

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
SVEIKATOS MOKSLŲ INSTITUTAS
REABILITACIJOS, FIZINĖS IR SPORTO MEDICINOS KATEDRA

Aušrinė Pilipuitytė

**PSICHOMOTORINĖS TERAPIJOS POVEIKIS VALGYMO
SUTRIKIMUS TURINČIŲ ASMENŲ PSICHOEMOCINEI
BŪKLEI IR GYVENIMO KOKYBEI**

KINEZITERAPIJOS BAKALAURO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas: asist. dr. Ieva Eglė Jamontaitė

Darbo priėmimo data:

Parašas.....

VILNIUS, 2023

DARBO ANOTACIJA

Kineziterapijos bakalauro baigiamasis darbas „Psichomotorinės terapijos poveikis valgymo sutrikimus turinčių asmenų psichoemocinei būklei ir gyvenimo kokybei“ atliktas 2023 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje bei (įstaigos pavadinimas, kur vyko tyrimas, pvz.,) VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro Valgymo sutrikimų skyriuje.

Darbo autorius: Aušrinė Pilipuitytė, Vilniaus universiteto kineziterapijos bakalauro studijų programos ketvirto kurso studentė.

Darbo vadovas: asist. dr. Ieva Eglė Jamontaitė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Baigiamasis darbas apsvarstytas VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros Jungtinio Reabilitacijos studijų programų komiteto sudarytoje komisijoje 2023 m. kovo mėn. 24 d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešai ginti.

Darbo recenzentas: Lekt. Raimundas Venskaitis

Kineziterapijos bakalauro baigiamasis darbas " Psichomotorinės terapijos poveikis valgymo sutrikimus turinčių asmenų psichoemocinei būklei ir gyvenimo kokybei " ginamas viešame Kineziterapijos bakalauro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2023 m. birželio 7 d. 09:00 val. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje, adresu Žirmūnų g. 124. Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje.

TURINYS

SANTRAUKA.....	5
ABSTRACT.....	7
TEKSTE PANAUDOTŲ TRUMPINIŲ SĄRAŠAS	9
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS	10
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	11
ĮVADAS	12
1. Literatūros apžvalga	14
1.1. Valgymo sutrikimai.....	14
1.1.1. Valgymo sutrikimų tipai	14
1.1.2. Atsiradimo priežastys	16
1.2. Valgymo sutrikimų poveikis psichoemociinei ir fizinei būklei bei gyvenimo kokybei .	17
1.2.1. Psichoemocinė būklė	17
1.2.2. Fizinė būklė ir gyvenimo kokybė	19
1.3. Valgymo sutrikimai ir fizinė veikla	22
1.4. Valgymo sutrikimai ir psichomotorinė terapija	23
1.4.1. Fizinė veikla gydymo metu.....	23
1.4.2. Psichomotorinė terapija	24
1.4.3. Šokio – judesio terapija.....	24
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA	27
2.1. Tyrimo organizavimas	27
2.2. Tyrimo metodika.....	27
2.2.1. Ištyrimas.....	27
2.2.2. Intervencija	28
2.3. Statistinė duomenų analizė.....	31
3. TYRIMO REZULTATAI	32
3.1. Tiriamieji.....	32
3.2. Psichomotorinės terapijos poveikio psichoemociinei būklei analizė.....	33
3.2.1. Skyriuje gulinių pacienčių grupė	33
3.2.2. Dienos stacionarą lankančių pacienčių grupė	34
3.3. Psichomotorinės terapijos poveikio gyvenimo kokybei analizė	35
3.3.1. Skyriuje gulinių pacienčių grupė	36
3.3.2. Dienos stacionarą lankančių pacienčių grupė	37
3.4. Psichomotorinės terapijos poveikio palyginimas grupėse	38
3.4.1. Psichomotorinės terapijos poveikis psichoemociinei būklei tiriamosiose grupėse .	38
3.4.2. Psichomotorinės terapijos poveikis gyvenimo kokybei tiriamosiose grupėse.....	40
4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	44
5. IŠVADOS.....	46
6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS / DARBO PRAKTINĖ REIKŠMĖ	47
7. APRIBOJIMAI.....	48
LITERATŪROS SĄRAŠAS	49

PRIEDAI.....	53
1 priedas. TIRIAMOJO APKLAUSOS ANKETA.....	53
2 priedas. TIRIAMOJO PSICHOMOTORINĒS TERAPIJOS VERTINIMO FORMA.....	56

SANTRAUKA

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
Sveikatos mokslų universitetas
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra
Kineziterapijos bakalauro studijų programa

PSICHOMOTORINĖS TERAPIJOS POVEIKIS VALGYMO SUTRIKIMUS TURINČIŲ ASMENŲ PSICHOEMOCINEI BŪKLEI IR GYVENIMO KOKYBEI

Kineziterapijos bakalauro baigiamasis darbas

Darbo autorė: Aušrinė Pilipuitytė

Darbo vadovė: asist. dr. Ieva Eglė Jamontaitė

Pagrindinės sąvokos (raktiniai žodžiai): psichomotorinė terapija, valgymo sutrikimai, psichoemocinė būklė, gyvenimo kokybė

Darbo tikslas įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį psichoemocinei būklei ir gyvenimo kokybei valgymo sutrikimus turintiems asmenims.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti psichomotorinės terapijos poveikį valgymo sutrikimus turinčių asmenų psichoemocinei būklei.
2. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį valgymo sutrikimus turinčių asmenų gyvenimo kokybei.
3. Palyginti psichomotorinės terapijos poveikį skirtingose tiriamosiose grupėse.

Tyrimo metodai: iš viso tyrime dalyvavo 16 pacienčių, kurios buvo dvejose tiriamosiose grupėse. Tyrimas atliktas 2023 m. vasario – kovo mėnesiais. Tyrimui atlikti buvo panaudotas tyrimo protokolas, į kurį įėjo keturios skalės: Burnso depresijos skalė, Gyvenimo kokybės pasitenkinimo trumpasis klausimynas (Q-LES-Q-SF), Nuovargio vertinimo skalė (FAS) ir modifikuota nuovargio poveikio skalė (MFIS). Duomenų analizė atlikta naudojant statistinės analizės „Microsoft Excel“ programą.

Rezultatai: valgymo sutrikimai yra aktuali ir vis didėjanti visuomenės problema. Atlikto tyrimo metu SK ir DS grupėse nebuvo rasta statistiškai reikšmingų rezultatų po psichomotorinės terapijos intervencijos. Lyginant poveikį skirtingose tiriamosiose grupėse buvo rasti statistiškai reikšmingi nuotaikos pokyčio rezultatai, o kitų psichoemocinės būklės ir gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi. Rezultatų statistiniam reikšmingumui įtakos galėjo turėti maža tiriamųjų imtis ir trumpa intervencijos trukmė.

Išvados: Tyrimo metu tiriamosiose grupėse nebuvo rastas statistiškai reikšmingas psichomotorinės terapijos poveikis valgymo sutrikimus turinčių asmenų psichoemocinei būklei ir gyvenimo kokybei. Hipotezė iš dalies patvirtino.

ABSTRACT

Vilnius university
Faculty of Medicine
Health Science Institute
Department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine
Bachelor's Degree of Physiotherapy

EFFECTS OF PSYCHOMOTOR THERAPY ON PSYCHOEMOTIONAL STATE AND QUALITY OF LIFE IN EATING DISORDERS Physiotherapy Bachelor's Thesis

The Author: Aušrinė Pilipuitytė

Academic supervisor: asist. dr. Ieva Eglė Jamontaitė

Keywords: psychomotor therapy, eating disorders, psycho-emotional state, quality of life

The aim of research work: assess the impact of psychomotor therapy on psychoemotional well-being and quality of life in people with eating disorders.

Tasks of work:

1. Analyse the effects of psychomotor therapy on the psychoemotional state of eating disordered individuals.
2. Assess the impact of psychomotor therapy on the quality of life of people with eating disorders.
3. Compare the effects of psychomotor therapy in different groups.

Materials and methods: a total of 16 female patients participated in the study, divided into two treatment groups. The study was conducted between February and March 2023. The study protocol used for the study included four scales: the Burns Depression Scale (BDS), the Quality of Life Satisfaction Short Form (Q-LES-Q-SF), the Fatigue Assessment Scale (FAS) and the Modified Fatigue Impact Scale (MFIS). Data analysis was carried out using Microsoft Excel statistical analysis software.

Results: eating disorders are a relevant and growing problem in society. In the present study, no statistically significant results were found in the SK and DS groups after psychomotor therapy intervention. When comparing the effects in the different treatment groups, statistically significant results were found for mood change, while the results were not statistically significant for other measures of psycho-emotional status and quality of life. The small sample size and the short duration of the intervention may have influenced the statistical significance of the results.

Conclusions: the study found no statistically significant effect of psychomotor therapy on the

psychoemotional state and quality of life of people with eating disorders in the treatment groups. The hypothesis was partially accepted.

TEKSTE PANAUDOTŲ TRUMPINIŲ SĄRAŠAS

KMI – kūno masės indeksas

SK – ligoninės skyrius

DS – ligoninės dienos stacionaras

ŠJT – šokio – judesio terapija

DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Pagrindinių valgymo sutrikimų fiziniai požymiai.....	19
---	----

DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. (Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių)	32
2 pav. (Procentinis tiriamųjų pasiskirstymas pagal valgymo sutrikimą)	33
3 pav. (Tiriamųjų nurodyta ligos trukmė)	33
4 pav. (SK grupės nuotaikos vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją)	34
5 pav. (SK grupės atsipalaidavimo vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją)	34
6 pav. (DS grupės nuotaikos vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją)	35
7 pav. (DS grupės atsipalaidavimo vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją)	35
8 pav. (SK grupės fizinio nuovargio vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją)	36
9 pav. (SK grupės gyvenimo kokybės pasitenkinimas procentais prieš ir po intervencijos)	37
10 pav. (DS grupės fizinio nuovargio vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją) ..	37
11 pav. (DS grupės gyvenimo kokybės pasitenkinimas procentais prieš ir po intervencijos)	38
12 pav. (Grupių nuotaikos rezultatai prieš ir po intervencijos)	39
13 pav. (Grupių atsipalaidavimo rezultatai prieš ir po intervencijos)	39
14 pav. (Depresijos skalės rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos)	40
15 pav. (Grupių fizinio nuovargio rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos)	40
16 pav. (Grupių nuovargio vertinimo rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos)	41
17 pav. (Gyvenimo kokybės pasitenkinimo rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos)	41
18 pav. (Bendro pasitenkinimo rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos)	42
19 pav. (Nuovargio poveikio fizinei veiklai rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos)	42
20 pav. (Nuovargio poveikio kognityvinei veiklai rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos) ..	43
21 pav. (Nuovargio poveikio psichologinei veiklai rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos) .	43

IVADAS

Valgymo sutrikimai tai psichikos sutrikimai, kuriems būdingas nenormalus valgymas ar svorio kontrolė [1]. Šie sutrikimai pasireiškia sutrikusiu požiūriu į kūną, svorį, valgymą. Valgymo sutrikimai gali paveikti asmens fizinę ir psichoemocinę būklę, gyvenimo kokybę. Išskiriami pagrindiniai valgymo sutrikimai: nervinė anoreksija, nervinė bulimija, persivalgymo sutrikimas, emocinis valgymas ir valgymo vengimo/ribojimo sutrikimas [2].

Valgymo sutrikimai yra dažniausiai pasireiškiantis psichikos sutrikimas, diagnozuojamas moterims [3]. Šie sutrikimai gali paveikti skirtingus asmenis, nepriklausomai nuo jų lyties ar amžiaus. Valgymo sutrikimo gydymo trukmė kiekvienu atveju yra skirtinga ir priklauso nuo ligos trukmės iki gydymo pradėjimo. Vidutiniškai anksčiau negydyto valgymo sutrikimo gydymo trukmė yra apie 30 mėnesių nervinės anoreksijos atveju, 53 mėnesiai nervinės bulimijos atveju ir 44 mėnesiai persivalgymo sutrikimo atveju [1]. Pasaulyje valgymo sutrikimų paplitimas didėja, todėl vis daugiau išteklių reikia skirti kovojant su šia problema. Nervine anoreksija sergantys žmonės maždaug penkis kartus dažniau miršta nuo bet kokios priežasties ir aštuoniolika kartų dažniau miršta nuo savižudybės nei bendra populiacija, nervinė bulimija ir persivalgymo sutrikimai yra atitinkamai susiję su vėmimo, piktnaudžiavimo vidurių laisvinamaisiais vaistais ir nutukimo komplikacijomis [4].

Psichoterapijos užsiėmimai ir įvairios kitos terapijos padeda įveikti valgymo sutrikimus, tačiau tai nepadeda kovoti su atsiradusiomis fizinėmis sveikatos problemomis, kurios blogina gyvenimo kokybę. Nenormalus valgymas ar badas gali paskatinti kitų ligų atsiradimą ar stipriai nualinti organizmą. Šį sutrikimą turintys pacientai gali jausti silpnumą, nuovargį, kūno temperatūros sumažėjimą. Taip pat prastėja koncentracija, sumažėja kūno masės indeksas (KMI), gali atsirasti širdies ir kraujagyslių sistemos funkcijos sutrikimai [5]. Pacientai turintys valgymo sutrikimus dažnai skundžiasi emocine tuštuma, žema savigarba [6], taip pat gali pasireikšti depresija, nerimas, suprastėjusi gyvenimo kokybė [5]. Fizinis aktyvumas gali padėti spręsti atsiradusias problemas, susijusias ir su fizine, ir su psichoemociene būkle. Tačiau skirtingas požiūris į tokį gydymo metodą ir kompetencijos trūkumas turi įtakos valgymo sutrikimų simptomų valdymui specializuotose gydymo skyriuose [7].

Prieš taikant fizinį aktyvumą valgymo sutrikimus turintiems asmenims taip pat svarbu žinoti apie „kompulsinį“ fizinį aktyvumą. Tai labai stiprus ir griežtas noras sportuoti, kartu su suvokiamu negalėjimu nustoti sportuoti, nepaisant to, jog tęsiamas fizinis krūvis gali pakenkti [8]. Manoma, kad dažnai valgymo sutrikimus turintys asmenys sportu užsiimama dėl noro padidinti sunaudojamų kalorijų skaičių bei norint išvengti neigiamų emocijų (nerimo, kaltės). Pacientams, sergantiems valgymo sutrikimais, toks mankštinimasis yra susijęs su daugeliu žalingų psichologinių padarinių: prastesne gyvenimo kokybe, ilgesniu hospitalizavimu, dažnesniu

savižudišku elgesiu ir didesne atkryčio rizika [8], [9]. Taikant fizinį aktyvumą ir kartu apmokant pacientus apie galimą žalą, galime padėti palengvinti valgymo sutrikimų sukeltus simptomus ir padarinius [10].

Asmenims su valgymo sutrikimais taikomi pratimai negali būti tokie patys, kaip ir su bet koku kitu sutrikimu. Norint padėti fizinis krūvis turi būti toks, kuris neskatina didelio kalorijų panaudojimo, tačiau padeda geriau pajusti savo kūną. Ypatingai gydymo metu svarbu, kad pacientai pajustų, ko nori jų kūnas, kada yra jaučiamas nuovargis. Tam yra tinkama psichomotorinė terapija. Valgymo sutrikimus turintys pacientai dažnai nemato savo kūno kaip bendros visumos su mintimis, o šios terapijos pagrindinis tikslas sujungti savo kūną ir mintis. Psichomotorinė terapija integruoja kognityvinius, emocinius ir fizinius aspektus bei gebėjimą būti ir veikti psichosocialiniame kontekste [11]. Visų užsiėmimų metu yra siekiama judėti taip, kad nebūtų pakenkiama kūnui, bei tuo pačiu metu galvoti, kaip tam tikri judesiai jaučiasi kūne, kaip norisi atlikti tam tikrus veiksmus.

Šio tyrimo tikslas yra įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį psichoemocinei būklei ir gyvenimo kokybei valgymo sutrikimus turintiems asmenims.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti psichomotorinės terapijos poveikį valgymo sutrikimus turinčių asmenų psichoemocinei būklei.
2. Įvertinti psichomotorinės terapijos poveikį valgymo sutrikimus turinčių asmenų gyvenimo kokybei.
3. Palyginti psichomotorinės terapijos poveikį skirtingose tiriamosiose grupėse.

Hipotezė: psichomotorinė terapija bus efektyvesnė asmenų, lankančių valgymo sutrikimų skyriaus dienos stacionarą psichoemocinei būklei ir gyvenimo kokybei nei gulinčių valgymų sutrikimų skyriuje.

Objektas: psichomotorinės terapijos poveikis.

Subjektas: valgymo sutrikimus turinčios suaugusios moterys.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Valgymo sutrikimai

Valgymo sutrikimai gali atsirasti skirtingiems žmonėms, nepriklausomai nuo jų lyties, amžiaus, tautybės religijos ar kt. Valgymo sutrikimai dažnai išsivysto ankstyvame amžiuje. Paaugliai dažnai tampa suaugusiais žmonėmis, kuriems šie sutrikimai išlieka. Valgymo sutrikimai pasireiškia sutrikusiu požiūriu į kūną, svorį, valgymą, tačiau šis požiūris gali skirtis pagal lytį. Pavyzdžiui vyrai gali būti labiau susikcentravę į savo kūno stiprumą, raumenų kiekį, o moterys dažnai siekia sumažinti savo kūno svorį [1].

Valgymo sutrikimų paplitimas pasaulyje per pastaruosius 50 metų stipriai išaugo [1]. Ypač didelė rizika kyla paaugliams ir jauniems suaugusiesiems, nes valgymo sutrikimai dažnai pasireiškia jau šiame amžiuje. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad valgymo sutrikimų paplitimas akivaizdžiai padidėjo: nuo 3,5 proc. 2000-2006 m., iki 7,8 proc. 2013-2018 m. [12]. Dėl šių būklių vystymosi atsiranda didelis sergamumo rodiklis, taip pat didelės asmeninės ir visuomeninės išlaidos [6]. Dažnai valgymo sutrikimai vystosi ilgą laiką ir dar ilgesnį laiką yra gydomi. Paprastai valgymo sutrikimai dažniausiai pasireiškia paauglystėje ir vėliau yra didelė ilgalaikė našta tiek sergamumo, tiek mirštamumo prasme, be to, būna daug atkryčių [13]. Nervinė anoreksija po 30 metų amžiaus pasireiškia retai [1]. Šių sutrikimų gydymas gali būti pakartotinis, po kelis kartus per metus ir tęstis ne vienerius metus. Naujausioje literatūroje teigiama, kad mažiau nei pusė asmenų, sergančių nervine anoreksija ar nervine bulimija, visiškai pasveiksta [13]. Tai parodo, jog šis sutrikimas yra aktuali visuomenės problema, kurios paplitimas kol kas tik auga.

Valgymo sutrikimai yra vis dažniau pasireiškiantys psichikos sutrikimai, kurių gydymui yra naudojama daug išteklių. Valgymo sutrikimų atvejų skaičius sparčiai plinta ir gali paveikti tiek vyrus, tiek moters, nepriklausomai nuo jų amžiaus. Tai yra reali problema visuomenėje dėl plataus paplitimo ir didelio mirštamumo.

