties vėžiu sergančioms moterims nuovargis buvo nulemtas depresijos, skausmo, nerimo. Šie duomenys leido daryti prielaidą, kad fiziniai ir psichologiniai simptomai turėjo daugiau įtakos nuovargiui, nei paties gydymo veiksniai. Tad ir psichologiniams veiksniams svarbu skirti pakankamai dėmesio, siekiant šių pacienčių sveikatinimo.

### 1.1.5. Nerimo ir depresijos simptomų patyrimas sergant krūties vėžiu

Analizuojant mokslinę literatūrą pastebėta, jog pacientės, sergančios krūties vėžiu, kenčia nuo daugybės fizinių ir psichologinių stresinių veiksnių, kurie gali asmens gyvenimą paveikti ilgą laiką po gydymo. Dibbell-Hope (2000) teigia, kad krūties vėžio diagnozė ir gydymas sukelia tris pagrindinius psichologinius rūpesčius: (a) mirties baimę ir gedulą dėl praradimų, (b) nerimą dėl kūno pasikeitimų, (c) susirūpinimą dėl atitolimo nuo artimųjų, visų pirma nuo partnerio, taip pat nuo šeimos, draugų ir bendruomenės. Šie rūpesčiai gali būti išreikšti per somatinius, tarpasmeninius, psichinius simptomus ar jų kombinacijas (Silberfarb, 1984). Piroth ir kt. (2022) teigia, kad įvairūs gydymo šalutiniai veiksniai gali iškreipti kūno savivaizdį, sukelti seksualinę disfunkciją ar intymaus gyvenimo problemas, sumažinti savivertę, pasitikėjimą savimi. Visa tai paveikia psichologinę sveikatą ir gali sukelti nerimo bei depresijos simptomus. Tiek nerimo, tiek depresijos lygis gali padidėti dėl skausmo, gydymo sukeltos kančios, baimės, kad liga progresuos ar atsinaujins (Piroth ir kt., 2022). Lyginant su bendra populiacija, krūties vėžiu sergančios pacientės turi dvigubai didesnę riziką patirti nerimą ir depresiją. Lopes ir kt. (2022) apskaičiavo, kad nerimas pasireiškia daugmaž 20–50% krūties vėžiu sergančių pacienčių, o depresija – daugmaž 30–50% šia liga sergančių pacienčių. Šie autoriai teigia, kad nerimo ir depresijos simptomai gali pabloginti pacienčių fizinę būklę ir padidinti recidyvo tikimybę.

Ryškiausi emociniai depresijos simptomai yra liūdesys ir prislėgta nuotaika. Depresiją patiriantis žmogus, pasak Vatan (2006), jaučia sielvartą, nusivylimą, nebejaučia pasitenkinimo gyvenimu, tos veiklos, kurios anksčiau kėlė malonumą, jo daugiau nebedomina, gali kilti suicidalinių minčių. Nerimas, pasak Spielberger (1987), yra apibūdinamas subjektyviais įtampos, susirūpinimo, nervingumo, nerimastingumo, susijaudinimo jausmais bei autonominės nervų sistemos simpatinės dalies aktyvacija. Sunkiais atvejais gali kilti intensyvūs baimės, siaubo, panikos jausmai.

Sužinojus apie krūties vėžio diagnozę, didelė psichologinė problema yra nerimas dėl ateities, kuris tęsiasi tiek gydymo metu, tiek po jo (Piroth ir kt., 2022). Vėžio atsinaujinimo baimė yra apibrėžiama kaip „baimė, nerimas ar rūpestis, susijęs su tikimybe, kad vėžys progresuos arba atsinaujins“. Didesnis vėžio atsinaujinimo baimės intensyvumas yra siejamas su aukštesniu nerimo ir depresijos lygiu bei prastesne gyvenimo kokybe (Z. Li ir kt., 2022).

Operacinis krūties pašalinimas gydymas sukelia daugybę šalutinių veiksnių, tokių kaip pooperaciniai randai, limfedema, skausmas. Limfedema yra operacinio gydymo sukeltas šalutinis poveikis, kuris sukelia lėtinį viršutinės galūnės patinimą kartu su lėtiniu uždegimu, fibroze, skausmu ir apribota judesių amplitude. Ši nuolatinė būklė gali sukelti funkcinius veiklos apribojimus bei

paveikti psichinę būklę ir sukelti nerimo ir depresijos simptomus (Carretti ir kt., 2022). Yra duomenų, kad operacinis gydymas turi daugiau įtakos nerimo, o chemoterapinis – depresijos simptomams (Cáceres ir kt., 2022).

Chemoterapija yra svarbi gydymo strategija, kuri reikšmingai pagerina krūties vėžiu sergančių pacienčių išgyvenamumą, tačiau taip pat chemoterapinis gydymo režimas yra agresyvus ir sukelia sunkius šalutinius poveikius. Dėl šio gydymo kyla virškinimo sutrikimai, anemija, mielosupresija, nuovargis, išslenka plaukai ir kt. (Lv ir kt., 2022). Chemoterapinio gydymo metu kylanti depresija gali ne tik pabloginti gyvenimo kokybę, bet ir pernelyg suaktyvinti pagumburio-hipofizės-antinksčių ašies veiklą, kurios hiperfunkcija gali padidinti tikimybę chemoterapinio gydymo metu patirti susijusius šalutinius poveikius, kaip mielosupresija (Lv ir kt., 2022).

Kitas svarbus krūties vėžio gydymo etapas yra spindulinis gydymas, kuris, nors ir yra labai reikšmingas gerai ligos prognozei ar pasveikimui, visgi dažnai sukelia ir nerimo bei depresijos simptomus. Piroth ir kt. (2022) pastebėjo, kad jei pirmasis pokalbis su gydytoju, skiriančiu radioterapiją, buvo orientuotas į pacientę ir pakankamai empatiškas, spindulinio gydymo kurso metu pasireiškiantis pacienčių nerimas buvo mažesnis. Šie autoriai teigia, kad siekiant, jog pacientės lengviau pakeltų gydymo keliamą nerimą, labai svarbu su jomis pakankamai empatiškai kalbėtis prieš pat pirmąjį švitinimą, nes šiuo laikotarpiu nerimo lygis yra didžiausias (Piroth ir kt., 2022).

Socialiniai ir demografiniai rizikos veiksniai gali didinti nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimo tikimybę krūties vėžiu sergančioms moterims. Hajj ir kt. (2021) teigia, kad tai gali būti tokie veiksniai kaip amžius, šeimyninė padėtis, išsilavinimas bei finansinė būklė. Autoriai patikslina, kad jaunesnės, vienišos, mažiau išsilavinusios ir turinčios prastesnę finansinę būklę pacientės yra linkusios patirti aukštesnį nerimo ir depresijos lygį. Svarbi yra sąsaja tarp mažesnio socialinio palaikymo kaip rizikos veiksnio ir aukštesnio nerimo ir depresijos lygio, pasireiškiančio krūties vėžiu sergančioms pacientėms. Zamanian (2021) teigia, kad krūties vėžys yra siejamas su stigmos jausmu, tad kenčiančios pacientės yra linkusios atsiriboti nuo visuomenės, dėl to prastėja jų psichinė sveikata ir tik išauga jų poreikis išoriniam palaikymui, kuris skatintų ieškoti efektyvių įveikos strategijų. Piroth (2022) siūlo, kad pacientėms turėtų būti rekomenduojama onkopsichologinė pagalba, ypač toms, kurios neturi pakankamai socialinio palaikymo ar yra didesnės rizikos grupėje.

Nors rizikos veiksniai turi įtakos krūties vėžiu sergančių moterų nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimo tikimybei, tačiau teigiama, kad yra svarbi sąveika tarp rizikos veiksnių ir apsaugančių veiksnių (L. Li ir kt., 2020), kuriuos gali paskatinti psichosocialinė pagalba. Vienas iš tokių veiksnių, apsaugančių nuo nerimo ir depresijos pasireiškimo tikimybės sergant krūties vėžiu, yra psichologinis atsparumas (Sghaier ir kt., 2021). Li ir kt. (2020) psichologinį atsparumą apibrėžia

kaip „individo gebėjimą sėkmingai įveikti ir prisitaikyti prie sunkumų“ (p. 2). Šie autoriai teigia, kad psichologinis atsparumas padeda krūties vėžiu sergančioms pacientėms lengviau įveikti emocinę kančią, stresą, išgyventi mažesnę nerimo ir depresijos lygį, turėti daugiau pasitikėjimo savimi ir vilties įveikti vėžio sukeltus iššūkius.

Zamanian ir kt. (2021) nuomone, yra sąsajos tarp krūties vėžiu sergančių moterų naudojamų įveikos strategijų ir depresijos bei nerimo simptomų pasireiškimo lygio. Šie autoriai apibūdina įveikos strategijas kaip „intelektines, elgesio ir emocines reakcijas, kurios kyla kaip atsakas į gyvenimo iššūkius ir padeda išlaikyti individo psichinę sveikatą bei prisitaikyti prie neišvengiamų pokyčių“ (p. 2). Pacientės, kurios naudoja efektyvias įveikos strategijas, patiria žemesnę nerimo ir depresijos lygį nei tos, kurios tvarkosi mažiau efektyviomis priemonėmis. Su žemesniu nerimo ir depresijos lygiu siejamos tokios įveikos strategijos kaip priėmimas, humoro jausmas, emocinė ekspresija, nuostatų keitimas, aktyvus įsitraukimas (Zamanian ir kt., 2021).

Taigi skatinant apsauginių veiksnių naudojimą, krūties vėžiu sergančioms pacientėms galima padėti išvengti depresijos ir nerimo simptomų pasireiškimo arba sumažinti jų tikimybę. Laiku pradėjus taikyti nemedikamentines pagalbos strategijas, kurios skatintų apsauginių veiksnių naudojimą, galima užkirsti kelią krūties vėžiu sergančių pacienčių psichologinės sveikatos blogėjimui ar padėti įveikti jau pasireiškusių simptomus. Nemedikamentiniai gydymo metodai gali būti į emocijas ir problemų sprendimus fokusuota terapija, kuri padeda siekti asmeninio augimo ir savireguliacijos bei mokytis įveikos strategijų, kurios padėtų kontroliuoti nerimo ir depresijos simptomus (Vatan, 2016). Taip pat gali padėti fizinis aktyvumas bei sąmoningumu grįstos streso mažinimo technikos (Odynets ir kt., 2019), pavyzdžiui, progresinio raumenų atpalaidavimo technikos arba vizualizacijos (Prystupa ir kt., 2019). Šias technikas naudoja ir šokio-judesio terapeutai, kurie gali padėti krūties vėžiu sergančioms pacientėms sustiprinti veiksnius, apsaugančius nuo psichologinių sutrikimų. Šie veiksniai padeda ne tik aktyviu ligos gydymo metu, bet ir pereinamuoju laikotarpiu po gydymo bei remisijos laikotarpiu, kadangi remisijos būklėje ir toliau išlieka didelė tiek fizinių, tiek psichologinių su liga susijusių sutrikimų rizika.

### **1.1.6. Sveikatos aspektai remisijos laikotarpiu po krūties vėžio gydymo**

Ankstyvo diagnozavimo ir efektyvaus gydymo dėka krūties vėžį įveikia vis daugiau moterų, tad sveikatos priežiūros specialistai vis labiau kreipia dėmesį į tai, kad šalutiniai ligos ir gydymo poveikiai tęsiasi ilgą laiką po gydymo, kartais net visą gyvenimą (Conley ir kt., 2016). Po gydymo daugelis patiria ilgalaikius tiek fizinius, tiek psichologinius simptomus – tai gali būti pasikeitęs kūno

įvaizdis, nuovargis, karščio bangos, skausmai ir kt. (Fallbjörk ir kt., 2013). Aggeli ir kt. (2021) teigia, kad išliekantys sudėtingi patyrimai po gydymo, daugiausia dėl neapibrėžtumo ir baimės dėl ateities, sukelia sunkumus reguliuojant ir išreiškiant emocijas – sudėtingos emocijos užkerta kelią pozityviems patyrimams ir sukelia riziką atsirasti tokiai psichopatologinei simptomatikai, kaip nerimas, depresija, miego sutrikimai. Taip pat moterys, kurios patiria sunkų nerimą, gali pradėti jausti fizinius simptomus, kurių nesupranta ir negali išsiaiškinti jų priežasties, tad psichologinė ir fizinė nerimo išraiška paveikia pacienčių kasdienį gyvenimą ir gerą savijautą (Stein ir Sareen, 2015).

Teigiama, kad psichologinės savijautos nusiskundimų paplitimas yra didesnis tarp krūties vėžį išgyvenusiujų moterų nei bendrojoje populiacijoje (Carreira ir kt., 2018). 2022 metais atlikto Lopes ir kt. tyrimo rezultatai parodė, kad kliniškai reikšmingai nerimo ir depresijos simptomai paveikė beveik pusę tirtų moterų per pirmus penkerius metus po vėžio diagnozės ir simptomai tęsėsi penktadaliui moterų, kurios patyrė depresijos ir nerimo simptomus iki gydymo. 2022 metų Breidenbach ir kt. studija pateikė duomenis, kad trečdalis tirtų moterų nerimo ir depresijos simptomai pablogėjo praėjus nuo penkerių iki šešerių metų nuo diagnozės lyginant su laikotarpiu po diagnozės.

Krūties vėžį išgyvenusiosios, kurios sėkmingai baigė gydymo etapus, susiduria su tuo, kad nuoširdus bendravimas temomis, susijusiomis su liga, yra apribotas socialinių normų. Pasak Aggeli ir kt. (2021), po gydymo nebegaunama jokių psichosocialinių paslaugų bei nėra galimybės pranešti apie savo būklę, todėl sunkiau rasti išeitis iš problemų. Visuomenėje susidaro įspūdis, kad po sėkmingo gydymo grįžtama į normalų gyvenimą be jokių apribojimų. Svarbu suvokti, kad ir po gydymo dažnai patiriami psichologiniai ir fiziniai simptomai. Breidenbach ir kt. (2022) teigimu, moterims, kurios yra rizikos grupėje, ypač svarbus psichosocialinis palaikymas – ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas jaunesnėms, turinčioms vaikų, sergančioms gretutinėmis ligomis, įgijusioms žemesnį išsilavinimą, patyrusioms krūties pašalinimą moterims.

2016 metų Cohee ir kt. studija, tyrusi moteris nuo 3 iki 8 metų po krūties vėžio diagnozės, parodė, kad sunkumai adaptuotis prie socialinių normų ir įkyrios mintys yra susijusios su depresijos simptomais ir menkavertiškumo idėjomis, kurios būdingos depresiją patiriantiems žmonėms. Nerimas, kurį patiria krūties vėžį išgyvenusios moterys, gali būti palaiptams mažinamas, tačiau jis neišvengiamai paveikia funkcionavimą, lytinį gyvenimą, socialumą (Aggeli ir kt., 2021). 2018 metų kokybinio Jakobsen ir kt. tyrimo, kuris tyrė kasdienį išgyvenusiujų gyvenimą, rezultatai parodė, kad netgi praėjus septyneriems metams po gydymo, moterys vis dar vengė įsitraukti į stresines situacijas dėl nerimo, kad nesusitvarkys su jomis.

Svarbu, kad tiek fizinę, tiek psichosocialinę sveikatą stiprinančios paslaugos turėtų būti teikiamos ne tik aktyvaus gydymo metu, bet ir jam pasibaigus. Pacientėms sėkmingai įveikus

aktyvaus gydymo laikotarpį, toliau išlieka didelė rizika sirgti kardiovaskulinėmis ligomis, patirti somatizacijos, nerimo, depresijos ir kitus simptomus bei su jais susijusius tiek fizinės, tiek emocinės sveikatos sunkumus. Iš daugelio galimų pagalbos būdų šokio-judesio terapija išsiskiria tuo, kad apjungia tiek fizinio aktyvumo, tiek psichologinio, tiek socialinio palaikymo aspektus, tad gali būti sėkmingai taikoma reabilitacijoje po krūties vėžio gydymo.

## 1.2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS GALIMYBĖS MOTERIMS, SERGANČIOMS KRŪTIES VĖŽIU

### 1.2.1. ŠJT apibrėžimas ir taikymas biopsichosocialinės sveikatos gerinimui

Nors šokio, kaip gydomojo meno, taikymas yra žinomas tiek, kiek egzistuoja žmonija, šokio-judesio terapijos (toliau – ŠJT) profesija užgimė Vakarų šalyse nuo 1940 metų, kai pirmieji pradininkai sukūrė šios profesijos koncepciją, kuri ėmė plisti visame pasaulyje nuo 1990 metų (Koch ir kt., 2007). Šiuo metu Europos šokio-judesio terapijos asociacija apibrėžia ŠJT kaip terapinį judesio naudojimą, siekiant skatinti emocinę, pažintinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją (Scarth, 2021). ŠJT yra paremta tikėjimu, kad asmuo gali atgauti vientisumo jausmą patirdamas kūno, proto ir sielos vienovę per šokį (Cassileth, 2011) ir tai aktualu fizinei, emocinei ir socialinei sveikatai. Lauffenburger (2020) atskleidžia, jog ŠJT aspektai, skatinantys sveikimą, yra prioritetas teikiamas judesiui, vidinio ir išorinio pasaulio pajautimui, kūrybiškam, žaismingam ir smalsiam pokyčio tyrinėjimui.

**Psichinė sveikata.** ŠJT praktikuojamos kūno sąmoningumo užduotys padeda sukurti subjektyviai teigiamą kūno patirtį, kuri leidžia pacientui jaustis atsipalaidavusiam ir saugiam. ŠJT gali ne tik atpalaiduoti, bet ir jaudinti, įgalinti – tai kūrybinės išraiškos veiksmas su svarbiu asmeniniu paskatinimu, nepriklausomu nuo individualių galimybių ar apribojimų (Cassileth, 2011). ŠJT yra efektyvi su sveikata susijusių psichologinių veiksnių gerinimui, tokių kaip gera savijauta, nuotaika, gyvenimo kokybė, kūno įvaizdis, taip pat klinikinių simptomų mažinimui, tokių kaip nerimas ir depresija (Majore-Dusele ir kt., 2021). Taikant šią terapijos kryptį yra tikima, kad kūno judėjimas atspindi asmens vidines emocines būsenas (Cassileth, 2011). Homann (2010) patęsia šią mintį ir šį procesą aiškina tuo, kad šokis ir judesys gali paskatinti su emocijomis susijusius fiziologinius procesus ir taip jie tampa lengviau prieinami sąmoningam vertinimui – jausmai gali būti lengviau identifikuojami individui sąmoningai stebint savo kūnišką patirtį, o judesio tyrinėjimas gali būti galingas šaltinis suvokiant savo emocinę patirtį. Cassileth (2011) pritaria, kad tai gali pagelbėti

tyrinėjant ir sprendžiant pykčio, nusivylimo, gedulo klausimus bei papildoma, kad taip pat emociniame lygmenyje ŠJT skatina teigiamą kūno įvaizdžio suvokimą ir saviraišką bei suteikia galimybę atpalaiduoti psichologinę įtampą laisvai judant. Pasak Serlin ir kt. (1997), ŠJT patirtis taip pat padeda suprasti savo asmenines stiprybes bei resursus. Shim (2014) papildoma šią mintį, kad kartu su vaizdinių bei simbolių naudojimu, tai leidžia asmeniui stiprinti sveikąsias jo dalis ir motyvaciją teigiamam pokyčiui.

