



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Menų terapija (šokio-judesio terapijos specializacija) antrosios
pakopos (magistrantūros) studijų programa

Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra

Ramunė Andrijauskė II kursas, I grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Moters tapatumo virsmas menopauzės laikotarpiu,
pasitelkiant šokio-judesio terapiją**

**Transformation of Womens Identity in Menopause
Through Dance Movement Therapy**

Darbo vadovas

doc. dr. Solveiga Zvicevičienė

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Katedros vadovas

asistentas dr. Tomas Aukštikalnis

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Konsultantas

doc. dr. Laimutė Samsonienė

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Vilnius, 2024

Studento elektroninio pašto adresas ramune.andrijauske@mf.stud.vu.lt

TURINYS

TEKSTE PANAUDOTŲ TRUMPINIŲ PAAIŠKINIMAI.....	
ĮVADAS.....	1
1. MOTERS TAPATUMO VIRSMAS MENOPAUZĖS ETAPE.....	3
1.1. Virsmo fenomenas	3
1.2. Menopauzės samprata.....	4
1.3. Moters sveikata menopauzės laikotarpyje	6
1.3.1. Fizinė sveikata	6
1.3.2. Psichikos sveikata.....	8
1.3.3. Socialinė sveikata	10
2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJA MOTERIMS, ESANČIOMS MENOPAUZĖS ETAPE	12
2.1. Šokio-judesio terapijos istorinės formavimosi šaknys ir apibrėžtis.....	12
2.2. Šokio-judesio terapija sveikatos optimizavimui	18
2.3. Šokio-judesio terapija moterims, esančioms menopauzėje.....	21
3. MOTERS VIRSMAS ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS PROCESSE	25
3.1. Tyrimo metodologija	25
3.1.1. Tyrimo dalyvės	25
3.1.2. Tyrimo eiga.....	26
3.1.3. Tyrimo metodai	27
3.1.4. Tyrimo etikos užtikrinimas.....	29
3.2. Empirinio tyrimo rezultatai.....	29
3.2.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai.....	29
3.2.2. Kokybinio tyrimo rezultatai.....	41
TYRĖJOS REFLEKSIJA.....	57
APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA.....	65
IŠVADOS	73
REKOMENDACIJOS.....	75
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	76

SANTRAUKA	89
SUMMARY	90
PRIEDAI	

TEKSTE PANAUDOTŲ TRUMPINIŲ PAAIŠKINIMAI

ADKS – Arterinis diastolinis kraujo spaudimas

AKS – Arterinis kraujo spaudimas

ASKS – Arterinis sistolis kraujo spaudimas

FSH - Folikulus stimuliuojantis hormonas

ŠJT – Šokio-judesio terapija

ŠSD – Širdies susitraukimų dažnis

VMS - Vazomotoriniai simptomai

IVADAS

Temos aktualumas. Menopauzė – natūrali reprodukcinio senėjimo dalis brandžios moters gyvenime, kuomet reprodukinių hormonų gamyba sumažėja ir kiaušidžių funkcija nutrūksta, t. y., prarandamas vaisingumas. Įprastai menopauzė prasideda apie 49-uosius gyvenimo metus, priklausomai nuo geografinių ir etninių moterų skirtumų (Davis et al., 2023). Pasak Pasaulinė sveikatos organizacijos (PSO), menopauzė patvirtinama, kai bent 12 mėnesių iš eilės trunka amenorėja, kuriai nėra jokios kitos patologinės ar fiziologinės priežasties.

Menopauzė tiek toje pačioje bendruomenėje, tiek ir skirtingose kultūrose suvokiama ir išgyvenama skirtingai. Kai kurioms moterims su menopauze susiję simptomai gali sukelti tik nedidelius nepatogumus, o kitoms net ir negalią (Davis et al., 2023). Hormoniniai pokyčiai gali sukelti ilgalaikį sisteminį neigiamą poveikį širdies veiklai, metabolizmui, judėjimo bei atramos aparato funkcijai ir kt. (Takahashi et Johnson, 2015).

Simptomams malšinti skiriama hormonų terapija (Flores et al., 2021), tačiau ne visoms moterims reikalingas medikamentinis gydymas menopauzės sukeltų simptomų mažinimui. Daugiau negu 85 proc. moterų pasaulyje vis dar stokoja veiksmingo gydymo ar būdo menopauzės simptomams palengvinti, bet svarbu paminėti, jog daugelis moterų ieško ir nereceptinių priemonių (Worsley et al., 2016). O tokie – alternatyvūs – gydymo būdai yra plačiai paplitę, tačiau jų veiksmingumas nėra visiškai iširtas. Šiuo atveju, geriausiai iširtos alternatyvios priemonės – augaliniai estrogenų papildai ir kekinė juodžolė (lot. *Cimicifuga racemosa*) (Krebs et al., 2004).

Yra žinoma, jog be fizinių simptomų itin dažnai pasireiškia ir ankstyvieji psichologiniai menopauzės simptomai: depresija, mieguistumas, koncentracijos stoka, dirglumas, nemiga, sutrikusi atmintis, sumažėjęs lytinis potraukis, energijos trūkumas ir kt. (Davis et al., 2023). Todėl svarbu spręsti ir kylančias psichoemocinės sveikatos problemas. Psichoterapija ir kitos terapijos rūšys gali būti efektyvios, ypač kai simptomus sukelia arba sustiprina išoriniai stresoriai (Stute et al., 2020). Įrodyta, kad šokio-judesio terapija mažina nerimą, depresiją, gerina gyvenimo kokybę, t. y., turi terapinį poveikį ir gali būti taikoma kaip alternatyvi terapijos rūšis (Koch et al., 2019).

Tyrimo problema. Lietuvoje šokio-judesio terapijos poveikis moterims, esančioms menopauzės laikotarpyje menkai tyrinėta sritis, kadangi ŠJT, kaip terapinis metodas, Lietuvoje labai jaunas: tik 2020 metais buvo reglamentuotas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos

ministro įsakymu.¹ Todėl jo pritaikymo galimybės ir naudos moterų biopsichosocialinei sveikatai – puiki erdvė moksliniam tyrinėjimui. Šiame tyrime keliamas probleminis klausimas: kokį poveikį šokio-judesio terapija daro moters tapatumo virsmui menopauzės laikotarpyje? Atsakymo į klausimą ieškota mokslinėje literatūroje, praktiniuose patyrimuose, dalyvaujant grupinėje šokio-judesio terapijoje.

Šiame darbe tapatumo pokytis tyrinėjamas pasitelkiant kiekybinius ŠSD, AKS matavimus, judesio analizės metodą pagal Oganessian N. J. ir pasitelkiant kokybinę teminę interviu analizę. Šis tyrimas gali pasitarnauti praktikuojantiems šokio-judesio terapeutams ir psichologams, konsultuojantiems moteris ir vedantiems grupinius užsiėmimus menopauzės temomis.

Tyrimo objektas – šokio-judesio terapijos poveikis menopauzę patiriančių moterų tapatumui.

Darbo tikslas – atskleisti šokio-judesio terapijos poveikį menopauzę patiriančių moterų tapatumui.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti mokslinę literatūrą apie moterų, patiriančių menopauzės simptomus, fizinę, psichinę bei socialinę sveikatą ir šokio-judesio terapijos pritaikymo galimybes šiai tikslinei grupei.
2. Palyginti tyrimo dalyvių fizinės sveikatos rodiklių pokyčius (ŠSD, AKS) bei judesio funkcijų prieš ir po intervencijos.
3. Atskleisti tiriamųjų jautriausias virsmo temas ir šokio-judesio terapijos patyrimo poveikį psichoemocinei sveikatai.

Prielaida: Šokio-judesio terapija padeda moterims integruoti menopauzės virsmo patirtis ir mažina patiriamus menopauzės simptomus.

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

1. MOTERS TAPATUMO VIRSMAS MENOPAUZĖS ETAPE

1.1. Virsmo fenomenas

Žarskauskas (2013, p. 99) teigimu, „virsmas yra vyksmas, kuris prasideda seno naikinimu – mirtimi ir baigiasi naujo atsiradimu – gimimu. Žmogaus gyvenimas yra seka virsmų, kuriuos jungia ilgi, palyginti pastovūs laikotarpiai, tokie kaip vaikystė, seserystė, moterystė“. Menopauzė – vienas iš moters gyvenimo virsmų, kai moteris supranta, jog „reprodukcinis“ arba „geriausias“ gyvenimo laikas jau baigėsi. Kai kurioms tai iš tiesų asocijuojasi su mirtimi, kai kurios tiesiog suvokia, kad jau negalės tapti motinomis, kai kurios supranta, kad bus mažiau patrauklios kaip mylimosios, kaip žmonos, darbuotojos. „Metaforine prasme galėtume sakyti, kad moteris daugelį kartų keliauja aukštyn ir žemyn įvairiais būdais per savo dubens kaulų vartus, kiekvienąsyk turėdama galimybę įgyti naujų žinių ir patirties. Šis procesas trunka visą jos gyvenimą.“ (Pinkola Estes, 1997, p. 627).