1.1.1. Valgymo sutrikimų tipai

Yra penkios valgymo sutrikimų kategorijos aprašytos pagal penktąjį Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo leidimą (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5): Anoreksija, bulimija, persivalgymo sutrikimas, kiti patikslinti valgymo ar maitinimosi sutrikimai ir nepatikslinti valgymo ar maitinimosi sutrikimai [6]. Pacientai dažnai turi kelis sutrikimus arba iš vieno sutrikimo pereina į kitą. Dažniausiai pasitaikantys sutrikimai yra nervinė anoreksija, nervinė bulimija, persivalgymai ir emocinis valgymas.

Nervinė anoreksija yra sunkus psichikos sutrikimas, pasižymintis dideliu sergamumu ir mirtingumu [6]. Šia liga gali susirgti bet kurios lyties, amžiaus žmogus, tačiau paauglėms

mergaitėms ir jaunoms suaugusioms moterims kyla ypatinga rizika [14]. Nervinė anoreksija pasireiškia labai dideliu nepasitenkinimu savo kūnu, jo forma, svoriu. Kai kurie pacientai savo kūną suvokia kaip storą, su viršsvoriu, nors nepasiekia kūno masės indekso (KMI) normos (normalus svoris nuo 18,5 iki 24,99). Kiti suvokia savo kūno būklę, tačiau jiems tai yra patrauklu. Mažas kūno svoris pasiekiamas laikantis griežtos dietos, badaujant, užsiimant intensyvia fizine veikla. Taip pat šį sutrikimą turintys asmenys yra labai priklausomi nuo skaičių: svorio, kalorijų, nueitų žingsnių ir kt. Dėl šios priežasties dažnai jaučia nuolatinę įtampą ir baimę, kad nepriaugtų svorio. Anoreksija sergantys pacientai dažniausiai miršta dėl savižudybės ir retesniais atvejais nuo organizmo išsekimo. Asmenų, sergančių anoreksija, gyvenimo kokybė yra prasta, o šeimai ir visuomenei tenka didelė našta [14].

Nervinė bulimija yra panaši į nervinę anoreksiją, nes šios ligos požymiai taip pat yra nepasitenkinimas savo kūnu ir svoriu. Šių valgymo sutrikimų skirtumas yra tas, kad asmenys, sergantys nervine bulimija, stengdamiesi išlaikyti savo svorį mažesnę nei paties nustatyta riba, išvystė kompensacinius mechanizmus – sukeliamas vėmimas, vidurių laisvinamųjų, diuretikų ar amfetaminų vartojimas arba ilgalaikis badavimas [15]. Šie asmenys taip pat laikosi griežtos dietos, tačiau jiems dažnai pasireiškia persivalgymo epizodai, po kurių seka baimė priaugti svorio, noras „išsivalyti“ (pvz., priverstinis vėmimas) ar kitaip netekti suvartotų kalorijų. Bulimija sergantys asmenys dažnai lieka nepastebėti šeimos narių ir gydytojų, nes jų svoris gali būti normalus arba didesnis už normalų, be to, dažnai nėra jokių susijusių medicininių nusiskundimų, dėl kurių reikėtų kreiptis į gydytoją [15]. Diagnozuojant persivalgymo epizodai ir kompensacinis elgesys turėtų pasireikšti kartą per savaitę 3 mėnesių laikotarpiu [16]. Bulimija sergantys pacientai dažnai jaučia kaltę dėl suvalgyto maisto kiekio, o apie išvystytus kompensacinius veiksmus artimiesiems nepasakoja, todėl šį sutrikimą yra sunku pastebėti.

Emocinis valgymas suprantamas kaip valgymas reaguojant į neigiamus išgyvenimus [17], kuomet maistas dažniausiai yra pasirenkamas energetiškai vertingas ir skanus [18]. Šio sutrikimo atveju asmenys valgo ne dėl jaučiamo alkio, bet tik dėl neigiamų emocijų, tokių kaip nerimas, stresas, nusivylimas, vienišumas. Maistas yra naudojamas kaip atlygis, arba kaip gynybinis mechanizmas. Emocinis valgymas dažnai nėra pavojingas valgymo sutrikimas, nes žmogus nepraranda kontrolės ir tai nėra dažnai pasikartojantis veiksmas. Taip pat emocinio valgymo sutrikimą turintys asmenys gali jausti kaltės jausmą, tačiau ne visada tai išsivysto į kompensacinį elgesį. Tačiau šis valgymo sutrikimas gali pereiti į kitą valgymo sutrikimą ir dažnai emocinis valgymas išsivysto į persivalgymo sutrikimą ar bulimiją.

Persivalgymo sutrikimui būdingi varginantys, pasikartojantys persivalgymo epizodai, kuriems būdinga mažiau kompensacinio elgesio nei nervinei bulimijai [1]. Persivalgymas apibrėžiamas kaip suvalgymas, paprastai per trumpesnę nei 2 val. laikotarpį, didesnio maisto kiekį,

nei dauguma žmonių suvalgytų per panašų laikotarpį, patiriant kontrolės praradimo jausmą [19]. Šie epizodai dažniausiai pasireiškia, kai asmenys yra vieni, nėra šalia kitų žmonių, kurie galbūt teistų tokį elgesį. Šis sutrikimas dažnai atsiranda dėl negalėjimo susitvarkyti su neigiamomis emocijomis, o maistas gali padėti tai bent trumpam numalšinti. Po persivalgymo epizodų dažnai imamasi kitų priemonių svorio mažinimui, kaip intensyvus sportavimas, priverstinis vėmimas ir kt., nes asmenys turintys persivalgymo sutrikimą taip pat dažnai jaučia kaltę dėl suvalgyto maisto kiekio, yra nepatenkinti savo kūnu, svoriu.

Visi valgymo sutrikimai turi panašumų, tačiau taip pat yra labai skirtingi. Gydant valgymo sutrikimus svarbu suprasti kiekvieno sutrikimo specifikaciją ir su kokiomis problemomis susiduria šie asmenys.

1.1.2. Atsiradimo priežastys

Grave'as teigia, kad yra įvairių ir kombinuotų veiksnių, kurie gali sukelti valgymo sutrikimus, pavyzdžiui, psichologinių, sociokultūrinių, biologinių ar šeimos veiksnių [20]. Kol kas nėra tiksliai nustatytos valgymo sutrikimų priežastys, ar kokie asmenys turi didesnę riziką valgymo sutrikimų išsivystymui. Tačiau yra pastebimi dažnai pasikartojantys veiksniai, kurie galėjo turėti įtakos sutrikimo atsiradimui.

Valgymo sutrikimai gali atsirasti dėl įvairių psichologinių priežasčių. Įvairūs kiti psichikos sutrikimai taip pat gali nulemti ir valgymo sutrikimų išsivystymą. Valgymo sutrikimas gali tapti būdas susidoroti su jaučiamomis neigiamomis emocijomis. Valgymo sutrikimams būdingi bendrieji psichopatologiniai bruožai (pvz., depresija, nerimas, obsesinis-kompulsinis sutrikimas), neefektyvumo jausmas ir tarpasmeninis jautrumas [4]. Tai taip pat gali sumažinti rizikos veiksnių specifiškumą, nustatyti rizikos veiksniai gali nebūti specifiški.

Valgymo sutrikimų išsivystymą gali lemti įvairios vaikystės traumos, tėvų ir kitų artimųjų požiūris į kūną. Buvo rasta labai įtakingų įrodymų, kad vaikystėje patirta seksualinė prievarta yra nervinės bulimijos rizikos veiksnys, o su išvaizda susijęs erzimas - bet kokio valgymo sutrikimo rizikos veiksnys [4]. Įvairūs neigiami komentarai apie svorį, asmens sumenkinimas, emocinis ir fizinis smurtas gali didinti šio žmogaus nepasitenkinimą savo kūnu, neapykantą jam ir norą mažinti svorį, nes svoris yra rodiklis, kurį galime reguliuoti. Dažnai valgymo sutrikimus turintys asmenys nesijaučia esantys verti meilės, jei jie neatitinka tam tikro kūno sudėjimo, svorio. Nesaugus prierašumas yra vienas pagrindinių valgymo sutrikimų išsivystymo rizikos veiksnių [21]. Siekdami patikti kitiems žmonėms, jaustis pilnavertiški, kai kurie asmenys pradeda laikytis griežtų dietų, badauti. Kitiems gali pasireikšti emocinis valgymas ar persivalgymas, kuris padeda numalšinti jaučiamas neigiamas emocijas. Tokie valgymo sutrikimai gali didinti kūno svorį ir tuo pačiu didinti nepasitenkinimą savo kūnu. Valgymo sutrikimai, išsivystę kaip būdas susidoroti su

vaikystės traumomis, vėliau gali tapti rimtesne problema, atsirasti rimtų sveikatos sutrikimų ir gali išsivystyti kiti valgymo sutrikimai (bulimija ar anoreksija).

Valgymo sutrikimai dažniausiai išsivysto moteriškajai lyčiai. Šiam atsiradimui įtakos turi vis dar vyraujantis gražaus - plono kūno idealas. Gyventojų skaičiaus pokyčiai ir kultūrinė įtaka, technologijų pažanga ir socialinės žiniasklaidos plėtra, dėmesys kūno formoms ir lyčių vaidmenims kartu su tradicinių šeimos ir darbo struktūrų kvestionavimu prisideda prie pokyčių, susijusių su tuo, kas laikoma sveika mityba ir sveiku kūno įvaizdžiu [21]. Žiniasklaidoje yra dažnai kalbama apie asmenis, kurie priaugo svorio, kurie dėl to patiria daug neigiamų komentarų. Asmenys socialiniuose tinkluose matydami tik „tobulus“ kūnus, įvairias sporto programas, kaip greičiau numesti svorį, gali pradėti siekti tokio kūno sudėjimo, kuris yra matomas. Tačiau dažnai to yra siekiama laikantis dietų, kurios nėra subalansuotos, su kuriomis negaunamas visų reikalingų kalorijų ir maisto medžiagų kiekis. Sumažinti valgymo sutrikimų susirgimo riziką galima gerinant žiniasklaidos raštingumą, mažinant plono kūno idealizavimą ir skatinant teigiamą ir (arba) sveiką santykį su svoriu ir valgymu [2].

Valgymo sutrikimas dažnai išsivysto dėl nepasitenkinimo savo kūnu, tačiau sutrikimų išsivystymui taip pat gali daryti įtaką ir kiti veiksniai. Nė vienas valgymo sutrikimų rizikos veiksnys nėra pagrįstas įtikinamais įrodymais, tačiau kai kurių veiksmų patikimumas yra labai aukštas, kaip vaikystėje patirtas fizinis ir psichologinis smurtas.

1.2. Valgymo sutrikimų poveikis psichoemocinei ir fizinei būklei bei gyvenimo kokybei

1.2.1. Psichoemocinė būklė

Valgymo sutrikimų turintiems žmonėms psichikos sutrikimai yra įprastas reiškinys (>70 proc.) [1]. Valgymo sutrikimų turintys asmenys dažnai susiduria su depresija, nerimu ir stresu. Dažniausiai pasitaikantys psichiatriniai gretutiniai sutrikimai yra nuotaikos ir nerimo sutrikimai, neurologiniai raidos sutrikimai, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo sutrikimai bei asmenybės sutrikimai [1]. Šie gretutiniai sutrikimai dar labiau apsunkina valgymo sutrikimus turinčius asmenis, mažina jų pasitikėjimą savimi, savivertę. Nervinė anoreksija sergantiems asmenims būdingi dėmesio sutrikimai [14], visiems valgymo sutrikimams būdingas sutrikęs emocijų atpažinimas, reguliavimas bei išraiška.

Svorio ir (arba) kūno formos svarbos pervertinimas valgymo sutrikimus turintiems asmenims daro labai didelę įtaką, manoma, kad tai daro didelę įtaką savęs vertinimui [16]. Šie asmenys dažnai save vertina pagal savo kūno svorį, apimtį, siekia kažkokio tikslaus skaičiaus, kurį pasiekus pacientų kūnas jiems patiktų. Tokiu atveju nėra klausoma savo kūno, ar jis gerai jaučiasi, yra sveikas, o yra susikoncentruojama į svorį, suvartojamų kalorijų skaičių. Šie skaičiai

yra labai svarbūs, valgymo sutrikimus turintys asmenys dažnai yra „priklausomi“ nuo jų, o tai kelia papildomą, nuolatinę įtampą ir baimę priaugti svorio.

Valgymo sutrikimus turintys asmenys dažnai susiduria su neigiamomis emocijomis, tačiau negali jų atpažinti ir (arba) nemoka jų tinkamai išreikšti. Arnow ir kt. nustatė, kad pyktis ir (arba) nusivylimas, nerimas, liūdesys ir (arba) depresija sudarė 95 proc. nuotaikų prieš persivalgymo epizodą [22]. Persivalgymo epizodai gali būti būdingi visiems valgymo sutrikimams, todėl emocijų išraiška yra labai svarbi visiems asmenims, turintiems valgymo sutrikimus. Valgymo sutrikimus turintys asmenys patiria didesnių emocinio sąmoningumo sunkumų, palyginti su neturinčiais valgymo sutrikimo diagnozės [19]. Šių neigiamų emocijų laikymas viduje ir nežinojimas, kaip išreikšti, gali sukelti dar didesnę nepasitenkinimą savimi. Persivalgymo sutrikimu sergantys asmenys blogiau vertino savo gebėjimą daryti įtaką savo emocinei būsenai nei kiti valgymo sutrikimų potipiai (nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir kitaip nepatikslintas valgymo sutrikimas) [23]. Tačiau kitų tyrimų duomenimis, persivalgymo sutrikimu sergantiesiems kilo mažiau emocijų reguliavimo sunkumų nei kitų valgymo sutrikimų potipių atstovams [24]. Neišreikštos emocijos gali daryti įtaką savęs žalojimui, badavimui ar persivalgymui. Tai padeda neigiamas mintis nukreipti kitur, tačiau šis emocijų išveikimas nėra sveikas kūnui ir tik padeda ligai išlikti.

Valgymo sutrikimus turintys pacientai linkę jausti dėl to gėdą, neigti arba slėpti savo ligą ir vengti profesionalios pagalbos [25]. Kai kurie asmenys, kai kreipiasi pagalbos, vis tiek nenori pripažinti, kad jie turi valgymo sutrikimą, nesistengia, kad jiems pagerėtų, ar mano, kad nėra verti pagalbos. Toks požiūris yra kylantis iš ligos, tačiau dar labiau kenkiantis asmeniui. Taip pat dažnai, kai kreipiasi pagalbos, nėra suprasti artimųjų dėl šio savo sprendimo. Psichikos ligos visuomenėje nėra visada priimanos kaip tikrai rimtos sveikatos problemos, arba manoma, jog bet kokia psichinė liga yra priežastis atsiskirti nuo tokių asmenų, psichikos sutrikimus turintys asmenys dažnai yra nepriimami visuomenėje. Buvimas bendruomenėje ir buvimas su kitais žmonėmis prisideda prie palankesnės sunkiomis psichikos ligomis sergančių asmenų emocinės būsenos [26]. Ir valgymo sutrikimus turintiems asmenims yra svarbu būti pripažintiems ir jausti palaikymą viso gydymo metu, tačiau ne visi asmenys šį palaikymą turi.

Dėl neigiamų emocijų neišreiškimo kažkoku tinkamu, sveiku būdu, valgymo sutrikimus turintys asmenys pradeda save žaloti, bausti. Nustatyta, kad jaunų žmonių, kuriems diagnozuotas valgymo sutrikimas, savęs žalojimo lygis yra itin aukštas ir svyruoja nuo 25,4 proc. iki 55,2 proc., palyginti su 13,4 proc. bendroje populiacijoje [13]. Pacientai išreiškia norą sau sukelti didesnę skausmą nei sukelia tokios emocijos kaip pyktis, vieatvė, liūdesys ar kitos emocijos. Šie jausmai nėra malonūs, todėl save žalojant susitelkiama į tuo metu didesnę problemą – fizinį skausmą – ir taip bent trumpam pamirštami esami rūpesčiai. Savęs žalojimas yra vienas stipriausių paauglių ir

jaunuolių mirties dėl savižudybės rizikos veiksnių [13]. Dažnai valgymo sutrikimus turintys asmenys gali turėti daug minčių apie savižudybę. Didžioji dalis mirčių nuo valgymo sutrikimo ir yra dėl savižudybės [4], net 25 proc. nervinės anoreksijos atvejų miršta dėl savižudybės [13].

Valgymo sutrikimus turinčių asmenų psichoemocinė būklė turi didelę įtaką jų ligos vystymuisi ir gydymo procesui. Šiuos sutrikimus turintiems asmenims yra svarbu jausti palaikymą ir mokėti išsakyti ar kitaip išveikti neigiamas emocijas.

1.2.2. Fizinė būklė ir gyvenimo kokybė

Valgymo sutrikimai, juos turintiems asmenims, gali sukelti daugelio organizmo funkcijų sutrikimus, tokius kaip žarnyno, kraujagyslių, hormoninius sutrikimus, retėja kaulai [1]. 1 lentelėje pateikti pagrindinių valgymo sutrikimų fiziniai požymiai [1]. Šios problemos kyla dėl nepakankamo gaunamo maisto medžiagų kiekio, energijos trūkumo. Jei energijos trūksta, organizmas priverstas prisitaikyti ir taupyti energiją visur, kur tik įmanoma, nebeatlikdamas nepagrindinių funkcijų, tokių kaip reguliarios mėnesinės, plaukų augimas, nuotaikos reguliavimas ar loginis mąstymas, taip pat sumažėja ląstelių medžiagų apykaita, susilpnėja imuninės sistemos stiprumas ir sumažėja širdies ir kraujagyslių sistemos pajėgumas [27]. Dažnai pacientės net ir turėdamos žemesnį nei norma KMI nejaučia, kad jų organizmas patiria didelių sunkumus. Valgymo sutrikimus sergantis asmenys pagalbos gali kreiptis ir tik tuomet, kada jų kūnas pasiekia kritinę būklę, kuomet tenka dėl gyvybei pavojingos būklės atsigulti į ligoninę. Kai kurie fizinės būklės pakitimai gali ir neatsistatyti pacientui pasveikus nuo valgymo sutrikimo. Aritmijos simptomai gali būti nuovargis, silpnumas, galvos svaigimas, alpimas arba beveik alpimas, padažnėjęs širdies plakimas, dusulys, nerimas, krūtinės skausmas arba spaudimas [28]. Aritmija gali pasireikšti ir išlikti nepriklausomai nuo svorio [27]. Valgymo sutrikimų padaryta fizinė žala gali išlikti ir būti visą likusį gyvenimą.

1 lentelė – pagrindinių valgymo sutrikimų fiziniai požymiai [1]

Nervinė anoreksija

Badavimas paveikia visas organizmo sistemas, o žala kaupiasi laikui bėgant. Be to, jei papildomai „valomasi“, padidėja šių būklių rizika:

- Širdies ir kraujagyslių sistemos: hipotenzija, bradikardija, aritmijos, kardiomiopatija.
- Dermatologiniai: sausa žvynuota oda ir lūžinėjantys plaukai (plaukų slinkimas).
- Endokrininiai ir metaboliniai: hipoglikemija, hipokalemija, hiponatremija, hipotermija, pakitusi skydliaukės funkcija, hiperkortizolemija, amenorėja, augimo sustojimas, osteoporozė.