Bradt (2015) teigia, kad keletas tarpusavyje sąveikaujančių veiksnių prisideda prie ŠJT potencialo gerinti nuotaiką ir mažinti subjektyviai suvokiamą nerimą ir depresiją. ŠJT apjungia: 1) mobilumo/lengvo fizinio aktyvumo naudą su 2) tarpusavio sąveikos/socialinio palaikymo nauda bei 3) kūrybiniu/išraiškos procesu. Kiekvienas iš šių veiksnių turi poveikį nuotaikos gerinimui: emocijų raiška, palyginus su šios raiškos sulaikymu, gali pagerinti emocinės sveikatos rodiklius (Krantz ir Pennebaker, 2007), o socialinis palaikymas suteikia šiai raiškai kontekstą. ŠJT suteikia gyvybingumo jausmą (Koch ir kt., 2007), tai vyksta per ritminio veiksmo naudojimą, kuris „iškrauna“ ir atpalaiduoja raumenų įtampą.

Vertinant ŠJT poveikį psichologinei sveikatai, Jeong ir kt. (2005) tyrė 40 asmenų, sergančių lengva depresijos forma, kurie buvo suskirstyti į tiriamąją ir kontrolinę grupes. Eksperimentinė grupė 12 savaitių dalyvavo 45 minučių trukmės ŠJT užsiėmimuose tris kartus per savaitę, o kontrolinė grupė negavo šios paslaugos, tačiau etikos sumetimais tyrimui pasibaigus buvo pakviesta dalyvauti panašioje programoje. Tiriamosios grupės rodikliai statistiškai reikšmingai pagerėjo somatizacijos, obsesijos-kompulsijos, tarpasmeninio jautrumo, depresijos, nerimo, priešiško, fobiško nerimastingumo ir paranojiškų idėjų srityse. Taip pat buvo pastebėtas serotonino koncentracijos plazmoje padidėjimas, kuriuo gali būti aiškinamas simpatinės nervų sistemos stabilizavimas. Taigi ŠJT gali būti naudinga intervencija psichologinės sveikatos gerinimui.

**Fizinė sveikata.** ŠJT taip pat turi poveikį įvairiems fiziniams procesams. Homann (2010) kokybiškai aprašo ŠJT poveikį fizinei sveikatai: „paciento kūno sąmoningumą padeda pasiekti kvėpavimo ritmo stebėjimas, atsipalaidavimas jaučiant atramą po savimi, dėmesio nukreipimas į pojūčius vienoje kūno dalyje vienu metu. Šios praktikos padeda pastebėti subtilius pokyčius laikysenoje, akių kontakte, kvėpavime, balso intonacijoje. Panašiai, kaip ir iširtas meditacijos poveikis smegenims, šios technikos gali palaikyti savireguliaciją, pacientui pačiam sekant savo kūno sužadavimo lygį“ (p. 83). Taip pat ŠJT gali turėti poveikį ir objektyviai išmatuojamiems fizinės sveikatos rodikliams: Aweto (2012) tyrė ŠJT poveikį hipertenzija sergančių pacientų kardiovaskulinės sveikatos rodikliams. 50 dalyvių buvo padalinta į tiriamąją ir kontrolinę grupes. Eksperimentinė grupė keturias savaites du kartus per savaitę gavo ŠJT paslaugą, o tuo tarpu



kontrolinė grupė gavo edukacinius užsiėmimus. Tyrimo pabaigoje, pasak Aweto (2012), buvo pastebėtas tiriamosios grupės statistiškai reikšmingas pokytis šiose srityse: sumažėjo ramybės sistolinis kraujospūdis, sumažėjo ramybės diastolinis kraujospūdis, sumažėjo ramybės pulsas, padidėjo maksimalus deguonies suvartojimas. Cassileth (2011) ir Lauffenburger (2020) skirtingais tyrimais papildė šiuos duomenis bei teigia, kad judesys šokio metu suteikia fizinio aktyvumo privalumus, nes pasikartojimų ir muzikinio ritmo naudojimas gali suteikti struktūrą, kuri padeda pacientų koordinacijos ir motorinių įgūdžių lavinimui, taip pat didinama raumenų jėga, gerinama pusiausvyra, aerobinė ištvermė, laikysena, skatinamas serotonino išsiskyrimas smegenyse. Taigi ŠJT gali suteikti įvairiapusės naudos fizinei sveikatai.

**Socialinė sveikata.** Cassileth (2011) nuomone, ŠJT turi poveikį socializacijos ir bendravimo gebėjimams, kadangi saviraiška paskatina individo pasitikėjimą savimi ir savęs suvokimą, tarpasmeninę sąveiką, dalijimąsi su kitais, palaikymą. Schmais (1985) aprašo ŠJT poveikį grupei:

*Pacientai, ŠJT sesijos pradžioje kartu judėdami pagal tą patį muzikos ritmą, žengia pirmą žingsnį link bendravimo „ledų pralaužimo“. <...> Vėliau grupės dalyviai jaučiasi pakankamai saugiai, kad galėtų žiūrėti vienas kitam ir vedančiajam į akis. <...> Galiausiai dalyviai užmezga tarpusavio ryšius, o tai skatina tapatinimąsi su socialine grupe. Pamažu grupė įgauna bendrą judesio išraišką, judėdami tokiomis pačiomis pastangomis, toje pačioje erdvėje, pagal tą patį ritmą. Tokiu būdu grupėje susikuria vieningumo jausmas. <...> Taip pat judėjimo sinchroniškumas yra papildomas prisilietimu, vizualiniu kontaktu, garsu, žodžiais. Kolektyve žmonėms lengviau išreikšti emocijas, kurios būnant vienam atrodo pernelyg stiprios arba pernelyg gėdingos. Dalyvaudami grupėje individai išdrįsta rizikuoti, prisiimdami naujus vaidmenis arba įsitraukdami į naujus santykius. (p. 19-20)*

Kleinman ir kt. (2006) pratęsia šią mintį, kad grupinėje terapijoje tyrinėjamas savęs ir kitų suvokimas tarpasmeninėje aplinkoje – ŠJT sesijose išgyventos patirtys perkeliamos į aktyvią praktiką, pvz. nauji elgesio būdai, tarpasmeniniai įgūdžiai, išraiška, nuotaikos reguliavimas gali būti įvaldomi ir perkelti į gyvenimą už terapijos sesijos ribų. Homann (2010) papildė, kad grupėje vienas kito judesių „atspindėjimo“ užduotys, paremtos judėjimo sinchroniškumu ir jausminių susiderinimų, gali sukurti gilią emocinio ryšio patirtį, aiškinamą veidrodinių neuronų veikimu – ši sistema koordinuoja garsinį ir vaizdinį nežodinio bendravimo suvokimą sekdamas kito judesį ir išraišką, kurių modeliai aktyvuojasi stebėtojo smegenyse. Šis autorius daro išvadą, kad matydamas ir

atkartodamas kito judesius, žmogus gali pajusti tai, ką jaučia judantysis, tad vienas iš atspindėjimo tikslų yra sukurti įkūnytą „intymumą“ tarp savęs ir kitų per socialinius santykius. Taigi ŠJT metodai yra naudingi gerinant socialinę sveikatą.

Tiek fizinės, tiek emocinės, tiek socialinės sveikatos gerinimas svarbus daugeliui skirtingų pacientų grupių. Cassileth (2011) teigia, kad ŠJT gali padėti efektyviai pasiekti tikslų nepriklausomai nuo pacientų gebėjimų ir poreikių, nes ŠJT metodai gali būti lengvai adaptuojami. Mokslinėje literatūroje tyrinėjamas šokio-judesio terapijos poveikis sergantiems depresija (Karkou ir kt., 2019), demencija (Metrolis, 2022), Parkinsono liga (Frølund ir Oerbæk, 2022), išgyvenusiems trauminius įvykius (Gray, 2017), patiriantiems lėtinį skausmą (Majore-Dusele ir kt., 2021), vaikams su autizmo spektro sutrikimais (Zviceviciene, 2018, Takahashi ir kt., 2019) ir daugeliui kitų, taip pat viena iš svarbių ŠJT tikslinių sričių – pacientai, sergantys onkologinėmis ligomis.

### **1.2.2. ŠJT taikymas pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis**

Į kūną orientuotas požiūris bei psychosocialinis palaikymas turi prasmingą poveikį, teigia Goodill (2006), kuomet fiziniai kūno pakitimai yra skausmo ir kančios šaltinis. Pasak Dibbell-Hope (2000), ŠJT efektyvi ir pacientams, sergantiems vėžiu, siekiant atkurti teigiamą santykį su savimi ir susikurti sveiką kūno įvaizdį skatinant tikrovišką kūno formos ir funkcijos supratimą; siekiant priimti pokyčius, kurie vyksta jų kūnuose gydymo kurso metu, bei atkuriant gyvybingą ryšį su savo kūnu. Šios autorės nuomone, greta medicininio gydymo ŠJT padeda šiems pacientams susigrąžinti pasitikėjimą savimi, skatinti saviraišką, priimti savo jausmus, tokius kaip vienišumas, depresija, pyktis ar baimė, bei sustiprinti asmeninius resursus. Taip pat ŠJT yra svarbi priemonė pacientams, sergantiems vėžiu, atrasti naujas problemų sprendimo strategijas (Mannheim ir kt., 2013). Sistemine apžvalga, kurią atliko Bradt ir kt. (2015), apibendrinu 207 dalyvių, sergančių vėžiu, rezultatus bei nustatė ŠJT poveikį gyvenimo kokybei, energijos jausmui ir somatizacijai. ŠJT šalutinis poveikis nebuvo nustatytas.

Goodill (2018) pristato bei nurodo galimus terapijos tikslus ir rezultatus, matuojamus ŠJT poveikio pacientams, sergantiems vėžiu, tyrimuose: bendros gyvenimo kokybės gerinimas, streso ir skausmo valdymas, nerimo ir nuovargio mažinimas, gyvybingumo bei energingumo jausmo skatinimas, kūno įvaizdžio suvokimas, socialinis palaikymas bei palaikymo poreikio atpažinimas, rūpinimasis savimi, prasmės jausmo pajutimas, atsparumo ugdymas, vilties atradimas. Šis autorius taip pat pristato ŠJT klinikinius metodus, kurie naudojami pacientams, sergantiems vėžiu, kurie apima kūno suvokimo technikas, ritminius veiksmus su muzikos akompanimentu, nežodines bei žodines

emocijų išraiškas, atsipalaidavimo technikas (dažnai naudojant vaizduotę), improvizaciją ir simbolinę, metaforišką komunikaciją judesiu. Darewych (2011) pristato ŠJT sesijos struktūrą bei pabrėžia, jog svarbu, kad grupinė terapija vyktų rate ir būtų sudaryta iš trijų dalių: pradžios, pagrindinės dalies ir užbaigimo. Pasak autorės, galimas toks ŠJT sesijos formatas: užsiėmimas prasideda nuo bendro kūno apšilimo ir kvėpavimo pratimų, pagrindinėje dalyje vystoma „dienos tema“ kuriant judesio istoriją, o pabaigoje sesija apibendrinama porose arba rate. Taigi ŠJT sesijos turi aiškiai apibrėžtą struktūrą, tačiau nestokoja judėjimo, kuris gali būti tiek aktyvus, tiek lengvo intensyvumo, priklausomai nuo paciento galimybių ir poreikių.

Menser (2020) taip atsiliepia apie pacientų, sergančių vėžiu, fizinį aktyvumą:

*Pacientams ir išgyvenusiesiems trūksta laiko ar ambicijos dalyvauti fizinio aktyvumo veiklose. Jie savo dienas praleidžia arba ligoninėje, arba bandydami atsigauti, arba bandydami sugrįžti į normalų gyvenimą. Kadangi energijos ir taip trūksta, labai sudėtinga dėti papildomas pastangas mankštai, dažnai tai nuvertinama. Jeigu fizinis aktyvumas būtų lengviau prieinamas, galėtų įvykti pacientų fizinės būklės pokytis, kuris kartu paveiktų ir psichologinę būklę. (p. 18)*

ŠJT struktūra siūlo lengvą ir prieinamą fizinio aktyvumo formą, kuri gali būti sprendimas tuo metu, kai trūksta energijos. Sturm ir kt. (2014) pratęsia, kad ŠJT siūlo įvairesnį ir mažiau monotonišką požiūrį nei įprastos fitneso programos. Šie autoriai savo tyrime taikė ŠJT intervenciją netgi visus vienerius metus ir pastebėjo, kad dalyvių, reguliariai dalyvavusių ŠJT užsiėmimuose, išsakytas nuovargis buvo 36 % mažesnis. Taigi ŠJT, kaip reguliaraus fizinio aktyvumo forma, gali būti tinkamesnė pacientams, sergantiems vėžiu, nei įprastos programos, nes reikalauja mažiau pastangų ir gali sumažinti nuovargį.

Menser (2020) papildė ŠJT taikymą pacientams, sergantiems vėžiu, socialine prasme: „kūno kalbos ir neverbalikos naudojimas kaip komunikacijos forma yra esminis ŠJT požymis dirbant su sudėtingomis situacijomis, tokiomis kaip vėžio patyrimas. Pacientams gali būti ypatingai sunku verbalizuoti ir žodžiais aptarinėti visas mintis ir jausmus, su kuriais gyvena dauguma vėžio sergančių pacientų“ (p. 22). Tad neverbalinė judesio išraiška tampa esminiu ŠJT komponentu, padedanti pacientams geriau suprasti vieniems kitus.

Ho (2005) tyrė ŠJT poveikį pacientų, sergančių vėžiu, subjektyviai suvokiamam stresui ir savivertei. Tyrime dalyvavo 22 pacientai, sergantys vėžiu. Pirminis tikslas buvo padėti šiems pacientams atgauti komforto jausmą ir patirti malonumą per šokį ir atsipalaidavimo pratimus. Antrinis

tikslas buvo skatinti pasitikėjimą savo kūnu ir atviriau reikšti jausmus. Intervencija truko šešias savaites, kartą per savaitę po pusantros valandos ir buvo sudaryta iš ŠJT ir terapinio šokio kombinacijos. Kiekvienos sesijos metu buvo mokomasi naujo terapinio šokio ir pacientams patiko tiek mokytis naujų žingsnelių, tiek kartoti jau išmokus. Žingsneliai buvo labai paprasti ir apėmė valso, tradicinių, linijinių, charakterinių, socialinių šokių variacijas. Taip pat kiekviena sesija turėjo savo specifinę temą, kuri vystėsi priklausomai nuo grupės progreso ir grupinės dinamikos. Buvo įtrauktos tokios temos, kaip kūno išraiška, užsivėrimas ir atsivėrimas, meilės šokis, širdies šokis, sielos šokis. Sesijos paprastai būdavo baigiamos atsipalaidavimo pratimais, vaizduotės užduotimis bei lengvais tempimo ir jogos pratimais. Ho (2005) teigia, kad po intervencijos respondentų subjektyviai suvokiamo streso lygis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis, o savivertė pagerėjo, tačiau pokytis nepasiekė statistiškai reikšmingo lygmens. Kokybiškai tyrimo pabaigoje buvo įvertinti dalyvių atsiliepimai, pavyzdžiui: „*sužinojau, kaip tvarkytis su savo emocijomis, nes iki šiol viską slėpdavau viduje ir nediršdavau pasirodyti kitiems, dabar galiu tai daryti su malonumu*“; „*mano kūnas labiau atsipalaidavęs ir jaučiu mažiau įtampos*“ (p.5).

Minėti tyrimai buvo atlikti su pacientais, sergančiais skirtingomis onkologinėmis ligomis, tačiau konkretinant tikslinę grupę pastebėta, kad ŠJT taip pat gali būti efektyviai taikoma pacientėms, sergančioms krūties vėžiu. Ši tikslinė grupė pasižymi tuo, kad vis daugiau pacienčių sėkmingai įveikia aktyvaus gydymo etapą ir remisijos laikotarpiu susiduria su dideliu biopsichosocialinių paslaugų poreikiu.

### **1.2.3. ŠJT taikymas pacientėms, sergančioms krūties vėžiu**

Krūties vėžio patirtis yra daugiaplanė trauma, kuri paveikia moterį fizine, emocine, kognityvine ir dvasine prasme. ŠJT yra terapinė intervencija, kuri naudoja kūno sąmoningumą, išraišką ir priėmimą tam, kad paskatintų fizinę, emocinę, kognityvinę ir dvasinę integraciją bei kūno, proto ir sielos gijimą, todėl ŠJT gali būti veiksminga priemone gyjant nuo fiziologinių ir psichologinių krūties vėžio pasekmių (Dibbell-Hope, 2000).

Darewych (2011) kokybiškai pateikė pacienčių, sergančių krūties vėžiu, dalyvavusių ŠJT užsiėmimų cikle, išgyvenimus: patirtis buvo „išlaisvinanti“, jos nebesijautė „vienišos ir izoliuotos“, gavo galimybę „pajauti savo kūną“ (p. 35). Kitas kokybinis tyrimas, atliktas Ho ir kt. (2016), tyrė 104 pacienčių, sergančių krūties vėžiu, pasitenkinimą terapijos sesijomis ir išskyrė penkias kategorijas:

- ŠJT padėjo tvarkytis su fiziniais simptomais ir gydymu;
- ŠJT pagerino psichologinę gerovę, dėmesio sutelkimą ir savo kūno pripažinimą;
- ŠJT pagerino bendrą funkcionavimą;
- ŠJT padėjo lengviau grįžti į normalų gyvenimą;
- ŠJT suteikė teigiamų emocijų dalinant su kitomis.