Menopauzė – reikšmingas kiekvienos moters gyvenimo pokytis ir virsmo stotelė. Jis, apibrėžtas bent 12 mėnesių besitęsiančios amenorėjos (nesant jokioms kitoms fiziologinėms ar patologinėms priežastims), kuri reiškia moters reprodukcinę galimybių pabaigą (Takahashi et Johnson, 2015). Daugeliui moterų tai – išlaisvinantis pokytis bei išsivadavimas nuo nerimo dėl vaikų gimdymo, nuo skausmo, diskomforto, sukeliama menstruacijų (Onieva-Zafra et al., 2020). Tačiau kai kurios moterys menopauzę vertina neigiamai: šį naują gyvenimo etapą sieja su senėjimu, o tai Vakarų kultūroje turi neigiamą atspalvį (Minkin, 2019). Negatyvi nuomonė apie moterų „reprodukcinį senėjimą“ pastebima ir medicinos literatūroje. Dar XIX a. manyta, kad menopauzė sukelia nervų sistemos ligas, kurios pasireiškia fizinėmis ir psichinėmis patologijomis, o moters identitetas ir moteriškumas buvo apibrėžtas kiaušidžių funkcijų buvimu arba nebuvimu (Houck, 2003).

Pastarųjų metų JAV ir Airijos gyventojų apklausų analizių išvados atskleidžia, kad dauguma moterų (65-77 %) jaučiasi nepasiruošusios menopauzei: joms trūksta žinių apie tai, kas jų „laukia“, kaip pagerinti savo sveikatos būklę (Richardson et al., 2023). Taip atsitinka todėl, jog visuomenei trūksta švietimo, teigia Gebretatyos ir kiti tyrėjai (2020). Moterys neretai pažymi, kad norėtų būti geriau išgirstos ne tik visuomenės, bet ir sveikatos priežiūros specialistų, o menopauzės pateikimas kaip ligos, kurią reikia gydyti ar slopinti medikamentais, paruošia moteris tikėtis blogiausio (Richardson ir kt., 2023). Tad visuomenė turėtų būti labiau edukuodama apie menopauzę ir turėtų būti kuriamas tikroviškesnis menopauzės vaizdas, kuris padėtų kovoti su moterų senėjimo stigma ir padėtų moterims priimti šį natūralų procesą

suprantant, kad tokie pokyčiai turi ir teigiamų, ir neigiamų aspektų (Tsao et Huang, 2004; Yazdkhasti et al., 2012).

Kitas svarbus aspektas tas, jog šis gyvenimo laikotarpis daugeliui moterų pažymi amžiaus vidurį ir brėžia naują gyvenimo ribą, reiškiančią virsmą iš vaisingos moters į jau nebevaisingą. Be to, šį laikotarpį lydi daug neigiamų patirčių, pvz., tėvų mirtys, vaikų išsikraustymas iš namų, asmeninio gyvenimo iššūkiai ir santykių problemos (Bove et al., 2016). Tad nenuostabu, jog įvairios emocijos bei stresas lydi šį laikotarpį (Voedisch et al., 2021), nes jame vyksta praradimas, netekimas galimybės tapti mama ir tapti „derlinga“.

Taip pat ir socialinė aplinka turi daug reikšmės formuojantis tikrajai patirčiai, kadangi menopauzės laikotarpiu keičiasi ir moterų vaidmuo visuomenėje: mažėjant vaisingumui, moterys patiria tapatybės praradimo jausmą. O pokyčiai asmeniniame gyvenime sustiprina neigiamas socialines nuostatas, susijusias su reprodukcinio amžiumi (Bove et al., 2016). Todėl, norint sumažinti menopauzę patiriančių moterų „naštą“, visuomenė, pirmiausia, turėtų keisti požiūrį į senėjimą, kuris yra lydimas gėdos jausmo ir sumišimo (Gebretatynos ir kt., 2020). Visuomenė turėtų būti labiau edukuojama apie menopauzę ir turėtų būti kuriamas tikroviškesnis menopauzės vaizdas, kuris padėtų kovoti su moterų senėjimo stigma ir padėtų moterims priimti šį natūralų procesą suprantant, kad tokie pokyčiai turi ir teigiamų, ir neigiamų aspektų (Tsao et Huang, 2004; Yazdkhasti et al., 2012). Tačiau kai kuriuose kultūrose, pvz. Rytų Azijos, senėjimas yra siejamas su didžiule pagarba, moterų patiriami menopauzės simptomai yra mažesni (Bove et al., 2016; Deeks et McCabe, 2004).

Taigi, virsmas, kitaip iniciacija – perėjimo moters, esančios reprodukciniam amžiui į moters, nesančios reprodukciniam periode. Tai svarbus „perkainojimo“ etapas moterų gyvenime. Menopauzė – reikšmingas gyvenimo pokytis moterims, kuris skatina naujus apmąstymus apie tapatybę, gyvenimo tikslą ir prasmę. Moterys kelia egzistencinius klausimus ir iš naujo įvertina savo prioritetus, keičia savo „vaidmenį“, santykius. Menopauzės transformacija gali būti asmeninio augimo, savęs atradimo ir naujų siekių, vertybių ieškojimo katalizatorius.

1.2. Menopauzės samprata

Menopauzė – moters mėnesinių ir tuo pačiu vaisingumo išnykimas, kuris pasireiškia 45–55 gyvenimo metais (vidutiniškai 52 metų). Šiuo laikotarpiu moters organizmas persitvarko, pakinta hormonų veikla (Ambikairajah et al., 2022).

Kliniškai menopauzė – tai kiaušidžių funkcijos sumažėjimas, įtakotas estrogeno ir vėliau progesterono sumažėjusios gamybos (Gatenby et Simpson, 2024). Toks hormonų pokytis sukelia fizinius pokyčius: menstruacijų išnykimą, įvairius simptomus, pvz., karščio

bangas, naktinį prakaitavimą, depresiją, įvairių organų sistemų sutrikimus ir kt. (Avis et al., 2018). Natūrali menopauzė diagnozuojama po 12 mėnesių trukusios amenorėjos, kuri nesusijusi su jokia kita patologine priežastimi. Be to, menopauzė gali būti natūrali arba inicijuota chirurginės intervencijos, chemoterapijos ar radiacijos (Minkin, 2019).

Natūralios menopauzės pradžios vidurkis yra 52 metai, o amžiaus diapazonas platus – 40-58 metai. Afrikos, Pietų Amerikos, Vidurio Rytų, Azijos populiacijoje menopauzė prasideda anksčiau negu Europoje, Australijoje ir JAV (Monteleone et al., 2018). Populiacijų tyrimų duomenimis, žemesnė socialinė ir ekonominė padėtis bei rūkymas yra susiję su priešlaikinėmis paskutiniuosiomis mėnesinėmis, o kiti faktoriai, darantys įtaką menopauzės pradžiai, yra kūno masės indeksas, genetinis polinkis, menarchės amžius, kontraceptinių tablečių vartojimas ir kt. (Melby et al., 2005).

Kalbant apie menopauzę, svarbu paminėti ir „perimenopauzės“ sąvoką. Šio periodo metu kiaušidžių senėjimas sukelia endokrinologinius pokyčius, kurie susiję su pogumburio-hipofiznės-kiaušidžių (HPO) ašimi (Koyssombat et al., 2024). Mažėjant folikulų skaičiui, sumažėja inhibino B, o, sumažėjus inhibino B sekrecijai, sumažėja folikulus stimuliuojančio hormono (FSH) sekrecijos slopinimas, todėl FSH lygis didėja (Gatenby et Simpson, 2024). Kliniškai tai pasireiškia sutrumpėjusiu ciklu, t. y., moterys skundžiasi padažnėjusiomis menstruacijomis. FSH sumažėjimas iš pradžių sukelia estrogenų koncentracijos padidėjimą arba ji išlieka nepakitusi (Burger et al., 1995).

Vėliau menstruacijų ciklai retėja, kol galiausiai, kaip ir ovuliacija, visai išnyksta. Kai ovuliacija neįvyksta, nesusiformuoja geltonkūnis, todėl nesintezuojamas progesteronas. Taip atsiranda disbalansas tarp estrogeno ir progesterono: mėnesinių ciklas tampa nereguliarus, išvešėja endometriumas (Gatenby et Simpson, 2024). Kai kurioms moterims 3 mėnesius trunkanti amenorėja arba ilgesnė negu 42 dienos ciklo trukmė prognozuoja artėjančią menopauzę (Dudley et al., 1998).

Menopauzės diagnozė grindžiama klinikiniu įvertinimu, jog būtų galima nustatyti kuriame etape moteris yra. Ji patvirtinama tuomet, kai nustatoma 12 mėnesių besitęsianti amenorėja 40 metų ir vyresnėms moterims ir kai nėra kito patologinio amenorėjos paaiškinimo (Allen et al., 2013). Diagnostika taip pat remiasi klinikiniais simptomais ir kai kuriais atvejais atliekami hormonų tyrimai (esant tipinei klinikai ir vyresnėms negu 45 metų amžiaus moterims šie tyrimai nėra privalomi) (Allen et al., 2013). Svarbu pažymėti, jog menopauzės simptomai pasireiškia skirtingai kiekvienai moteriai bei gali priklausyti nuo geografinės padėties. Visgi pagrindiniai simptomai – nuotaikos pokyčiai, miego sutrikimai, karščio bangos, libido sumažėjimas, sąnarių, raumenų skausmai, miego sutrikimai ir t. t. – panašūs visoms moterims (Voedisch et al., 2021). Šie simptomai gali būti skirstomi į ankstyvuosius (dar gali būti

skirstomi į vazomotorinius, seksualinius ir nuotaikos pokyčių simptomus), tarpinius ir vėlyvuosius (ten pat).