- Virškinimo traktas: sulėtėjęs skrandžio ištuštinimas, skrandžio atrofija, sumažėjęs žarnyno judrumas, vidurių užkietėjimas.
- Hematologiniai: anemija, leukopenija, trombocitopenija.
- Neurologiniai: periferinė neuropatija, smegenų tūrio sumažėjimas: skilvelių išsiplėtimas, smegenų atrofija (pseudoatrofija, pasitaiko priaugus svorio).
- Burnos ertmės: dantų ėduonis.
- Skeleto: osteopenija.
- Inkstų: inkstų akmenys, ūmus inkstų pažeidimas (dėl dehidratacijos ir „apsivalymo“).
- Kepenys: transaminitas, kepenų nepakankamumas.
- Reprodukciniai: amenorėja, nevaisingumas, mažo svorio naujagimis.

Nervinė bulimija ir persivalgymo sutrikimas

Fizinės būklės požymiai daugiausia dėl bado ar vėmimo poveikio. Dažnai panašios į nervinę anoreksiją, bet ne tokios sunkios. Specifinės problemos, susijusios su vėmimu:

- Širdies ir kraujagyslių sistemos: aritmija, širdies nepakankamumas (staigi mirtis).
- Endokrininės ir metabolinės: elektrolitų sutrikimai (K^+ , Na^+ , Cl^- , metabolinė acidozė (vidurių laisvinimas vaistais) arba alkalozė (vėmimas)).
- Virškinimo traktas: vidurių užkietėjimas arba steatorėja, skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opos, pankreatitas.
- Hematologiniai: leukopenija arba limfocitozė
- Burnos ertmės: dantų erozija
- Inkstai: ūminis inkstų pažeidimas

Valgymo sutrikimus turintys asmenys dažnai ieško kompensacinių suvartotų kalorijų išveikimo būdų, arba riboja suvartojamo maisto kiekį. Badavimas pasireiškia, kai kalorijų suvartojama mažiau, nei reikia organizmui palaikyti. Badavimo simptomai dažniausiai pasireiškia valgymo sutrikimais sergantiems pacientams, kurie turi nepakankamą svorį: mintys apie maistą ir valgymą, dirglumas, nuotaikos pokyčiai, miego sutrikimai, socialinis atsitraukimas, silpnumas, virškinimo trakto diskomfortas, šalčio netoleravimas, koncentracijos sutrikimas, apatija ir padidėjęs sotumas, gali sumažėti širdies masė (ypač skilvelių masė), kaulų mineralinis tankis ir išsekti glikogeno atsargos [29]. „Apsivalymas“ tai priverstinis vėmimas ir vidurius laisvinančių vaistų vartojimas, siekiant sumažinti suvartojamų kalorijų kiekį. Šis veiksmas prisideda prie kritinių elektrolitų sutrikimų ir vandens netekimo [27]. „Apsivalymo“ metu gali būti prarandami dideli kiekiai kalio, gali išsivystyti hipokalemija. Hipokalemiją taip pat gali sukelti nepakankama mityba. Kalio praradimas gali sukelti tokius padarinius kaip raumenų silpnumas, mėšlungis,

neįprasti odos pojūčiai, vidurių užkietėjimas, širdies ritmo sutrikimai, nuovargis, kvėpavimo sutrikimai ir paralyžius [27]. Dėl badavimo ir „apsivalymo“ sumažėja fizinis ir fiziologinis pajėgumas, valgymo sutrikimus turintys asmenys dažnai turi mažai energijos kasdienėms veikloms, prastėja jų gyvenimo kokybė.

Viso dėmesio sutelkimas į savo svorį lemia, kad asmenys atsiskiria nuo kitų, nesaikingą sportą renkasi vietoje kitų laisvalaikio veiklų [9], savo dieną planuoja pagal kalorijų sunaudojimą, maistą. Sergantieji valgymo sutrikimais, kurie taip pat intensyviai sportuoja, dažniau patiria blogų fizinės ir psichologinės sveikatos padarinių [27]. „Kompulsinis“ fizinis aktyvumas sukelia didelį nuovargį, ribojamas maisto kiekis neleidžia kūnui pagaminti pakankamai energijos, šie pacientai mažiau miega ir nepailsi. Visi šie veiksniai lemia tai, kad valgymo sutrikimus turintys asmenys nebeturi pakankamai energijos kitoms veikloms, jaučiamas mieguistumas. Šie asmenys gali patirti pablogėjusią valgymo sutrikimų psichopatologiją ir prastesnę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, dažnesnę depresiją, mažesnę pasitenkinimą gyvenimu, didesnę atkryčio riziką, ilgesnę gydymo trukmę ir ilgalaikę ligos eigą [27]. Taip pat prastėja asmenų koordinacija ir koncentracija, sunkiau atlikti protines veiklas. Vidinių dirgiklių suvokimas ir įsisąmoninimas yra užkertamas arba iškraipomas, pacientas nežino, kiek maisto reikia jo organizmui, nebejaučia įprasto alkio, sotumo ir net nuovargio pojūčio [30]. Jei energijos gaunama mažiau nei optimaliai, energijos gamybai gali būti naudojamas net širdies raumuo, o raumenų masė ir visceralinis riebalinis audinys pradeda nykti [27]. Priklausomybė nuo svorio prastina asmenų gyvenimo kokybę, nes svorio sekimas tampa kaip priklausomybė, pagal kurią dėliojamos kitos gyvenimo veiklos.

Gretutiniai psichikos sutrikimai taip pat daro įtaką suprastėjusiai gyvenimo kokybei. Dažnai jaučiamas nerimas gali sukelti panikos atakas, dėl depresijos asmenys nustoja bendrauti su kitais žmonėmis, užsidaro, būna vieni. Psichiatriniai sutrikimai yra jaučiami beveik nuolatos, todėl daro didelę įtaką pasirinkimams. Formos, svorio ir valgymo kontrolės pervertinimas (t. y. savęs vertinimas, grindžiamas daugiausia arba išimtinai šiais veiksniais) ir jo išraiškos, neigiamai veikia gebėjimą būti šalia kitų žmonių ir palaikyti intymius santykius [29]. Atsiskyrimas nuo bendruomenės skatina asmenis jausti vienatvę, nejaukti artimųjų palaikymo, kuris yra svarbus ligos gydymui. Gretutinės psichikos ligos kartu su valgymo sutrikimais blogina gyvenimo kokybę, nes vienu metu gali pasireikšti ir fizinės, ir psichoemocinės būklės pablogėjimas.

Valgymo sutrikimų poveikis tiek psichoemociinei būklei, tiek fizinei būklei turi labai didelę įtaką bendrai gyvenimo kokybei. Šie pacientai dažnai jaučia stiprų emocinį ir fizinį nuovargį, kuris trukdo normaliai atlikti kasdienes veiklas, apriboja jų laisvalaikio praleidimo galimybes. Žala fizinei būklei gali išlikti visą gyvenimą, o prasta psichoemocinė būklė gali privesti prie savęs žalojimo ar savižudybės.

1.3. Valgymo sutrikimai ir fizinė veikla

Reguliarus fizinis aktyvumas gali būti labai naudingas fizinei ir psichinei sveikatai, tačiau sergant valgymo sutrikimais, tokiais kaip nervinė anoreksija (AN) ar nervinė bulimija (BN), fizinis aktyvumas gali būti nesveikas ir tapti psichopatologijos dalimi, jei jis yra pernelyg didelis, kompulsyvus [31]. „Kompulsinis“ fizinis krūvis pasireiškia, kai yra didelis fizinio krūvio dažnumas, intensyvumas ir trukmė. Fizinis aktyvumas valgymo sutrikimų turintiems asmenims dažnai yra įvardijamas kaip destruktyvus, nesveikas ir priklausomybę sukeliantis veiksnys [32]. Valgymo sutrikimų turintys asmenys dažnai užsiima fizine veikla, kuri yra dar vienas būdas sumažinti savo svorį, sunaudoti kalorijas, gautas su maistu. Disfunkcinis fizinis krūvis būdingas 22-80 proc. valgymo sutrikimais sergančių asmenų [27].

Fizinė veikla šiems asmenims gali būti labai kenksminga, nes jie net ir jausdami nuovargį, žinodami, kad tęsiama veikla gali pakenkti, vis tiek tęsia. Pratimai laikomi "pernelyg intensyviais", kai jie labai trukdo svarbiai veiklai, atliekami netinkamu laiku ar netinkamoje aplinkoje arba tęsiami nepaisant sužalojimų ar kitų medicininių komplikacijų [29]. Noras pasportuoti ir taip sunaudoti gautas kalorijas būna labai didelis, sporto yra siekiama bet kokiomis sąlygomis. Fizine veikla yra užsiimama net tada, kai sergama, o jei nepavyksta pasimankštinti – jaučiama kaltė [8]. Badavimo dienomis fizinė veikla valgymo sutrikimus turintiems asmenims yra kontraindikuotina [33], tačiau pacientai dažnai nesivadovauja šia rekomendacija ir užsiima aktyviu sportu. Kai kurie valgymo sutrikimus turintys asmenys mankština ne tik tam, kad "kompensuotų" valgi, "sudegindami" po jo suvartotas kalorijas, bet mankština iš anksto, kad "užsidirbtų valgi" [9].

Kai kurie valgymo sutrikimus turintys asmenys sportuoja tik todėl, kad reikia, bet ta veikla nesimėgauja. Dalis pacientų kasdienę mankštą vertina kaip prievolę, kuri jiems nebeteikia malonumo ir iš tikrųjų nekenčia savo kasdienės mankštos [9]. Šis kai kurių valgymo sutrikimus turinčių asmenų požiūris įrodo, kad jiems fizinė veikla dažnai yra tik būdas reguliuoti savo svorį. Tačiau valgymo sutrikimų turintys asmenys fizine veikla gali užsiimti ir dėl jaučiamų neigiamų emocijų suvaldymo. Kai kurie pacientai naudoja fizinį aktyvumą, kad susidorotų su neigiamomis emocijomis, sureguliuotų neigiamą poveikį ir jaustųsi patogiau savo kūne [31]. Gydomo metu pacientai kartais išreiškia nepasitenkinimą, jog negali sportuoti, nes tai jiems padeda atsipalaiduoti, užsimiršti. Fizinė veikla gali padėti sumažinti depresijos, nerimo požymius, kaltės jausmą.

Fizinis aktyvumas valgymo sutrikimus turintiems asmenims yra naudingas, kol yra laikomasi limitų, fizine veikla nėra užsiimama tik dėl kalorijų sunaudojimo. Taikant gydymą, kuris susijęs su fiziniu aktyvumu, reikia atidžiai parinkti veiklas. Valgymo sutrikimus turintiems asmenims daug energijos reikalaujantis fizinis aktyvumas gali daryti neigiamą įtaką, gali tapti „kompulsiniu“ ir daryti neigiamą įtaką jų fizinei ir psichoemocinei būklei.

1.4. Valgymo sutrikimai ir psichomotorinė terapija

1.4.1. Fizinė veikla gydymo metu

Valgymo sutrikimų gydymas yra vienas sudėtingiausių iš psichikos sutrikimų [21]. Kineziterapijos užsiėmimai dažniausiai nėra skiriami valgymo sutrikimų turintiems asmenims gydymo metu. Atsižvelgiant į saugumą valgymo sutrikimais sergančių asmenų, kurių sveikatos ir fiziologinė būklė yra sutrikusi, valgymo sutrikimų gydymo komandos ir specialistai, suprantama, yra linkę rekomenduoti susilaikyti nuo fizinio krūvio gydant valgymo sutrikimą [27]. Tačiau yra teigiama, kad fizinė veikla gali būti naudinga gydymo eigai. Pastarųjų dviejų dešimtmečių tyrimai parodė, kad daugeliu atvejų visiškas fizinio aktyvumo apribojimas nėra būtinas ar tinkamas ir iš tikrųjų gali labiau pakenkti nei padėti [34], tačiau ši tema vis dar yra plačiai nagrinėjama ir svarstoma.

Dažniausiai gydymo laikotarpiu fizinis aktyvumas yra ribojamas dėl pasireiškiančio polinkio į žalojantį fizinį aktyvumą. Fizinis aktyvumas gali būti nerekomenduojamas ir dėl asmens fizinės sveikatos. Dėl per žemo KMI, pasireiškusių kitų fizinių sveikatos sutrikimų (pavyzdžiui, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai), kuomet bet kokia intensyvesnė fizinė veikla gali sukelti rimtų komplikacijų. Nors intensyvios aerobikos treniruotės būtų netinkamos dėl jų sąsajų su persivalgymu ar didelėmis energijos sąnaudomis, kitos fizinio aktyvumo formos, skirtos raumenų masei didinti ir padedančios reguliuoti netinkamą elgesį, būtų naudingos [35]. Su specialisto priežiūra galima pasiekti naudingų pokyčių, esant ganėtinai stabiliai sveikatai. Anoreksija sergantiems asmenims dažnai pasireiškia hiperaktyvumas, kurį galima paversti kontroliuojama judėjimo forma, kai pacientui leidžiama judėti tik tam tikrose terapeuto nustatytose ribose [30]. To galima pasiekti sulėtinant judesių tempą. Tačiau fizinio aktyvumo ir fizinių pratimų valdymo gairių trūkumas, skirtingas požiūris į tokius gydymo metodus ir specializuotos kompetencijos trūkumas – visa tai turi įtakos valgymo sutrikimų simptomų valdymui specializuotuose gydymo skyriuose [7].

Dažnai pacientės ir gydymo metu nori užsiimti kažkokia fizine veikla, atlikti mankštas, tačiau dėl skiriamo apribojimo to negali atlikti. Noras užsiimti fizine veikla nebūtinai būna dėl noro sunaudoti kalorijas ir mažinti svorį. Tai taip pat gali būti dėl ankstesnio asmens aktyvumo, dėl depresijos ir nerimo simptomų mažinimo. Valgymo sutrikimus turintys pacientai gali susidurti su fiziniais kūno apribojimais, skausmais, dėl kurių jiems būna paskirtos tam tikros mankštos. Tačiau dėl šių asmenų polinkio į „kompulsinį“ fizinį aktyvumą, gydymo įstaigose dažniausiai sportas be priežiūros nėra leidžiamas.

1.4.2. Psichomotorinė terapija

Mokslinėje literatūroje vis dar yra trūkumas informacijos apie valgymo sutrikimus ir fizinio krūvio trukmę, tipą, intensyvumą ir dažnumą, todėl nėra nustatytų mokslškai pagrįstų fizinio krūvio rekomendacijų [27]. Fizinės veiklos metu, dirbant su valgymo sutrikimų turinčiais asmenimis, svarbu atkreipti dėmesį į kokybinius fizinio aktyvumo elementus (požiūrį, mintis), o ne į fizinio aktyvumo kiekį [7]. Dėl šių priežasčių gydymo įstaigose valgymo sutrikimus turintiems asmenims dažnai yra taikoma psichomotorinė terapija. Šis terapijos būdas yra teigiamai vertinamas valgymo sutrikimus turintiems asmenims, nes užsiėmimo metu dėmesys yra sutelkiamas į minčių ir kūno visumą, o ne į patį aktyvumą.

Valgymo sutrikimus turintys asmenys labai vertina savo kūno svorį, formas, dažnai kūno nepriima, savo kūną mato kaip svetimą. Pacientai dažnai su panieka žiūri į savo kūną ir nepripažįsta savo kūno poreikių [36]. Dėl šios priežasties yra ignoruojamas alkis, nuovargis. Psichomotorinė terapija padeda geriau pajauti savo kūną. Pacientams pagerėja bendra savijauta, sumažėja motorinė įtampa ir padidėja aktyvumas [37]. Psichomotorinės terapijos metu yra sujungiami tam tikri judesiai su kūno pojūčiais. Pacientai užsiėmimo metu turi susitelkti į tai, kaip nuo kažkokio prisilietimo pasijautė kūnas, ar kažkoks judesys buvo malonus atlikti. Išmokus įsiklausyti į kūno signalus, galima geriau suprasti, kaip rūpintis savimi ir kitais [38]. Šios terapijos metu taip pat svarbu siekti, kad pacientai pajautų kūno atsipalaidavimą, kad atrastų malonumą judant ir tai būtų daugiau nei tik svorio kontrolės priemonė.

Psichomotorinė terapija taip pat gali tapti saugi vieta, kurioje galima atvirai kalbėti apie savo jausmus. Terapijos metu atliekama daug įvairių pratimų, tokių kaip prisilietimai, kurie kai kuriems pacientams gali asocijuotis su neigiamais pojūčiais, anksčiau patirtu smurtu ar prievarta. Psichomotorinės terapijos metu visi pojūčiai yra pajaučiami per judesį, o po užsiėmimo pacientai gali pasidalinti savo potyriais. Tokiu būdu asmenys gali išmokti nebijoti pajauti neigiamas emocijas, atrasti sveiką emocijų „paleidimo“ būdą. Svarbu, kad gydymo proceso metu klientas pradėtų kurti naują ir sveiką santykį su judėjimu ir kūnu [39]. Viena iš psichomotorinės terapijos priemonių gali būti šokio-judesio terapija.

1.4.3. Šokio – judesio terapija

Menai - tai simboliniai neverbaliniai būdai, padedantys susidoroti su neišsakytomis traumomis, stichinėmis ir žmogaus sukeltomis nelaimėmis, perkėlimu ir slaugytojų perdegimu [38]. Šokio – judesio terapija (ŠJT) - terapijos būdas, kuomet šokis yra naudojamas pajauti savo kūną. Šis terapijos būdas apima įvairių kūno patirties ir kūno išraiškos aspektus, tokius kaip judesys, mimika, gestai, laikysena, kinestetiniai pojūčiai, lytėjimas ir kt., naudojimą ir analizę [40].

ŠJT gali padėti pacientui, sergančiam valgymo sutrikimu, atkurti ryšį su jausmais, pagerinti nuotaiką ir padidinti savęs pažinimą [36]. Šių užsiėmimų metu nėra taisyklių, kaip tiksliai reikia judėti. Tačiau fizinis aktyvumas kaip kompensacinis mechanizmas yra akivaizdus rizikos veiksnys pacientams, kurie naudoja fizinius pratimus svoriui mažinti, todėl šokio – judesio terapija gali būti žalingas gydymo būdas pacientams [21]. Dėl šios priežasties svarbu užsiėmimų metu stebėti pacientus, jog tai netaptų žalinga fizine veikla bei vis priminti, kad tikslas yra pajauti, kaip kūnas nori judėti pagal tam tikrą muziką. Šokio – judesio terapija yra meno terapijos sritis, kurios veiksmingumas įrodytas. Šios terapijos poveikis įvairioms grupėms ir įvairiems simptomams, įskaitant nerimo ir depresijos simptomų mažinimą, yra nuo nedidelio iki vidutinio dydžio [41].

Šokio – judesio terapijoje pacientai gali kūrybiškai įsitraukti į užsiėmimą ir taip save atskleisti. Išlaisvindami savo kūną, klientai fiziškai ir emociškai atsiveria bendravimui su kitais [39]. Dažnai šis terapijos būdas atliekamas grupėse ar poromis, todėl pacientai turi šiek tiek bendrauti su kitais asmenimis. ŠJT turi poveikį įvairiems sutrikimams, įskaitant depresiją [42], gali padėti pagerinti asmenų nuotaiką, nes terapija yra susijusi su fiziniais pratimais (dažnai gana švelniais), kurių poveikis depresijos simptomams jau yra įrodytas [41]. Šis terapijos būdas gali padėti pajauti savo jausmus, o ne tik juos aiškinti. Užsiėmimų metu skatinama pajauti savo kūną, todėl tai gali sukelti įvairių emocijų asmenims su valgymo sutrikimais, kurie dažnai neklauso savo kūno poreikių ir neigia jaučiamas emocijas, jas slopina. Kūrybinis procesas neverbaliniu lygmeniu gali sumažinti gynybinius mechanizmus, racionalizavimo, intelektualizavimo ir įtikinėjimo tendencijas, kurias dažnai naudoja pacientai, sergantys valgymo sutrikimais, apibūdindami savo simptomus ir jausmus verbaliniu lygmeniu [21]. Po pagrindinės terapijos veiklos – šokio – atliekami apibendrinimai, kurių metu pacientams gali būti lengviau kalbėti apie tai, kokius jausmus jaučia, nes tai dažnai jau būna išreikšta judesiu.