Tais pačiais 2016 metais tie patys autoriai – Ho ir kt. – atliko kiekybinį tyrimą, kuriuo siekė patikslinti kokybinius rezultatus. Ši studija tyrė 140 pacienčių, sergančių krūties vėžiu. Joms buvo taikoma ŠJT programa, specialiai pritaikyta šios tikslinės grupės poreikiams. Programą sudarė: tempimo, atsipalaidavimo pratimai, judėjimo žaidimai, ritminiai pratimai, skirti mankštinti viršutines galūnes, šokis improvizuojant, judėjimas tyrinėjant emocijas bei nesudėtinga grupinė choreografija. Buvo skatinamos dalyvių tarpusavio sąveikos, emocinė raiška bei bendravimas. Taip pat buvo siekiama apjungti dalyvių judėjimo patirtis su jų pačių asmeniniais procesais, susijusiais su ligos gydymu – tam buvo sukurta saugi aplinka grupės narių refleksijoms. Šio tyrimo metu Ho ir kt. (2016) nustatė, kad sumažėjo tiriamosios grupės subjektyviai suvokiamo streso lygis. ŠJT naudojamas spontaniškas judesys ir ritminiai veiksmai leido dalyvėms atsipalaiduoti ir laisvai bei neverbaliai išreikšti savo jausmus, dėl šių priežasčių galėjo sumažėti psichologinė įtampa. Grupinės terapijos komponentas suteikė dalyvėms socialinį palaikymą ir padėjo įveikti izoliacijos jausmą – visa tai galėjo sumažinti subjektyviai suvokiamo streso lygį. Taip pat šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad skausmo rodikliai tos grupės, kuri gavo ŠJT paslaugą, buvo 25% geresni nei kontrolinės grupės, negavusios ŠJT. Šiuos duomenis galima aiškinti tuo, kad ŠJT į kūną orientuotas požiūris galėjo pagerinti rankos judesių amplitudę ir peties funkciją, sumažinti raumenų įtampą ir paskatinti pacienčių kūno sąmoningumą. Tai galėjo sustiprinti vidinės kontrolės jausmą ir padėti nukreipti dėmesį nuo nemalonių ir skausmingų gydymo sukeltų pojūčių. Šio tyrimo autorių mintį dėl rankos funkcijos gerinimo papildė Sandel (2005) duomenys, kad ŠJT intervencija pagerino tyrimo dalyvių rankos judesių amplitudę, peties funkciją ir sumažino rankos apimtį. Tad ŠJT galėjo padėti sumažinti krūties vėžio gydymo sukeltą distresą.

2021 metais Fatkulinos ir kt. atlikta sisteminė apžvalga atskleidė, kad ŠJT kaip papildomoji ir alternatyvioji terapija gali reikšmingai paveikti pacienčių, sergančių krūties vėžiu, atsigavimą ir rehabilitaciją. Analizėje buvo pastebėta, kad ŠJT turėjo teigiamą poveikį kūno pripažinimui ir psichologinei būklei. Šie rezultatai siejami su nauda, kurią teikia šokis/judesys, emocinė ekspresija ir psichosocialinis palaikymas. Analizuotos studijos, tyrusios ŠJT poveikį, nustatė šios terapijos efektyvumą kaip papildomosios ir holistinės intervencijos, mažinant nuovargį ir stresą bei gerinant

mobilumą. Sisteminės apžvalgos apibendrinime nurodyta, kad ŠJT gali padėti pagerinti pacienčių, sergančių krūties vėžiu, sveikatą šiose srityse:

- fizinės būklės, įskaitant kūno įvaizdį ir kūno pripažinimą;
- gyvenimo kokybės;
- streso, depresijos, nuovargio ir nerimo.

Mišriame Dibbell-Hope (2000) tyrime su moterimis, sergančiomis krūties vėžiu, buvo pasirinktas Autentiško judesio metodas kaip vienas iš galimų ŠJT metodų dėl savo formato, struktūros ir proceso. Autorė aprašo šio metodo naudojimą:

*Judėtojas kviečiamas judėti tyloje savo tempu ir iš savo paties impulsų, todėl gali patogiai ir saugiai jaustis netgi esant fiziniams apribojimams. Šiame formate judantysis mokosi klausytis savo kūno patirties kaip vedlio ir pamažu susigrąžina pasitikėjimą savo kūnu, tad visada yra laikomas savo paties kūno žinovu, tačiau taip pat yra skatinamas būti atviru kitų žmonių liudijimui, kuris gali pagilinti arba praplėsti savęs suvokimą. Judėtojas mokosi judėti užmerktomis akimis, tai padeda išbūti dabartyje su nežinomybe. Autentiškas judesys stiprina vidinio pasitikėjimo jausmą, stiprybę bei aktyvų dalyvavimą gijimo procese. (p. 53)*

Šiame Dibbell-Hope (2000) tyrime dalyvavo 33 moterys, sergančios krūties vėžiu, kurios 6 savaites kartą per savaitę dalyvavo trijų valandų trukmės Autentiško judesio sesijose. Vertinant kiekybiškai, po intervencijos, lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingai pagerėjo tiriamosios grupės nuovargio, somatizacijos ir energijos jausmo rodikliai bei iš dalies pagerėjo nuotaikos bei distreso rodikliai. Vertinant kokybiškai, beveik visos moterys jautė grupės bendrumą, priėmimą ir saugumą, taip pat vedančiųjų jautrumą, o tai padėjo joms palengvinti kai kurias psichosocialines problemas, kylančias iš jų ligos patirties, ypač socialinės atskirties, nuotaikos svyravimų ir negatyvių minčių apie jų kūnus. Dažniausiai minimi subjektyvūs moterų psichologinės būklės pokyčiai po intervencijos buvo: sumažėjęs atskirties jausmas, sumažėjusi depresija ar nerimas, daugiau patiriamo malonumo, gebėjimas apginti save, palengvėjimas dėl galimybės aptarti savo rūpesčius su kitomis moterimis, savęs vertinimas ir daugiau teigiamų minčių apie savo kūną. Kiti pokyčiai apėmė šiuos: pagerėję intymūs santykiai, tiek emocine, tiek seksualine prasme, lengviau

konstruktyviai spręsti kasdienio gyvenimo problemas, daugiau bendrumo su šeima, draugais ir kolegomis, taip pat priimti sprendimai pradėti individualią terapiją, grįžti mokytis ar pakeisti darbus.

Goldov (2011) mišriu būdu tyrė ŠJT poveikį moterų, sergančių krūties vėžiu, kūno įvaizdžiui. Eksperimentinę grupę sudarė 6 dalyvės ir kontrolinę grupę sudarė 8 dalyvės. Tiriamoji grupė gavo penkias individualias ŠJT sesijas dviejų savaitių laikotarpiu. Kiekviena ŠJT sesija truko apie 30 minučių ir buvo sudaryta iš apšilimo, atspindėjimo bei ritminių užduočių ir atvėsimo. Kūno įvaizdis buvo vertinamas mišriu būdu tyrimo pradžioje, pasibaigus ŠJT sesijoms ir dar po dviejų savaitių. Kiekybiniai rezultatai, pasak Goldov (2011), atskleidė, kad eksperimentinėje grupėje sumažėjo 83% dalyvių kūno įvaizdžio problemos, o kontrolinėje grupėje sumažėjo tik 37% dalyvių kūno įvaizdžio problemos. Praėjus dviem savaitėms po ŠJT sesijų pabaigos, eksperimentinė grupė parodė 28% didesnę kūno įvaizdžio problemų sumažėjimą nei kontrolinė grupė. Kokybiniai duomenys atskleidė, kad moterys, gavusios ŠJT paslaugą, „iš naujo atrado savo kūnus“ (p. 136), planavo elgesio pokyčius ir pritaikė naujus elgesio būdus, kad palaikytų savo kūno gerovę. Tuo tarpu kontrolinėje grupėje dalyvės negalvojo apie pokyčius ir neturėjo planų pritaikyti naujus elgesio būdus.

Pilarski (2008) kokybiniame tyrime apibūdina tyrimo dalyvės, 42 metų moters, išgyvenusios krūties vėžio gydymą, patirtį po ŠJT sesijų:

*Ši moteris atpažino jausmus, pojūčius ir emocijas savo kūne, naudodama kūną kaip išminties šaltinį, kuris padėjo jai įvardinti poreikius, norus ir viltis ateičiai. Šie poreikiai susiję su kūno funkcionavimu ir tuo, kas jai padėjo sveikimo procese. Ji klausėsi savo kūno, kai išsakė: „Man reikia šiek tiek laiko pagalvoti apie save ir ko aš iš tiesų noriu... Man reikia kvėpuoti! Man reikia judėti – daugiau! Man reikia atsipalaiduoti...“ (p. 68)*

Šie žodžiai puikiai apibendrina ŠJT esmę bei požiūrį, kad pacientas yra geriausias savo kūno ekspertas. Apibendrinant, ŠJT įvairiapusiskai stiprina moters, sergančios krūties vėžiu arba įveikusios šią ligą, emocinę, fizinę ir socialinę sveikatą bei padeda atkurti tiek ryšį su savo pačios kūnu, tiek patirti bendrystę su turinčiomis panašius patyrimus, dažnai remiantis neverbaliu bendravimu. Taip pat ŠJT gali būti tiek psichosocialinio palaikymo, tiek lengvai pasiekiamo fizinio aktyvumo forma, suteikianti galimybę mažinti skausmus, stresą, gerinti gyvenimo kokybę.

## 2. EMPIRINIS TYRIMAS

### 2.1. TYRIMO METODOLOGIJA

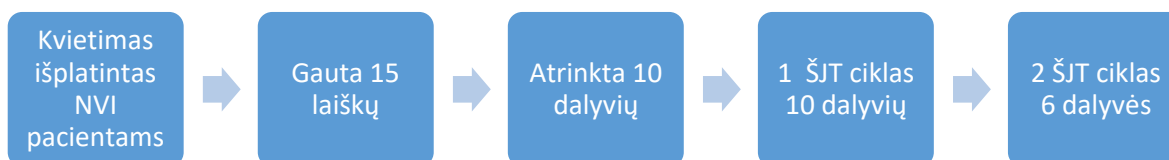
**Empirinio tyrimo tikslas** – atskleisti individualų nuotolinės šokio-judėsio terapijos poveikį tiriamųjų nerimo, depresijos, somatizacijos simptomams ir kardiovaskulinių ligų rizikai bei atskleisti individualų tiriamųjų šokio-judėsio terapijos patyrimą, remiantis tyrėjos patirtimi.

**Tyrimo tipas** – kokybinis.

**Tyrimo metodologija** remiasi socialinio pažinimo teorijos nuostata (Bandura, 1986), kad asmeninė tyrėjo patirtis gali padėti įvertinti kitų žmonių elgesį per pažinimo kaip psichologinio veiksnio ir jo aplinkoje vykstančių įvykių tarpusavio ryšių ypatumus. Vadovautasi socialinio konstruktyvizmo paradigma. Tyrėjos patirtis – 2014 metais diagnozuota II A stadijos Hodžkino limfoma, sėkmingai realizuotas chemoterapinis gydymas, šiuo metu remisija.

#### 2.1.1. Tyrimo etapai ir metodai

Tiriamųjų atrankos schema pateikta 1 pav. 2021 metų lapkričio mėnesį kvietimas dalyvauti tyrime elektroniniu paštu išplatintas Nacionalinio vėžio instituto pacientų kontaktų sąrašui. Gauta 15 interesantų laiškų, iš kurių atrinkta 10 dalyvių vadovaujantis tyrimo atrankos kriterijais (2 pav.). Pirmasis ŠJT užsiėmimų ciklas vyko nuo 2021-11-15 iki 2021-12-20, įgyvendinti 6 nuotoliniai valandos trukmės užsiėmimai kartą per savaitę, dalyvavo 10 dalyvių. Antrasis ŠJT užsiėmimų ciklas vyko nuo 2022-02-07 iki 2022-03-15, įgyvendinti dar 6 nuotoliniai valandos trukmės užsiėmimai kartą per savaitę, 4 tiriamosios nebeatitiko atrankos kriterijų, tad antrajame cikle dalyvavo 6 dalyvės, tyrime buvo naudoti jų duomenys iš dalyvavimo abiejuose cikluose. Nuotoliniams užsiėmimams buvo naudojama *Zoom* programa.



1 pav. Tiriamųjų atrankos schema.



### Lytis

- Moteris

### Sveikatos būklė

- Remisija po krūties vėžio gydymo

### Įsipareigojimas

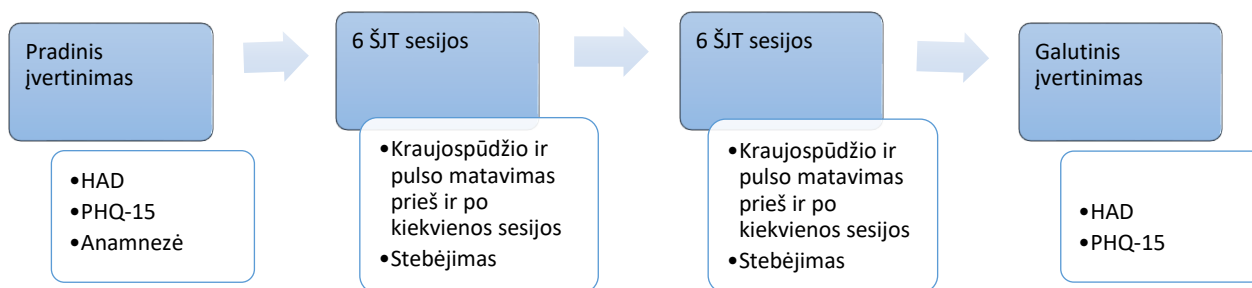
- Galimybė lankyti visus užsiėmimus

### Techninės galimybės

- Galimybė užpildyti dokumentaciją nuotoliniu būdu
- Mokėjimas naudotis *Zoom* programa

2 pav. Tiriamųjų atrankos kriterijai.

Tyrimo etapai ir metodai pateikti 3 pav. Prieš prasidedant užsiėmimams buvo surinkta kiekvienos dalyvės anamnezė bei įvertinta psichologinė sveikata naudojant HAD nerimo ir depresijos klausimynus bei PHQ-15 somatizacijos klausimynus. Pirmojo ir antrojo ŠJT ciklo metu prieš ir po kiekvienos sesijos tiriamųjų fizinė sveikata buvo vertinama matuojant kraujospūdį ir pulsą automatiniais žastiniais kraujospūdžio matuokliais. Kiekvienos sesijos metu stebėjimo metodu buvo vertinamas kiekvienos dalyvės individualus ŠJT patyrimas, po sesijų tyrėjai aprašant stebėjimo medžiagą specialiuose dienoraščiuose. Pasibaigus visiems užsiėmimams, dalyvės pakartotinai užpildė HAD ir PHQ-15 klausimynus.



3 pav. Tyrimo etapai ir metodai.

### Kiekybiniai tyrimo instrumentai:

*HAD nerimo ir depresijos klausimynas.* Anot Bjelland ir kt. (2002), šis instrumentas buvo sukurtas 1983 metais siekiant atpažinti nerimo ir depresijos sutrikimus tarp pacientų ne psichiatrinėse ligoninėse. Šie autoriai teigia, kad optimalus šio klausimyno, kaip atrankos instrumento, jautrumas ir specifiškumas yra vertinant 8 balus kaip ribinį balą tiek nerimo, tiek

depresijos subskalėse. Šiame tyrime duomenys vertinti pagal interpretaciją: 0-7 balai – nerimas arba depresija neišreikšti; 8 balai arba daugiau – nerimas arba depresija išreikšti.

*PHQ-15 somatizacijos klausimynas.* Anot Kocalevent ir kt. (2013), šis instrumentas yra paciento savarankiškai pildoma somatinių simptomų subskalė, išvesta iš pilnos Paciento sveikatos klausimyno (*angl. Patient Health Questionnaire – PHQ*) versijos. Šie autoriai teigia, kad PHQ-15 versija yra santykinai trumpa ir vertina 15 somatinių simptomų, kurie sudaro 90 % ambulatorinėje sveikatos grandyje pacientų išreiškiamų nusiskundimų. Šio klausimyno įvertinimas gali būti nuo 0 iki 30 balų ir interpretuojamas taip:  $\geq 5$  balai reiškia švelnią,  $\geq 10$  – vidutinę ir  $\geq 15$  – sunkią somatizacijos sutrikimo formą.

*Kraujo spaudimas.* Tiriamosios savarankiškai matavosi kraujospūdį savo turimais automatiniais žastiniais kraujospūdžio ir pulso matuokliais, nuotolinio užsiėmimo pabaigoje pranešdamos tyrėjai rezultatus. Tiriamųjų duomenys kaip kardiovaskulinės rizikos rodiklis buvo interpretuojami vadovaujantis 2018 metų Europos kardiologijos draugijos ir Europos hipertenzijos draugijos gairėmis (2018 ESC/ESH Guidelines), kuriose teigiama, kad sistolinis kraujo spaudimas, aukštesnis nei 140 mmHg, siejamas su didžiausia mirtingumo ir negalios našta. Sistolinis kraujospūdis nuo 130 mmHg iki 139 mmHg laikomas aukštu normaliu kraujospūdžiu ir siejamas su aukštesne rizika tik tuo atveju, jei yra gretutinių rizikos faktorių. Vadovaujantis gairėmis, sistolinis kraujospūdis laikomas geresniu kardiovaskulinių ligų rizikos rodikliu nei diastolinis kraujospūdis, todėl nuo diastolinio kraujospūdžio vertinimo susilaikyta.

*Širdies susitraukimų dažnis.* Tiriamosios savarankiškai matavosi pulsą savo turimais automatiniais žastiniais kraujospūdžio ir pulso matuokliais, nuotolinio užsiėmimo pabaigoje pranešdamos tyrėjai rezultatus. Tiriamųjų duomenys kaip kardiovaskulinių ligų rizikos rodiklis buvo interpretuojami vadovaujantis Perret-Guillaume ir kt. (2009) duomenimis – anot šių autorių, pulsas, aukštesnis nei 80 k./min., yra siejamas su didesne kardiovaskulinių komplikacijų, sergamumo ir mirtingumo rizika.

#### Kokybiniai tyrimo instrumentai:

*Stebėjimo metodas.* Anot Rupšienės (2007), šis metodas tinka rinkti duomenis atliekant žmonių elgesio tyrimus, siekiant sužinoti apie grupės santykius, konfliktų eigą ir pan. Tai duomenų

rinkimo metodas, kuris padeda tyrėjui surinkti pirminius duomenis. Kaip ir taikant interviu metodus, stebint tyrėjui svarbios tos pačios kompetencijos, nes stebėdamas jis ne tik žiūri, bet dažnai ir kalbasi su tiriamaisiais. Ši autorė teigia, kad stebėjimo metu labai svarbu daryti stebimosios veiklos užrašus. Rekomenduojama vesti specialius dienoraščius (*angl. field notes, diary*), kuriuose aprašymai turi būti kuo detalesni, išsamūs. Dažniausiai stebėdamas tyrėjas glaustai fiksuoja tai, ką stebi, bet tyrimui pasibaigus iš karto išsamiai aprašo visą stebėjimo eigą (Rupšienė, 2007).

#### Duomenų analizė:

Gautų tyrimo duomenų analizei buvo taikytas kokybinės turinio analizės metodas, kiekybiniai duomenys sisteminti ir analizuoti Microsoft Office Excel 2016 programa.

#### 2.1.2. Tyrimo imtis

Tyrimo dalyvavo 6 moterys, sergančios krūties vėžiu, esančios remisijos būklėje, iš kurių dvi tyrimo metu gavo palaikomąjį hormoninį gydymą, likusioms gydymas nebuvo taikomas. Tiriamųjų amžius nuo 41-erių iki 68-erių metų.