1.3. Moters sveikata menopauzės laikotarpyje

Menopauzės laikotarpis – didelių pokyčių ir permainų metas, nes su menopauze susiję simptomai pasireiškia daugiau negu 80 % moterų, o maždaug trečdaliui iš jų pasireiškia sunkūs simptomai (Paramsothy et al., 2017). O tai daro didelę įtaką moters fizinei, psichinei ir socialinei sveikatai.

1.3.1. Fizinė sveikata

Vazomotoriniai menopauzės simptomai. Dažniausiai pasireiškia vazomotoriniai simptomai: karščio bangos ir naktinis prakaitavimas, t. y., simptomams būdingas staigus karščio pojūtis, dažnai lydymas prakaitavimo bei veido, kaklo ir krūtinės paraudimas (Freedman, 2014). Karščio bangos gali būti įvairaus intensyvumo ir dažnio: nuo lengvų iki sunkių, gali pasireikšti retkarčiais arba kelis kartus per dieną bei naktį, o tai gali sutrikdyti miegą ir kasdienę veiklą, todėl turi neigiamą įtaką gyvenimo kokybei (Shifren et al., 2014).

Vazomotorinius simptomus patiria 60-80 % moterų menopauzės metu ir / arba po jos. Kai kurioms moterims šie simptomai gali tęstis 6 mėnesius, tačiau maždaug pusei moterų simptomai tęsiasi 4 metus, o 10 % – gali tęstis ir iki 12 metų (ir ilgiau) nuo menopauzės pradžios (Politi et al., 2008).

Vazomotorinių simptomų priežastis yra daugialypė, visgi lytinių hormonų įtaka yra labai didelė. Kiti veiksniai, pasak Avis ir kitų tyrėjų (2018), turi įtakos šių simptomų pasireiškimui ir sunkumui, o tai yra nutukimas, rūkymas, depresija ir nerimas, kiti premenopauziniai simptomai.

Urogenitalinė sistema. Pagrindinė menopauzę patiriančių moterų urogenitalinės atrofijos priežastis yra estrogeno koncentracijos sumažėjimas (Calleja-Agius et Brincat, 2015). Dažniausi urogenitaliniai simptomai yra makšties sausumas, makšties deginimo jausmas ir niežėjimas, padažnėjęs šlapinimasis, nokturija, šlapimo nelaikymas ir šlapimo takų infekcijos (Kagan et al., 2019). Visi simptomai paprastai progresuoja ir laikui bėgant stiprėja (Calleja-Agius et Brincat, 2015).

Mažėjant estrogenų lygiui, genitalinės sistemos organų paviršinis sluoksnis plonėja, o parabazalinis sluoksnis didėja. Sumažėja kolageno, elastino kiekis, taip pat atsiranda ir kraujotakos, inervacijos pokyčių, todėl sumažėja makšties audinio lubrikacija ir elastingumas (Kagan et al., 2019). Makštis taip pat pradeda trumpėti ir siaurėti. Tai gali sukelti makšties sausumą, deginimą, dirginimą, niežėjimą ir skausmą lytinių santykių metu (Shapiro, 2012).

Taigi, urogenitalinės sistemos atrofiniai pokyčiai gali turėti didelės įtakos menopauzę patiriančios moters gyvenimo kokybei. Tačiau hormoninis ir nehormoninis gydymas gali padėti moterims atstatyti normalias šios sistemos funkcijas (Calleja-Agius et Brincat, 2015).

Oda ir plaukai. Yra žinoma, jog perimenopauzės metu estrogenų lygis nemažėja nuolatos: jis svyruoja normos ribose, nes padidėja androgenų aromatizacija, t. y., jų pavertimas į estradiolį, o dėl šios priežasties kinta sebumo lygis odoje (Blume-Peytavi et al., 2012). Taigi, nors odos sausumas gali būti pastebimas jau ir ankstyvoje perimenopauzėje, tačiau iš pradžių tai gali būti šiek tiek kompensuojama riebalinių liaukų hipertrofija (Zouboulis et al., 2022). Vėliau, kai sebumo gamyba žymiai sumažėja, oda vis labiau išsausėja, gali atsirasti niežulys, o po to oda suglemba ir pradeda atrofuoti. Ankstyvos menopauzės metu odoje kolageno kiekis mažėja gana greitai: per pirmuosius 5 metus kolageno kiekis sumažėja maždaug 30 %, vėliau mažėja po maždaug 2 % per metus (Brincat et al., 2005).

Hormonų pokyčiai taip pat įtakos turi ir plaukams, t. y., pasireiškia difuzinis plaukų folikulų retėjimas ir / arba androgeninė (vyr. lytinių hormonų sukelta) alopecija, o plaukų tankis mažėja, vizualiai jie atrodo plonesni, išsausėja (Zouboulis et al., 2022). Tačiau plaukų retėjimas – ne vienintelė su plaukais susijusi problema. Kai kuriose kūno vietose (ant smakro, virš viršutinės lupos) plaukų augimas gali net suintensyvėti (Blume-Peytavi et al., 2012).

Raumenys ir sąnariai. Raumenų masė ir jėga perimenopauzės metu mažėja, nes tai yra ir natūralūs senėjimo požymiai (Monteleone et al., 2018). Tačiau santykinis estrogenų lygio sumažėjimas iš dalies „atsakingas“ už šių pokyčių pasireiškimą jau menopauzės metu, nes estrogenų receptorių yra visoje skeleto ir raumenų sistemoje (ten pat). Be to, augimo hormono (kuris būtinas raumenų masei palaikyti), kiekis senstant ir taip mažėja, tačiau mažėjantis estrogenų lygis daro papildomą įtaką staigesniam augimo hormono išskyrimo sumažėjimui ir todėl menopauzės metu pagreitėja raumenų nykimas (Geraci et al., 2021). Sąnarių skausmas ir sustingimas taip pat dažnas menopauzės laikotarpiu, tačiau tikslios priežastys kol kas nėra žinomos (Watt, 2018).

Metabolizmo pokyčiai. Dažnas menopauzę patiriančių moterų nusiskundimas yra svorio priaugimas, tačiau jis nėra tiesiogiai susijęs su hormonų pokyčiais ar taikoma hormonų terapija (Davis et al., 2012). Svorio augimui įtaką turi natūralus metabolizmo lėtėjimas senstant bei sumažėjusi raumenų masė.

Taip pat tikėtina, kad svorio augimas ir kylantys iššūkiai jį numesti yra paveikti miego sutrikimų. Patel ir kt. autoriai (2006) pristato tyrimą, kuriame siekta išsiaiškinti miego įtaką svorio augimui. Nustatyta, kad moterys, kurios miega mažiau negu 5 valandas per naktį, gali priaugti vidutiniškai 2,5 karto daugiau svorio negu moterys, miegančios 7 valandas ir daugiau.

Pomenopauzinė osteoporozė– tai sisteminė liga, kuri pasireiškia kaip vėlyvieji simptomai ir kuriai būdinga sumažėjusi kaulų masė ir kaulų mikroarchitektūros pokyčiai – destrukcija (Börjesson et al., 2013). Sumažėjus estrogenų kiekiui organizme, pakinta kaulų formavimosi ir rezorbcijos pusiausvyra, t. y., kaulų rezorbcija yra aktyvesnė (ten pat).

Moterų kaulų masė didžiausia yra sulaukus 30-ies, tačiau nuo to laiko ji pradeda retėti (Cosman et al., 2014). Osteoporozė diagnozuojama, kai kaulų masės nykimas pasiekia tokį lygį, kuomet iškyla didelė rizika patologiniams klubų ir stuburo slankstelių lūžiams (Zaidi et al., 2009). Nors pomenopauzinė osteoporozė juntamų simptomų nesukelia (išskyrus skausmą, sukeltą kaulų lūžių pažengusioje osteoporozės stadijoje) ir padidėjusi osteoporozės rizika laikoma vėlesniu menopauzės laikotarpio simptomu, kaip įmanoma anksčiau rekomenduojama prevencija. T. y., mitybos gerinimas, fizinis aktyvumas ir kt., itin svarbi kalcio ir vitamino D apykaita, o žalingi įpročiai, pvz. rūkymas, yra reikšmingi osteoporozės rizikos veiksniai (Cosman et al., 2014).

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (vėlyvieji simptomai). Perimenopauzės metu padidėja visceralinių ir parakardinių (aplink širdį esančių) riebalų sankaupos ir padidėja aterosklerozės rizika (El Khoudary, 2017). Manoma, kad tai taip pat susiję su estrogenų kiekio sumažėjimu ir santykinu testosterono kiekio padidėjimu. Ankstyvosios postmenopauzės metu taip pat padidėja mažo tankio lipoproteinų ir bendrojo cholesterolio kiekis, padidėja ir hipertenzijos rizika (Nair et al., 2021).

Nors menopauzė prisideda prie ŠKL (širdies ir kraujagyslių ligų) rizikos, taip pat yra ir duomenų, kad didesnis bendras cholesterolio kiekis, padidėjęs sistolinis kraujospūdis bei diastolinis kraujospūdis ir pasireiškę kt. ŠKL rizikos veiksniai prieš menopauzę gali būti susiję su ankstesne menopauzės pradžia (Kok et al., 2006). Tad norint pagerinti ŠK sistemos sveikatą, pateikiamos sveikos gyvensenos skatinimo rekomendacijos, kuriose nurodoma, jog svarbu numesti svorio (atsvorį turinčioms moterims), gerinti valgymo įpročius, mesti rūkyti, didinti fizinį aktyvumą; taip pat optimizuoti bendrojo cholesterolio kiekį, gliukozės kiekį kraujyje ir, žinoma, kraujospūdį (Svetkey et al., 1999).