ŠJT aktuali tiems asmenims, kuriems kūno vaizdas yra ypatinga problema, su kuria reikia dirbti. Ši terapija tiria ir naudoja judesį terapiniu būdu, daugiausia dėmesio skirdama savęs pažinimui [36]. Šios terapijos metu naudojama muzika leidžia pacientams naudotis savo fantaziją ir taip judėti, kad organizmui nebūtų pakenkta. Terapijos užsiėmimuose pacientai turi aktyviai dalyvauti, yra ugdoma vaizduotė, saviraiška, gerinamas proto ir kūno ryšys. Tai ne tik sumažina psichologinę ar kūno įtampą, bet ir gali padėti žmogui suvokti savo emocinius išteklius ir stiprybes, gali paskatinti tyrinėti savo emocinę būseną ir palengvinti terapinį procesą [36]. Valgymo sutrikimus turintys asmenys dažnai nežino, kaip tinkamai išveikti neigiamas emocijas, ar pasikliauja pirmu impulsu, kuris gali būti savęs žalojimas. Šokio – judesio terapijos metu pacientai gali atrasti būdą, kuris jiems padės teisingai išveikti neigiamas emocijas, todėl terapinis procesas gali būti lengvesnis. Ši terapija padeda geriau suvokti savo kūną, sumažinti nerimą, taip pat pacientai po seansų jautėsi labiau motyvuoti [36], todėl jie turi daugiau noro sau padėti.

Judėjimas, kuris yra ŠJT pagrindas, gali būti potencialiai veiksmingas su traumomis susijusių problemų intervencija [39]. Valgymo sutrikimų išsivystymo viena iš rizikų yra patirtos traumos. Šios traumos dažniausiai būna susijusios su kūnu, ar tai yra smurtas, seksualinė prievarta, ar psichologinis smurtas. Kadangi šokio – judesio terapijoje kūnas yra dominuojanti medija, ši terapijos rūšis gali būti ypač naudinga fizinių traumų, fizinės prievartos ir kūno įvaizdžio sutrikimų atvejais arba tais atvejais, kai tam tikri fiziniai ar jutiminiai apribojimai trukdo realizuoti emocinius ar socialinius poreikius [40]. Šios traumos dažnai daro įtaką savo kūno suvokimui ir priėmimui. Vienas iš traumos gydymo tikslų - sugrąžinti žmogų į jo kūną ir padėti jam suvokti, ką jo kūnas patiria ir jaučia [39]. Šokio – judesio terapijos tikslas toks ir yra – atkurti ryšį kūno ir proto. Daugeliui traumos aukų sunku užmegzti sveikus fizinius santykius tiek su savimi, tiek su kitais žmonėmis. Judesio naudojimas grupės aplinkoje sukuria galimybes užmegzti ryšį su kitais, kuris yra neatsiejama terapinio proceso [39]. Užsiėmimų metu skatinama bendrauti su aplinkoje esančiais asmenimis, kurie valgymo sutrikimų gydymo įstaigose turi labai panašius išgyvenimus. Tai padeda geriau vieniems kitus suprasti, nėra peržengiamos kito žmogaus asmeninės ribos, prieš paliečiant yra atsiklausima. Tokioje aplinkoje ŠJT gali būti naudinga, nes saugioje aplinkoje leidžia klientams atrasti kūną kaip malonumo šaltinį, pasitikėti savo kūnu ir pasitikėti kitais žmonėmis, ketinančiais užmegzti sveikus santykius [40]. Tam tikri judesiai gali sukelti trauminį prisiminimą arba tam tikra kūno dalis gali būti išjungta dėl baimės įšaldymo reakcijos į traumą [39]. ŠJT metu skatinama šokti taip, kaip nori kūnas ir negalvoti, kaip tas judesys atrodys iš šono, ar jis tikrai tinkamas, taip skatinama paleisti visas neigiamas emocijas ir pajauti savo kūną.

Valgymo sutrikimai yra aktuali problema visuomenėje, kuri gali paveikti kiekvieną žmogų. Valgymo sutrikimų sukelti padariniai gali išlikti visą gyvenimą, būti pavojingi gyvybei. Šių sutrikimų gydymui gali būti pasitelkiamos įvairios technikos, metodai, tačiau svarbu įtraukti ir fizinį aktyvumą. Fizinė veikla gali būti žalinga valgymo sutrikimus turintiems asmenims, tačiau su specialisto priežiūra tai gali padėti pagerinti fizinę ir emocinę būklę. Viena iš taikomų terapijų priemonių gali būti psichomotorinė terapija ir šokio - judesio terapija, kurių poveikis psichikos sutrikimus turintiems asmenims jau buvo įrodytas.

2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas

Tyrimas atliekamas psichikos sveikatos centre 2023 metų vasario – kovo mėnesiais. Tiriamos suaugusios moterys, kurioms buvo diagnozuotas valgymo sutrikimas ir kurios šiuo metu yra gydymo įstaigoje. Viso ištirta 16 pacienčių, vidutinis tiriamųjų amžius 26,88 ($\pm$ 5,34), jauniausia 18, vyriausia 37. Kiekvienai pacientei buvo suteiktas asmeninis kodas, sudarytas iš dviejų raidžių ir dviejų skaičių. Visos atsitiktinai atrinktos pacientės sutiko dalyvauti tyrime ir pasirašė sutikimo formą. Taikyti atmetimo kriterijai: nepilnametės moterys.

Psichomotorinės terapijos užsiėmimai buvo vedami dvejoms grupėms. Į vieną grupę (SK grupė) įėjo moterys, kurios šiuo metu gydos ligoninės valgymo sutrikimų skyriuje. Šios pacientės dažniausiai yra prastesnėje ligos stadijoje, t. y. jų svoris būna per mažas, todėl svarbu reguliuoti jų mitybą, kad svoris pasiektų normos ribas, dažnai turi daug minčių apie savižudybę, pasireiškia sunki depresija. Šioje grupėje buvo grupės septynios tiriamosios. Kita grupė (DS grupė) buvo moterys, kurios šiuo metu neguli ligoninėje, tačiau lanko dienos stacionarą. Šios pacientės dažniausiai yra po gydymo skyriuje, jų liga jau yra šiek tiek geresnėje stadijoje, t. y. svoris yra normos ribose, nėra minčių apie savižudybę arba jų yra mažiau, tačiau iš dienos stacionaro, pablogėjus būklei, gali būti rekomenduojama toliau tęsti gydymą valgymo sutrikimų skyriuje, kur yra nuolatinė priežiūra. Šioje grupėje buvo grupės septynios tiriamosios. Abiem grupėm taikyti tyrimo metodai beveik nesiskyrė, skirtumas buvo tik užsiėmimo trukmėje.

Be taikomos psichomotorinės terapijos pacientės turėjo ir papildomų užsiėmimų. Dienos stacionarą lankančios pacientės turėjo užsiėmimus tris kartus per savaitę. Į šiuos užsiėmimus įtrauktos veiklos: psichoedukacija, kūno vaizdo supratimas, savirefleksija, psichoterapija ir psichomotorinė terapija. Skyriuje gulintioms pacientėms užsiėmimai vyko penkis kartus per savaitę. Į šiuos užsiėmimus įtrauktos veiklos: psichoedukacija, kūno vaizdo supratimas, meno terapija, psichoterapinė mentalizacija, užimtumo grupė, muzikos terapija, psichoterapija ir psichomotorinė terapija. Šie užsiėmimai vyksta grupėse, tačiau taip pat papildomai būna susitikimai su priskirtu psichoterapeutu ir dietologe, pagal sutartą laiką.

Tyrimo metu atlikti du ištyrimai pagal tyrimo protokolą. Pirmas tyrimas buvo atliktas prieš psichomotorinės terapijos taikymo programą, antrasis tyrimas buvo atliekamas po šešių savaičių.

2.2. Tyrimo metodika

2.2.1. Ištyrimas

Prieš pradėdant intervencijos taikymą ir po, pacientės buvo ištirtos pagal protokolą, siekiant įvertinti pacienčių psichoemocinę ir fizinę būklę. Į protokolą įėjo keturios skalės: Burnso

depresijos skalė [43], Gyvenimo kokybės pasitenkinimo trumpasis klausimynas (Q-LES-Q-SF) [44], Nuovargio vertinimo skalė (FAS) [45] ir modifikuota nuovargio poveikio skalė (MFIS) [46].

Burnso depresijos skalės rezultatai vertinami 0-100, kurie buvo interpretuojami į depresijos lygį: depresijos nėra, normos ribos, tačiau nelaimingas, lengva depresija, vidutinė depresija, sunki depresija arba itin sunki depresija.

Gyvenimo kokybės pasitenkinimo klausimyną sudarė 16 klausimų, kurių rezultatai (nuo 14 iki 70) buvo verčiami į procentinę išraišką (0-100 proc.). Kuo didesnis procentas, tuo didesnis pasitenkinimas gyvenimu. Taip pat paskutinis klausimas apie bendrą pasitenkinimą ir pasitenkinimą gyvenimu buvo vertinamas nuo labai prastai iki labai gerai.

Nuovargio vertinimo skalė buvo vertinama nuo 10 iki 50 balų, kuriame kuo didesnis balas, tuo yra jaučiamas didesnis nuovargis.

Modifikuota nuovargio poveikio skalė vertinama nuo 0 iki 84 balų. Taip pat rezultatai skirstomi į tris kategorijas: nuovargio poveikis fizinėms, kognityvinėms ir psichologinėms sritims. Taip pat į šį klausimyną įeina ir kiti klausimai apie pacientės, tokie kaip jų amžius, ūgis, svoris, valgymo sutrikimas, ligos trukmė.

Į tyrimo protokolą taip pat įėjo nuotaikos, fizinio nuovargio ir atsipalaidavimo vertinimas prieš ir po kiekvieno užsiėmimo nuo 0 iki 10. Vertinant nuotaiką 0 reiškia labai liūdna, 10 – labai laiminga [47]. Nuovargis vertinamas 0, jei nejaučia jokio nuovargio, o 10 balų, jei yra visiškai pavargę ir išsekę [48]. Atsipalaidavimas vertinamas 10 balų sistema (įstaigoje, kurioje atliekamas tyrimas, patvirtinta vertinimo forma). Atsipalaidavimas vertinamas 0, jei žmogus visiškai neatsipalaidavęs, o 10 – visiškai atsipalaidavimas.

Galutinio vertinimo rezultatai buvo lyginami su pradiniais rezultatais. Pokyčiai tarp rezultatų leidžia suprasti, koks yra psichoemocinės būklės ir gyvenimo kokybės pokytis bei įvertinti savijautą prieš ir po psichomotorinės terapijos užsiėmimų. Taip pat galutiniai rezultatai buvo lyginami tarp dviejų grupių.

2.2.2. Intervencija

Psichomotorinė terapija buvo atliekama vieną kartą per savaitę. SK grupei šis užsiėmimas trukdavo dvi valandas, o DS grupei – 1,5 valandos. Visi taikyti terapijos metodai yra taikomi įstaigoje, kurioje buvo atliktas tyrimas.

Į psichomotorinės terapijos programą įėjo šokio-judesio terapija, pasivaikščiavimai, pasyvūs judesiai, prisilietimų užsiėmimas, relaksacija. Šios terapijos formos buvo kartojamos kas mėnesį, tačiau buvo vedami skirtingi užsiėmimai. Užduočių eiliškumas buvo atsitiktinis, svarbu, kad tarp to paties tipo užduočių būtų bent vieno mėnesio tarpas. Po kiekvieno užsiėmimo buvo aptariama, kaip jautėsi pacienčių kūnas, ar pavyko atsipalaiduoti. Po aptarimo vedama relaksacija, kurios

metu groja rami muzika, skaitomas tekstas, kurių klausant pacientės turi pajusti kūno ir minčių atsipalaidavimą. Relaksacijai naudojama muzika gali padėti pacientams išmokti atsipalaiduoti ir sukurti savęs ramino technikas [49]. Visų užsiėmimų metu buvo parinkta terapinė muzika, kuri atitiktų reikiamą užduotį.

- Šokio - judesio terapija

Šios terapijos formos buvo taikomi du skirtingi užsiėmimai: šokis „Stichijos“ ir „Galva – uodega“ kartu su „Veidrodiniu šokiu“. Šių užsiėmimų metu pacientės turi galimybę laisvai pajudėti, negalvojant apie norą sunaudoti kalorijas. Taip pat tai padeda atsipalaiduoti ir pajusti savo kūną.

„Stichijų“ metu pacientės turi užsimerkusios šokti taip, kaip nori jų kūnas, pagal keturias skirtingas muzikas – stichijas: vanduo, oras, ugnis, žemė. Suteikiant judėjimui pavadinimą, galima padėti pacientams suprasti, ką judėjimas jiems reiškia [39]. Šio užsiėmimo metu pacientės turi pajusti, kuri stichija jų kūnui buvo artimiausia, pagalvoti kodėl. Šokio metu reikia judėti laisvai, negalvojant, koks judesys bus sekantis, stengtis pajusti muziką ir kūno ritmą. Skatinama judesiu išreikšti emocijas, kurių dažnai neįmanoma išreikšti žodžiais. Tai ne tik išlaisvina psichologinę ar kūno įtampą, bet kartu gali padėti žmogui suvokti savo emocijas [36].

„Galva – uodega“ atliekamas poromis (A ir B). A yra „galva“, kuri yra atsakinga už visus judesius, užduotį atlieka atsimerkusi. B yra „uodega“, kuri turi atkartoti A judesius. Šio užsiėmimo metu B turi uždėti savo rankas A ant pečių ir visą laiką būti užsimerkus. A turi atlikti tokius judesius, kuriuos B savo kūnu pajaustu, ir taip šokti poroje pagal muziką. Po 8 min. pora turi apsikeisti savo pareigomis ir A tampa „uodega“, o B tampa „galva“.

„Veidrodinis šokis“ atliekamas poromis (A ir B) ir to paties užsiėmimo metu, kaip ir atliekama „Galva - uodega“. Šioje užduotyje A pirštu turi parodyti į B kūno dalį ir kokį judesį ta dalis turi atlikti, o B turi šį judesį atlikti. Užduoties metu negalima kalbėtis ir reikia stengtis, kad judesiai būtų kaip šokis, tačiau kitas žmogus galėtų juos atlikti. Po 8 min. pora turi apsikeisti. Ši užduotis leidžia paleisti kontrolę, trumpai negalvoti, kokius judesius reikėtų atlikti, o daryti tai, ką kitas tau parodo. Veidrodinis atspindėjimas pagerina socialinį supratimą, pasitikėjimą ir terapinius santykius tarp asmenų, nepaisant to, kad naudojamas neverbalinis bendravimas [50].

„Galva – uodega“ ir „veidrodinis šokis“ atliekami poromis, todėl šių užsiėmimų metu pacientai turi pajusti ryšį su kitu asmeniu ir pasitikėti juo. Šokis kartu lavina sinchronizuoto judesio kontrolę ir savo kūno bei kito žmogaus kūno ritmo pajautimą, padeda užmegzti tiesioginį santykį su kitu žmogumi [51].

- Pasivaikščiavimas

Pasivaikščiojimų metu yra einama į lauką, kur yra atliekama užduotis: „Teigiamo pokalbio pasivaikščiojimas“ arba „Dėmesingas pasivaikščiojimas“. SK grupė vaikščioti turi 30 min., o DS grupė – 20 min. Šis laiko skirtumas yra dėl skirtingos užsiėmimo trukmės, nes po užduoties turi būti atliekamas aptarimas. Pasivaikščiojimų metu pacientės turi eiti lėtai.

„Teigiamo pokalbio pasivaikščiojimas“ atliekamas poromis. Pacientės vaikstant turi pasipasakoti apie savo tobulą dieną, ką veiktų, jei neturėtų jokio sveikatos sutrikimo, bei išklaudyti apie kito asmens tobulą dieną. Taip pacientai gali kurti santykius ir mėgautis pokalbiu [39], kuris yra svarbus valgymo sutrikimus turintiems asmenims. Ši užduotis leidžia pasvajoti, šiek tiek atitrūkti nuo savo ligos. Taip pat pokalbis leidžia nesusitelkti tik į ėjimą, todėl padeda lengviau atsipalaiduoti. Aptarimo metu galima pasidalinti, kokia būtų tobula diena, ką būtų galima atlikti jau šiandien ar išsirašius iš ligoninės.

„Dėmesingas pasivaikščiojimas“ yra atliekamas po vieną. Vaikstant reikia susitelkti į aplinką, stengtis negalvoti apie esančius sunkumus, „išvalyti“ visas mintis. Susitelkiant į aplinką reikia surasti vieną objektą, kuris patraukia dėmesį. Šį objektą pasiimti kartu su savimi, arba įsidėmėti. Užduoties metu negalima naudotis telefonu, klausytis muzikos, kalbėtis su kitais. Tikslas yra susitelkti į aplink esančią aplinką, mėgautis šia veikla, atsipalaiduoti.

- **Prisilietimai**

Valgymo sutrikimus turinčios pacientės dažnai nemėgsta prisilietimų, dėl anksčiau patirtų traumų, savo kūno nepriėmimo. Šio tyrimo metu buvo atliekamos dvi užduoties, kuriose buvo naudojami prisilietimai: „pirštų lietus“ ir savimasažas. Šių veiklų metu pacientės bet kada gali sustabdyti, jei tai joms pasidaro nemalonu, turi stengtis pajusti, kaip jaučiasi kūnas, kai kitas žmogus liečiasi arba kai pačios save liečia. Šio tipo veiklos padeda pradėti labiau pasitikėti kitu žmogumi ir savimi, pajusti, kada kūnui prisilietimas yra malonus, o kada ne. Bet kokie pratimai, kurių metu dėmesys sutelkiamas tiesiogiai į kūną, gali padėti labiau suderinti savęs suvokimą su realybe [30].

„Pirštų lietus“ yra atliekamas porose (A ir B). A turi pasirinkti vieną kūno dalį, kurią nori, kad kitas liestų, pavyzdžiui, kaklas, nugara, ranka ir kt. (negali būti krūtinė ir bikini zona). B turi pasirinktą kūno dalį pagal muziką švelniai liesti pirštų pagalvėlėmis ar nagais (tapšnoti pirštais, glostyti). Jei pasirinkta kūno dalis tampa nemaloni, galima pakeisti. Po 8 min. asmenys turi apsisieisti. Šios užduoties metu reikia galvoti apie kūno pojūčius, kai kitas atlieka švelnų kūno masažą, kodėl buvo pasirinkta ta kūno dalis. Kai asmuo kitam atlieka šiuos judesius, turi pagalvoti, kokios mintys ateina atliekant, koks jausmas kitam atlikti „pirštų lietu“. Bendrumas saugioje bendroje erdvėje dažnai gali padėti kurti santykius [39], o saugūs prisilietimai gali padėti įveikti baimę kito žmogaus prisilietimui.