#### A<sub>1</sub> atvejis

*Anamnezė:* 41-erių metų moteris, turinti aukštąjį išsilavinimą, dirbanti, gyvenanti Kauno apskrityje. Šiai moteriai 2019 metais diagnozuotas III stadijos krūties vėžys, nuo 2019 metų rugsėjo iki 2020 metų kovo taikytas chemoterapinis gydymas, tų pačių metų balandį atlikta krūties operacija, gegužės – birželio mėnesiais realizuotas spindulinio gydymo ciklas. Iki dabar tęsiama hormoninė terapija Tamoksifenu, nustatytas šalutinis šio vaisto poveikis nuotaikai, vartoja antidepresantus. Gretutinės ligos – skoliozė, stuburo išvaržos ir limfedema.

*Objektyviai:* Tyrimo pradžioje nustatyta sunki somatizacijos sutrikimo forma, vadovaujantis PHQ-15 somatizacijos klausimynu (15 b.). Nerimo bei depresijos lygis išreikštas, vadovaujantis HAD nerimo ir depresijos klausimyno duomenimis (13 b. ir 8 b. atitinkamai). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą sistolinis kraujospūdis – 109 mmHg, pulsas – 70 k./min, kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta.

*Nusiskundimai:* tiriamoji skundžiasi sąnarių skausmais, virškinimo sistemos simptomais, jaučiasi užslopinta, išsako, kad lėčiau galvoja ir juda.

Tiriamosios lūkestis ŠJT – „atsipalaiduoti nuo streso, pagerinti nuotaiką, pabendrauti“.

*Šokio-judesio terapijos tikslai* – somatizacijos mažinimas atpalaiduojant raumenų įtampą ir skatinant vidinės kontrolės jausmą, nerimo mažinimas per atsipalaidavimą ir savireguliaciją, nuotaikos gerinimas per fizinį aktyvumą bei socializaciją, limfedemos sukkelto diskomforto mažinimas taikant viršutinės galūnės pratimus.

### **A<sub>2</sub> atvejis**

*Anamnezė:* 54-erių metų moteris, turinti aukštąjį išsilavinimą, dirbanti, gyvenanti Vilniuje. Šiai moteriai 2013 metų balandį diagnozuotas II stadijos krūties vėžys, atlikta krūties operacija. 2013 metų birželio – spalio mėnesiais taikytas chemoterapinis gydymas, lapkričio – gruodžio mėnesiais realizuotas spindulinės terapijos ciklas. Penkerius metus taikytas hormoninis gydymas Tamoksifenu. Šiuo metu remisijos būklė, specifinis gydymas netaikomas. Gretutinių ligų neišsako, kardiovaskulinėmis ligomis neserga.

*Objektyviai:* Tyrimo pradžioje stebima sunki somatizacijos sutrikimo forma, vertinant pagal PHQ-15 somatizacijos klausimyną (15 b.). Nerimo lygis – išreikštas, vertinant pagal HAD nerimo ir depresijos klausimyną (9 b.), depresijos lygis – neišreikštas (4 b.). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą sistolinis kraujospūdis – 120 mmHg, šis rodiklis su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas, pulsas – 80 k./min., šis rodiklis, remiantis Perret-Guillaume ir kt. (2009) yra riba, virš kurios pulso rodikliai siejami su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika.

*Nusiskundimai:* respondentė skundžiasi nugaros, skrandžio, sąnarių skausmais, miego sutrikimais, išsako baimę, kad liga gali atsinaujinti.

Tiriamosios lūkestis šokio-judesio terapijai – „*tikisi padrąsinimo iš kitų bei išsikrauti ir išlieti emocijas bei stresą, kuris susikaupia dirbant įtemptą darbą*“.

*Šokio-judesio terapijos tikslai* – fizinio aktyvumo ir emocijų raiškos skatinimas, somatizacijos mažinimas atpalaiduojant raumenų įtampą ir skatinant vidinės kontrolės jausmą, nerimo mažinimas per socializaciją su kitomis moterimis, turinčiomis panašią patirtį.

### **A<sub>3</sub> atvejis**

*Anamnezė:* 58-erių metų moteris, turinti aukštąjį išsilavinimą, dirbanti, gyvenanti Vilniuje. Šiai moteriai 2018 metų gruodį diagnozuotas II stadijos krūties vėžys, 2019 metų sausį atlikta krūties operacija, vasario – balandžio mėnesiais taikytas chemoterapinis gydymas, liepos – rugpjūčio mėnesiais realizuotas spindulinės terapijos ciklas. Šiuo metu remisijos būklė, tęsiamas hormoninis gydymas Tamoksifenu, gretutinių ligų neišsako.

*Objektyviai:* Tyrimo pradžioje nustatyta vidutinė somatizacijos sutrikimo forma, vertinant pagal PHQ-15 somatizacijos klausimyną (11 b.), depresija bei nerimas – neišreikšti, vertinant pagal HAD depresijos ir nerimo klausimyną (4 ir 7 b. atitinkamai). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą sistolinis kraujospūdis – 143 mmHg, šis rodiklis siejamas su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika, pulsas – 65 k./min.

*Nusiskundimai:* informantė jaučia energijos stoką, rankų, kojų, kelių, klubo sąnarių, nugaros skausmus bei subjektyviai padažnęjusį širdies plakimą.

Tiriamosios lūkestis ŠJT – „*reikia priversti save judėti per prievartą, dėl sveikatos*“.

*Šokio-judesio terapijos tikslai* – fizinio aktyvumo ir energijos jausmo skatinimas, somatizacijos mažinimas atpalaiduojant raumenų įtampą ir skatinant vidinės kontrolės jausmą per dėmesio nukreipimą nuo nemalonių pojūčių, ramybės sistolinio kraujospūdžio mažinimas taikant aerobinius pratimus.

#### **A4 atvejis**

*Anamnezė:* 50-ies metų moteris, turinti aukštąjį išsilavinimą, dirbanti nuotoliniu būdu, gyvenanti Vilniuje. Šiai moteriai 2011 metų sausį diagnozuotas I stadijos krūties vėžys. Atlikta kairę krūtį tausojanti operacija su sarginio limfmazgio biopsija. Tų pačių metų vasario – balandžio mėnesiais atlikti keturi chemoterapijos ciklai, gegužės – birželio mėnesiais realizuotas spindulinės terapijos ciklas. Nuo 2011 metų iki 2016 metų taikyta hormoninė terapija Tamoksifenu. Šiuo metu remisijos būklė, specifinis gydymas netaikomas, stebėjimas kartą per metus. Gretutinė liga – Bazinių ląstelių karcinoma, 2018 metų lapkritį atlikta darinio šalinimo operacija, šiuo metu gydymas netaikomas. Kardiovaskulinėmis ligomis neserga.

*Objektyviai:* Tyrimo pradžioje nustatyta vidutinė somatizacijos sutrikimo forma, vertinant pagal PHQ-15 somatizacijos klausimyną (12 b.), depresija bei nerimas – neišreikšti, vertinant pagal HAD depresijos ir nerimo klausimyną (3 ir 6 b. atitinkamai). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą sistolinis kraujospūdis – 129 mmHg, šis rodiklis su kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas, pulsas – 80 k./min., šis rodiklis, remiantis Perret-Guillaume ir kt., (2009), yra riba, virš kurios pulso duomenys siejami su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika.

*Nusiskundimai:* skundžiasi energijos stoka ir nuovargiu, lengvais nugaros, galvos, skrandžio, sąnarių skausmais, limfedema, miego sutrikimais.

Tiriamosios lūkestis ŠJT – „*išbandyti kažką naujo, pasikrauti energijos, pašokti*“.

*Šokio-judesio terapijos tikslai* – fizinio aktyvumo ir energijos jausmo skatinimas, somatizacijos mažinimas atpalaiduojant raumenų įtampą ir skatinant vidinės kontrolės jausmą, limfedemos sukkelto diskomforto mažinimas taikant pratimus viršutinei galūnei.

### **A<sub>5</sub> atvejis**

*Anamnezė:* 68-erių metų moteris, turinti aukštąjį išsilavinimą, esanti pensijoje, gyvenanti Vilniuje. Šiai moteriai 2013 metų balandį diagnozuotas I stadijos krūties vėžys ir atlikta krūties operacija, gegužės – spalio mėnesiais taikytas chemoterapinis gydymas, lapkričio – gruodžio mėnesiais realizuotas spindulinės terapijos ciklas, vėliau penkerius metus taikyta hormoninė terapija Tamoksifenu. Šiuo metu remisijos būklė, specifinis gydymas netaikoma, stebėjimas kartą per metus. Gretutinė liga – 2018 metais diagnozuotas plaučių vėžys, atlikta dešinio plaučio skilties šalinimo operacija. Kardiovaskulinėmis ligomis neserga.

*Objektyviai:* Tyrimo pradžioje stebimas išreikštas nerimas, vertinant pagal HAD klausimyną (12 b.), depresijos lygis – išreikštas (9 b.), somatizacijos sutrikimo forma – švelni (7 b.). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą sistolinis kraujospūdis – 118 mmHg, pulsas – 60 k./min., šie rodikliai su kardiovaskulinių ligų rizika nesiejami.

*Nusiskundimai:* tiriamąją vargina neramios mintys ir rūpesčiai, išsako, kad patiria baimę dėl ligos atsinaujinimo, dėl pandemio laikotarpio patiria vienatvės ir izoliacijos jausmus. Skundžiasi nuovargio jausmu ir energijos trūkumu.

Tiriamosios lūkestis šokio-judesio terapijai – „*tai suprasti gali tik tie, kurie patys patyrę onkologinę ligą, o dėl pandemijos nėra galimybės bendrauti*“.

*Šokio-judesio terapijos tikslai* – socializacijos jausmo skatinimas ir nerimo mažinimas per bendrystę su kitomis moterimis, turinčiomis panašią patirtį, kūno sąmoningumo ir pasitikėjimo savo kūnu skatinimas, fizinio aktyvumo ir energijos jausmo skatinimas.

### **A<sub>6</sub> atvejis**

*Anamnezė:* 63-jų metų moteris, turinti aukštąjį išsilavinimą, esanti pensijoje, gyvenanti Vilniuje. 2005 metais diagnozuotas krūties vėžys, 2007 metais atlikta kairės krūties operacija. Tais pačiais metais realizuotas spindulinio gydymo kursas ir penkerius metus taikytas hormoninis gydymas Tamoksifenu. 2019 metais dešinėje krūtyje rastas piktybinis navikas, gydymas netaikytas. Šiuo metu taikomas stebėjimas.

*Objektyviai:* Tyrimo pradžioje stebimas išreikštas nerimas, vertinant pagal HAD nerimo ir depresijos klausimyną (9 b.), depresijos lygis – neišreikštas (6 b.), somatizacijos sutrikimo forma – švelni (7 b.). Skundžiasi nuovargio jausmu ir energijos trūkumu. Kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta.

*Nusiskundimai:* informantė jaučia įtampą ir baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti, išsako susirūpinimą dėl neramaus pandeminio laikotarpio.

Tiriamosios lūkestis šokio-judesio terapijai: „*labiau atsipalaiduoti, pažinti save per šokį.*“

*Šokio-judesio terapijos tikslai* – nerimo mažinimas per socializaciją, atsipalaidavimą ir savireguliaciją, fizinio aktyvumo ir energijos jausmo skatinimas, savęs pažinimas.

### **2.1.3. Tyrimo etika**

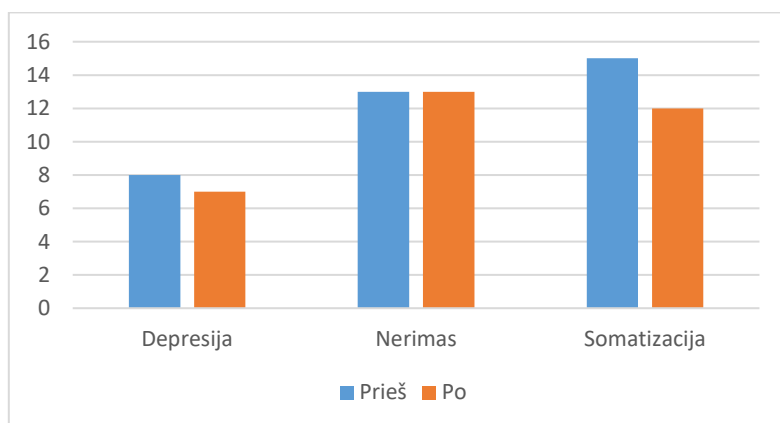
Tyrimo metu buvo laikomasi konfidencialumo principų. Tyrimo pradžioje respondentės užpildė informuoto paciento sutikimo formas dalyvauti tyrime. Pirmojo užsiėmimo metu su tyrimo dalyvėmis aptartos terapinės grupės konfidencialumo taisyklės – už grupės ribų su pašaliniais asmenimis galima kalbėti tik apie savo, bet ne kitų dalyvių patyrimą bei terapijos metu pasidalintą informaciją. Dalyvių užpildytos anketos, aprašymai bei kiti konfidencialūs duomenys laikomi tyrėjos elektroninėje laikmenoje, neprieinamoje pašaliniams asmenims. Darbe pateikiant dalyvių aprašymus, demografinę informaciją bei rezultatus, visi duomenys nuasmeninti, pašalinti dalyvių vardai bei kita informacija, pagal kurią būtų galima identifikuoti tyrime dalyvavusius asmenis.

## 2.2. TYRIMO REZULTATAI

### 2.2.1. A<sub>1</sub> atvejis

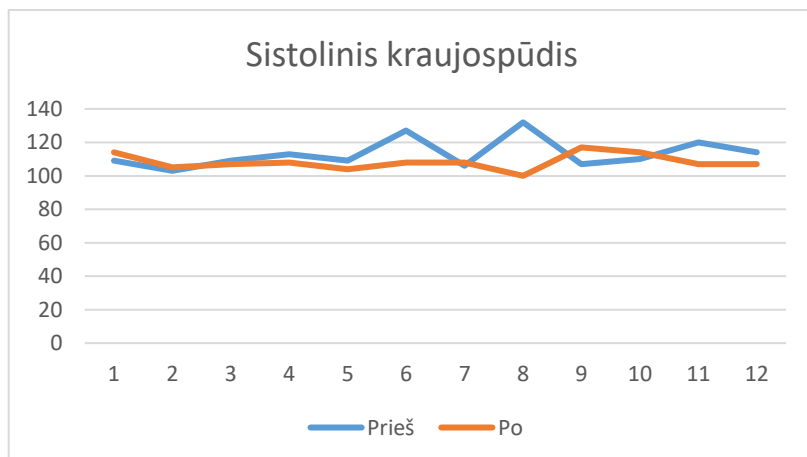
A<sub>1</sub> tiriamosios psichologinė sveikata buvo vertinta dviem klausimynais: PHQ-15 (somatizacijos simptomatika) ir HAD (nerimas bei depresija) (4 pav.):

- Prieš tyrimą nustatyta sunki somatizacijos sutrikimo forma (15 b.), po tyrimo ji sumažėjo 20% iki vidutinės somatizacijos sutrikimo formos (12 b.). Po tyrimo respondentės jau nebevargino vidurių užkietėjimo ir viduriavimo simptomai (2 b. → 0 b.).
- Prieš tyrimą informantė jautė išreikštą depresiją (8 b.), o po tyrimo stebimas 12,5% pokytis, t. y. neišreikšta depresijos forma (7 b.).
- Prieš ir po tyrimo jaučiamo nerimo pokyčio nenustatyta (13 b.).



4 pav. A<sub>1</sub> tiriamosios depresijos, nerimo ir somatizacijos duomenų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

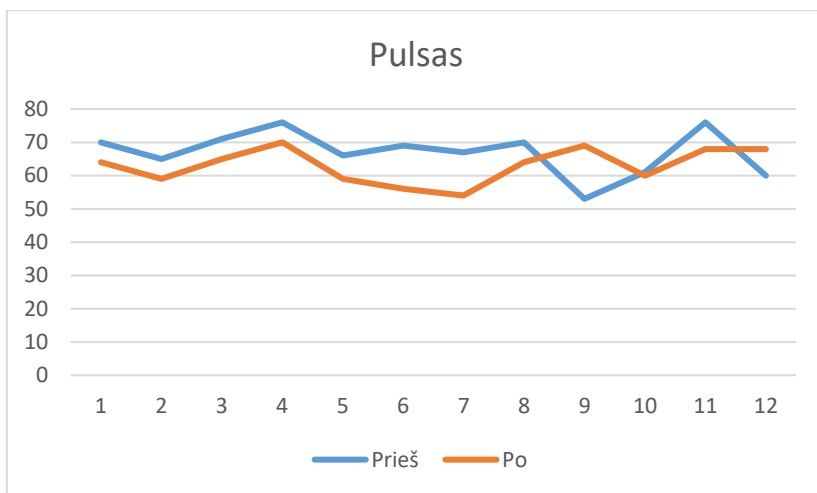
A<sub>1</sub> tiriamosios sistolinis kraujospūdis matuotas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (5 pav.). Tiriamosios ramybės sistolinis kraujospūdis prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą – 109 mmHg, kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta. Stebimas pakilęs ramybės sistolinis kraujospūdis prieš 6 ir 8 užsiėmimus, šių užsiėmimų eigoje kraujospūdis normalizavosi.



5 pav. A<sub>1</sub> tiriamosios sistolinio kraujospūdis duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.



A<sub>1</sub> tiriamosios pulsas buvo matuojamas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (6 pav.). Tiriamosios ramybės pulsas prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą – 70 k./min, kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta. 1-8 užsiėmimų eigoje pulsas nuosekliai sumažėdavo.



6 pav. A<sub>1</sub> tiriamosios pulso duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>1</sub> refleksijos apie savijautą prieš devintąją sesiją: „išsakė, kad truputį svaigo galva. Dalinosi, kad turi problemų su kvėpavimu, ypač jei susikaupusi, kaip pati įvardijo „pamiršta kvėpuoti“.“ 6 pav. stebima, kad tos dienos A<sub>1</sub> pradinis pulsas žemesnis nei įprastai – 53 k./min.