1.3.2. Psichikos sveikata

Fiziniai ir psichologiniai menopauzės simptomai (pvz., karščio bangos, naktinis prakaitavimas, miego sutrikimai ir t. t.), gali sukelti papildomą stresą, nuotaikos sutrikimus, o visa tai sustiprina depresijos simptomus ir kitus sutrikimus (Gava et al., 2019). Tai gali sukelti depresiją, miego, atminties ir pažinimo sutrikimus, lytinio potraukio sumažėjimą ir kitus simptomus.

Depresija. Menopauzės metu moterys turi didesnę riziką susirgti depresija: dėl hormonų svyravimų daroma įtaka neuromediatorių veiklai ir visai nervų sistemai, susijusiai su nuotaikos reguliavimu (Gava et al., 2019). Pirmiausia, estrogenas labai svarbus neuromediatoriaus serotonino reguliavimui, o serotoninas veikia ne tik nuotaiką bei emocijas, bet ir miegą. Be to, estrogeno lygio svyravimai menopauzės metu gali sutrikdyti serotonino aktyvumą – taip padidėja depresijos pasireiškimo rizika; veikiami ir kiti neuromediatoriai, pvz., dopaminas, jų išskyrimas ir reabsorbicija (Herson et Kulkarni, 2022).

Estrogenas ir progesteronas taip pat sąveikauja su pagumburio-hipofizės-antinksčių (HPA) ašimi, kuri itin svarbi organizmo atsako į stresą valdyme: HPA reguliavimo sutrikimas yra susijęs su depresija, o menopauzės metu patiriami hormoniniai pokyčiai gali prisidėti prie HPA ašies disfunkcijos (Gava et al., 2019).

Miego sutrikimai. Menopauzę patiriančių moterų vienas iš dažniausių nusiskundimų yra bloga miego kokybė, dažnas pabudimas naktį, kai kurios skundžiasi pasireiškusia miego apnėja (Kravitz et al., 2003). Miego sutrikimai dažniausiai prasideda menopauzės pradžioje, o pomenopauzės laikotarpiu miego sutrikimais skundžiasi 40-56 % moterų, o miego trūkumas yra siejamas su ŠKL, diabetu, yra nutukimo ir kitų ligų rizikos veiksnys (Paivi Polo-Kantola, 2018).

Kravitz ir kiti tyrėjai (2003) atliko tyrimą, kuriame siekė ištirti estrogenų, folikulus stimuliuojančių hormonų (FSH) ryšį su miego sutrikimais. Rezultatai atskleidė, kad estrogenų sumažėjimas koreliuoja su sunkumu užmigti ir išmiegoti neprabundant. Kituose tyrimuose taip pat nustatyta, kad moterų, kurių FSH kiekis buvo mažesnis, miego kokybė buvo blogesnė; be to, miego kokybę gali pabloginti ir moterims dažnai pasireiškiantys vazomotoriniai simptomai (Sowers et al., 2008).

Atminties ir pažinimo sutrikimai. Estrogenai turi neuroprotekcinį poveikį ir vaidina svarbų vaidmenį palaikant pažinimo funkcijas, įskaitant atmintį (Prakapenka et Bimonte-Nelson, 2018). Menopauzės metu labai sumažėja estrogenų kiekis, o tai gali turėti įtakos neuromediatorių veiklai ir sinapsiniam plastiškumui smegenų srityse, susijusiose su atmintimi, pvz., hipokampe (ten pat).

Kaip minėta anksčiau, menopauzę dažnai lydi nuotaikos sutrikimai (depresija, nerimas ir t. t.), kurie gali paveikti ir dėmesį, koncentraciją bei atmintį, o lėtinis stresas, susijęs su menopauzės simptomais ar kitu išoriniu stresu, taip pat gali sutrikdyti pažinimo funkciją ir atmintį (Prakapenka et Bimonte-Nelson, 2018) Fizinis aktyvumas, mityba, socialinis aktyvumas ir įsitraukimas, be abejo, gali turėti įtakos pažinimo funkcijai ir atminčiai menopauzės metu (Gava et al., 2019).

Lytinio potraukio sumažėjimas yra dažnas reiškinys šiame periode. Net 40–55% moterų menopauzės laikotarpiu skundžiasi seksualinio potraukio sumažėjimu (Scavello et al., 2019). Kaip ir kitų simptomų, taip ir libido sumažėjimui didžiausią įtaką turi hormoniniai pokyčiai, t. y., estrogenai vaidina lemiamą vaidmenį palaikant lytinį potraukį, nes moduluoja neurotransmiterių veiklą, gerina lytinių organų kraujotaką ir skatina makšties lubrikaciją, o progesteronas taip pat prisideda prie seksualinės funkcijos, veikdamas nuotaiką ir mažindamas nerimą (Dennerstein et al., 2002). Taigi, menopauzės metu, mažėjant šių hormonų lygiui, sumažėja seksualinis potraukis ir susijaudinimas.

Sumažėjęs estrogenų kiekis taip pat gali sukelti urogenitalinės sistemos pokyčius (makšties sausumą, makšties audinių plonėjimą ir t. t.), o tai gali prisidėti prie diskomforto / skausmo lytinių santykių metu: mažėja seksualinis pasitenkinimas ir, žinoma, libido (Scavello et al., 2019). Prie libido sumažėjimo prisideda ir kiti psichologiniai veiksniai, pvz., kūno vizualiniai pokyčiai, santykių poroje pokyčiai. Taip pat stresas, nerimas, depresija ir kiti nuotaikos sutrikimai gali turėti įtakos seksualiniam potraukiui ir susijaudinimui, o visą tai papildomai apsunkinti gali ir vazomotoriniai simptomai (Clarkson & Mehaffey, 2009).

Kiti simptomai (dirglumas, nerimas). Kaip jau minėta, hormoniniai svyravimai, ypač sumažėjęs estrogenų kiekis, gali sutrikdyti neuromediatorių veiklą ir nuotaikos reguliavimą, dėl to gali atsirasti nerimas, padidėjęs dirglumas (Bromberger et al., 2013). Be to, vazomotorinių simptomų pasireiškimas vargina fiziškai, trikdo miegą, o vis tai didina nerimą ir emocijų nestabilumą. Papildomai pasireiškiantys miego sutrikimai dar labiau pablogina situaciją, nes sutrikęs miego režimas (dėl karščio bangų ar hormoninių pokyčių) didina nerimą ir išsekina emociškai (ten pat).

Svarbu pažymėti, jog pats psichosocialinis menopauzės kontekstas, pasižymintis reikšmingais gyvenimo pokyčiais, kūno įvaizdžiu ir besikeičiančiais vaidmenimis, gali būti palankus metas nerimo simptomams atsirasti arba paūmėti (Bromberger et al., 2013).

1.3.3. Socialinė sveikata

Menopauzė – sudėtingas periodas, apimantis ir socialinius gyvenimo pokyčius. Pagal Pasaulinę sveikatos organizaciją (PSO), sveikata apibrėžiama ne tik kaip ligų nebuvimas, bet ir fizinė, socialinė, dvasinė gerovė. O socialinė sveikata – tai asmens ir visuomenės socialinės gerovės ir žmonių tarpusavio santykių formuojamas reiškinys.

Menopauzės patyrimas ir išgyvenimas įvairiose kultūrose suprantamas šiek tiek skirtingai. Ir, nors moterys patiria panašius simptomus dėl hormoninių pokyčių, papildomi aplinkos veiksniai, pvz., išsilavinimas, užimtumas, amžius, kultūriniai skirtumai, sveikatos

būklė, aplinkos sąlygos, menopauzės tipas, išorinis stresas ir kt. gali daryti įtaką moterų socialinei sveikatai (Hoga et al., 2015).

Tarpkultūriniai menopauzės tyrimai atskleidė didelius etninius ir geografinius menopauzės išgyvenimo skirtumus: labiau išsivysčiusiose šalyse daugiau moterų stipriau ir dažniau patiria vazomotorinius simptomus, pavyzdžiui, Azijos šalyse daugiau moterų (76 %) skundžiasi sąnarių skausmais, o Indonezijoje vos 5 % moterų patiria karščio bangas (Haines et al., 2005).

Moterų menopauzės patyrimui taip pat didelę įtaką turi socialinės vertybės, susijusios su reprodukcinio „pajėgumu“ bei senėjimu. Tai, be abejo, turi ir teigiamų, ir neigiamų padarinių: Flint ir Samil (1990) nuomone, šalyse, kur vaisingumas ir jaunas amžius yra asmens „socialinės vertės“ matmuo, moterys menopauzę išgyvena kur kas sunkiau. Ir priešingai, kitos moterys, kritiškai žiūrėdamos į šiuos pokyčius, menstruacijų ir jų sukeltų sunkių simptomų pabaigą, ne(be)vaisingumą vertina teigiamai – tai tarsi išlaisvinimas, patiriama „antroji jaunystė“.