Savimasažas atliekamas visam kūnui, pradedant nuo galvos ir einant iki pėdų. Savimasažas atliekamas šioms kūno dalims: galvai, veidui, kaklui, pečiams, krūtinei, pilvui, juosmeniui, šlaunims, blauzdoms ir pėdoms. Savimasažas atliekamas užsimerkus, grojant muzikai. Visos kūno dalys yra švelniai glostomos, tapšnojimas pirštų pagalvėlėmis, negalima labai stipriai trinti, žnybti ar kitaip sau sukelti skausmą, taip pat negalima matuoti savo kūno dalių apimčių. Kiekvienai kūno daliai yra skiriama apie minutę, pacientėms pranešama, kada reikia pereiti prie kitos kūno dalies. Viso užsiėmimo metu pacientėms vis reikia priminti pajauti, kaip norisi liesti tą kūno dalį, ar patinka toks lietimasis. Taip pat aptarimo metu po užduoties pacientės turi pasidalinti, kurią kūno dalį masažuoti patiko labiausiai, o kurią mažiausiai.

„Pasyvūs judesiai“ atliekami porose (A ir B). A guli ant nugaros, kol B pasyviai atlieka judesius su A kojomis ir rankomis. Pacientai yra apmokami, kaip taisyklingai laikyti galūnę ją judinant, kokius judesius galima atlikti. Po 8 min. pora apsikeičia. Užduoties metu pacientės turi pasistengti kuo daugiau atsipalaiduoti, kol joms atliekami pasyvūs judesiai. Reikia pagalvoti, kaip jaučiasi kūnas, kai kitas žmogus liečia, laiko galūnės visą svorį.

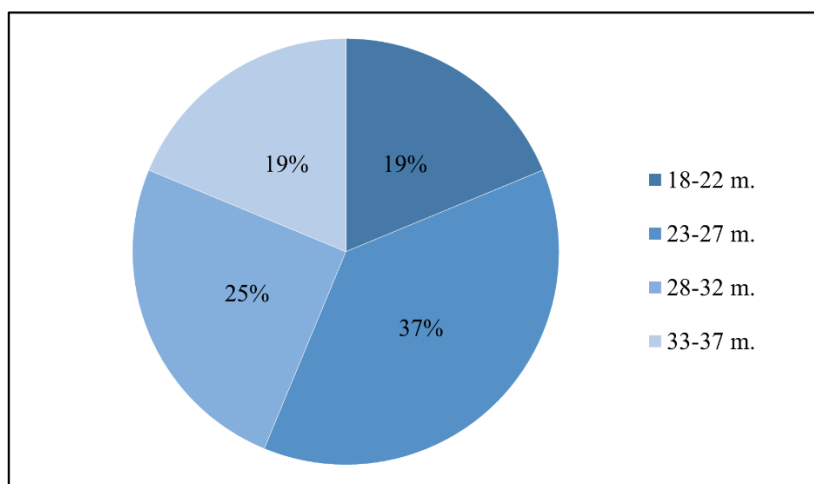
2.3. Statistinė duomenų analizė

Tyrimo rezultatai buvo apskaičiuojami su „Microsoft Excel programa. Buvo vertinami tiriamų duomenų vidurkiai bei standartiniai nuokrypiai, ar duomenys pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, tikrinama hipotezė. Normalumo sąlyga buvo tikrinama pagal eksceso ir asimetrijos koeficientus, vidurkių tarpusavio reikšmingumui nustatyti buvo naudojami dispersijų F testas ir vidurkių T testas. Jei gautoji p reikšmė buvo gauta mažesnė nei 0,05, duomenų skirtumas buvo laikomas statistiškai reikšmingu.

3. TYRIMO REZULTATAI

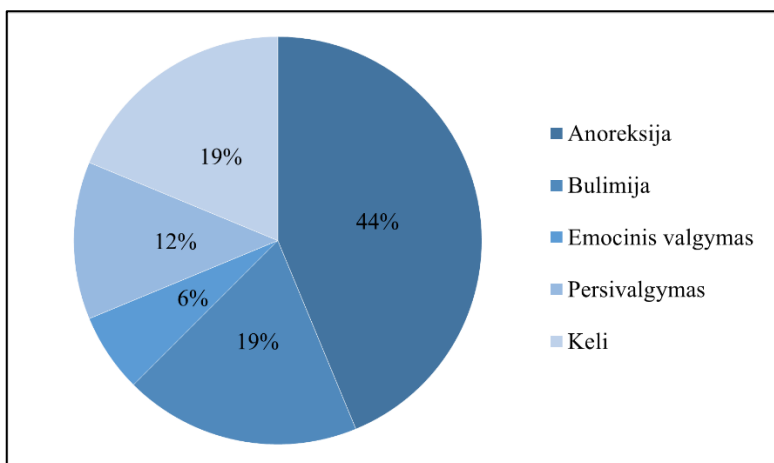
3.1. Tiriamieji

Tyrime dalyvavo 16 pacienčių, kurioms buvo diagnozuotas valgymo sutrikimas, jų vidutinis amžius buvo 26,88 ($\pm 5,34$). Tiriamųjų moterų amžius buvo 18-37 metų. Daugiausiai tiriamųjų buvo 23-27 amžiaus ribose – 37 proc. (1 pav.). Pacienčių KMI vidurkis tyrimo pradžioje 23,81 ($\pm 8,26$). Dviejų tiriamųjų KMI buvo mažesnis nei 18,5, šešios tiriamosios buvo normalaus kūno svorio (dviejų iš šių tiriamųjų svoris buvo ribinis, t. y. KMI apie 18,5), vienos tiriamosios KMI buvo I laipsnio nutukimo lygmenyje ir vienos III laipsnio nutukimo lygmenyje. Šešios tiriamosios negalėjo nurodyti savo svorio, todėl jų KMI nėra žinomas (gydymo įstaigoje pacientės gali pasirinkti, ar nori žinoti savo svorį svėrimo metu). Tiriamosios, kurių KMI buvo mažesnis nei 18,5 priklausė valgymo sutrikimų skyriaus ligoninėje gulinčių pacienčių grupei (SK grupė), tačiau dvi tiriamosios, kurių svoris buvo ribinis, priklausė valgymo skyriaus dienos stacionarą lankančių pacienčių grupei (DS grupė). Keturios tiriamosios, kurios negalėjo nurodyti savo svorio, priklausė SK grupei, o dvi priklausė DS grupei.

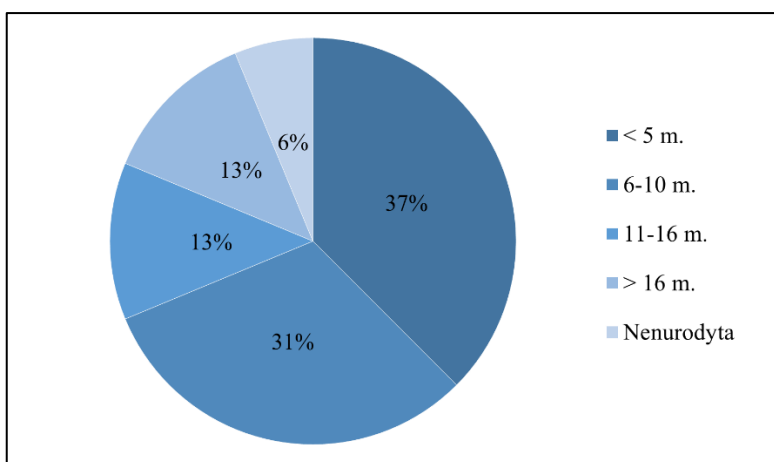


1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių

Tyrime dalyvavo pacientės, sergančios: anoreksija – septynios, bulimija – trys, emociniu valgymo sutrikimu – viena ir persivalgymu – dvi, trims pacientėms buvo diagnozuoti keli valgymo sutrikimai (procentinis tiriamųjų pasiskirstymas pagal turimą sutrikimą pateiktas 2 pav.). Dalyvavusių tiriamųjų ligos trukmė skyrėsi, trumpiausiai serganti tiriamoji informavo, jog turi valgymo sutrikimą aštuonis mėnesius (ji priklausė SK grupei), o ilgiausiai serganti tiriamoji – 20 metų (priklausė DS grupei). 3 pav. pavaizduotas procentinis tiriamųjų pasiskirstymas pagal ligos trukmę, išskiriant į penkias dalis: daugiausiai pacienčių buvo, kurių ligos trukmė iki penkių metų – šešios pacientės. Tik viena iš tiriamųjų negalėjo nurodyti savo ligos trukmės ir ji priklausė SK grupei.



2 pav. Procentinis tiriamųjų pasiskirstymas pagal valgymo sutrikimą

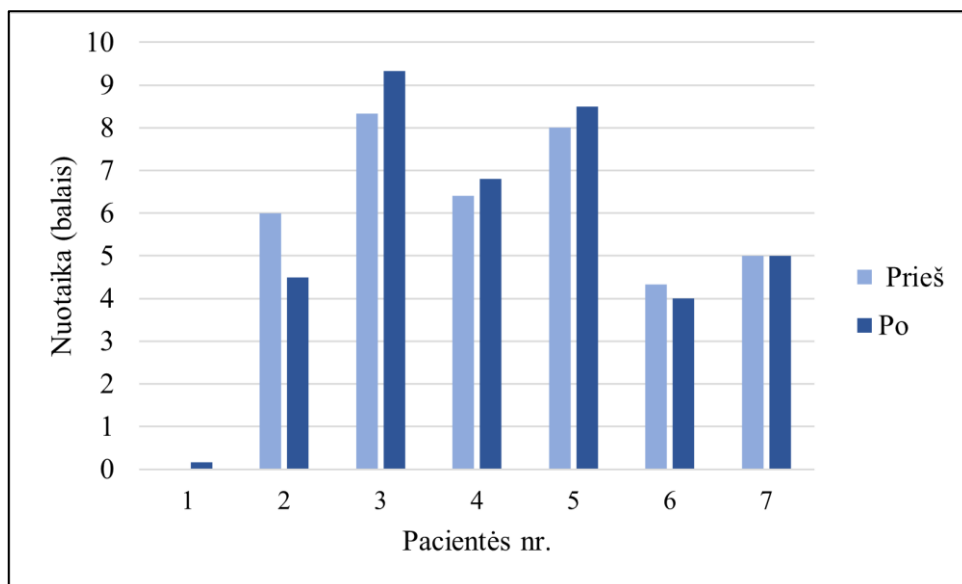


3 pav. Tiriamųjų nurodyta ligos trukmė

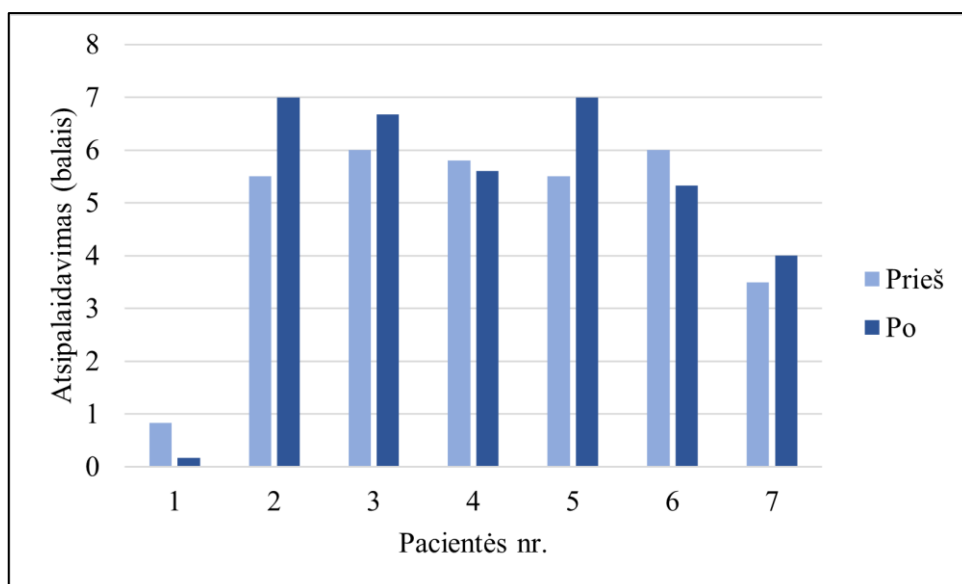
3.2. Psichomotorinės terapijos poveikio psichoemocinei būklei analizė

3.2.1. Skyriuje gulinčių pacienčių grupė

Kiekvienos pacientės rezultatai pateikti prieš ir po kiekvieno užsiėmimo (nuotaikos ir atsipalaidavimo vertinimas) buvo suvesti ir išvestas bendras visų užsiėmimų vidurkis. Kiekvienos pacientės rezultatai yra pateikti 4 pav. ir 5 pav.. Bendras visos grupės nuotaikos rezultatas prieš psichomotorinės terapijos užsiėmimą buvo 5,44 b. ($\pm 2,80$), o po 5,47 b. ($\pm 3,09$), atsipalaidavimo – prieš 4,73 b. ($\pm 1,93$), po 5,11 b. ($\pm 2,43$). Pokytis yra matomas ir nuotaikos, ir atsipalaidavimo rezultatuose prieš ir po užsiėmimo, tačiau šių rezultatų pokyčiai nėra statistiškai reikšmingi: nuovargio $p=0,98$, atsipalaidavimo $p=0,75$.



4 pav. SK grupės nuotaikos vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją



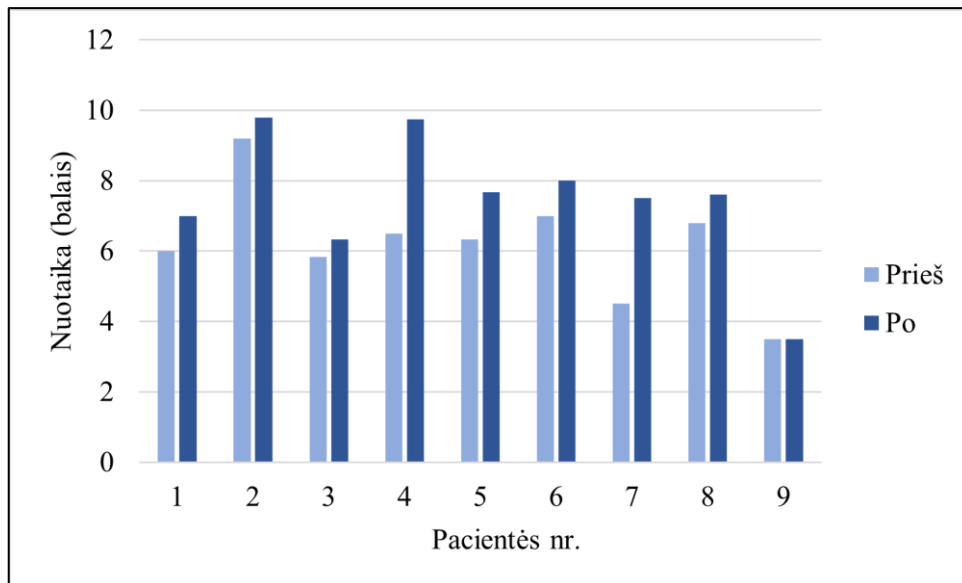
5 pav. SK grupės atsipalaidavimo vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją

Depresijos rezultatų pokytis pagal Burnso depresijos skalę vidutiniškai buvo -2,43 b. ($\pm 3,74$): prieš psichomotorinę terapiją vidurkis 71,29 b. ($\pm 14,42$), po šešių savaičių depresijos rezultato vidurkis buvo 68,86 b. ($\pm 14,69$). Tačiau šio depresijos rezultatų pokytis nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,76$). Depresijos skalės reikšmė pagal depresijos lygį: vienos pacientės rezultatai interpretuojami kaip vidutinė depresija, keturių pacienčių – sunki depresija, dviejų – itin sunki depresija. Depresijos lygis prieš ir po psichomotorinę terapiją nepakito, visų pacienčių lygis išliko toks pat.

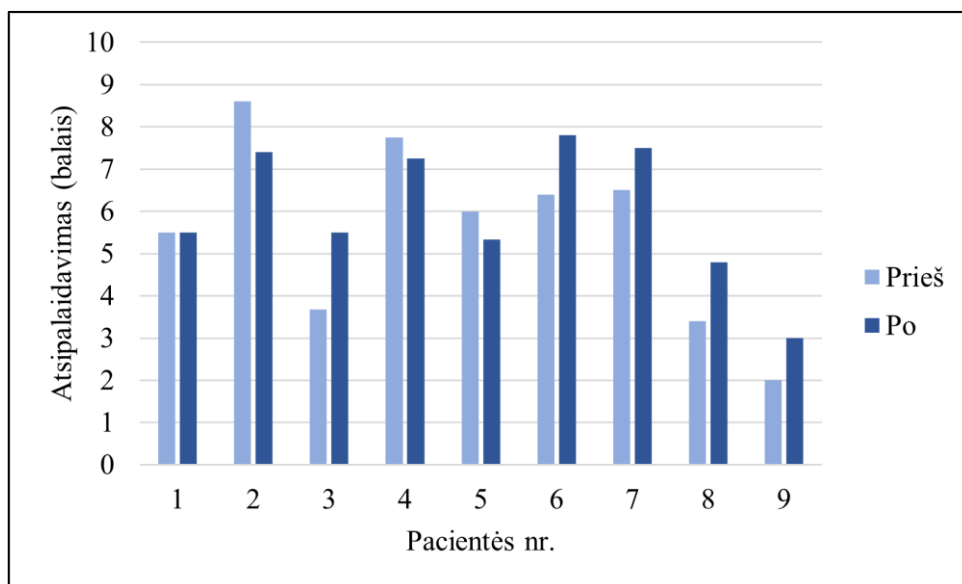
3.2.2. Dienos stacionarų lankančių pacienčių grupė

Nuotaikos ir atsipalaidavimo vertinimo prieš ir po psichomotorinės terapijos užsiėmimų rezultatai DS grupėje pateikti 6 pav. ir 7 pav. Bendras grupės rezultatas prieš terapijos užsiėmimą:

nuotaika – 6,18 b. ($\pm 1,60$), atsipalaidavimas – 5,54 b. ($\pm 2,14$); po terapijos užsiėmimo: nuotaika – 7,46 b. ($\pm 1,88$), atsipalaidavimas – 6,01 b. ($\pm 1,60$). Rezultatų pokytis prieš ir po psichomotorinės terapijos užsiėmimus yra matomas, tačiau jis nėra statistiškai reikšmingas: nuotaikos $p=0,14$, atsipalaidavimo $p=0,6$.