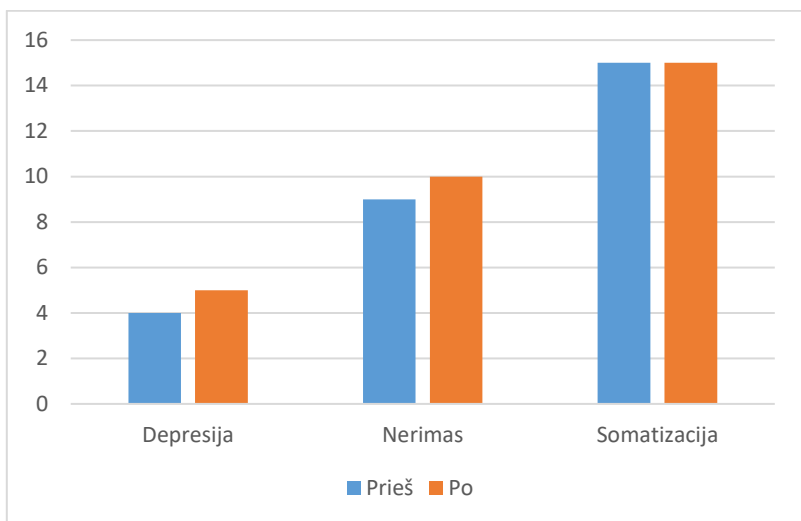
Iš tyrėjos dienoraščio apie devintojo užsiėmimo eigą: „pratimo metu naudojome byrančio smėlio vaizdinį, pradedant nuo galvos ir leidžiantis visu kūnu žemyn. Ieškojome, kurioje kūno vietoje smėlis „užstringa“ ir bandėme tą vietą išjudinti pagal muziką. <...> Judėjome kartu su kvėpavimu. <...> A<sub>1</sub> pamažu pradėjo linguoti visu kūnu pirmyn ir atgal. Anksčiau matydavau, kad juda tik jos viršutinė kūno dalis. Šįkart džiaugiausi matydama jos integraciją tarp viršutinės ir apatinės kūno dalies, ir jaučiau, kad matydama A<sub>1</sub> judėjimą pati „paleidžiu kontrolę“.“

Iš tyrėjos dienoraščio apie devintojo užsiėmimo pabaigą: „A<sub>1</sub>, kaip pati įvardijo, „leido visam kūnui svaigti“. Man šie žodžiai pasirodė labai gražūs. A<sub>1</sub> pasidalino, jog jai ši grupė – tai vieta, kur gali sustoti nuo bėgimo ir skubėjimo, nusiraminti bei išgirsti savo kūną, naudojo „ramybės oazės“ metaforą.“ 6 pav. matyti, kad užsiėmimo pabaigoje tiriamosios pulsas normalizavosi.

### 2.2.2. A<sub>2</sub> atvejis

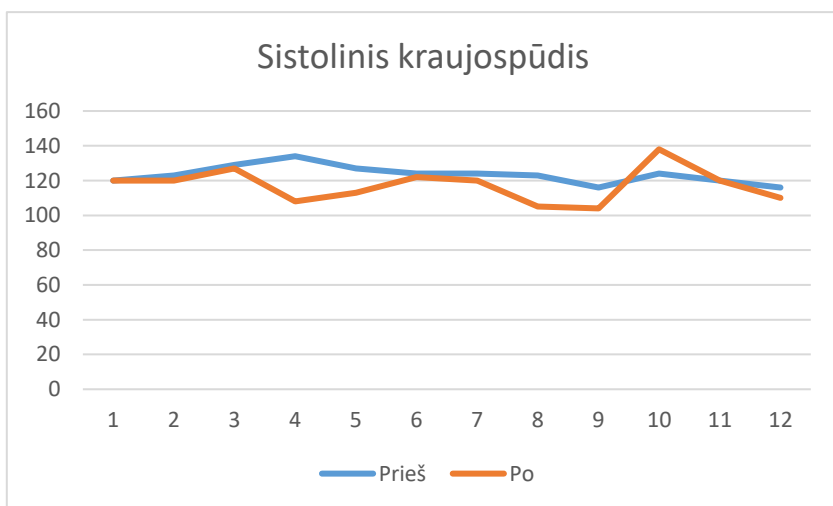
A<sub>2</sub> tiriamosios psichologinė sveikata buvo vertinta dviem klausimynais: PHQ-15 (somatizacijos simptomatika) ir HAD (nerimas bei depresija) (7 pav.):

- Tyrimo metu somatizacijos simptomų pokyčio nenustatyta (15 b.).
- Prieš tyrimą A<sub>2</sub> jautė neišreikštą depresiją (4 b.), po tyrimo jos lygis padidėjo 25% (5 b.).
- Prieš tyrimą nustatytas išreikštas nerimas (9 b.), po tyrimo jis padidėjo 11,1% (10 b.)



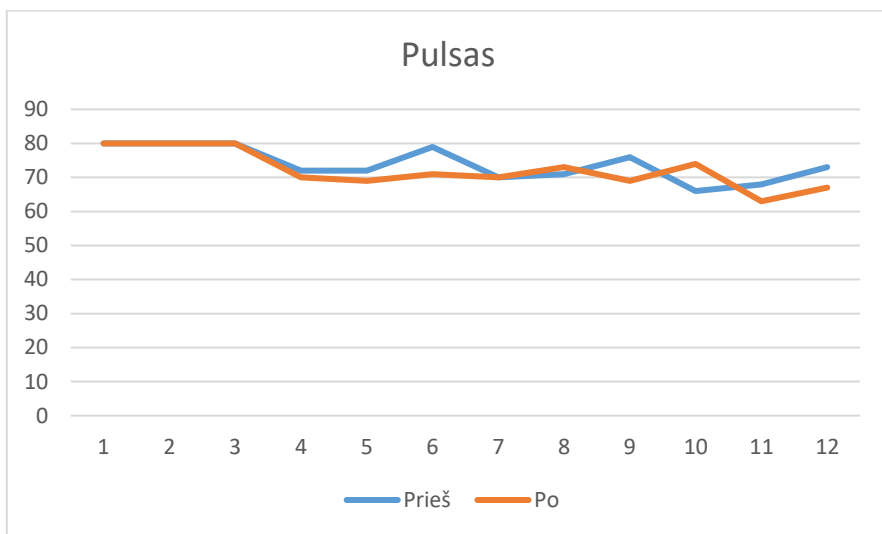
7 pav. A<sub>2</sub> tiriamosios depresijos, nerimo ir somatizacijos duomenų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

A<sub>2</sub> tiriamosios sistolinis kraujospūdis buvo matuojamas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (8 pav.). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą A<sub>2</sub> tiriamosios sistolinis kraujospūdis – 120 mmHg, šis rodiklis su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas. Ketvirtojo ir aštuntojo užsiėmimų eigoje stebimas sistolinio kraujospūdžio sumažėjimas, o dešimtojo eigoje – pakilimas.



8 pav. A<sub>2</sub> tiriamosios sistolinio kraujospūdžio duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

A<sub>2</sub> tiriamosios pulsas buvo matuojamas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (9 pav.). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą A<sub>2</sub> tiriamosios ramybės pulsas – 80 k./min., šis rodiklis, remiantis Perret-Guillaume ir kt. (2009) yra riba, virš kurios pulso rodikliai siejami su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika. Tyrimo eigoje stebimas nedidelis laipsniškas ramybės pulso mažėjimas. Tyrimo pabaigoje ramybės pulsas – 73 k./min., kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta.



9 pav. A<sub>2</sub> tiriamosios pulso duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

Iš tyrėjos dienoraščio apie A<sub>2</sub> refleksiją vienuoliktosios sesijos pradžioje: „*šiandien antrasis susitikimas po prasidėjusio karinio konflikto Ukrainoje. A<sub>2</sub> minėjo apie didelę baimę ir nerimą, kad negalėjo naktimis miegoti ir sapnavo košmarus. Dalinosi, kad nepanikuoja, „neišsitaško“, bet baimė viduje verda. Nuotaika priklauso nuo naujienų – banguoja priklausomai nuo viltingų ir baimę keliančių žinių. Vaizduotė piešia baisiausius scenarijus.*“

Iš tyrėjos dienoraščio apie vienuoliktojo susitikimo eigą: „*bandėme paleisti įtampą per staigus kovos menų judesius, išsipurtymą, šokinėjimą, trepsėjimą, galvos purtymą ir atpalaidavimą. Naudojome lietaus po audros ir žaibų metaforą, lyg nusipurtėme mažus lašius, lengvas lietus nuplovė visą kūną*“.

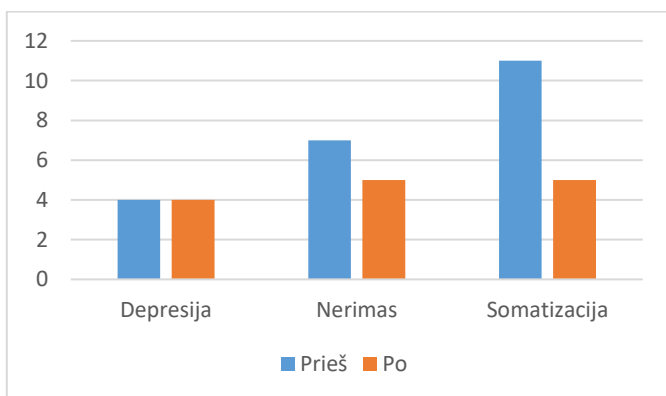
Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>2</sub> refleksijos užsiėmimo pabaigoje: „*A<sub>2</sub> kalbėjo apie „tinginio“ metaforą – norėjosi lyg būti pakibus ant šakos, ar ant debesies, kaip angelui, virš žemės. Tačiau įsikibus į šaką. Man girdint šią jos metaforą, viduje kilo saugumo jausmas.*“

Aprašyti tiriamosios išgyvenimai, susiję su reakcija į karo situaciją, gali paaiškinti nerimo ir depresijos rodiklių padidėjimą tyrimo pabaigoje (žr. 7 pav.).

### 2.2.3. A<sub>3</sub> atvejis

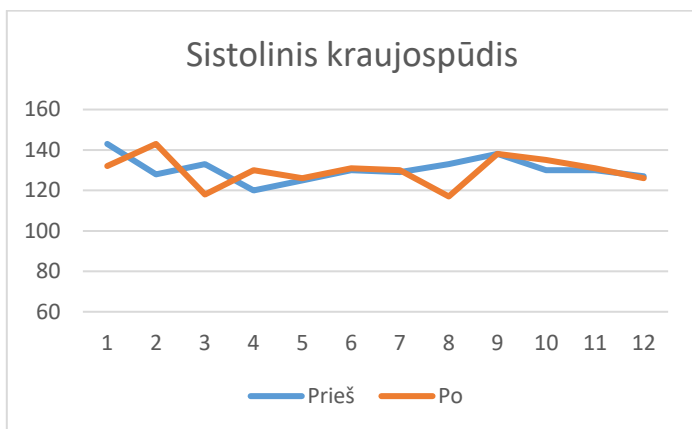
A<sub>3</sub> tiriamosios psichologinė sveikata buvo vertinta dviem klausimynais: PHQ-15 (somatizacijos simptomatika) ir HAD (nerimas bei depresija) (10 pav.):

- Prieš tyrimą nustatyta vidutinė somatizacijos sutrikimo forma (11 b.), po tyrimo ji sumažėjo 55% iki švelnios somatizacijos sutrikimo formos (5 b.). Tyrimo pabaigoje respondentės nebevargino nugaros skausmas (2 b. → 0 b.) bei subjektyviai suvokiamas padažnėjęs širdies plakimas (2 b. → 0 b.).
- Prieš tyrimą informantės nerimo lygis – neišreikštas (7 b.), kuris tyrimo eigoje sumažėjo 29% (5 b.). Po tyrimo ją mažiau vargino neramios mintys ir rūpesčiai (2 b. → 1 b.).
- Depresijos lygis tyrimo eigoje nepasikeitė (4 b.).



10 pav. A<sub>3</sub> tiriamosios depresijos, nerimo ir somatizacijos duomenų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

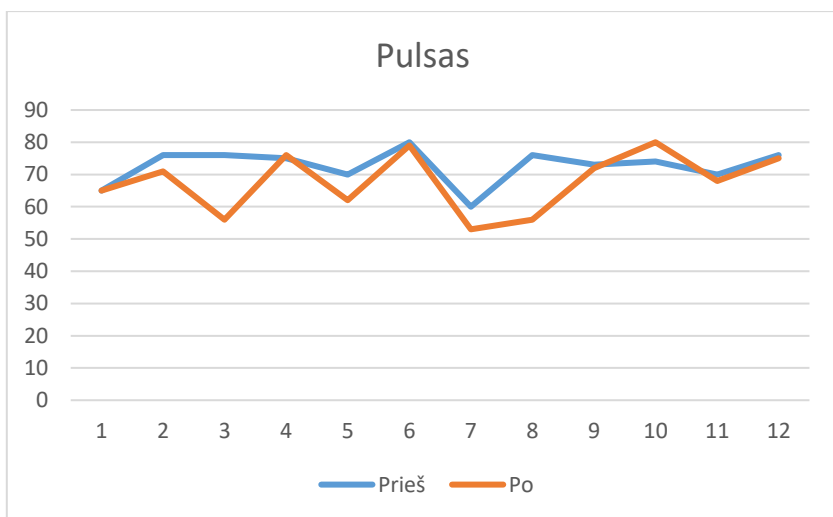
A<sub>3</sub> tiriamosios sistolinis kraujospūdis matuotas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (11 pav.). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą A<sub>3</sub> tiriamosios ramybės sistolinis kraujospūdis – 143 mmHg, šis rodiklis siejamas su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika. 1-4 užsiėmimo metu stebimas nuoseklus ramybės kraujospūdžio mažėjimas, ties 9 užsiėmimu – pakilimas ir ciklo pabaigoje vėl mažėjimas. Po intervencijos ramybės sistolinis kraujospūdis – 126 mmHg, kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta.



11 pav. A<sub>3</sub> tiriamosios sistolinio kraujospūdžio duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

A<sub>3</sub> tiriamosios pulsas buvo matuojamas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (12 pav.). Prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą A<sub>3</sub> tiriamosios ramybės pulsas – 65 k./min., šis rodiklis su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas.

Remiantis PHQ-15 somatizacijos klausimyno duomenimis, tyrimo pabaigoje respondentės nebevargino subjektyviai suvokiamas padažnėjęs širdies plakimas (2 b. → 0 b.) (žr. 4 pav.). Objektiviais duomenimis, pulso duomenų po kiekvieno ŠJT užsiėmimo vidurkis (67,8 k./min.) buvo 6,6% mažesnis nei pulso duomenų prieš kiekvieną ŠJT užsiėmimą vidurkis (72,6 k./min.), tačiau bendroje dinamikoje ramybės pulso mažėjimas nestebimas.



12 pav. A<sub>3</sub> tiriamosios pulso duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>3</sub> refleksijos antrojo užsiėmimo pradžioje: „*minėjo, kad po pirmojo susitikimo, pasidalinus savo istorija su kitomis, jaučiasi ramiau ir geriau. Savijautos, kaip spalvos, metafora – tamsiai oranžinė.*“

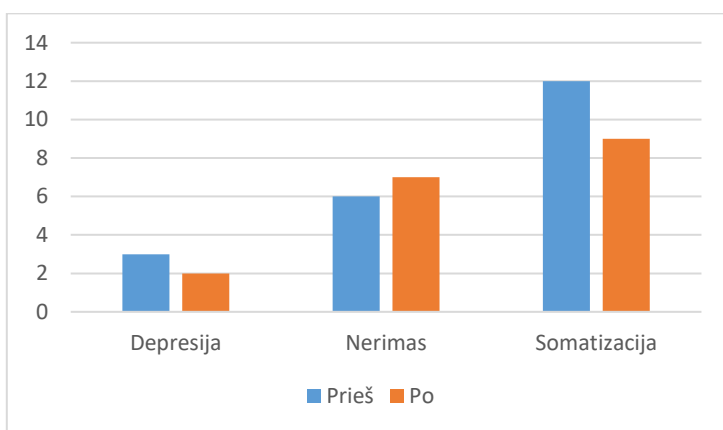
Iš tyrėjos dienoraščio apie antrojo užsiėmimo eigą: „*ant popieriaus užsirašėme tris savo psichologinius resursus, kurie mums suteikia jėgų. Šokome su kiekvienu iš jų ir uždavėme sau klausimus: Kas vyksta mano kūne, kai naudoju šį resursą? Kaip aš jaučiuosi jį naudodama? Kaip dažnai ir kokiose situacijose naudoju šį resursą? Kaip galėčiau jį panaudoti dažniau? A<sub>3</sub> išsakė tokią gyvybingą pastabą – „nenuvertinti lengvo pafirtavimo“. Moterys vienai akimirakai tiesiog nušvito...“*

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>3</sub> refleksijos antrojo užsiėmimo pabaigoje: „*dalinosi, kad jaučia pasitikėjimą ir dėkingumą savo kūnui. Savijautos metafora – ryškiai oranžinė spalva. Man A<sub>3</sub> visą laiką atrodė turinti labai daug psichologinių resursų – saugų ryšį su artimaisiais, humoro jausmą, gebėjimą nusibrėžti ribas.*“

## 2.2.4. A<sub>4</sub> atvejis

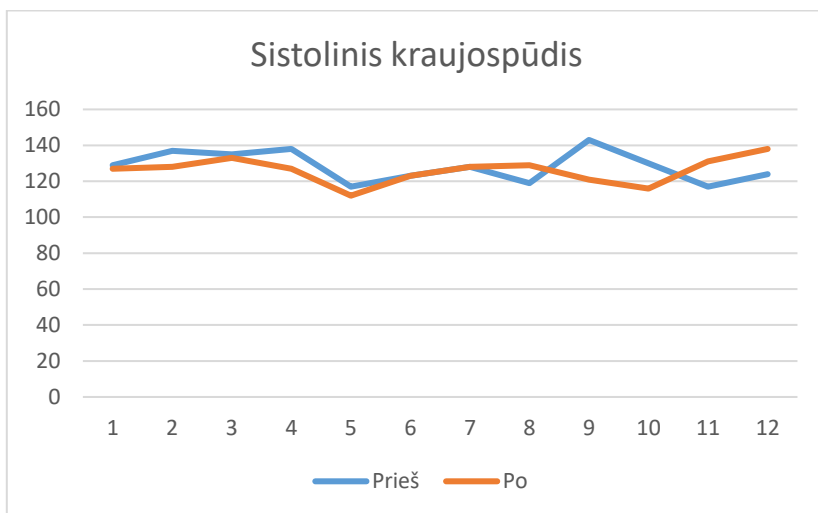
A<sub>4</sub> tiriamosios psichologinė sveikata buvo vertinta dviem klausimynais: PHQ-15 (somatizacijos simptomatika) ir HAD (nerimas bei depresija) (13 pav.):

- Prieš tyrimą nustatyta vidutinė somatizacijos sutrikimo forma (12 b.), po tyrimo ji sumažėjo 25% iki švelnios somatizacijos sutrikimo formos (9 b.). Tyrimo pabaigoje respondentė jautė šiek tiek daugiau energijos (2 b. → 1 b.) ir iš dalies pagerėjo jos miegas (2 b. → 1 b.).
- Prieš tyrimą informantė turėjo neišreikštą depresiją (3 b.), kuri tyrimo eigoje sumažėjo 33,3% (2 b.).
- Prieš tyrimą nerimo lygis – neišreikštas (6 b.), tyrimo eigoje jis padidėjo 16,7% (7 b.)