Tyrimais įrodyta, kad žemesnio išsilavinimo moterims menopauzės simptomai pasireiškia sunkiau negu aukštesnį išsilavinimą turinčioms, kadangi pastarosios yra labiau informuotos, kaip tvarkytis su sveikatos problemomis ir dažniau kreipiasi pagalbos į specialistus; taip pat vidutinis aukštesnį išsilavinimą turinčių moterų menopauzės pradžios amžius yra didesnis negu mažesnį išsilavinimą turinčių (Alizadeh et al., 2015). Tikėtina to priežastis – taip pat sveiko gyvenimo būdo propagavimas ir didesnis rūpinimasis sveikata. Tyrimais įrodyta, kad išsilavinusių moterų gyvenimo kokybė geresnė ir jos menopauzės metu patiria mažiau seksualinės sveikatos sutrikimų (Sheikhan et al., 2010).

Menopauzė gali paveikti santykių su partneriu, šeimos nariais ir draugais dinamiką. Dėl lytinio potraukio, nuotaikos ir fizinės sveikatos pokyčių atsiranda poreikis keisti ir šeimyninius poreikius, kadangi moterims reikalinga didesnė parama iš šeimos narių. Kitu atveju moterys jaučiasi vienišos, atsiranda kitų fizinių ir psichologinių negalavimų, šeimyninių problemų. Šiuos teiginius patvirtina ir moksliniai tyrimai, kurie atskleidžia, kad socialinė parama turi reikšmingą atvirkštinę koreliaciją su moterų menopauzės išgyvenimais: didėjant socialinei paramai (iš šeimos, draugų, aplinkinių žmonių ir kt. įvairių „šaltinių“), mažėja fiziniai menopauzės simptomai, gerėja psichinė būklė (Arnot et al., 2021).

Partneris ar sutuoktinis – svarbiausias ir artimiausias asmuo, galintis palaikyti moterį šiame naujame gyvenimo etape. Žinoma, partneriui gali kilti iššūkių teisingai suprasti moters problemas, teigia Bahri ir kiti tyrėjai (2016). Autorių teigimu (ten pat), įrodyta, kad emocinė partnerių ar sutuoktinių parama gali sumažinti depresiją, nerimą, pagerinti socialinius santykius

menopauzės laikotarpiu, tad visuomenėje partneriai / sutuoktiniai turėtų būti skatinami ieškoti būdų, kaip padėti moteriai atsipalaiduoti, suteikti emocinę paramą, praleisti daugiau laiko kartu. Taip pat yra nustatyta, kad ištėkėjusioms / su partneriu gyvenančioms moterims menopauzė prasideda vėliau negu vienišoms moterims (netekėjusioms arba išsiskyrusioms), kadangi su partneriu gyvenančių moterų gyvenimo kokybė yra geresnė – jos daugiau mankštinasi, geriau maitinasi, labiau rūpinasi sveikata (Parsons et Obermeyer, 2007).

Taigi menopauzė sudėtingas etapas moters gyvenime, paveikiantis svarbiausias sritis asmens gyvenime. Didelę įtaką turi ir moters fizinė, psichikos, socialinė sveikatai. Tad reikalinga įvairialypė pagalba, siekiant optimizuoti moterų fizinę, emocinę ir socialinę sveikatą.

2. ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJA MOTERIMS, ESANČIOMS MENOPAUZĖS ETAPE

2.1. Šokio-judesio terapijos istorinės formavimosi šaknys ir apibrėžtis

Garsus JAV šokėjas ir choreografas d'Amboise yra pasakęs: „Šokis yra jūsų pulsas, jūsų širdies plakimas, jūsų kvėpavimas. Tai jūsų gyvenimo ritmas“, teigia d'Amboise (2011, p. 9). Šokis, Boris (2001) nuomone, reiškia struktūrinio, ritmingo judesio veiksmą, suderintą laike ir erdvėje. Jis kaip kultūrinis reiškinys yra susijęs su žmogaus gyvenimu, kasdiena: žmogaus gebėjimas šokti pradeda vystytis iškart, kai kūdikis atsiduria išoriniame pasaulyje, kur pradeda formuotis erdvės samprata, jaučiasi gravitacijos poveikis, vystosi raumenų jėga, šliaužimas ir vaikščiojimas - visa tai auga kaip atsakas į žmogaus norą plėstis ir tyrinėti kūną erdvėje (ten pat).

Judėjimas yra natūralus ir prigimtinis, kuomet užgimstame į žmonių bendruomenę, o šokis siejamas su pirmąja neverbaline žmonių kalba, kadangi judėti mes pradedame anksčiau nei kalbėti (AŠJTA). Viso pasaulio kultūrose šokį galima pastebėti kaip pirminį būdą švęsti, gydyti ar gedėti mirusiųjų, pvz., Peru šamanų šokiai, sufijų besisukantys dervišai, lakotų saulės šokis, Afrikos ir Australijos gydomieji šokiai (Giršon, 2008). „Šokio terapijos šaknys siekia ankstyviausią žmonijos istoriją, kai liga buvo suvokiama kaip sielos praradimas, o šokis buvo neatsiejama gydymo ritualo dalis“ (AŠJTA cit. iš Chodorow, 1991, p. 5).

Išskirtinė šokio vertė ir galia ta, teigia Kozlov ir kiti tyrėjai (2005), kad šokyje fiziniai, emociniai, intelektualiniai ir dvasiniai procesai sujungiami į vientisą veiksmą; šokyje nėra tarpininko jausmams išreikšti, kaip dailininkams - dažų ir drobės, o muzikantams - muzikos instrumentų; pats kūnas yra ir instrumentas, ir kūrėjas. Abramova ir kt. (2005) teigia, kad šokis atspindi asmenines žmogaus savybes ir elgesio modelius, jo tarpasmeninio bendravimo

struktūrą ir pobūdį, t. y., požiūrį į save, kitus ir savo vietą pasaulyje. Šokis išryškina grupės, kolektyvo, visuomenės santykių struktūrą ir ypatumus.

Kozlov ir kiti tyrėjai (2005) siūlo pažvelgti į šokį per socialinių ir psichologinių funkcijų prizmę iš dabarties momento. Minėti autoriai išskiria penkias pagrindines šokio funkcijas:

1. Komunikacinė funkcija - šokis kaip bendravimas - šokis visuomet padėjo rasti bendrumo jausmą - poroje, grupėje, bendruomenėje.
2. Rekreacinė funkcija - šokis kaip katarsis - apvalantis nuo neigiamų emocijų, kaip fizinės ir emocinės įtampos atpalaidavimo būdas.
3. Ekspresijos funkcija - šokis kaip išraiškos būdas – kuris padeda iššokti emocijas, simbolių ir idėjų pagalba, suteikiant šokančiam didesnę vientisumo būseną.
4. Identifikacinė funkcija - šokis kaip kultūrinis ženklas - suteikiantis galimybę išsakyti, kas „aš“ esu, koks „aš“ esu, kokios mano šaknys, kokiai kultūrai priklausau.
5. Sakralinė funkcija - šokis kaip transcendencija - suteikiantis galimybę skleisti už ego ribų, pasijausti beribiam, tapti šokio partneriu gyvenimui, Visatai, Kūrėjui.

Šokis šias funkcijas (modifikuota forma) atlieka ir šiandien: jis išlieka kaip socialinis ritualas, padedantis užmegzti santykius tarp skirtingų lyčių, gali išreikšti visą spektrą žmogaus jausmų; „jame vis dar yra galia, galinti nuvesti mus į „šventumo matmens“ būseną, kuri yra šaltinis“ (Giršon, 2008, p. 8).

Šokis ir judesys yra neatsiejamas nuo šokio-judesio terapijos ir yra šokio-judesio terapijos profesijos šaknys ir pagrindas, iš kurio šokio-judesio terapija išaugo (Chaiklin, Wengrower, 2009). Šokis ŠJT kontekste gali atskleisti šokančiojo emocinę būseną, paslėptas psichologines problemas, neišreikštus išgyvenimus, išstumtus traumuojančius įvykius. Judesio modeliai, Sergeevnos (2017) nuomone, pasireiškiantys šokyje, gali atskleisti giliausius žmogaus jausmus, kuriuos jis turi galimybę įsisąmoninti, verbalizuodamas po patyrimo. Tačiau, Chaiklin nuomone, šokio ir šokio-judesio terapijos filosofinės nuostatos skiriasi (Chaiklin, Wengrower, 2009). Autorės teigimu (ten pat), šokis dėl savo fizinių, emocinių ir dvasinių sudedamųjų dalių yra natūraliai terapinis, nes šokdami žmonės dalijasi bendrumo jausmu. Terapeutės ekspertiniu žvilgsniu, šokio-judesio terapija grindžiama esminiu suvokimu, kad per šokį asmenys gali išreikšti savo impulsus ir poreikius grupėje, todėl jaučiasi susiję su grupe, bendruomene, ir tai skatina jų pokytį ir augimą. Chaiklin teigia, kad apsijungimas bendroje grupės energijoje leidžia žmonėms peržengti savo asmeninius apribojimus ar rūpesčius, patirti bendro judesio džiaugsmą ir pajusti save naujai (Chaiklin et Wengrower, 2009).