6 pav. DS grupės nuotaikos vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją



7 pav. DS grupės atsipalaidavimo vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją

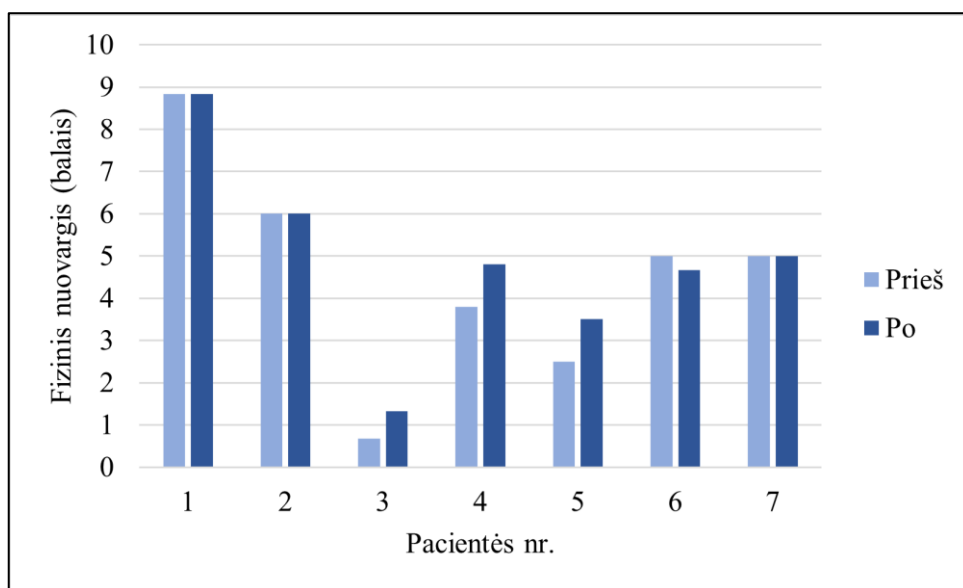
DS grupės depresijos lygio pagal Burnso depresijos skalę pokyčio vidurkis -3,78 b. ($\pm 3,23$). Pacienčių rezultato vidurkis prieš psichomotorinę terapiją 56,78 b. ($\pm 9,4$), po 53 b. ($\pm 7,3$). Prieš tyrimo intervenciją septynių pacienčių rezultatai buvo interpretuojami kaip sunki depresija, o dviejų pacienčių – vidutinė depresija. Po intervencijos penkių pacienčių rezultatai interpretuojami kaip sunki depresija ir keturių pacienčių – vidutinė depresija. Tačiau šie pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p=0,36$).

3.3. Psichomotorinės terapijos poveikio gyvenimo kokybei analizė

3.3.1. Skyriuje gulinčių pacienčių grupė

Fizinio nuovargio pokyčių vertinimo prieš psichomotorinę terapiją bendras rezultatas 4,54 b. ($\pm 2,60$), o po terapijos 4,88 b. ($\pm 2,29$) (atskiri pacienčių rezultatai nurodyti 8 pav.). Po psichomotorinės terapijos užsiėmimo yra matomas fizinio nuovargio pokytis, tačiau jis nėra statistiškai reikšmingas: $p=0,8$.

Vertinant rezultatus pagal nuovargio vertinimo skalę galima pastebėti, jog SK grupėje vidutiniškai pokytis buvo lygus nuliui balų ($\pm 2,77$), nes ir prieš, ir po intervencijos grupės vidurkis išliko vienodas: prieš 35,14 b. ($\pm 7,95$), po 35,14 b. ($\pm 7,82$). Pagal šią skalę gauti rezultatai taip pat nebuvo statistiškai reikšmingi ($p=1,0$)

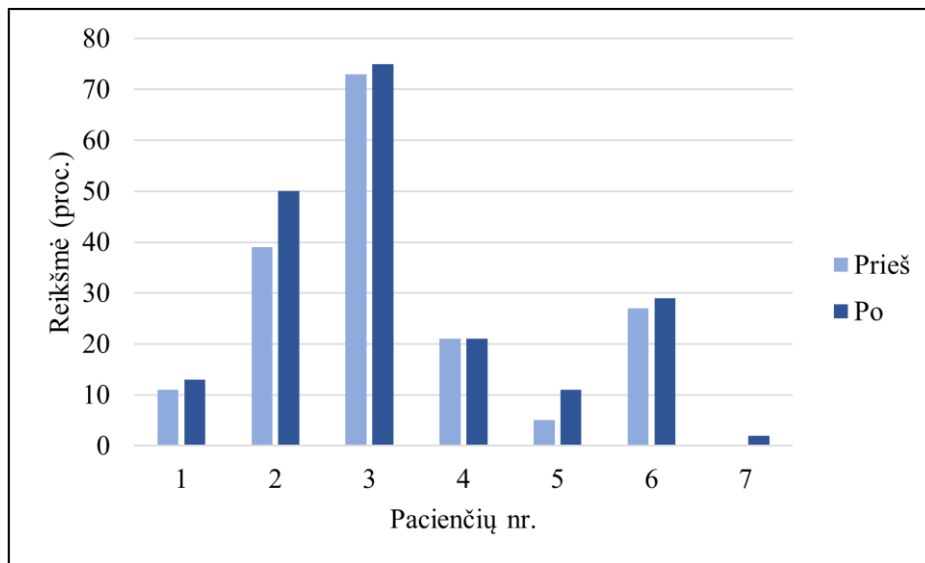


8 pav. SK grupės fizinio nuovargio vertinimo rezultatai prieš ir po psichomotorinę terapiją

Gyvenimo kokybės pasitenkinimo bendras grupės rezultatas balais prieš intervenciją 28,14 b. ($\pm 14,02$), o po 30,0 b. ($\pm 14,39$). Šių rezultatų pokyčio vidurkis 1,86 b. ($\pm 2,04$), tačiau pastebėtas pokytis nebuvo statistiškai reikšmingas $p=0,81$. Gyvenimo kokybės procentinio rezultato pokytis taip pat buvo teigiamas beveik visų pacienčių (vidurkis 3,57 b. ($\pm 3,74$)), išskyrus vienos pacientės pokytis buvo lygus nuliui balų (visų pacienčių rezultatų vidurkiai pateikti 9 pav.). Taip pat vienos pacientės bendras pasitenkinimas ir pasitenkinimas gyvenimu pakito nuo „prastai“ iki „vidutiniškai“, o vienos pacientės nuo „labai gerai“ į „gerai“.

Modifikuotos nuovargio poveikio skalės rezultatai vertinami trijose srityse. Nuovargio poveikio fizinei veiklai bendras SK grupės rezultatų vidurkis prieš intervenciją buvo 21,86 b. ($\pm 9,69$), o po intervencijos poveikio rezultatų vidurkis 20,71 b. ($\pm 9,98$). Šios srities vertinimo rezultatai neparodė statistiškai reikšmingų rezultatų ($p=0,83$). Taip pat buvo vertinamas nuovargio poveikis kognityvinei veiklai. Šių rezultatų vidurkis prieš intervenciją buvo 25,43 b. ($\pm 7,81$), po 24,57 b. ($\pm 8,54$). Matomas rezultatų vidurkių pokytis, kuris nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,85$). Trečioji vertinama sritis – nuovargio poveikis psichologinei veiklai. SK grupėje šie

rezultatai buvo statistiškai nereikšmingi ($p=1,0$). Ir prieš intervenciją, ir po rezultatų vidurkis išliko nepakitęs 5,57 b. ($\pm 1,51$). Šie rezultatai vienos pacientės sumažėjo rezultatas sumažėjo vienu balu, vienos pacientės padidėjo vienu balu, o likusių tiriamųjų išliko tokie patys.

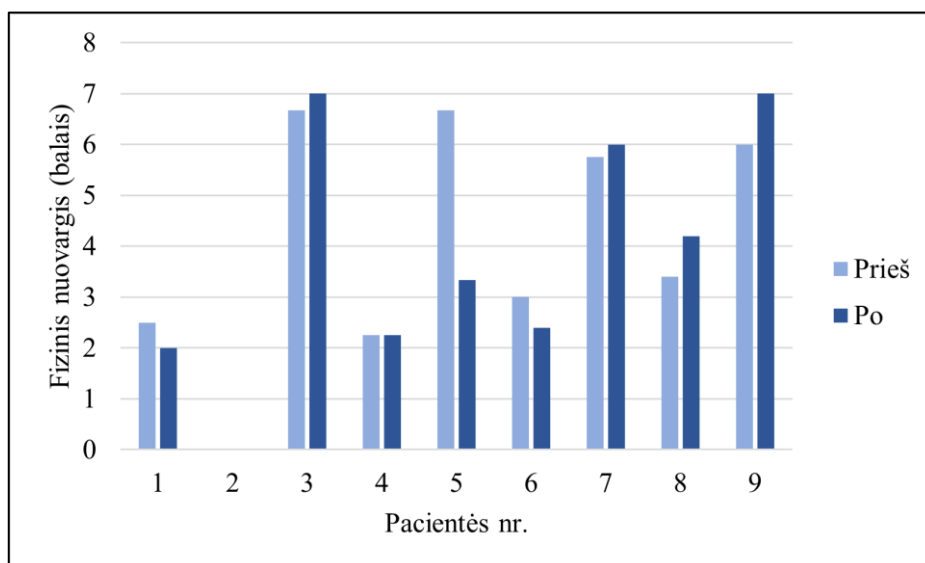


9 pav. SK grupės gyvenimo kokybės pasitenkinimas procentais prieš ir po intervencijos

3.3.2. Dienos stacionarą lankančių pacienčių grupė

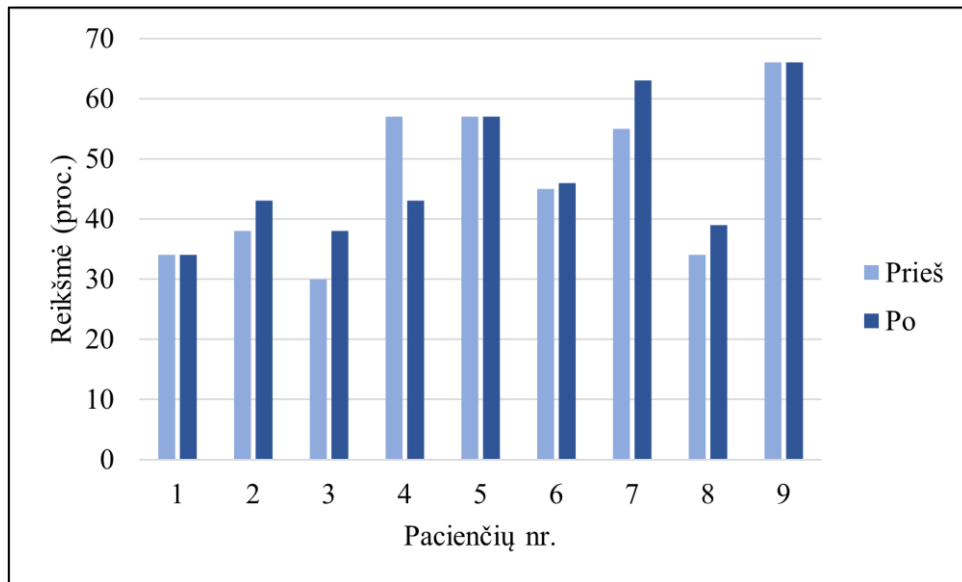
Fizinio nuovargio rezultatų prieš ir po psichomotorinės terapijos užsiėmimų rezultatų skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,84$). Bendras rezultatas prieš terapiją 4,03 b. ($\pm 2,345$), po terapijos 3,8 b. ($\pm 2,443$) (kiekvienos pacientės rezultatas yra pateiktas 10 pav.).

Analizuojant rezultatus pagal nuovargio vertinimo skalę galima matyti, jog pokytis vidutiniškai buvo -1,22 b. ($\pm 1,92$). Prieš psichomotorinės terapijos intervenciją grupės vidurkis buvo 32,0 b. ($\pm 3,57$), po vidurkis buvo lygus 30,78 b. ($\pm 4,06$), tačiau apskaičiuotas pokytis nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,51$).



10 pav. DS grupės fizinio nuovargio vertinimo rezultatas prieš ir po psichomotorinę terapiją

Gyvenimo kokybės pasitenkinimo bendras grupės pokyčio vidurkis 0,78 b. ($\pm 3,70$). Šių rezultatų vidurkis prieš psichomotorinę terapiją buvo 39,89 b. ($\pm 7,27$), o tai yra 46,22 proc. ($\pm 12,90$), o po 40,67 b. ($\pm 6,44$), kas procentinėje reikšmėje vidutiniškai yra 47,67 proc. ($\pm 11,51$). Rezultatų pokytis nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,81$), trijų pacienčių rezultatų pokytis buvo nulinis. Taip pat trijų pacienčių bendras pasitenkinimas ir pasitenkinimas gyvenimu pakito iš „prastai“ į „vidutiniškai“. Tiriamųjų rezultatai procentais pateikti 11 pav.



11 pav. DS grupės gyvenimo kokybės pasitenkinimas procentais prieš ir po intervencijos

Modifikuotos nuovargio poveikio fizinei veiklai DS grupės rezultatai prieš psichomotorinės terapijos intervenciją ir po intervencijos pakito. Prieš intervenciją grupės rezultatų vidurkis buvo 18,89 b. ($\pm 6,05$), po intervencijos 16,0 b. ($\pm 5,64$). Nuovargio poveikis fizinei veiklai buvo statistiškai nereikšmingas ($p=0,31$). Nuovargio poveikis kognityvinei veiklai taip pat nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,98$). Šio poveikio rezultatų vidurkis prieš intervenciją buvo 21,22 b. ($\pm 8,6$), po intervencijos 21,11 b. ($\pm 8,49$). DS grupėje nuovargio poveikio pokytis psichologinei veiklai buvo matomas. Prieš intervenciją rezultatų vidurkis 5,44 b. ($\pm 1,81$), o po 5,22 b. ($\pm 1,86$), tačiau matomas rezultatų pasikeitimas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,80$).

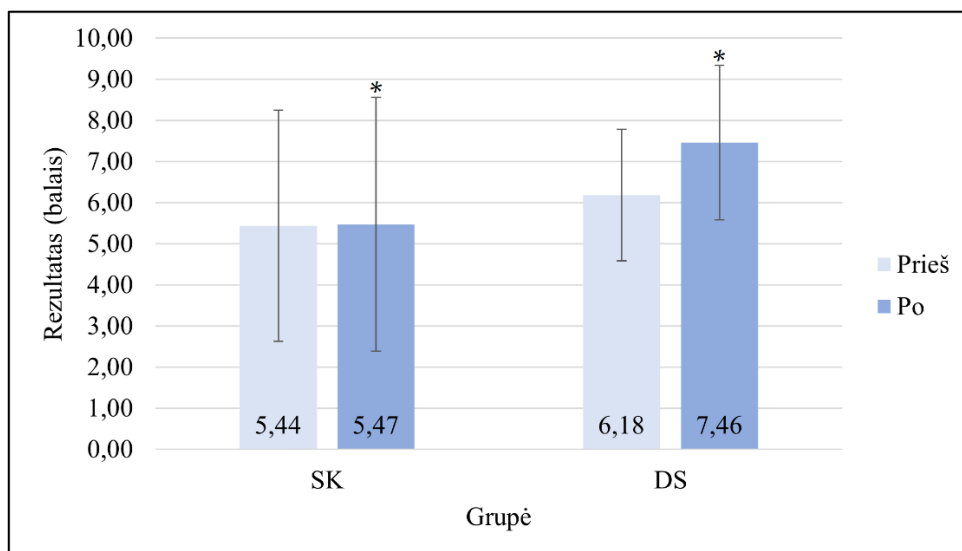
3.4. Psichomotorinės terapijos poveikio palyginimas grupėse

3.4.1. Psichomotorinės terapijos poveikis psichoemocinei būklei tiriamosiose grupėse

Prieš intervenciją vertinant nuotaikos rezultatus grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,51$). Vertinant rezultatų pokyčius po intervencijos, tarp grupių nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,03$). Grupių rezultatai prieš ir po intervencijos pateikti 12 pav.

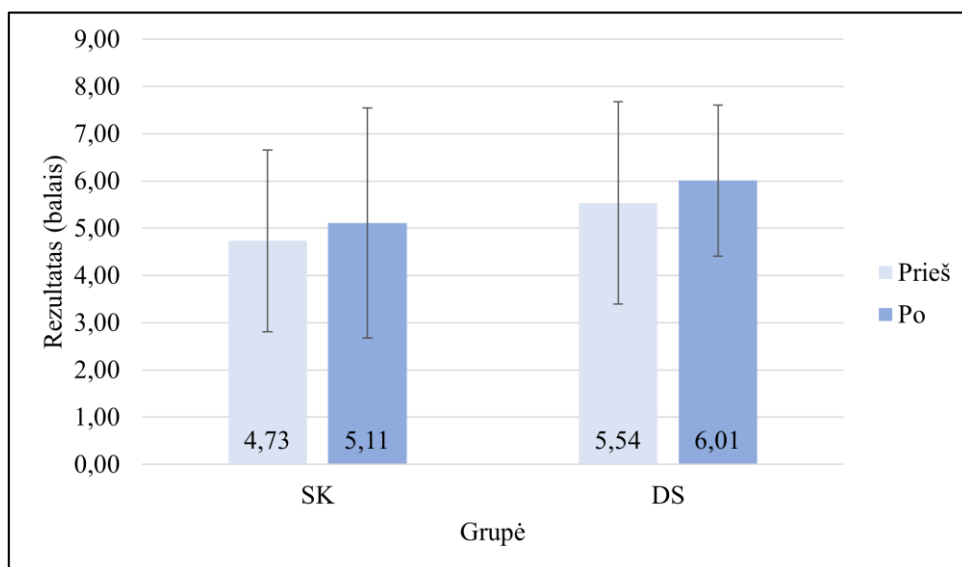
Vertinant atsipalaidavimo rezultatus grupėse prieš intervenciją jie statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,45$). Rezultatų pokyčius vertinant grupėse po intervencijos statistinis

reikšmingumas taip pat nebuvo nustatytas ($p=0,85$). Grupių rezultatai prieš ir po intervencijos pateikti 13 pav.



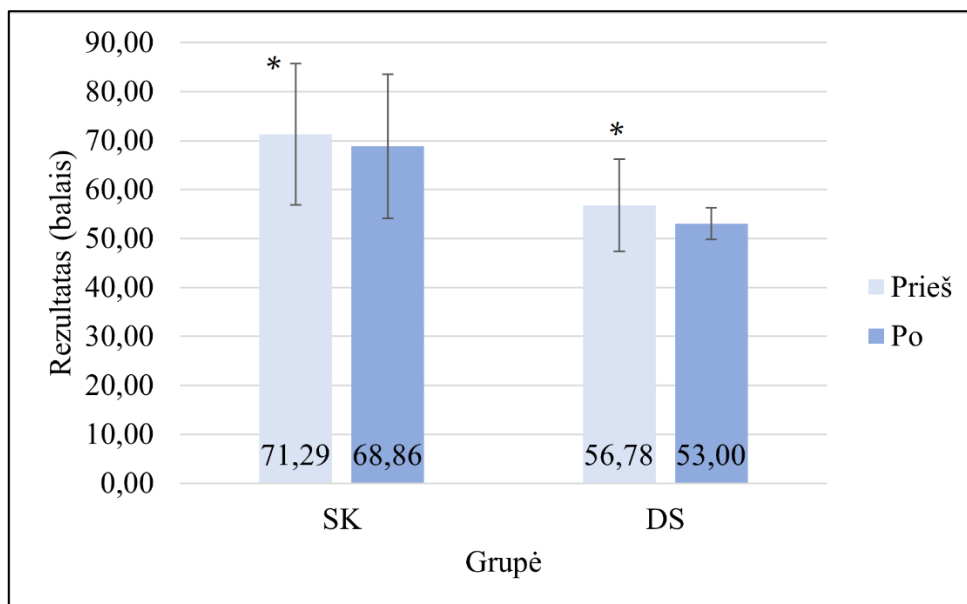
12 pav. Grupių nuotaikos rezultatai prieš ir po intervencijos

* - $p<0,05$, statistiškai reikšmingas rezultatų skirtumas grupėse prieš ir po intervencijos



13 pav. Grupių atsipalaidavimo rezultatai prieš ir po intervencijos

Prieš intervenciją vertinant depresijos skalės rezultatus grupės statistiškai reikšmingai skyrėsi ($p=0,03$). Vertinant rezultatų pokytį grupėse po intervencijos statistiškai reikšmingas skirtumas nebuvo nustatytas ($p=0,45$). Grupių rezultatai prieš ir po intervencijos pateikti 14 pav.