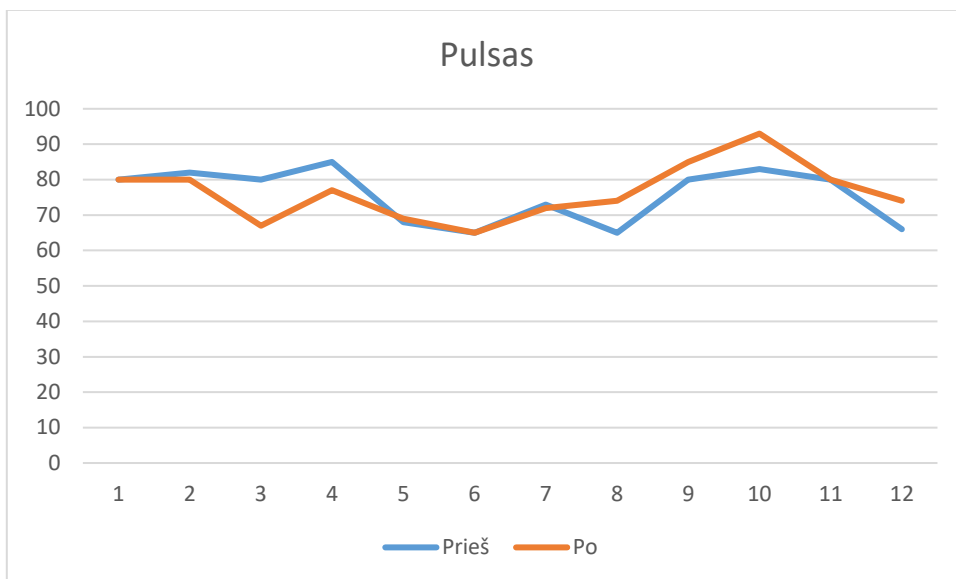
13 pav. A<sub>4</sub> tiriamosios depresijos, nerimo ir somatizacijos duomenų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

A<sub>4</sub> tiriamosios sistolinis kraujospūdis matuotas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (14 pav.). Tyrimo pradžioje tiriamosios sistolinis kraujospūdis – 129 mmHg, šis rodiklis su kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas. Stebimas sistolinio kraujospūdžio sumažėjimas devintojo užsiėmimo eigoje.



14 pav. A<sub>4</sub> tiriamosios sistolinio kraujospūdžio duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

A<sub>4</sub> tiriamosios pulsas buvo matuojamas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (15 pav.). Tiriamosios ramybės pulsas prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą – 80 k./min., šis rodiklis, remiantis Perret-Guillaume ir kt. (2009) yra riba, virš kurios pulso rodikliai siejami su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika. Stebimas ramybės pulso mažėjimas nuo 1 iki 8 užsiėmimo, vėliau pakilimas ir ciklo pabaigoje vėl mažėjimas. Po dešimtosios sesijos (2022-02-28), pirmojo susitikimo po karinių veiksmų Ukrainos teritorijoje pradžios stebimas pulso pakilimas. Tyrimo pabaigoje ramybės pulsas – 66 k./min., kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta.



15 pav. A<sub>4</sub> tiriamosios pulso duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

Iš tyrėjos dienoraščio apie A<sub>4</sub> refleksiją vienuoliktojo užsiėmimo pradžioje: „*kalbėjo, kad jos nerimas ir stresas, susijęs su dabartiniu karinės situacijos kontekstu, reiškiasi per fizinius simptomus – apsirgimo būseną, pykinimą.*“

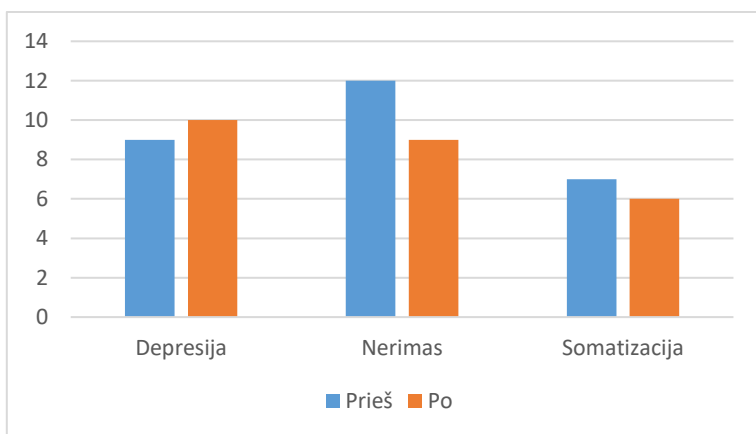
Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos vienuoliktojo užsiėmimo eigos: „*užsiėmimo metu tikslas buvo įsižeminti ir sukurti saugumo jausmą. Taikiau ritmingą, raminančią muziką, dėmesio nukreipimą į kvėpavimą ir atramą po savimi. Vėliau pusė grupės šoko, o likusios liudijo kitų judėjimą.*“

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>4</sub> refleksijos vienuoliktojo užsiėmimo pabaigoje: „*dalinosi, kad jai padeda tai, kad leidžia sau priimti kylančius jausmus – baimę, pyktį, nerimą. Po to, kai moterys liudijo vienos kitų judėjimą, girdėjau, kaip palaiko viena kitą ir atsiliepia apie kitų judėjimą su šiluma.*“

### 2.2.5. A<sub>s</sub> atvejis

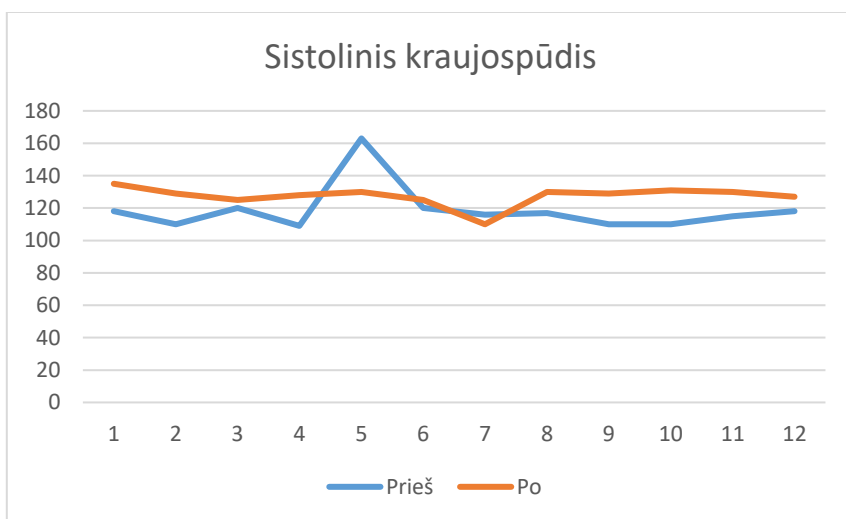
A<sub>s</sub> tiriamosios psichologinė sveikata buvo vertinta dviem klausimynais: PHQ-15 (somatizacijos simptomatika) ir HAD (nerimas bei depresija) (16 pav.):

- Prieš tyrimą nustatyta švelni somatizacijos sutrikimo forma (7 b.), po tyrimo ji sumažėjo 14,3% (6 b.). Tyrimo pabaigoje respondentė jautė daugiau energijos (2 b. → 1 b.) ir pagerėjo jos miegas (1 b. → 0 b.).
- Prieš tyrimą nustatytas išreikštas nerimas (12 b.), po tyrimo jis sumažėjo 25% (9 b.).
- Prieš tyrimą A<sub>s</sub> turėjo išreikštą depresiją (9 b.), kuri tyrimo eigoje padidėjo 11,1% (10 b.).



16 pav. A<sub>s</sub> tiriamosios depresijos, nerimo ir somatizacijos duomenų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

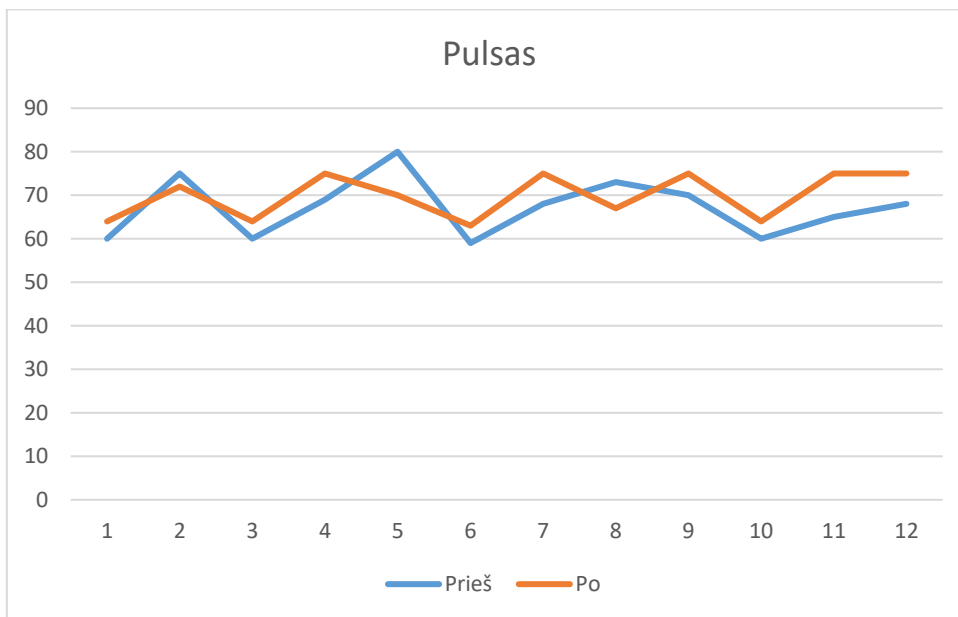
A<sub>s</sub> tiriamosios sistolinis kraujospūdis buvo matuojamas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (17 pav.). A<sub>s</sub> ramybės sistolinis kraujospūdis tyrimo pradžioje – 118 mmHg, šis rodiklis su kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas. Stebimas sistolinio kraujospūdžio padidėjimas po kiekvieno užsiėmimo, taip pat aukštesnis nei įprastai kraujospūdis prieš penktąjį užsiėmimą, kurio eigoje jis normalizavosi.



17 pav. A<sub>s</sub> tiriamosios sistolinio kraujospūdžio duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.



A<sub>5</sub> tiriamosios pulsas buvo matuojamas prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo (18 pav.). Tyrimo pradžioje A<sub>5</sub> tiriamosios ramybės pulsas prieš pirmąjį ŠJT užsiėmimą – 60 k./min., šis rodiklis su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas. ŠJT užsiėmimai poveikio bendram tiriamosios pulso lygiui neturėjo.



18 pav. A<sub>5</sub> tiriamosios pulso duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>5</sub> refleksijos penktojo užsiėmimo pradžioje: „*pasidalino, kad savaitės eigoje iš gyvenimo išėjo dvi jos artimos draugės, sirgusios Covid infekcija.*“ 17 ir 18 pav. stebimas A<sub>5</sub> tiriamosios sistolinio kraujospūdžio ir pulso padidėjimas penktojo užsiėmimo pradžioje.

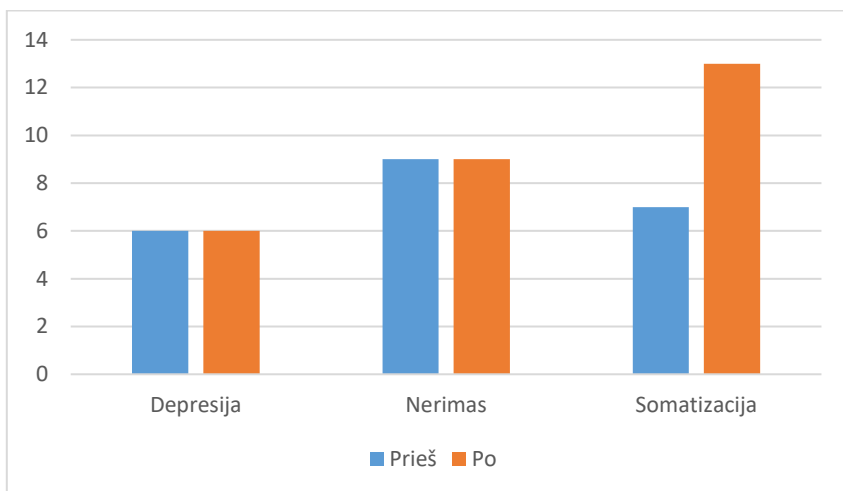
Penktojo užsiėmimo aprašymas: „*bandžiau kiek įmanoma atliepti A<sub>5</sub>, suteikti palaikymą ir sutelkti grupę, tačiau jaučiau, kad turiu atliepti ir kitų dalyvių poreikius. Toliau tęsiau grupę pagal planą, tačiau pirmasis atsivėrimas padiktavo temą, kuri skambėjo viso užsiėmimo metu – ryšys su svarbiais žmonėmis. <...> Bandėme su detalėmis prisiminti momentą, kada jautėmės saugiame ryšyje su kitu žmogumi ar žmonių grupe. Kuomet jautėme atsivėrimą, ryšį ir kontaktą. Šokome su šiuo jausmu, siūsdamos šiems žmonėms geriausius linkėjimus.*“

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>5</sub> refleksijos penktojo užsiėmimo pabaigoje: „*A<sub>5</sub>, kaip visada, buvo lakoniška. Kai paklausiau, kaip jaučiasi, tik paminėjo, kad nusiramino.*“ Užsiėmimo pabaigoje A<sub>5</sub> sistolinio kraujospūdžio ir pulso rodikliai normalizavosi (žr. 17 ir 18 pav.) Gedulas dėl prarastų artimų žmonių galėjo paveikti dalyvės depresijos rodiklių padidėjimą tyrimo pabaigoje (žr. 16 pav.).

### 2.2.6. A<sub>6</sub> atvejis

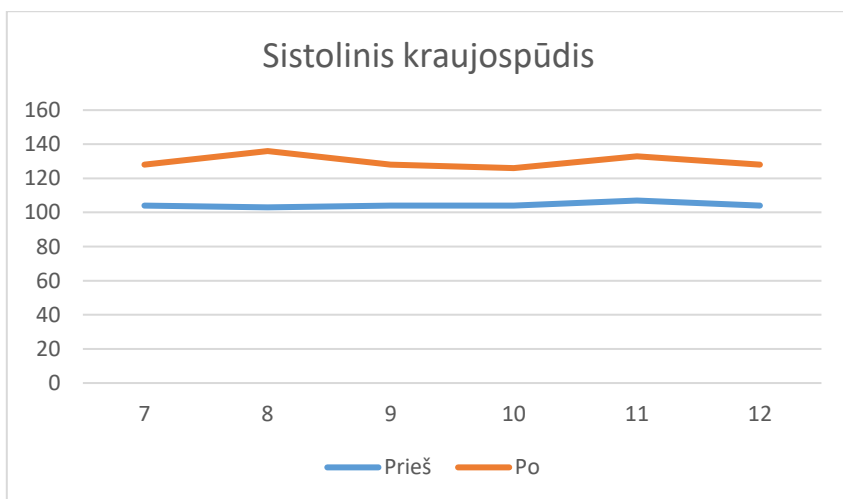
A<sub>6</sub> tiriamosios psichologinė sveikata buvo vertinta dviem klausimynais: PHQ-15 (somatizacijos simptomatika) ir HAD (nerimas bei depresija) (19 pav.):

- Prieš tyrimą nustatyta švelni somatizacijos sutrikimo forma (7 b.), tyrimo eigoje ji padidėjo 85,7% iki vidutinės somatizacijos sutrikimo formos (13 b.).
- Nei depresijos, nei nerimo pokyčio tyrimo metu nenustatyta (6 b. ir 9 b. atitinkamai).



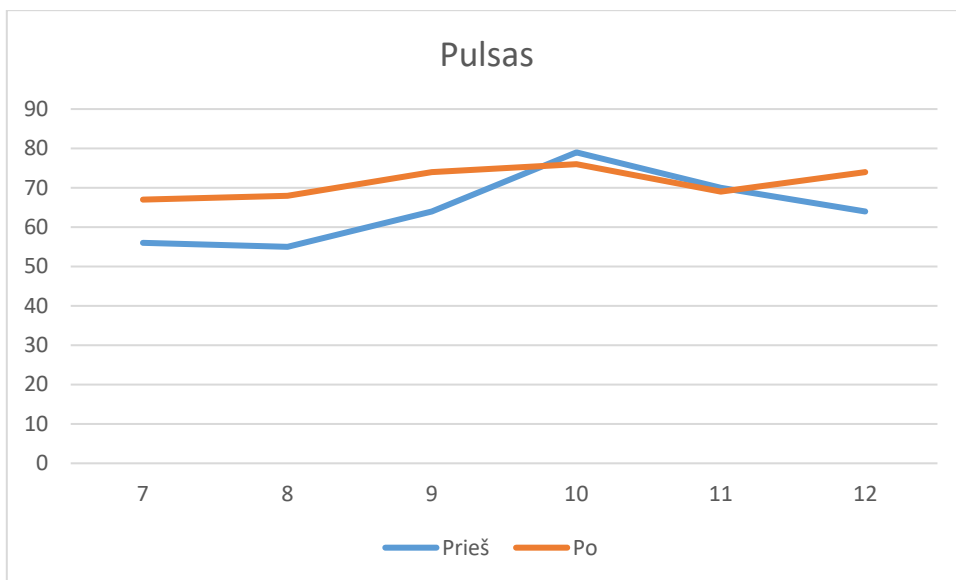
19 pav. A<sub>6</sub> tiriamosios depresijos, nerimo ir somatizacijos duomenų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

A<sub>6</sub> tiriamosios sistolinis kraujospūdis buvo matuojamas nuo 7-to iki 12-to ŠJT užsiėmimo, nes pirmojo ciklo metu tiriamoji neturėjo techninės galimybės namuose matuoti kraujospūdį (20 pav.). A<sub>6</sub> ramybės sistolinio kraujospūdžio duomenų prieš šiuos užsiėmimus vidurkis – 104,3 mmHg, šis rodiklis su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas. Po kiekvieno ŠJT užsiėmimo stebimas sistolinio kraujospūdžio padidėjimas.



20 pav. A<sub>6</sub> tiriamosios sistolinio kraujospūdžio duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

A<sub>6</sub> tiriamosios pulsas buvo matuojamas nuo 7-o iki 12-to ŠJT užsiėmimo, nes pirmojo ciklo metu tiriamoji neturėjo techninės galimybės matuoti pulso (21 pav.). A<sub>6</sub> ramybės pulso duomenų prieš šiuos užsiėmimus vidurkis – 64,7 k./min., šis rodiklis su padidėjusia kardiovaskulinių ligų rizika nesiejamas. Po 7-9 užsiėmimų stebimas pulso padidėjimas, tolimesni užsiėmimai pulsui poveikio neturėjo.



21 pav. A<sub>6</sub> tiriamosios pulso duomenys prieš ir po kiekvieno ŠJT užsiėmimo.