Šokio perėjimas į terapinį modalumą yra siejamas su šokėjos Marian Chase vardu, kuri sugebėjo išvelgti ir suprasti kūno ir emocinių problemų santykio reikšmę. Ji paliko nedaug

spausdintų darbų, todėl apie ją galima sužinoti iš jos mokinių ir pasekėjų darbų. Chaiklin (2009) rašė, kad Chase dirbo labai apgalvotai ir kruopščiai, ji turėjo talentą užmegzti ryšį su pacientais ir pažadinti jų gyvybingumą, kurie nekalbėjo ir gyveno savo vidiniame pasaulyje. Šokdama su Vašingtono ligoninės pacientais, ji tyrinėjo bendravimą per judesį, ratą, veidrodinius žaidimus, muziką, sutelktą akių kontaktą ir šiek tiek fizinio prisilietimo ir jos darbo rezultatai buvo sėkmingi. Lefko pažymi, kad pati Chase buvo puikus pavyzdys, koks turėtų būti šokio terapeutas. Pagrindinis šokio terapeuto įgūdis, kaip mokė Chase, yra instinktyvus judesio džiaugsmas - tik tada jis galės jį perduoti, „užkrėsti“ juo klientą (Chaiklin, 2009). Apžvelgdamas ŠJT ištakas, Girshon (2008) teigia, jog Chase darbo dėka 1946 – ieji datuojami kaip šokio-judesio terapijos gimimo data (ten pat).

„Šokio judesio terapija – tai terapinis judesio naudojimas, siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją“ (LŠJTA, 2023). Amerikos šokio terapijos asociacija ŠJT apibrėžė kaip „psichoterapinį judesio naudojimą, siekiant skatinti emocinę, socialinę, kognityvinę ir fizinę asmens integraciją, gerinti sveikatą ir gerovę“. Taip pat akcentavo kūną, kuris proceso metu, dalyviams išreiškiant savo skausmą, baimes, mintis ir jausmus, tampa pagrindiniu psichikos sutrikimo gydymo šaltiniu. Pasak Payne (1992), šokio-judesio terapija - tai išraiškingo judesio ir šokio, kaip priemonės, kurią pasitelkdamas žmogus gali įsitraukti į asmeninės integracijos ir augimo procesą, naudojimas. Šokio terapija remiasi prielaida, kad kūnas ir protas yra tarpusavyje susiję ir šokio terapeutai padeda žmonėms ugdyti bendravimo įgūdžius, teigiamą savęs įvaizdį ir emocinį stabilumą (Biriukova, 2009). Šokio ir judesio terapijos poveikis yra geresnė ir stabilesnė emocinė ir fizinė sveikata, sąmoningumo ir asmeninės autonomijos padidėjimas, bendravimo galimybių ir naujų elgesio modelių atradimas, savęs patyrimas per poveikį kitam, vidinių resursų atskleidimas per kūrybingą judesio žaislą (Tortora, 2009). Esminiai ŠJT komponentai yra šokis kaip kūno judesys, kūrybinė išraiška ir tarpasmeninis santykis (LŠJTA, 2023).

ŠJT atsirado XX a. ketvirtajame dešimtmetyje, kai pirmieji novatoriai, kurių daugelis buvo patyrę šokėjai - Marian Chase, Mary Starks Whitehouse ir Trudi Schoop - ėmė suvokti šokio ir judesio, kaip terapinės formos, naudą. Jie dirbo su psichiatrijos pacientais, sergančiais vadinama „karo neuroze“ daugiausia dėmesio skirdami psichofiziologinėms šokio funkcijoms (Girshon, 2008). Tai buvo holistinis požiūris į gydymą, paremtas empiriškai pagrįstu teiginiu, kad protas, kūnas ir dvasia yra neatskiriami ir tarpusavyje susiję, kad kūno pokyčiai atspindi proto pokyčius ir atvirkščiai (Chaiklin, Wengrower, 2009).

ŠJT procese terapeutas, tyrinėdamas judančiojo šoki-judėsį, Giršon (2008, p.14) nuomone, ieško atsakymų į šiuos klausimus: kaip žmogus juda?; ką judantysis jaučia, kai juda?; kokias judesio ir bendravimo strategijas jis naudoja?; ir kas šoka? Kaip šokyje patiriamas tas

besikeičiantis vidinis „Aš“?. Autoriaus nuomone (ten pat), į paskutinį klausimą sunkiausia atrasti žodinį atsakymą, tačiau pas klausimas ir dėmesio išlaikymas ties juo, veda link ŠJT terapijos esmės - „Aš“ išgyvenimo ir pilnatvės. Užsienio šokio teorijos ir šokio-judesio metodų tyrinėtojai pažymi, kad per judesius ir šokį, vyksta „Aš“ įvaizdžio turinio atskleidimas (Veremeenko, 2005).

ŠJT teorinis pagrindas - psichodinaminė, geštalto, humanistinė ir kognityvinė elgesio teorijos. Šios teorijos atskleidžia, kad mūsų psichinė ir emocinė būseną veikia mūsų kūno funkcijas ir patiriamus fizinius simptomus. Tai sudaro vadinamąjį psichosomatikos ryšį - kaip jaučiamės protiškai, taip jaučiasi ir mūsų kūnas (Kozlov, 2005).

Svarbūs ŠJT uždaviniai, pasak Biriukovos (2009), yra vidinės savimonės ir vientisumo siekis, tyrinėjant kūno impulsus ir jo reakcijas bei integruojant mintis, jausmus ir judesius; dialogo su savo vidumi atkūrimas, priimant ir kuriant santykį su savo jausmais, pagarba sau, giliu pasitikėjimu savimi bei gyvenimo procesu, glaudaus kontakto su savo gyvenimo ištekliams ugdymas. Tuo tarpu Giršon (2008) teigia, jog svarbiausia išmokyti žmogų klausytis savo išskirtinio kūno balso. Jo teigimu, „kiekvienas iš mūsų turime tam tikrą savojo „aš“ vaizdą, ir netgi jei šis vaizdas nepadeda mums, suabejoti juo nėra paprasta“ (p. 14). Sąmoningas savojo „aš“ tyrinėjimas per šokį ir judesį, leidžia suprasti „aš“ ir jo galimybes naujai“ (ten pat). Whitehouse (1969) nuomone - tam, kad būtų patirtas judesys, jis turi būti „atrastas kūne, o ne apsvilkas kaip suknelė ar paltas“ (p. 63).

Taigi, pagrindinis ŠJT tikslas yra „skatinti savęs suvokimą, pasitikėjimą savimi ir saugią vietą jausmams išreikšti“, teigia Amerikos ŠJT asociacija (2010). Šiam tikslui pritaria ir Lietuvos ŠJT asociacija (2011) teigdama, jog ŠJT padeda „geriau pažinti save, atrasti savo stipriąsias puses ir išmokti išreikšti savo jausmus judesiu“. ŠJT procese labai svarbus paties asmens įsitraukimas ir asmeninis augimas su šokio ir judesio pagalba, atrandant savo neefektyvius stereotipinius judesius ir keičiant juos naujomis judesio kokybėmis; užčiuopiant ryšį tarp judesio kokybių ir minčių, jausmų, elgesio modelių ir keičiant juos; kuriant gilesnį ryšį savo kūnu, su kitais grupės nariais; atskleidžiant savo kūrybiškumą ir autentiškumą.

Dar viena svarbi figūra ŠJT formavimuisi buvo Mary Whitehouse. Ji sukūrė unikalų metodą ir pavadino jį „judėjimu į gylį“. Su šiuo metodu buvo siekiama dirbti tiek psichologiniu, tiek fiziniu lygmeniu. Mat žmogus judėdamas gali užmegzti ryšį su pasauline ir kad šis procesas turi prigimtine gydomąją vertę, kad judesys atspindi judančią asmenybę, o pats judėjimas, apsijungęs su sąmoningumu gali daryti įtaką psichikos pokyčiui (Wallock, 1981). Whitehouse išskyrė tris judesio gilumoje etapus: pasitikėjimą vidiniu kūno impulsu ir leidimą judesiui vykti, judesio įsisauganimą bei išorinio ryšio užmezgimą (ten pat). ŠJT pionierė suprato, jog judėjimas yra vienas iš didžiųjų gyvenimo dėsnių (Whitehouse, 1995).

Whithouse apibūdino judėjimą kaip „pagrindinę energijos tėkmę“ ir „gyvybingumo terpę“, kuri teka mūsų kūnu kaip upė „budint ar miegant“ (Wallock, 1981). Ji sakė, kad yra tiesioginis ryšys tarp to, kokie esame ir kaip mes judame ir tuomet, kai mūsų judesiai pilni įtampos ir sąstingio, mūsų gyvenime taip pat vyrauja įtampa ir sąstingis (ten pat). Janet Adler 1981 m., tęsdama savo mokytojos tradiciją, unikalų Whithouse metodą „judesys į gelmę“ išplėtė į discipliną, kurią pavadino „autentišku judesiu“. Pavadinimas prigijo ne tik disciplinai, bet ir metodui bei nuo to laiko autentiško judesio (AJ) praktika ŠJT atlieka svarbų vaidmenį. Yra išskiriami trys AJ aspektai, susiję su šokio terapijos teorija ir praktika: vidinis įsiklausymas, suvoktis ir orientacija į procesą (Musicant, 1994). Buvo atliktas tyrimas dirbant su autentišku judesiu Santa Barbaros autentiško judesio grupėje ir padaryta išvada, kad autentiško judesio praktika gali reikšmingai prisidėti prie šokio terapeutų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo (ten pat). Biriukova (2024) antrina ir teigia, jog būtent spontaniškai judėdamas žmogus gali save išreikšti labai tiksliai ir sąžiningai: jog spontaniškame judėjime gali materializuotis nesąmoningi asmenybės aspektai. Labai svarbu jos nuomone, jog sąmonė gali tapti matoma ir tokiu būdu žmogus gali susijungti su prarastomis savo dalimis ir savo psichologiniais ištekliais, kurie atveria realią galimybę savęs pažinimui ir didesniai asmeniniam vientisumui, kas ir yra pagrindinis terapinio proceso tikslas (ten pat).