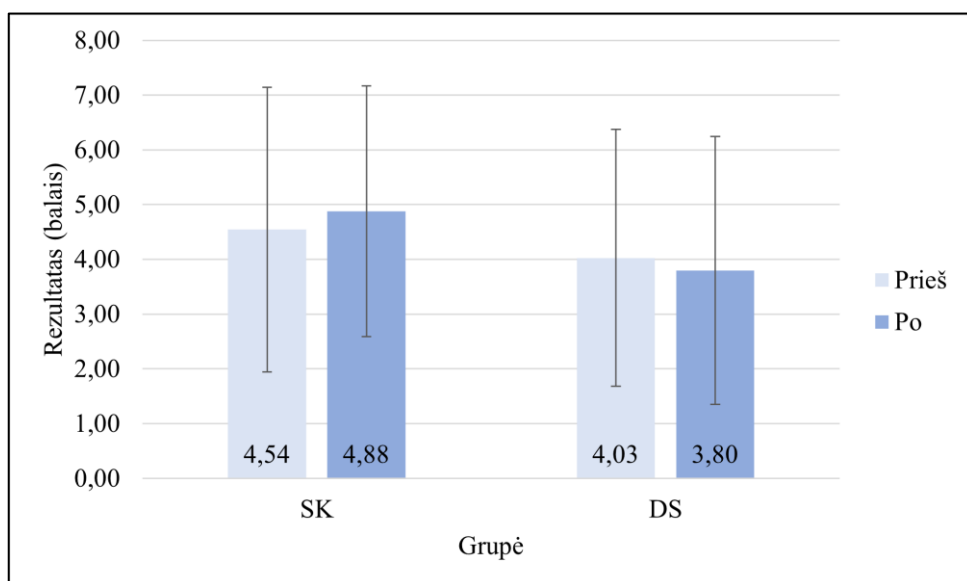
14 pav. Depresijos skalės rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos

* - $p < 0,05$, statistškai reikšmingas rezultatų skirtumas grupėse prieš ir po intervencijos

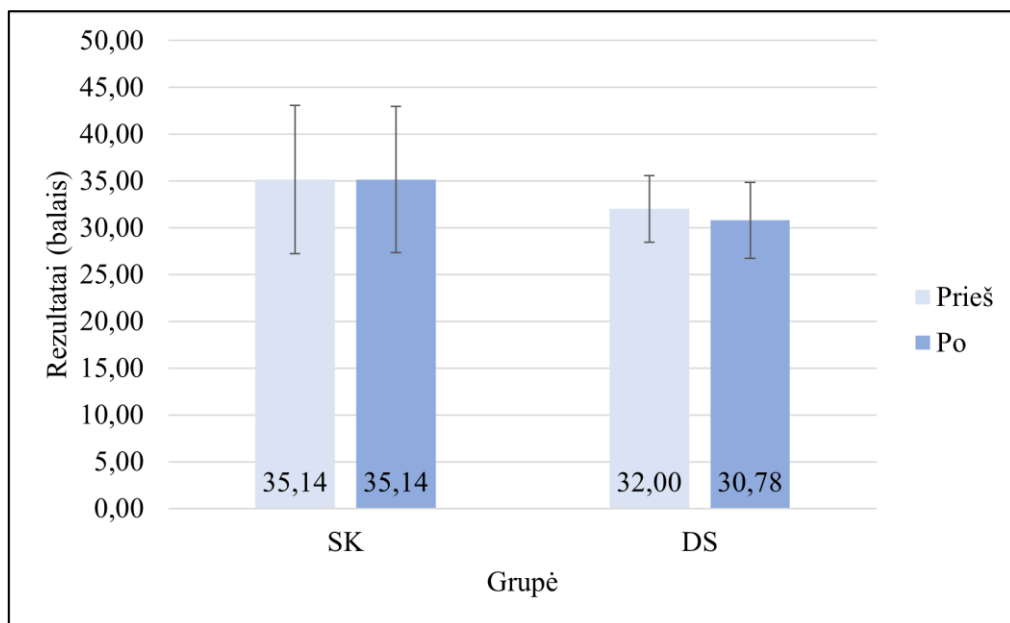
3.4.2. Psichomotorinės terapijos poveikis gyvenimo kokybei tiriamosiose grupėse

Analizuojant fizinio nuovargio rezultatus prieš intervenciją grupėse statistškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,68$). Vertinant rezultatus po intervencijos tarp grupių, rezultatai statistškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,3$). Grupių rezultatai pavaizduoti 15 pav.

Vertinant rezultatus pagal nuovargio vertinimo skalę prieš intervenciją grupėse nebuvo rastas statistškai reikšmingas skirtumas ($p=0,36$). Vertinant rezultatų pokyčius po intervencijos grupėse taip pat nebuvo rastas statistškai reikšmingas skirtumas ($p=0,31$). Grupių rezultatai prieš ir po intervencijos pateikti 16 pav.

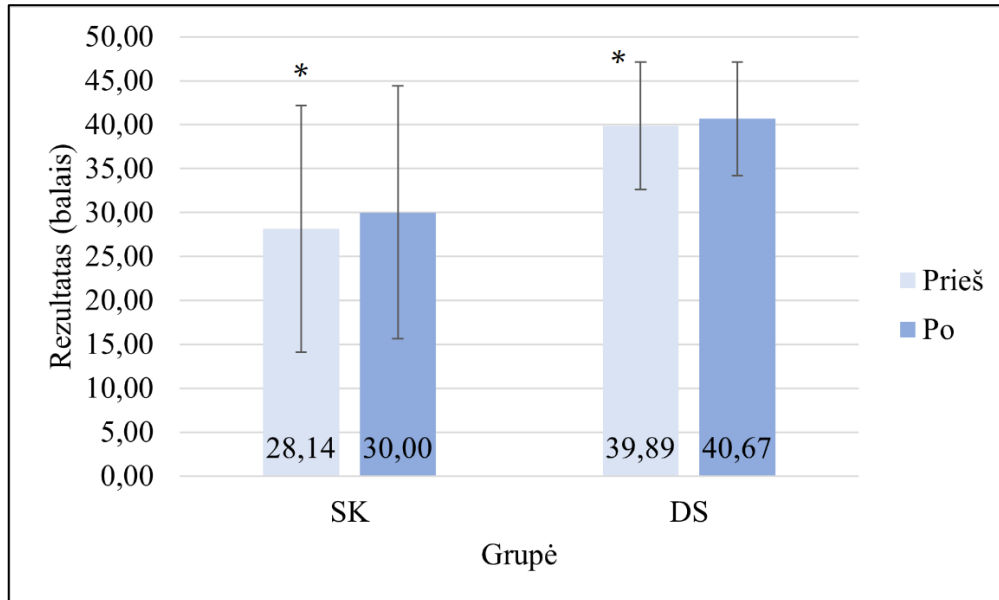


15 pav. Grupių fizinio nuovargio rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos



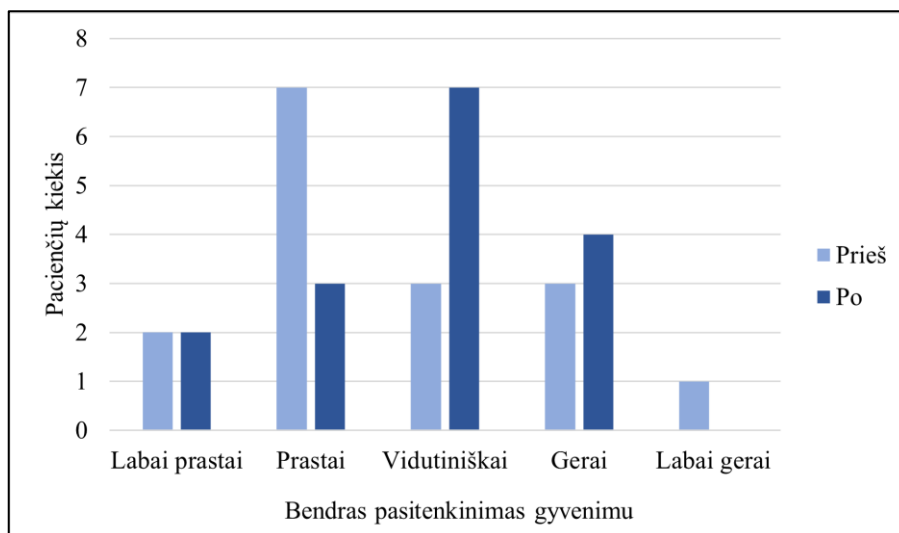
16 pav. Grupių nuovargio vertinimo rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos

Vertinant gyvenimo kokybės pasitenkinimo klausimyno rezultatus prieš intervenciją grupės skyrėsi statistiškai reikšmingai ($p=0,047$). Analizuojant rezultatų pokytį grupėse po intervencijos, rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,5$). Grupių rezultatas pateiktas 17 pav. Prieš intervenciją pasitenkinimas gyvenimu dažniausiai buvo vertinamas „prastai“, o po intervencijos dažniausiai vertinama „vidutiniškai“ (18 pav.).



17 pav. Gyvenimo kokybės pasitenkinimo rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos

* - $p<0,05$, statistiškai reikšmingas rezultatų skirtumas grupėse prieš ir po intervencijos

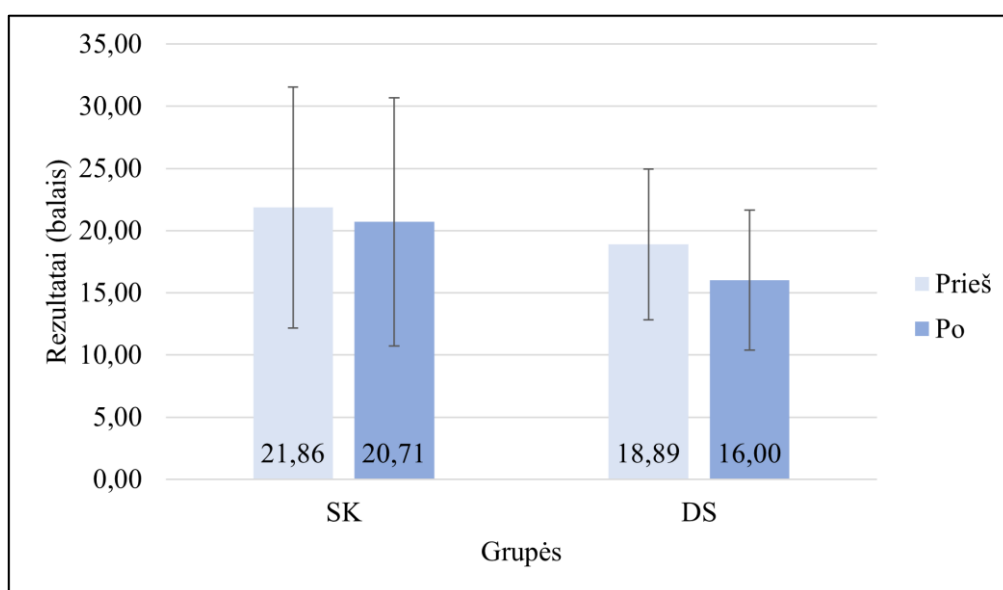


18 pav. Bendro pasitenkinimo rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos

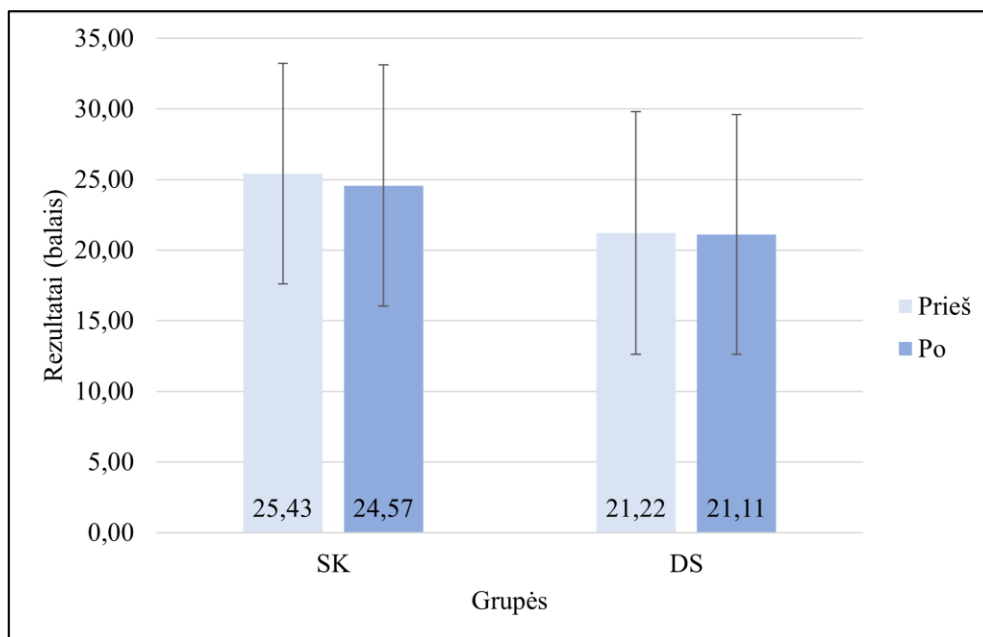
Analizuojant nuovargio poveikio rezultatus grupėse buvo nagrinėjamos trys sritys. Vertinant nuovargio poveikį fizinei veiklai prieš intervenciją grupės statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,46$). Vertinant rezultatų pokyčius po intervencijos grupėse statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo rasta ($p=0,05$). Nuovargio poveikio fizinei veiklai rezultatai pateikti 19 pav.

Vertinant nuovargio poveikį kognityvinei veiklai rezultatai prieš intervenciją grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,33$). Analizuojant poveikio rezultatus po intervencijos grupių rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,27$). Nuovargio poveikio kognityvinei veiklai rezultatai pateikti 20 pav.

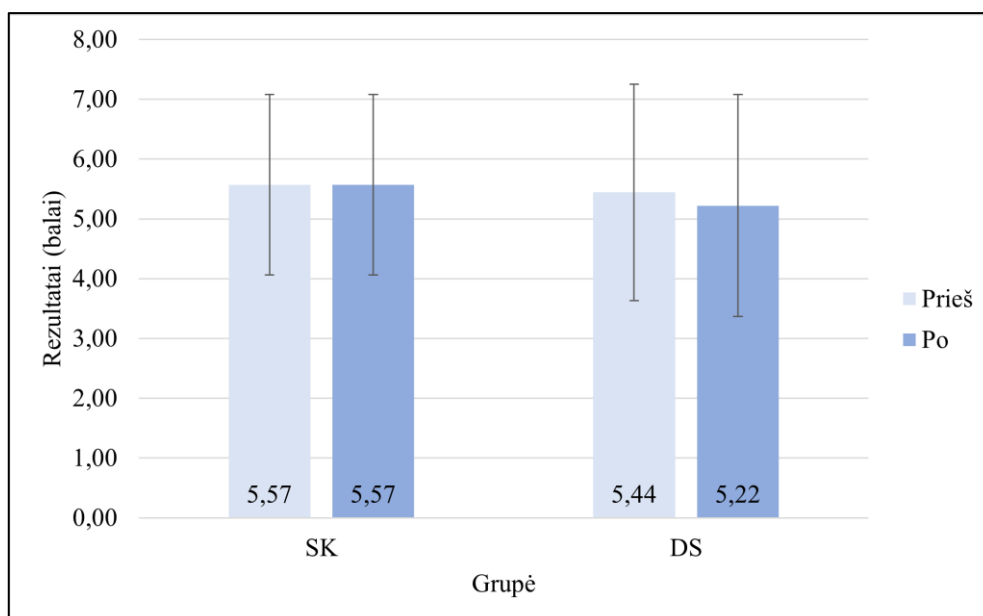
Analizuojant nuovargio poveikio psichologinei veiklai rezultatus grupėse prieš intervenciją statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ($p=0,88$). Vertinant rezultatų pokytį po intervencijos grupės statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,4$). Nuovargio poveikio psichologinei veiklai rezultatai pateikti 21 pav.



19 pav. Nuovargio poveikio fizinei veiklai rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos



20 pav. Nuovargio poveikio kognityvinei veiklai rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos



21 pav. Nuovargio poveikio psichologinei veiklai rezultatai grupėse prieš ir po intervencijos

4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo rezultatai parodė, jog psichomotorinės terapijos poveikio rezultatai turi didėjimo tendencija, tačiau šiame tyrime jie nebuvo statistiškai reikšmingi. Lyginant šio tyrimo rezultatus su kitais autoriais galime pastebėti, jog kiti tyrimai parodė statistiškai reikšmingesnius rezultatus. T. F. Mathisen ir kitų tyrime fizinių pratimų ir mitybos terapija lygiai taip pat kaip ir kognityvinė terapija palengvino nervinės bulimijos ir persivalgymo simptomus, pagerino bendrą gerovę ir psichosocialinę būklę [10]. Tačiau B. Meekums ir kiti savo tyrime [41] nagrinėjo šokio – judesio terapijos poveikį depresijai. Autorių analizuojami tyrimai neparodė statistiškai reikšmingų rezultatų, įrodymai žemos arba labai žemos kokybės. Tyrimo autoriai taip pat teigė, jog analizuojami tyrimai turėjo per mažai tiriamųjų, jog rezultatai būtų statistiškai reikšmingi.

Atlikto tyrimo rezultatų reikšmingumui įtakos galėjo turėti mažas tiriamųjų kiekis. D. Vancampfort ir kiti taip pat išnagrinėjo, jog pagrindiniai metodologiniai trūkumai lemiantys statistinio reikšmingumo nebuvimą buvo mažos imtys [5]. Taip pat M. Savidaki ir kiti tyrime ištyrė 14 pacienčių [36] ir šiame tyrime taip pat nebuvo statistiškai reikšmingų rezultatų. Kitame tyrime, kurį atliko S. Koch ir kiti [42], buvo pastebėtas šokio – judesio terapijos statistiškai reikšmingas teigiamas poveikis ($p < 0,05$) gyvenimo kokybei, kūno vaizdo suvokimui, nuotaikai, depresijai, nerimui. Šiame tyrime buvo atlikta meta analizė, kurios analizuojamuose moksliniuose tyrimuose dalyvių skaičius buvo 80-300. Galime pastebėti, jog tyrimų dalyvių skaičius yra didesnis nei anksčiau minėtų tyrimų ir šio atlikto tyrimo, kas galėjo turėti įtakos rezultatų reikšmingumui.

Atliktas tyrimas buvo per du mėnesius, o intervencija pacientėms buvo taikoma šešias savaites. Neilgas intervencijos laikas galėjo turėti įtakos rezultatų reikšmingumui. M. Danielson ir kitų autorių atliktame 15 metų tyrime buvo pastebėta, jog prižiūrima mankštos programa pacientams, sergantiems valgymo sutrikimais, būtų naudingas esamo gydymo papildymas [7]. Šių autorių tyrime taip pat buvo taikoma panaši intervencija, į kurią įėjo relaksacija, kūno suvokimo grupės ir į kūną orientuota terapija, veikla lauke (pavyzdžiui, pasivaikščiojimas), todėl šis tyrimas galėjo parodyti statistiškai reikšmingesnius rezultatus dėl ilgesnės tyrimo trukmės bei ilgesnių intervencijos laikotarpių: tyrime intervencija buvo atliekama etapais (pirmame etape intervencija taikoma apie dvi savaites, antrame etape nėra nurodyto tikslaus savaitžių skaičiaus, o trečias etapas pradedamas likus šešioms savaitėms iki išrašymo). Tikslaus laikotarpio, po kurio intervencijos rezultatai būtų statistiškai reikšmingi, sunku nustatyti. M. Savidaki ir kiti tyrime ištyrė šokio – judesio terapijos poveikį valgymo sutrikimus turintiems asmenims [36], tačiau jokių statistiškai reikšmingų rezultatų nebuvo rasta po 14 savaitžių intervencijos.