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>6</sub> refleksijos šeštojo užsiėmimo pradžioje: „*papasakojo, kad jai įtariamas ligos recidyvas. A<sub>6</sub> kalbėjo apie baimę kalbėti su kitais, nedrįsta pasakyti artimiesiems, kai jau bus akivaizdu, tuomet jie sužinos. Laukia vizitų pas gydytojus sausio pabaigoje, reikėtų ir daugiau, bet baisu.*“

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos šeštojo susitikimo eigos: „*kitos dalyvės labai jautriai ir palaikančiai sureagavo į pasidalinimą, tačiau kilo ir konfrontacija dėl skirtingų nuomonių dėl patekimo pas medikus būdų bei pasakojimo kitiems apie savo ligą. Šioje vietoje man padėjo grupinio konsultavimo paskaitų metu gauta medžiaga, kad konfrontacija yra natūrali darbo dalis, o grupės vedančiojo užduotis yra akcentuoti grupės normas, kad dalyviams svarbu dalintis savo patirtimi, tačiau neprimetinėti jos kitiems. Po intensyvaus verbalinio darbo jautėsi grupės sutelktumas ir aš spontaniškai pasiūliau visoms šokti ekranuose stebint vienoms kitas ir bandant atkartoti kitų judesius.*“

Iš tyrėjos dienoraštyje aprašytos A<sub>6</sub> refleksijos: „*dalinosi, kad pabaigoje perbėgo visą kūną dėmesiu ir jautė, kaip prašviesėjo galva.*“ Situacija dėl įtariamo ligos atsinaujinimo paaiškina, kodėl galėjo padidėti tiriamosios somatizacijos rodikliai tyrimo pabaigoje (žr. 19 pav.).

### 2.3. TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA

Tiriamųjų somatizacijos lygis buvo vertinamas prieš ir po tyrimo (1 lentelė). Tiriamosios A<sub>1</sub> rezultatai sumažėjo 20% nuo sunkios somatizacijos sutrikimo formos iki vidutinės, tiriamųjų A<sub>3</sub> ir A<sub>4</sub> rezultatai sumažėjo nuo vidutinės somatizacijos sutrikimo formos iki švelnios po 55% ir 25% atitinkamai, o A<sub>5</sub> somatizacijos forma liko švelni, bet įvertinimas sumažėjo 14%. Tiriamosios A<sub>2</sub> rezultatai nepasikeitė ir tiriamosios A<sub>6</sub> – padidėjo dėl įtariamo ligos atsinaujinimo.

1 lentelė. Tiriamųjų somatizacijos įvertinimų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

	Prieš	Po	Pokytis
A <sub>1</sub>	15	12	↓20%
A <sub>2</sub>	15	15	-
A <sub>3</sub>	11	5	↓55%
A <sub>4</sub>	12	9	↓25%
A <sub>5</sub>	7	6	↓14%
A <sub>6</sub>	7	13	↑86%

Šie rezultatai panašūs į Dibbell-Hope (2000) tyrimo duomenis, kuomet tiriamosioms, sergančioms krūties vėžiu, prieš ir po ŠJT intervencijos taikytas *Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)* klausimynas bei buvo pastebėtas reikšmingas įvertinimų sumažėjimas šio klausimyno somatizacijos srityje. Li ir kt. (2022) tyrė somatizacijos sutrikimų paplitimą tarp pacienčių, sergančių krūties vėžiu ir nustatė, kad 21,5% tiriamųjų imties buvo įvertinta kaip turinčios somatizacijos sutrikimą, iš š jų 9% nustatytas švelnus, 10,6% nustatytas vidutinis ir 1,9% – sunkus somatizacijos sutrikimas. Mūsų tyrimo pradžioje trečdalis tiriamųjų buvo įvertintos kaip turinčios švelnų, trečdalis – vidutinį ir trečdalis – sunkų somatizacijos sutrikimą.

Tiriamųjų nerimo lygis buvo vertinamas prieš ir po tyrimo (2 lentelė). Tiriamosios A<sub>3</sub> rezultatai sumažėjo 29% ir tiriamosios A<sub>5</sub> sumažėjo 25%. Tiriamųjų A<sub>1</sub> ir A<sub>6</sub> rezultatai nepasikeitė, o A<sub>3</sub> ir A<sub>4</sub> – padidėjo, galimai dėl tyrimo laikotarpiu prasidėjusio karinio konflikto Ukrainos teritorijoje.

2 lentelė. Tiriamųjų nerimo įvertinimų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

	Prieš	Po	Pokytis
A <sub>1</sub>	13	13	-
A <sub>2</sub>	9	10	↑11%
A <sub>3</sub>	7	5	↓29%
A <sub>4</sub>	6	7	↑17%
A <sub>5</sub>	12	9	↓25%
A <sub>6</sub>	9	9	-

Anksčiau minėtame Dibbell-Hope (2000) tyrime buvo pastebėti į šio tyrimo duomenis panašūs rezultatai – 22% tiriamųjų po ŠJT intervencijos išsakė, kad jautė subjektyvų nerimo sumažėjimą. Mūsų tyrime sumažėjo 33% dalyvių nerimo įvertinimai. Majore-Dusele ir kt. (2021) tyrė ŠJT individualų poveikį pacientams, patiriantiems lėtinį skausmą, ir pastebėjo, kad po intervencijos sumažėjo 73% tiriamųjų nerimo įvertinimai. Šis rezultatų skirtumas tarp pacientų, sergančių onkologine liga bei pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, galimas dėl skirtingo ŠJT potencialo paveikti šių tikslinių grupių nerimo priežastis.

Tiriamųjų depresijos lygis buvo vertinamas prieš ir po tyrimo (3 lentelė). Tiriamųjų A<sub>1</sub> ir A<sub>4</sub> depresijos lygis sumažėjo po 12,5% ir 33% atitinkamai. Tiriamųjų A<sub>3</sub> ir A<sub>6</sub> įvertinimai nepasikeitė, o A<sub>2</sub> ir A<sub>5</sub> – padidėjo, viena iš jų tyrimo laikotarpiu susidūrė su artimų žmonių netektimis, dėl to galėjo padidėti jos depresijos įvertinimas.

3 lentelė. Tiriamųjų depresijos įvertinimų pasiskirstymas prieš ir po tyrimo.

	Prieš	Po	Pokytis
A <sub>1</sub>	8	7	↓12,5%
A <sub>2</sub>	4	5	↑25%
A <sub>3</sub>	4	4	-
A <sub>4</sub>	3	2	↓33%
A <sub>5</sub>	9	10	↑11%
A <sub>6</sub>	6	6	-

Šie duomenys panašūs į Ho ir kt. (2016) rezultatus, kuomet po ŠJT intervencijos nebuvo pastebėtas reikšmingas pokytis tiriamųjų moterų, sergančių krūties vėžiu, depresijos įvertinimuose, naudojant HAD nerimo ir depresijos klausimyną. Tačiau Jeong ir kt. (2005) tyrime apie ŠJT poveikį asmenims, sergantiems lengva depresijos forma, buvo nustatytas depresijos rodiklių sumažėjimas. Šie rezultatų skirtumai parodo onkologinės ligos sudėtingumą bei skirtumą nuo kitų pacientų grupių, kurių psichologiniai sunkumai nėra susiję su organine liga.

Mūsų tyrime kardiovaskulinių ligų rizika tyrimo pradžioje buvo nustatyta A<sub>3</sub> tiriamajai, kurios sistolinis kraujospūdis buvo 143 mmHg. Tyrimo pabaigoje kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta. Aweto (2012) tyrime gauti rezultatai, kuomet buvo pastebėtas pacientų, sergančių hipertenzija, statistiškai reikšmingas ramybės sistolinio kraujospūdžio sumažėjimas po ŠJT intervencijos. Taip pat mūsų tyrime dviejų tiriamųjų pulso duomenys tyrimo pradžioje buvo ties riba, virš kurios, kaip teigiama literatūroje, didėja rizika sirgti kardiovaskulinėmis ligomis – 80 k./min. Vienos iš jų ramybės pulsui tyrimo eigoje stebimas laipsniškas mažėjimas, kitos – nenuoseklus mažėjimas, tačiau tyrimo pabaigoje kardiovaskulinių ligų rizika nenustatyta. Palyginimui, anksčiau minėtame Aweto (2012) tyrime nustatytas statistiškai reikšmingas dalyvių ramybės pulso sumažėjimas po ŠJT intervencijos. Lyginant šio tyrimo duomenis su mūsų, pastebima, kad mūsų tyrimui būdingi tik aprašomojo pobūdžio duomenys, tad svarbu įvertinti, kad tiriant ŠJT poveikį pacienčių, sergančių krūties vėžiu, kardiovaskulinės sveikatos rodikliams, reikalingi didesnio patikimumo tyrimai, nes ŠJT poveikis pacientų kardiovaskulinei rizikai yra praktiškai netyrinėtas.

Dienoraščių analizė atskleidė dvi patyrimo metu išryškėjusias aktualias temas:

- Kūno suvokimas ir integracija

Tyrėja aprašė A<sub>1</sub> pasidalinimą, kad grupės metu „*atrado galimybę išgirsti savo kūną*“, o A<sub>3</sub> – kad po užsiėmimo „*jaučia pasitikėjimą ir dėkingumą savo kūnui*“. Į šias patirtis buvo atkreiptas dėmesys tyrėjai remiantis savo pačios patirtimi, kuri padėjo atkurti ryšį su kūno realybe, išreikšta per pojūčius, tai galėjo paskatinti akcentuoti šį patyrimą užsiėmimų metu, o grupės dalyvėms – mokytis socialinio pažinimo pagrindu. Panašios temos taip pat atsiskleidė Dibbell-Hope (2000) tyrimo dalyvės pasidalinime, kad ŠJT metu „*patyrė daugiau teigiamų minčių apie savo kūną*“ (p. 64) bei Goldov (2011) aprašytame dalyvės pasisakyme, kad dėl ŠJT „*iš naujo atrado savo kūną*“ (p. 136). Tad moterims, turinčioms vėžio patyrimą bei suvokiančioms savo kūną kaip ypatingai pažeidžiamą, ŠJT galėjo suteikti galimybę pažvelgti į jį naujai.

- Bendravimas ir bendrystė

Antroji tema, atsiskleidusi tyrimo eigoje – bendrystė su kitomis moterimis. Tyrėja užfiksavo A<sub>3</sub> pasisakymą, kad „*pasidalinus savo istorija su kitomis, jaučiasi ramiau ir geriau*“ bei papildė A<sub>5</sub> pastaba, kad „*tai suprasti gali tik tie, kurie patys patyrę onkologinę ligą*“. Tyrėjos refleksijoje šis grupės pajautimas apibūdinamas „*likimo sesių*“ metafora, kuomet grupės dalyvės yra lygiavertiškame santykiyje, kadangi gali susieti savo patirtį su kitų. Dibbell-Hope (2000) pastebėjo panašų poveikį, kuomet tiriamosios išsakė, kad turėjo „*galimybę aptarti savo rūpesčius su kitomis moterimis*“ bei jautė „*sumažėjusį atskirties jausmą*“ (p. 64). Dibbell-Hope savo tyrimo rezultatuose apibendrina, kad moterys jautė grupės bendrumą, priėmimą ir saugumą, tai padėjo joms palengvinti kai kurias psichosocialines problemas, kylančias iš jų ligos patirties, ypač socialinės atskirties. Taigi svarbu, kad ŠJT galėjo suteikti pacientėms galimybę susitikti ir atsiverti grupėje, kurią jungia panašios patirtys.

## IŠVADOS

Remiantis teorine analize, pastebėta, jog:

- Krūties vėžys – sudėtinga ir daugiasluoksnė liga, kurios pasekmės po krūties vėžio gydymo yra ilgalaikės. Didžiausias dėmesys skiriamas fizinei moterų, patiriančių šią ligą, sveikatai, tačiau nepakankamas dėmesys pacienčių emocinės ir socialinės sveikatos stiprinimui, o kartu ir somatizacijai, nerimui ir depresijai, tiek ūmios ligos periodu, tiek esant remisijoje.
- Kai kurios pasekmės akivaizdžios moterų, patiriančių krūties vėžį, fizinei sveikatai, tokios kaip padidėjusi kardiovaskulinių ligų rizika, tačiau neretai tokios emocinės problemos kaip depresija ir nerimas sukelia fizinius simptomus, kurie neturi tiesioginio medicininio paaiškinimo, tokie atvejai apibūdinami somatizacijos sąvoka bei gali būti jautrūs psichosocialinio pobūdžio intervencijoms.
- Šokio-judesio terapija – holistinė sveikatinimo kryptis. Teorinės analizės rezultatai leidžia teigti, jog ši terapija efektyvi moterims, patiriančioms krūties vėžį, ir jų biopschosocialinei sveikatai, bei somatizacijai, nerimui, depresijai, ypač esant neverbaliai išreikštoje bendrystėje.

Remiantis empiriniu tyrimu, atskleista, jog:

- Tiriamojoje grupėje nustatyti emocinės sveikatos rodiklių pokyčiai po ŠJT parodė, kad mažėjant tiriamosios depresijai ir nerimui silpnėjo ir somatizacijos simptomų raiška, didėjant nerimui ir depresijai – somatizacija išliko stabili, stiprėjant somatizacijos simptomams – depresijos ir nerimo rodikliai nekito. Tačiau tiriamosios su somatizacijos rizika prieš ir po tyrimo, nerimas ir depresija tik stiprėjo. Gauti rezultatai parodė, kad ŠJT turėjo poveikį moterų, esančių remisijoje po krūties vėžio gydymo, emocinei sveikatai ir somatizacijos raiškai.
- Prieš ŠJT pusė tyrimo dalyvių turėjo kardiovaskulinių ligų riziką, o po tyrimo nei vienai tiriamajai ši rizika nenustatyta. ŠJT turėjo pozityvų poveikį sistoliniam kraujospūdžiui ir širdies susitraukimo dažniui.
- „Kūno suvokimas ir integracija“ bei „bendravimas ir bendrystė“ – individualų šokio-judesio terapijos patyrimą jungiančios temos yra aktualios moterims, patiriančioms krūties vėžį. Šios temos buvo atskleistos ir teorinėje literatūros apžvalgoje, kurioje pabrėžiama, kad ŠJT efektyviai padeda spręsti su kūno įvaizdžiu susijusias problemas, o bendrystė šokio-judesio terapijoje padeda palengvinti psichosocialines problemas, kylančias iš socialinės atskirties bei izoliacijos.



## REKOMENDACIJOS

- Rekomenduojama įtraukti šokio-judesio terapijos paslaugą į kompleksines sveikatinimo programas pacientėms, esančioms remisijoje po krūties vėžio gydymo, ypač jeigu jos patiria somatinius simptomus, tokius kaip nuovargis ir energijos trūkumas, miego sutrikimai, skausmai, neturintys medicininio paaiškinimo ir pan., arba jaučia padidėjusį nerimastingumą dėl šių simptomų. Pacientes, patiriančias aukštą somatizacijos riziką, taip pat rekomenduojama nukreipti pas specialistus.
- Pacientėms, esančioms remisijoje po krūties vėžio, bei patiriančioms išreikštus nerimo ir depresijos simptomus, ŠJT turėtų būti rekomenduojama kartu su kitų psichikos sveikatos specialistų pagalba, siekiant efektyviausio poveikio.
- Šokio-judesio terapeutams gali būti rekomenduojamas pacientų kraujospūdžio ir pulso monitoravimas, nes ši medžiaga gali padėti įvertinti per fiziologinių rodiklių pokyčius pasireiškiantį emocinį atsaką į terapijos elementus. Taip pat tikslingas kardiovaskulinės rizikos įvertinimas, siekiant pritaikyti tinkamiausią judėjimo intensyvumą kiekvienam pacientui bei, esant poreikiui, nukreipiant pas medikus.
- Rekomenduojama tęsti didesnių imčių ir didesnio patikimumo ŠJT taikymo tyrimus bei įrodyti šios menų terapijos krypties efektyvumą pacienčių, segančių krūties vėžiu biopsichosocialinei sveikatai, žinant teigiamą ŠJT poveikį nedidelei imčiai.

## TYRĖJOS REFLEKSIJA

*Turbūt jau pirmaisiais studijų mėnesiais nujaučiau, kad rinksiuosi onkologinių ligų temą, nes ji ilgą laiką buvo šalia manęs, tiek per mano asmeninę, tiek darbinę patirtį, prie jos prisiliečiau iš daugelio skirtingų pusių – tiek pati būdama pacientė, ankstyvoje suaugystėje susidūrusi su onkohematologine liga, tiek vėliau jau pati dirbdama tame pačiame centre, kuriame gydžiausi. Mano gydymosi laikotarpio patirtis buvo sklandi ir sėkminga – buvau apsupta tiek šeimos, tiek medikų rūpesčio, kuris padėjo susitaikyti su ligos keliamais iššūkiais. Tačiau pasibaigus paskutiniam chemoterapijos ciklui ligoninės durys užsivėrė ir staiga supratau, kad likau viena. Gyvenimas tęsėsi, keldamas jaunam žmogui įprastus iššūkius, o aš jaučiausi, tarsi būčiau pabudusi iš žiemos miego ir tarsi praeinant nusklausinimui pradėjo kilti jausmai ir išgyvenimai, kurie gydymo metu buvo užspausiti. Bandžiau pasivyti prarastą gyvenimo tempą, tačiau mano kūnas buvo sunykęs ir išsekęs. Dabar, praėjus jau beveik dešimtmečiui po diagnozės, suprantu, kad turbūt ir dabar neturiu tiek jėgų, kiek turėjau iki ligos. Tačiau į kūną orientuotos terapijos dėka, šiandien ne tik sugebu į savo pažeidžiamumą žiūrėti su švelnumu ir atjauta, tačiau taip pat ir suvokiu, kokią stiprybę manyje išugdė ši patirtis. Tai, ką išmokau savo kelionės metu, norėjau perteikti grupės dalyvėms, iš kurių kiekviena skirtinga ir unikali, tačiau lyg perregimu siūlu – savo pažeidžiamu ir trapiu grožiu – sujungtos į bendrą istoriją. Šiame darbe norėjau pabrėžti ne tik vis modernėjančios ir profesionalios medicinos, kuri daugeliui pacientų dovanoja antrą šansą gyventi, tačiau ir psichologinės, ypatingai į kūną orientuotos, pagalbos svarbą, kurios poreikis su paskutiniu apsilankymu ligoninėje nepasibaigia.*

*Šokio-judesio terapijos studijų bei šio darbo rengimo metu radau daug informacijos, kuri padėjo įžodinti savo patirtį bei stebėti, kaip skleidžiasi grupės dalyvių išgyvenimai netgi tokiu sudėtingu laikotarpiu, kuris mus visas gerokai išmušė iš vėžių. Tapau liudytoja istorinių įvykių, besireiškiančių per mūsų, paprastų žmonių, vidinius išgyvenimus. Tik po kurio laiko supratau, kodėl prasidėjus kariniams veiksams Ukrainos teritorijoje, daugelis grupės dalyvių nesąmoningai prisiminimais grįžo į tą laikotarpį, kuomet sužinojo apie savo diagnozę – juk patirtis labai panaši – atrodo, kad žemė išslysta iš po kojų. Kaip svarbu tokiais laikotarpiais ne tik turėti saugią užuovėją, kurioje galima ne tik išbūti su visais jausmais, kurie kyla tokioje situacijoje, bet ir turėti galimybę išreikšti juos per veiksmą, judesį.*