Trudi Schoop taip pat turėjo reikšmės formuojant ŠJT. Trudi buvo talentinga pantomimos atlikėja ir artistė, meno pasaulyje ji buvo laikoma savo laikų Čarliu Čaplinu (Batko, 2012). Savo terapijos seansų metodais ji parodė, kaip vertinga į gydymą įtraukti performansus ir humoro elementus (ten pat). Schoop buvo pakviesta dirbti psichiatrinėse ligoninėse, kur savo psichoterapinį darbą sutelkė į spontanišką, katarsišką slopinamų jausmų išsilaisvinimą šokyje ir paslėptų konfliktų, kurie buvo psichinės ir fizinės įtampos šaltinis, tyrinėjimą (Tortora, 2009). Ji teigė, jog kiekvienas vidinis patyrimas visiškai realizuojasi kūne ir daro įtaką vidiniam savęs pajautimui (ten pat). Schoop sukūrė vadinamąją kūno-ego techniką, kurioje naudojo judesį, kad padėtų pacientams išeiti iš izoliacijos ir užmegzti kontaktą su kitu žmogumi, o ne nuo jo trauktis (Goertzel, 1965). Schoop vedė profesinius seminarus JAV, Šveicarijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje ir Italijoje; rengė kvalifikacijos kėlimo mokymus klinikų ir ligoninių darbuotojams bei šokio terapijos praktikantams (Wallock, 1983). Pasak Wallock, Schoop buvo energinga, tiesi, padrąsinanti, kupina gyvenimo džiaugsmo ir nuostabaus humoro jausmo (ten pat). Ji padėjo daugeliui žmonių pakeisti požiūrį į gyvenimą, sukeldama pasitikėjimo savimi, savigarbos, ir savęs įgalinimo jausmus (Wallock, 1983). Didelis indėlis į ŠJT yra dvi jos parašytos knygos: „Ar nenorite prisijungti prie šokio?: šokėjo esė apie psichozės gydymą“ (Won't you join the dance?: A dancer's essay into the treatment of

psychosis”) ir „Ateik ir šok su manimi” (*vok.* „KOMM UND TANZ MIT MIR”), kuriose ji dalijasi savo supratimu apie protą, kūną ir sielą, judesį bei žmogaus emocijas.

Kadangi pirmieji šokio terapeutai buvo profesionalūs šokėjai (ne terapeutai), ŠJT teorijos užuomazgos pradėjo ryškėti tik šeštojo dešimtmečio pabaigoje, kai JAV buvo sukurtos pirmosios mokymo programos, kurias kūrė M. Chase, B. Evan, T. Shoop, M. Whitehouse, L. Espenak. 1966 m. buvo įkurta Amerikos šokio terapijos asociacija (ADTA), ši data laikoma šokio psichoterapijos, kaip savarankiškos disciplinos raidos pradžia. Truputį vėliau 60-80-aisiais ŠJT išpopuliarėjo Didžiojoje Britanijoje, Vokietijoje ir Izraelyje. 80-90-aisiais ŠJT atsirado ir kitose Europos, Azijos, Australijos ir Rusijos šalyse (Girshon, 2008). Oficialiais ŠJT atsiradimo metais Lietuvoje galima laikyti 2011-uosius, kai Vilniuje buvo įkurta Šokio-judesio terapijos asociacija (LŠJTA).

Kadangi ŠJT pasklido po pasaulį iš JAV, natūralu, jog tai darė įtaką ir kitų šalių asociacijų veikloms ir ŠJT apibrėžtims. Užsukus į Lietuvos ŠJT asociacijos internetinę svetainę², galime pastebėti, jog ŠJT apibrėžtyje yra ir panašumų ir skirtumų (lyginant su JAV). Pagrindinis skirtumas – Amerikos ŠJT akcentuojamas „kūnas kaip psichikos sutrikimų gydymo šaltinis“ ir „psichoterapinio judesio“ naudojimas, Lietuvos ŠJT asociacijoje, kaip vienoje iš neseniai prisijungusių prie Europos ŠJT asociacijų bendruomenės, akcentuojamas „terapinio judesio“ naudojimas holistinei (emocinei, kognityvinei, fizinei, dvasinei ir socialinei) žmogaus integracijai vystyti ir kūrybiškumui išreikšti. JAV ŠJT galimybės plačios, apimančios ligonines, psichikos ir reabilitacijos centrus, privačią veiklą, ŠJT Lietuvoje galimybės sparčiai augančios – nuo privačios veiklos, pereinančios į gydymo įstaigas, su dideliu plėtimosi potencialu. ŠJT per pastaruosius dešimtmečius patyrė žymų vystymąsi ir evoliuciją visame pasaulyje.

Šokio-judesio terapija jau taikoma psichikos sveikatos, reabilitacijos, sveikatos priežiūros, ugdymo įstaigose, taip pat slaugos įstaigose, dienos priežiūros centruose, ligų prevencijos ir sveikatingumo programose ir privačioje praktikoje (LŠJTA, 2022). Ši terapija gali būti kaip atskira (vienintelė) arba kaip papildanti kitas reabilitacijos ir ugdymo formas. Terapija gali būti trumpalaikė ir ilgalaikė, grupinė ir individuali, porų ir šeimos terapija, taikoma vaikams ir suaugusiems. Šokio-judesio terapeutai dirba savarankiškai arba skyriuose, ligoninių palatose arba kaip daugiadisciplininių komandų dalis. Jie dirba individualiai su klientu arba su grupėmis, naudojant įvairius metodus (Payne, 1992).

Šokio-judesio terapijos metodų poveikio žinojimas sudaro galimybę kompetentingai naudoti ŠJT metodą biopsichosocialinei asmens sveikatai darbe su skirtingomis klientų grupėmis.

² <https://www.lsjta.lt>

2.2. Šokio-judesio terapija sveikatos optimizavimui

Sveikatos optimizavimas yra procesas, skirtas skatinti gerovę ir sveikatą, siekiant maksimaliai išnaudoti žmogaus fizinį, psichologinį ir emocinį potencialą (Javtokas et al., 2014). Tai apima veiksmus, kurie padeda išlaikyti arba gerinti fizinę būklę, emocinį stabilumą, kognityvines funkcijas, socialinę integraciją ir kitus svarbius aspektus, siekiant visapusiško gyvenimo kokybės gerinimo (ten pat).

Fizinis aktyvumas viena iš galimybių bei būdų stiprinti asmenų sveikatą ir yra svarbi visapusiško požiūrio į lėtinių ligų prevenciją ir sveikatos stiprinimą sudedamoji dalis (Haskell et al., 2009). Per pastarąjį pusšimtį metų vis daugėjo mokslinių duomenų, įrodančių, kad menkas fizinis aktyvumas turi didelių neigiamų pasekmių sveikatai, t.y., mažiausiai fiziškai aktyviems ir nesportavusiems žmonėms kyla didžiausia rizika prarasti darbingumą, susirgti įvairiomis lėtinėmis ligomis ir mirti dėl įvairių priežasčių (ten pat). Pavyzdžiui, mažas fizinis aktyvumas yra siejamas su širdies ir kraujagyslių ligomis, nutukimu, nuotaikos sutrikimais ir bloga bendra savijauta (Valintėlienė et al., 2012). Atlikus mokslinį tyrimą nustatyta, kad vyresni asmenys buvo mažiausiai fiziškai aktyvūs tiek darbinės veiklos, tiek laisvalaikio metu – daugiau nei 85 proc. suaugusių, vyresnių nei 46 metų, laisvalaikiu neužsiima jokia fizine veikla. Nustatyta, kad respondantai sėdėdami (prie kompiuterio, televizoriaus, darbe, skaitant ar mezgant) kasdien praleidžia apie 5 valandas (299 minutes) (ten pat). Lietuvoje ir kitose šalyse atlikti tyrimai atskleidžia, kad intensyvi fizinė veikla gerina medžiagų apykaitą, širdies ir kraujagyslių sistemos darbą, emocinę bei bendrą sveikatos būklę, suteikia energijos. (Valintėlienė et al., 2012) Taip pat tyrėjai teigia, kad „judėjimas yra biologinis organizmo poreikis, be kurio normali žmogaus veikla sunkiai įmanoma“ (ten pat, p. 67).

Fizinis aktyvumas gali būti apibrėžiamas plačiai – tai ir mankštinimasis, pratybos, dalyvavimas varžybose, fizinė veikla (pvz., darbas), ir laisvalaikis, kuris gali apimti ir pasivaikščiojimą gamtoje ir šokių užsiėmimus (Valintėlienė et al., 2012). Yra žinoma, jog šokis pirmiausia veikia motoriką, paskui vaizdinius ir emocijas, ir tik tada netiesiogiai mąstymą, kuris leidžia mums žodžiu, kalba, reaguoti į kinestetinius - emocinius jausmus (Starostina, 2021). Vienoje iš sisteminių apžvalgų, kurios tikslas - apibūdinti šokiu pagrįstų protokolų naudojimą kaip reabilitacijos pasiūlymą, buvo pabrėžiama, kad šokiai gali prisidėti prie optimalaus ir ilgalaikio dalyvavimo fizinėje veikloje bei kad šokis veikia žmones ne tik psichologiniu lygmeniu, bet ir reiškia skysčių judėjimo, laikysenos ir kūno kontrolės patirtį, pavyzdžiui, sergant Parkinsono liga (Hincapié-Sánchez et al., 2021).