Tyrimo rezultatų statistiniam reikšmingumui amžius įtakos neturėjo. Kitų autorių tyrimuose amžius taip pat neturėjo statistiškai reikšmingo poveikio. Taikant fizinių pratimų treniruotes labai

jauno amžiaus (12-16 m.) pacientams, sergantiems anoreksija, jokio reikšmingo treniruočių poveikio su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei ($p > 0,05$) nebuvo nustatyta [52]. Panašios išvados nustatytos ir vyresnio amžiaus pacientams (>29 m.), kuriems nustatyta nervinė anoreksija ($p \geq 0,05$) [53]. M. Danielson ir kitų autorių atliktame tyrime [7] pacientų amžius buvo >18 m. ir gauti rezultatai buvo statistiškai reikšmingi. Taip pat šiame tyrime [7] visos tiriamosios gyveno gydymo įstaigoje viso gydymo metu, o atliktame tyrime buvo dvi tiriamosios grupės. Tyrimo hipotezė pasitvirtino iš dalies. Nustatyti dienos stacionarą lankančių pacienčių statistiškai reikšmingai geresni nuotaikos pokyčio rezultatai nei skyriuje gulinių pacienčių. Tačiau tai yra tik vienas iš psichoemocinės būklės požymių, o statistiškai reikšmingo poveikio gyvenimo kokybei nepavyko nustatyti.

Atlikto tyrimo rezultatams galėjo turėti įtakos mažas tiriamųjų skaičius, kuris kituose efektyvesniuose tyrimuose buvo žymiai didesnis. Taip pat intervencijos trukmė turi įtakos tyrimo rezultatų pokyčio statistiniam reikšmingumui. Kitų tyrimų metu reikėtų atsižvelgti intervencijos trukmę ir tiriamųjų imtį, kad pastebėti, koks psichomotorinės terapijos poveikis yra be šių trūkumų.

5. IŠVADOS

1. Psichomotorinė terapija neturėjo statistiškai reikšmingo poveikio valgymo sutrikimus turinčių asmenų psichoemocinei būklei.
2. Psichomotorinės terapijos poveikis valgymo sutrikimus turinčių asmenų gyvenimo kokybei nebuvo statistiškai reikšmingas.
3. Lyginant psichomotorinės terapijos poveikio rezultatus grupėse, nustatyti statistiškai reikšmingai geresni nuotaikos pokyčio rezultatai dienos stacionarą lankančių pacienčių grupėje.

6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS / DARBO PRAKTINĖ REIKŠMĖ

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad psichomotorinė terapija turi poveikį rezultatų didėjimo tendencijai valgymo sutrikimus turintiems asmenims, tačiau šis didėjimas nėra statistiškai reikšmingas. Norint padidinti psichomotorinės terapijos efektyvumą, galima būtų padidinti psichomotorinės terapijos užsiėmimų kiekį per savaitę. Taip pat ilgesnė intervencijos trukmė (> šešios savaitės) gali turėti statistiškai reikšmingesnį poveikį valgymo sutrikimus turintiems asmenims.

Šis tyrimas bus naudingas pradedantiesiems specialistams, kurie anksčiau nėra dirbę su valgymo sutrikimus turinčiais asmenimis. Tai gali padėti parinkti fizinio aktyvumo programą, prisidedančią prie šių asmenų psichoemocinės ir fizinės būklės bei gyvenimo kokybės gerinimo. Taip pat šis tyrimas gali padėti valgymo sutrikimus turintiems asmenims suprasti dozuoto fizinio krūvio poveikį ir skatinti jų motyvaciją lankyti psichomotorinės terapijos užsiėmimus ar savarankiškai tęsti namuose.

7. APRIBOJIMAI

Šis tyrimas taip pat turėjo apribojimų. Tyrime dalyvavusių tiriamųjų skaičius buvo mažas, tai galėjo turėti įtakos rezultatų reikšmingumui. Taip pat ilgesnė tyrimo trukmė galėtų padėti pastebėti reikšmingesnę poveikį, nes valgymo sutrikimų gydymas yra ilgas, pacientės dažnai kartoja gydymą kelis kartus. Rezultatams taip pat galėjo turėti įtakos psichomotorinės terapijos užsiėmimų kiekis. Užsiėmimai vedami dažniau nei vieną kartą per savaitę gali turėti didesnę įtaką valgymo sutrikimus turintiems asmenims. Taip pat atliekant kitą tyrimą reikėtų įtraukti papildomas skales, kurios padėtų geriau atskleisti valgymo sutrikimų sukeltus padarinius ir jų pokytį.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt. Eating disorders. *Lancet* 2020;395:899–911.
2. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern. Med. J.* 2020;50:24–9.
3. Brunet J, Del Duchetto F, Wurz A. Physical activity behaviors and attitudes among women with an eating disorder: a qualitative study. *J. Eat. Disord.* 2021;9:20.
4. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, et al. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Braz. J. Psychiatry* 2020;43:314–23.
5. Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Soundy A, Adámkova M, Skjaerven LH, et al. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil. Rehabil.* 2014;36:628–34.
6. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2015;24:177–96.
7. Danielsen M, Rø Ø, Bjørnelv S. How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders: fifteen years of clinical experience and research. *J. Eat. Disord.* 2018;6:34.
8. Martenstyn JA, Aouad P, Touyz S, Maguire S. Treatment of compulsive exercise in eating disorders and muscle dysmorphia: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2022;29:143–61.
9. Dittmer N, Jacobi C, Voderholzer U. Compulsive exercise in eating disorders: proposal for a definition and a clinical assessment. *J. Eat. Disord.* 2018;6:42.
10. Mathisen TF, Rosenvinge JH, Friberg O, Vrabel K, Bratland-Sanda S, Pettersen G, et al. Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *Int. J. Eat. Disord.* 2020;53:574–85.
11. Probst M, Knapen J, Poot G, Vancampfort D. Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *Open Complement. Med. J.* 2010;2:105–13.
12. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am. J. Clin. Nutr.* 2019;109:1402–13.
13. Lavis A, McNeil S, Bould H, Winston A, Reid K, Easter CL, et al. Self-Harm in Eating Disorders (SHINE): a mixed-methods exploratory study. *BMJ Open* 2022;12:e065065.
14. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry* 2015;2:1099–111.
15. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 2017;47:85–94.
16. Wade TD. Recent Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2019;42:21–32.

17. Ekim A, Ocakci AF. Emotional eating: Really hungry or just angry? *J. Child Health Care Prof. Work. Child. Hosp. Community* 2021;25:562–72.
18. Konttinen H, van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2019;16:28.
19. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients* 2017;9:1274.
20. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur. J. Intern. Med.* 2011;22:153–60.
21. Bucharová M, Malá A, Kantor J, Svobodová Z. Arts Therapies Interventions and Their Outcomes in the Treatment of Eating Disorders: Scoping Review Protocol. *Behav. Sci.* 2020;10:188.
22. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. Binge eating among the obese: a descriptive study. *J. Behav. Med.* 1992;15:155–70.
23. Ruscitti C, Rufino K, Goodwin N, Wagner R. Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personal. Disord. Emot. Dysregulation* 2016;3:3.
24. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr. Psychiatry* 2014;55:565–71.
25. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr. Psychiatry Rep.* 2012;14:406–14.
26. Nagata S, McCormick B, Brusilovskiy E, Zisman-Ilani Y, Wilson S, Snethen G, et al. Emotional states associated with being in the community and being with others among individuals with serious mental illnesses. *Am. J. Orthopsychiatry* 2021;91:1–8.
27. Quesnel DA, Cooper M, Fernandez-del-Valle M, Reilly A, Calogero RM. Medical and physiological complications of exercise for individuals with an eating disorder: A narrative review. *J. Eat. Disord.* 2023;11:3.
28. American Heart Association. About arrhythmia. 2016;
29. El Ghoch M, Soave F, Calugi S, Dalle Grave R. Eating Disorders, Physical Fitness and Sport Performance: A Systematic Review. *Nutrients* 2013;5:5140–60.
30. Vandereycken W, Depreitere L, Probst M. Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *Am. J. Psychother.* 1987;41:252–9.
31. Schlegel S, Hartmann A, Fuchs R, Zeeck A. The Freiburg sport therapy program for eating disordered outpatients: a pilot study. *Eat. Weight Disord. - Stud. Anorex. Bulim. Obes.* 2015;20:319–27.
32. Bratland-Sanda S, Mathisen TF, Sundgot-Borgen J, Rosenvinge JH. Defining compulsive exercise in eating disorders: acknowledging the exercise paradox and exercise obsessions. *J. Eat. Disord.* 2019;7:8.

33. Quesnel DA, Cook B, Caperchione C. Guiding Principles to Inform Future Exercise Protocols for Eating Disorder Treatment. *Health Fit. J. Can.* 2020;13:3–15.
34. Mathisen TF, Sundgot-Borgen J, Bulik CM, Bratland-Sanda S. The neurostructural and neurocognitive effects of physical activity: A potential benefit to promote eating disorder recovery. *Int. J. Eat. Disord.* 2021;54:1766–70.
35. Ng LWC, Ng DP, Wong WP. Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy* 2013;99:1–11.
36. Savidaki M, Demirtoka S, Rodríguez-Jiménez RM. Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. *J. Eat. Disord.* 2020;8:22.
37. Röhricht F. Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders – an overview. *Body Mov. Dance Psychother.* 2015;10:51–67.
38. Serlin IA. Dance/Movement Therapy: A Whole Person Approach to Working with Trauma and Building Resilience. *Am. J. Dance Ther.* 2020;42:176–93.
39. Levine B, Land HM. A Meta-Synthesis of Qualitative Findings About Dance/Movement Therapy for Individuals With Trauma. *Qual. Health Res.* 2016;26:330–44.
40. Martinec R. Dance Movement Therapy in the Wider Concept of Trauma Rehabilitation. *J. Trauma Rehabil.* 2018;1:1.
41. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015;2015:CD009895.
42. Koch S, Kunz T, Lykou S, Cruz R. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *Arts Psychother.* 2014;41:46–64.
43. Burns DD. *The feeling good handbook*. Rev. ed. New York, N.Y., U.S.A: Plume; 1999.
44. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol. Bull.* 1993;29:321–6.
45. Vries JD, Michielsen HJ, Heck GLV. Assessment of fatigue among working people: a comparison of six questionnaires. *Occup. Environ. Med.* 2003;60:i10–5.
46. Larson RD. Psychometric Properties of the Modified Fatigue Impact Scale. *Int. J. MS Care* 2013;15:15–20.
47. Michael Cheng. *The Ottawa Mood Scales*. Ott. Michael Cheng 2011;
48. Al Salman A, St Clair Gibson A, Micklewright D. The Rating of Fatigue Scale (ROF). *Med. Sci. Sports Exerc.* 2013;45:282–282.
49. Edwards J. *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford University Press; 2016.
50. Mintarsih RA, Azizah BSI. *Mirroring Exercise: Dance/Movement Therapy for Individuals with Trauma*. Atlantis Press; 2020;132–8.
51. Tavormina R, Tavormina MGM, Nemoianni E. The advantages of 'Dance-group' for psychotic patients. *Psychiatr. Danub.* 2014;26 Suppl 1:162–6.

52. del Valle MF, Pérez M, Santana-Sosa E, Fiuza-Luces C, Bustamante-Ara N, Gallardo C, et al. Does resistance training improve the functional capacity and well being of very young anorexic patients? A randomized controlled trial. *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* 2010;46:352–8.
53. Thien V, Thomas A, Markin D, Birmingham CL. Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2000;28:101–6.

PRIEDAI

1 priedas. TIRIAMOJO APKLAUSOS ANKETA

Amžius: _____

Ūgis: _____

Svoris (jei nežinote, palikite laukelį tuščią): _____

Valgymo sutrikimas: _____

Ligos trukmė (mėnesiai/metai): _____

Atidžiai perskaitykite kiekvieną teiginį ir kiekvieną atsakymą įvertinkite vienu iš balų.

Atsakydama į šiuos klausimus galvokite apie pastarąjį mėnesį arba kelias savaites.

	0 – Visai ne	1 - Retai	2 - Vidutiniškai	3 - Dažnai	4 – Labai dažnai
Liūdnas ar be nuotaikos	☐	☐	☐	☐	☐
Nelaimingas arba nusiminęs	☐	☐	☐	☐	☐
Verkimo priepuoliai arba veiksmingumas	☐	☐	☐	☐	☐
Netekęs pasitikėjimo savo jėgomis	☐	☐	☐	☐	☐
Beviltiškumo jausmas	☐	☐	☐	☐	☐
Žema savivertė	☐	☐	☐	☐	☐
Jausmas, kad esu menkesnis ar prastesnis nei kiti	☐	☐	☐	☐	☐
Kaltė arba gėda	☐	☐	☐	☐	☐
Polinkis save kritikuoti arba kaltinti	☐	☐	☐	☐	☐
Sunkumai priimant sprendimus	☐	☐	☐	☐	☐
Dingęs susidomėjimas šeima, draugais ir kolegomis	☐	☐	☐	☐	☐
Vieništumo jausmas	☐	☐	☐	☐	☐
Mažiau laiko praleidžiama su šeima ir draugais	☐	☐	☐	☐	☐
Motyvacijos praradimas	☐	☐	☐	☐	☐
Dingęs susidomėjimas darbu bei kitokia veikla	☐	☐	☐	☐	☐
Darbo bei kitokios veiklos vengimas	☐	☐	☐	☐	☐
Prarastas malonumo bei pasitenkinimo gyvenimu jausmas	☐	☐	☐	☐	☐
Nuovargis	☐	☐	☐	☐	☐
Sunkiai užmiegu arba pernelyg daug miegu	☐	☐	☐	☐	☐
Nukritęs arba labai padidėjęs apetitas	☐	☐	☐	☐	☐
Dingęs seksualinis potraukis	☐	☐	☐	☐	☐
Susirūpinimas sveikata	☐	☐	☐	☐	☐
Ar turite minčių apie savižudybę?	☐	☐	☐	☐	☐

Ar norėtumėte baigti savo gyvenimą?	☐	☐	☐	☐	☐
Ar turite planų fiziškai save žaloti?	☐	☐	☐	☐	☐

Atsižvelgdama į viską, kiek per pastarąją savaitę buvote patenkinta savo...

	Labai prastai	Prastai	Vidutiniškai	Gera	Labai gerai
...fizinė sveikata?	☐	☐	☐	☐	☐
...nuotaika?	☐	☐	☐	☐	☐
...darbu?	☐	☐	☐	☐	☐
...namų ūkio veikla?	☐	☐	☐	☐	☐
...socialiniais santykiais?	☐	☐	☐	☐	☐
...šėimos santykiais?	☐	☐	☐	☐	☐
...laisvalaikio veiklomis?	☐	☐	☐	☐	☐
...gebėjimu funkcionuoti kasdieniame gyvenime?	☐	☐	☐	☐	☐
...seksualiniu potraukiu, susidomėjimu ir (arba) efektyvumu?	☐	☐	☐	☐	☐
...ekonominė padėtimi?	☐	☐	☐	☐	☐
...gyvenamąją ir (arba) būsto padėtimi?	☐	☐	☐	☐	☐
...gebėjimu fiziškai judėti be svaigulio, nestabilumo ar kritimo?	☐	☐	☐	☐	☐
...gebėjimu dirbti ar užsiimti pomėgiais?	☐	☐	☐	☐	☐
...bendru geros savijautos jausmu?	☐	☐	☐	☐	☐
...vaisiais (jei negeriate šį laukelį palikite tuščią)?	☐	☐	☐	☐	☐
Kaip įvertintumėte savo bendrą pasitenkinimą ir pasitenkinimą gyvenimu per pastarąją savaitę?	☐	☐	☐	☐	☐

Šie 10 teiginių nurodo, kaip paprastai jaučiatės. Prie kiekvieno teiginio galite pasirinkti vieną iš penkių atsakymų kategorijų - nuo niekada iki visada.

	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada
Mane vargina nuovargis	☐	☐	☐	☐	☐
Labai greitai pavargstu	☐	☐	☐	☐	☐
Dienos metu nedaug ką veikiu	☐	☐	☐	☐	☐
Turiu pakankamai energijos kasdieniam gyvenimui	☐	☐	☐	☐	☐
Fiziškai jaučiuosi išsekusi	☐	☐	☐	☐	☐
Turiu problemų pradedant dalykus	☐	☐	☐	☐	☐
Man sunku aiškiai mąstyti	☐	☐	☐	☐	☐
Nejaučiu jokio noro ką nors daryti	☐	☐	☐	☐	☐
Psichologiškai jaučiuosi išsekusi	☐	☐	☐	☐	☐
Kai ką nors darau, galiu gana gerai susikaupti	☐	☐	☐	☐	☐

Dėl nuovargio per pastarąsias 4 savaites...

	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Beveik visada
Buvau mažiau budri	☐	☐	☐	☐	☐
Man sunku ilgą laiką išlaikyti dėmesį	☐	☐	☐	☐	☐
Negalėjau aiškiai mąstyti	☐	☐	☐	☐	☐
Buvau nerangi ir nekoordinuota	☐	☐	☐	☐	☐
Buvau užmarši	☐	☐	☐	☐	☐
Turėjau sulėtinti savo fizinę veiklą	☐	☐	☐	☐	☐
Buvau mažiau motyvuota daryti viską, kas reikalauja fizinių pastangų	☐	☐	☐	☐	☐
Buvau mažiau motyvuota dalyvauti socialinėje veikloje	☐	☐	☐	☐	☐
Buvau mažiau motyvuota ką nors daryti toli nuo namų	☐	☐	☐	☐	☐
Man sunkiai sekėsi išlaikyti fizinį krūvį ilgą laiką	☐	☐	☐	☐	☐
Man buvo sunku priimti sprendimus	☐	☐	☐	☐	☐
Buvau mažiau motyvuota daryti viską, kas reikalauja mąstymo	☐	☐	☐	☐	☐
Mano raumenys jautėsi silpni	☐	☐	☐	☐	☐
Man buvo fiziškai nepatogu	☐	☐	☐	☐	☐
Man buvo sunku užbaigti užduotis, kurias atliekant reikia mąstyti	☐	☐	☐	☐	☐
Man buvo sunku organizuoti savo mintis atliekant darbus namuose ar darbe	☐	☐	☐	☐	☐
Man sunkiau sekėsi atlikti fizinių pastangų reikalaujančias užduotis	☐	☐	☐	☐	☐
Mano mąstymas sulėtėjo	☐	☐	☐	☐	☐
Man buvo sunku susikaupti	☐	☐	☐	☐	☐
Apribojau savo fizinę veiklą	☐	☐	☐	☐	☐
Man reikėjo dažniau arba ilgiau ilsėtis	☐	☐	☐	☐	☐

2 priedas. TIRIAMOJO PSICHOMOTORINĖS TERAPIJOS VERTINIMO FORMA

Vardas, pavardė							
Eil. nr.	Data	Nuotaika (nuo 0 iki 10)		Fizinis nuovargis (nuo 0 iki 10)		Atsipalaidavimas (nuo 0 iki 10)	
		Prieš	Po	Prieš	Po	Prieš	Po
1							
2							
3							
4							
5							
6							