*Šokio-judesio terapijos grupė taip pat skleidėsi kitame mūsų laikų kontekste – postpandeminėje realybėje aktuali tapo terapijos nuotoliniu būdu tema, apsisaugant dėl galimų gyvo kontakto apribojimų. Kadangi mano pačios procesas vedant grupę vyko namuose, jau po pirmųjų susitikimų supratau, kokie svarbūs pereinamieji ritualai iki grupės ir po jos, taip pat supratau, kad mano vidinis*

*darbas vykdavo daug ilgiau, nei pats užsiėmimas, mintys apie dalyvės imdavo suktis galvoje jau prieš porą dienų, o kitą dieną dar jausdavau padidėjusį jautrumą savo kūne. Užsiėmimams vykstant nuotoliniu būdu, dalyvių reakcijos į šį formatą buvo skirtingos – vienoms tai buvo vienintelė galimybė socializuotis dėl natūralios gyvo kontakto baimės, kitoms – galimybė sutaupyti laiko, lyginant su važiavimu į gyvus užsiėmimus, dar kitos išreiškė liūdesį, kad nebuvo galimybės susitikti gyvai.*

*Šiame tyrime buvau ir tyrėja, ir dalyvė – tiriamųjų patirtį perteikiau tokią, kokią mačiau savo akimis, stebėdama bei remdamasi savąją patirtimi, iš vienos pusės, nepretenduodama į objektyvumą, iš kitos pusės, siekdama pastebėti tendencijas. Pasibaigus grupei jaučiausi užsipildžiusi prasmės bei vilties, kad vis daugiau moterų, susidūrusių su krūties vėžio diagnoze, turės galimybę gauti palaikymą šokio-judesio terapijoje. Darbą užbaigiu su dėkingumu tiems, kurie lydėjo, palaikė,ėjo šalia, bei tiriamosioms, kurios leido prisiliesti prie turtingo jų pasaulio.*

## LITERATŪROS ŠALTINIAI

- Aggeli, P., Fasoi, G., Zartaloudi, A., Kontzoglou, K., Kontos, M., Konstantinidis, T., Kalemikerakis, I., & Govina, O. (2021). Posttreatment Anxiety, Depression, Sleep Disorders, and Associated Factors in Women Who Survive Breast Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(2), 147–155. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_65\\_20](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_65_20)
- Aweto, H. A., Owoeye, O. B. A., Akinbo, S. R. A., & Onabajo, A. A. (2012). Effects of dance movement therapy on selected cardiovascular parameters and estimated maximum oxygen consumption in hypertensive patients. *Nigerian Quarterly Journal of Hospital Medicine*, 22(2), 125–129.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 9.
- 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, CD007103. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007103.pub3>
- Breidenbach, C., Heidkamp, P., Hiltrop, K., Pfaff, H., Enders, A., Ernstmann, N., & Kowalski, C. (2022). Prevalence and determinants of anxiety and depression in long-term breast cancer survivors. *BMC Psychiatry*, 22(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03735-3>
- Cáceres, M. C., Nadal-Delgado, M., López-Jurado, C., Pérez-Civantos, D., Guerrero-Martín, J., & Durán-Gómez, N. (2022). Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3547. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063547>
- Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of the National Cancer Institute*, 110(12), 1311–1327. <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>
- Carretti, G., Mirandola, D., Maestrini, F., Sequi, L., Germano, S., Muraca, M. G., Miccinesi, G., Manetti, M., & Marini, M. (2022). Quality of life improvement in breast cancer survivors affected by upper limb lymphedema through a novel multiperspective physical activity methodology: A monocentric pilot study. *Breast Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s12282-021-01322-0>
- Cassileth, B. R. (2011). Dance Therapy. *Complete Guide To Complementary Therapies In Cancer Care, The: Essential Information For Patients, Survivors And Health Professionals* (p. 193–196). World Scientific Publishing Company.
- Chaturvedi, S. K., Hopwood, P., & Maguire, P. (1993). Non-organic somatic symptoms in cancer. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 29A(7), 1006–1008. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(05\)80212-6](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(05)80212-6)
- Chaturvedi, S. K., & Maguire, G. P. (1998). Persistent somatization in cancer: A controlled follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(3), 249–256. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00013-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00013-0)
- Chaturvedi, S. K., Peter Maguire, G., & Somashekar, B. S. (2006). Somatization in cancer. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 49–54. <https://doi.org/10.1080/09540260500466881>
- Cohee, A. A., Stump, T., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P. O., Cella, D., & Champion, V. L. (2016). Factors associated with depressive symptoms in young long-term breast cancer survivors. *Quality of Life Research: An International Journal*

- of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 25(8), 1991–1997. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1241-6>
- Conley, C. C., Bishop, B. T., & Andersen, B. L. (2016). Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 4(3), E56. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030056>
- Darewych, O. (2011). Dance Movement Therapy for Women with Breast Cancer. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 24(1), 35–36. <https://doi.org/10.1080/08322473.2011.11434794>
- Devlen, J.L. (1984). Psychological and social aspects of Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma. Doctoral dissertation, University of Manchester, 1984.
- Dibbell-Hope, S. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 51–68. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(99\)00032-5](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(99)00032-5)
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 17(3), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>
- Fatkulina, N., Hendrixson, V., Rauckiene-Michealsson, A., Kievisiene, J., Razbadauskas, A., & Agostinis Sobrinho, C. (2021). Dance/movement therapy as an intervention in breast cancer patients: A systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021(4989282), 1–6. <https://doi.org/10.1155/2021/4989282>
- Frølund, & Oerbæk. (2022). *Perspectives on embodied, aesthetic knowledge from Parkinson's dance movement therapy and academic research: 4th European Dance and Movement Therapy Conference*.
- Goldov, N. B. (2011). The Effects of Individualized Brief Medical Dance/Movement Therapy on Body Image in Women With Breast Cancer [Psy.D., Argosy University/Seattle]. *ProQuest Dissertations and Theses*. <https://www.proquest.com/docview/1021376710/abstract/2729B7E250744E27PQ/1>
- Goodill, S. W. (2006). Dance/movement therapy for people living with medical illness. *Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings*. (p. 52–60). Berlin: Logos Verlag.
- Goodill, S. W. (2018). Accumulating Evidence for Dance/Movement Therapy in Cancer Care. *Frontiers in Psychology*, 9, 1778. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01778>
- Gray, A. E. L. (2017). Polyvagal-Informed Dance/Movement Therapy for Trauma: A Global Perspective. *American Journal of Dance Therapy*, 39(1), 43–46. <https://doi.org/10.1007/s10465-017-9254-4>
- Grassi, L., Caruso, R., & Nanni, M. G. (2013). Somatization and somatic symptom presentation in cancer: A neglected area. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 41–51. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.731384>
- Gudavičienė, D., Steponavičienė, L., & Lachej, N. (2015). Krūties vėžys Lietuvoje. *Acta Medica Lituanica*, 22(3), 150–160. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v22i3.3198>
- Haghighat, S., Akbari, M. E., Holakouei, K., Rahimi, A., & Montazeri, A. (2003). Factors predicting fatigue in breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 11(8), 533–538. <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0473-5>
- Hajj, A., Hachem, R., Khoury, R., Hallit, S., ElJEBBAWI, B., Nasr, F., El Karak, F., Chahine, G., Kattan, J., & Rabbaa Khabbaz, L. (2021). Clinical and genetic factors associated with anxiety and depression in breast cancer patients: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 21(1), 872. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08615-9>

- Ho, R. T. H. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*, 32(5), 337–345. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.04.005>
- Ho, R. T. H., Fong, T. C. T., Cheung, I. K. M., Yip, P. S. F., & Luk, M.-Y. (2016). Effects of a Short-Term Dance Movement Therapy Program on Symptoms and Stress in Patients With Breast Cancer Undergoing Radiotherapy: A Randomized, Controlled, Single-Blind Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(5), 824–831. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.332>
- Ho, R. T. H., Lo, P. H. Y., & Luk, M. Y. (2016). A Good Time to Dance? A Mixed-Methods Approach of the Effects of Dance Movement Therapy for Breast Cancer Patients During and After Radiotherapy. *Cancer Nursing*, 39(1), 32–41. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000237>
- 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>
- Ivanauskienė, R., Domeikienė, A., Kregždytė, R., Milašauskienė, Ž., & Padaiga, Ž. (2015). The cost of newly diagnosed breast cancer in Lithuania, 2011. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 51(1), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.medic.2015.01.002>
- Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., & Reidunsdatter, R. J. (2018). Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(4), 298–307. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1335777>
- Jeong, Y.-J., HONG, S.-C., LEE, M. S., PARK, M.-C., KIM, Y.-K., & SUH, C.-M. (2005). Dance Movement Therapy Improves Emotional Responses and Modulates Neurohormones in Adolescents with Mild Depression. *International Journal of Neuroscience*, 115(12), 1711–1720. <https://doi.org/10.1080/00207450590958574>
- Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., & Meekums, B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults With Depression: A Systematic Review With Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.00936>
- Khan, F., Mishra, A., & Mishra, S. K. (2022). Etiopathogenesis of Breast Cancer and Prevention. S. C. Sharma, A. Mazumdar, & R. Kaushik (Sud.), *Breast Cancer: Comprehensive Management* (p. 53–69). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-16-4546-4\\_4](https://doi.org/10.1007/978-981-16-4546-4_4)
- Kleinman, S., & Hall, T. (2006). Dance/movement therapy: A method for embodying emotions. *The Renfrew Center Foundation Healing Through Relationship Series: Contributions to Eating Disorder Theory and Treatment. Fostering Body-Mind Integration*. The Renfrew Center Foundation.
- Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Kocalevent, R.-D., Hinz, A., & Brähler, E. (2013). Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry*, 13(1), 91. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-91>
- Koch, S., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The joy dance. Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 340–349. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.07.001>
- Krantz, A. M., & Pennebaker, J. W. (2007). Expressive dance, writing, trauma, and health: When words have a body. *Whole person healthcare Vol 3: The arts and health* (p. 201–229). Praeger Publishers.
- Kroenke, K., Zhong, X., Theobald, D., Wu, J., Tu, W., & Carpenter, J. S. (2010). Somatic symptoms in patients with cancer experiencing pain or depression: Prevalence, disability, and health care

- use. *Archives of Internal Medicine*, 170(18), 1686–1694. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.337>
- La Vecchia, C., Bosetti, C., Lucchini, F., Bertuccio, P., Negri, E., Boyle, P., & Levi, F. (2010). Cancer mortality in Europe, 2000-2004, and an overview of trends since 1975. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 21(6), 1323–1360. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp530>
- Lauffenburger, S. (2020). ‘Something More’: The Unique Features of Dance Movement Therapy/Psychotherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 42. <https://doi.org/10.1007/s10465-020-09321-y>
- Li, J., Fritzsche, K., Glinka, M., Pang, Y., Song, L., Wang, Y., Li, Z., He, Y., Zhang, Y., He, S., Leonhart, R., Toussaint, A.-K., & Tang, L. (2022). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese patients with breast cancer. *Psycho-Oncology*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/pon.5932>
- Li, L., Hou, Y., Li, L., Hou, Y., Kang, F., & Wei, X. (2020). The mediating and moderating roles of resilience in the relationship between anxiety, depression, and post-traumatic growth among breast cancer patients based on structural equation modeling. *Medicine*, 99(50), e23273. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023273>
- Li, Z., Li, Y., Liu, Y., Zhang, J., Ji, X., Zhao, Z., Duan, X., Geng, W., & Yin, J. (2022). *Fear of Cancer Recurrence Is Highly Prevalent and Linearly Associates With Anxiety and Depression in Chinese Breast Cancer Patients* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1153816/v1>
- Lopes, C., Lopes-Conceição, L., Fontes, F., Ferreira, A., Pereira, S., Lunet, N., & Araújo, N. (2022). Prevalence and Persistence of Anxiety and Depression over Five Years since Breast Cancer Diagnosis-The NEON-BC Prospective Study. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 29(3), 2141–2153. <https://doi.org/10.3390/curroncol29030173>
- Lv, D., Lan, B., Zhang, L., Sun, X., Yang, M., & Ma, F. (2022). *Association Between Depression and Anxiety Status of Breast Cancer Patients Undergoing Adjuvant Chemotherapy and Chemotherapy-induced Adverse Events*. [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1186049/v1>
- Majore-Dusele, I., Karkou, V., & Millere, I. (2021). The Development of Mindful-Based Dance Movement Therapy Intervention for Chronic Pain: A Pilot Study With Chronic Headache Patients. *Frontiers in Psychology*, 12, 587923. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.587923>
- Mancia, G., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., McManus, R., ... Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39, 3021–3104.
- Mannheim, E. G., Helmes, A., & Weis, J. (2013). Dance/movement therapy in oncological rehabilitation. *Forschende Komplementarmedizin (2006)*, 20(1), 33–41. <https://doi.org/10.1159/000346617>
- Menser, S. (2020). What Was Lost: How Dance/Movement Therapy Can Support the Retention and Repair of Cognitive Abilities in Cancer Patients, a Literature Review. *Expressive Therapies Capstone Theses*. [https://digitalcommons.lesley.edu/expressive\\_theses/259](https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/259)
- Metrolis, B. (2022). Dance/Movement Therapy and a Positive Impact on Sense of Self for Individuals Living with Dementia: Development of a Method. *Expressive Therapies Capstone Theses*. [https://digitalcommons.lesley.edu/expressive\\_theses/536](https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/536)
- Odynets, T., Briskin, Y., Todorova, V., & Bondarenko, O. (2019). Impact of different exercise interventions on anxiety and depression in breast cancer patients. *Physiotherapy Quarterly*, 27(4), 31–36. <https://doi.org/10.5114/pq.2019.87737>

- Patnaik, J. L., Byers, T., DiGuseppi, C., Dabelea, D., & Denberg, T. D. (2011). Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: A retrospective cohort study. *Breast Cancer Research : BCR*, *13*(3), R64. <https://doi.org/10.1186/bcr2901>
- Perret-Guillaume, C., Joly, L., & Benetos, A. (2009). Heart Rate as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *52*(1), 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2009.05.003>
- Pilarski, D. J. (2020). *The Experience of Younger Women Diagnosed with Breast Cancer Involved in Dance/Movement Therapy with Regards to Body Image and Sexuality* [Master of Arts, Drexel University]. <https://doi.org/10.17918/etd-3140>
- Piroth, M. D., Draia, S., Jawad, J. A., & Piefke, M. (2022). Anxiety and depression in patients with breast cancer undergoing radiotherapy: The role of intelligence, life history, and social support—preliminary results from a monocentric analysis. *Strahlentherapie Und Onkologie*, *198*(4), 388–396. <https://doi.org/10.1007/s00066-022-01904-7>
- Prystupa, E., Odynets, T., Briskin, Y., & Tyshchenko, V. (2019). Effects of an individualised physical rehabilitation intervention enhanced by progressive muscular relaxation and visualisation exercises on psycho-emotional state in women after breast cancer surgery. *Physiotherapy Practice and Research*, *40*, 21–27. <https://doi.org/10.3233/PPR-180121>
- Rasmussen-Torvik, L. J., Shay, C. M., Abramson, J. G., Friedrich, C. A., Nettleton, J. A., Prizment, A. E., & Folsom, A. R. (2013). Ideal Cardiovascular Health is Inversely Associated with Incident Cancer: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Circulation*, *127*(12), 1270. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.001183>
- Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., Cannady, R. S., Pratt-Chapman, M. L., Edge, S. B., Jacobs, L. A., Hurria, A., Marks, L. B., LaMonte, S. J., Warner, E., Lyman, G. H., & Ganz, P. A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *66*(1), 43–73. <https://doi.org/10.3322/caac.21319>
- Rupšienė, L. (2007). *Kokybinių tyrimų duomenų rinkimo metodologija*. Klaipėdos universitetas.
- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, *28*(4), 301–309. <https://doi.org/10.1097/00002820-200507000-00011>
- Scarth, S. (2021). What is dance movement therapy? European Association Dance Movement Therapy. <https://www.eadmt.com/?action=article&id=22>
- Schmais, C. (1985). Healing processes in group dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, *8*(1), 17–36. <https://doi.org/10.1007/BF02251439>
- Schneider, A. P., Zainer, C. M., Kubat, C. K., Mullen, N. K., & Windisch, A. K. (2014). The breast cancer epidemic: 10 facts. *The Linacre Quarterly*, *81*(3), 244–277. <https://doi.org/10.1179/2050854914Y.0000000027>
- Serlin ir kt. (1997). The effect of dance/movement therapy on women with breast cancer. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *3*, 103.
- Sghaier, S., Bouhani, M., Slimane, M., Bouida, M., Bram, N., & Rahal, K. (2021). EPV016/#272 Resilience in breast cancer patients and its association with anxiety and depression. *E-Posters*, A36.1-A36. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2021-IGCS.83>
- Sharma, A. V., Reddin, G., Forrestal, B., & Barac, A. (2019). Cardiovascular Disease Risk in Survivors of Breast Cancer. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, *21*(12), 79. <https://doi.org/10.1007/s11936-019-0788-2>
- Shim, M. (2014). *The use of creative arts therapies for chronic pain management: Embodied interventions*. 33rd Scientific Meeting of the American Pain Society.



- Silberfarb, P. M. (1984). Psychiatric problems in breast cancer. *Cancer*, 53(S3), 820–824. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19840201\)53:3+<820::AID-CNCR2820531335>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19840201)53:3+<820::AID-CNCR2820531335>3.0.CO;2-4)
- Spielberger, C. D. (1987). Anxiety. *Social Problems and Mental Health*. Routledge.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059–2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
- Sturm, I., Baak, J., Storek, B., Traore, A., & Thuss-Patience, P. (2014). Effect of dance on cancer-related fatigue and quality of life. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(8), 2241–2249. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2181-8>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Takahashi, H., Matsushima, K., & Kato, T. (2019). The Effectiveness of Dance/Movement Therapy Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Dance Therapy*, 41(1), 55–74. <https://doi.org/10.1007/s10465-019-09296-5>
- Vatan, F. A. K. (2016). The Effect of Intervention Emotion Focused Group in the Depression and Anxiety for Breast Cancer Woman Tehran City. *Journal of Applied Psychology & Behavioral Science*, 1(3), 75–80.
- Wang, Y.-C., Lin, C.-H., Huang, S.-P., Chen, M., & Lee, T.-S. (2022). Risk Factors for Female Breast Cancer: A Population Cohort Study. *Cancers*, 14(3), 788. <https://doi.org/10.3390/cancers14030788>
- Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., & Foroozanfar, S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101892. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>
- Zaza, C., & Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 526–542. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00497-9](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00497-9)
- Zvicevičienė, S. (2018). Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų, ugdymas ir terapija, taikant lietuvių šokomąjį folklorą. Daktaro disertacija. Lietuvos edukologijos universitetas.