Šokis ir judėjimas yra ne tik fizinę naudą teikiantys, bet ir visą žmogaus sveikatą optimizuojantys – šokio-judesio terapijos esminiai komponentai. Koch (2005) nuomone, ši

terapijos kryptis remiasi dvikryptiškumo prielaida: tikėtina, jog kūno lygmens pokyčiai atneš pokyčius pažinimo ir emociniu lygmenimis, o pažintiniai (emociniai) pokyčiai stabilizuos pokyčius kūno lygmenyje. Meekums (2012) pritaria, jog neįmanoma atskirti kūno nuo proto – kūne vykstantys pokyčiai turi įtakos psichikai ir atvirkščiai.

ŠJT kaip terapijos forma, siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją, pradedama integruoti į sveikatos priežiūros sistemą (LŠJTA, 2022). Ši integracija suteikia dar didesnes galimybes natūraliam organizmo imuniteto stiprinimui, streso mažinimui, energijos lygmens didinimui, senėjimo proceso lėtinimui, kognityvinių funkcijų gerinimui, psichologinių problemų sprendimui, savirealizacijai ir asmeniniam augimui ir įvairių ligų prevencijai, pasitelkiant ŠJT. Didesniam ŠJT įsitraukimui į sveikatos sistemą pasitarnauja ir mokslinių darbų išvados, patvirtinančios šokio-judesio terapijos efektyvumą sveikatinimui (prevencijai ir reabilitacijai). Pasiremsime tyrimu, kuriame buvo siekta iširti šokio-judesio terapijos įtaką vyresnio amžiaus moterų pusiausvyrai, depresijai, kritimų rizikai ir kt. Eksperimentinę grupę sudarė 130 tiriamųjų, o kontrolinę grupę - 123 (Jeon et al., 2005). Eksperimentinė grupė 3 kartus per savaitę (viso 12 savaitėjų) dalyvavo Korėjos tradicinio šokio-judesio programoje. Tyrimo išvadose rašoma, jog ši šokio-judesio programa pagerino pusiausvyrą, padėjo sumažinti kritimų skaičių, palengvinti depresiją bei gydymo įstaigų išlaidas (ten pat). Todėl ši programa rekomenduojama kaip sveikatos stiprinimo ir kritimų prevencijos programa pagyvenusių žmonių bendruomenei (Jeon et al., 2005).

Taip pat teigiamą ŠJT naudą fizinėms kūno galimybėms pagrindžia ir metaanalizės išvados, kuriose teigiama, kad bet koks šokio stilius gali paskatinti teigiamą vyresnio amžiaus žmonių funkcinę adaptaciją, ypač susijusią su pusiausvyra. Taip pat nustatyta, kad šokis-judesys gali pagerinti medžiagų apykaitą ir gali būti potenciali fizinio aktyvumo intervencija, puoselėjanti sveikatingumą senstantiems žmonėms (van Geest et al., 2021). Šokio-judesio įtaką pagyvenusių žmonių statinei ir dinaminei pusiausvyrai galime atrasti ir Lietuvos tyrėjų darbuose, kuriuose buvo tirti žmonės, sergantys demencija ir aprašyti teigiami ŠJT rezultatai ne tik pusiausvyrai, bet ir depresijai (Štrimaitytė, 2009). Kiti tyrėjai nustatė ŠJT poveikį moterų, sergančių krūties vėžiu, fizinei ir emocinei sveikatai remisijos laikotarpiu ir pastebėjo, jog ryškiausią efektą terapija turėjo tiriamųjų somatizacijos simptomams, kai kurių dalyvių nerimo, depresijos simptomams bei kardiovaskulinių ligų rizikai, o ryšio su savo kūnu atkūrimas bei bendrystė su kitomis moterimis išskirti kaip aktualiausi terapijos veiksniai (Sagevičienė, 2022).

Šokio-judesio terapija yra efektyvi psichologinės sveikatos gerinimo procese: mažinant stresą, sergant lengvesne ar gilesne depresijos forma, stabilizuojant hormoninę veiklą, darančią įtaką nervų sistemai (Jeong et al., 2005). Tai įrodė ir Korėjos mokslininkai, atlikę tyrimą, kuriame buvo vertinama paauglių, sergančių lengva depresija, psichologinė sveikata ir

neurohormonų pokyčiai po 12 savaičių ŠJT intervencijos (ten pat). Nustatyta, kad reikšmingai sumažėjo visi psichologinio distreso skalių parametrai; sumažėjo dopamino koncentracija ir padidėjo tiriamųjų serotonino koncentracija plazmoje. Taigi, šie rezultatai įrodo, kad ŠJT gali stabilizuoti simpatinę nervų sistemą ir gerinti psichologinę paauglių būseną, sergantiems lengva depresija (Jeong et al., 2005). Vokietijoje vykdytame nacionaliniame mokslinių tyrimų projekte buvo tiriama, ar ŠJT grupės dalyviai įgis geresnes streso valdymo strategijas ir jiems pasireišk mažiau psichologinio distreso simptomų, palyginti su kontroline grupe, kuriai joks gydymas netaikytas (Bräuninger, 2012). Šiame atsitiktinių imčių kontroliuojamame tyrime buvo tiriamas trumpalaikis ir ilgalaikis gydymo ŠJT poveikis stresui (ten pat). Išvadose rašoma, jog ŠJT yra veiksminga ir efektyvi, gydant stresą, taip pat turi ekonominę naudą ir yra palanki sveikatos politikoje (Bräuninger, 2012).

Kitame tyrime, skirtame su stresu susijusių hormonų pokyčiui iširti (taikant ŠJT) konstatuojama, jog terapija, kuri yra fizinio, emocinio, kognityvinio ir kultūrinio pobūdžio, fibromialgija sergančių pacientų grupei gali būti veiksmingesnė nei kitos gydymo rūšys. Teigiama, kad pacientai šokdami gali išsiugdyti didesnę savikontrolės jausmą, kuris savo ruožtu gali sumažinti bejėgiškumo ir nerimo jausmą, t. y., jausmus, kurie gali prisidėti prie streso būsenos, taip pat prie skausmo išgyvenimo (Bojner-Horwitz et al., 2003).

Sisteminių tyrimų analizė atskleidžia, kad šokio-judėsio terapija gali sumažinti psichologinį stresą, padidinti dėmesingumą ir pagerinti gyvenimo kokybę. „Sąmoningą šokį“ galima apibrėžti kaip choreografijos neturintį, nevertinamą sąmoningą judesį, įprastai praktikuojamą grupėje, siekiant autentiškos patirties, saviraiškos, asmeninio gydymo ar augimo ir geresnio tarpasmeninio ryšio (Laird et al., 2021). Apie gydomąjį „sąmoningo šokio“ poveikį minėtame tyrime daugiausiai kalbėjo depresija ir nerimu sergantys asmenys (96 proc.), po jų sekė asmenys, patyrę traumą (95 proc.), lėtinį skausmą (89 proc.) ir priklausomybę turintys asmenys (88 proc.) (ten pat).

Kitame eksperimentiniame tyrime, skirtame paauglių problemų sprendimui ir savo įvaizdžio formavimui, ŠJT atliko ir sąmoningumą auginančią vertę. Buvo pasiekti teigiami rezultatai ne tik paauglių asmenybės raidai, bet ir paauglišku būsenų harmonizavimui, teigiamam kūno įvaizdžio priėmimui ir formavimui (Sergeevna, 2017). Pasak Sergeevnos, šokio-judėsio terapija padeda sumažinti paauglių fizinę įtampą ir nerimą, ugdo spontaniškumą, mažina agresiją, didina savivertę ir ugdo bendravimo įgūdžius (ten pat).

ŠJT gali padėti ir vaikams, turintiems regos sutrikimų, t. y., išmokti erdvinio judėjimo sąvokų per fizinę ir taktilinę veiklą (Ritter et Low, 1996). Be to, kūrybinis šokis, taikomas šokio-judėsio terapijoje, šiems vaikams „pabrėžia kūną kaip išraiškos formą, o judesį kūno kaip išraiškos priemonę“ (Duel, 1979, p. 133). Dar vienas tyrimas patvirtino ŠJT naudą vaikams,

patyrusiems smurtą, kurie neteisingai vertina savo asmeninę erdvę: Goodill (1987) nustatė, kad ŠJT gali padėti šiems vaikams „naudotis kontroliuoti tą erdvę, susigražinti kontrolės jausmą ir nuosavybės teisę į savo kūną" (p. 60).

Šokio-judesio terapijos intervencijos efektyvios ir darbu su valgymo sutrikimais. Kontroliuojamame pilotiniame tyrime, kuriame buvo tyrinėjamas ŠJT veiksmingumas nutukusioms, emocinio valgymo kamuojamoms moterims, bandžiusioms numesti svorio, statistiškai reikšmingai sumažėjo psichologinis distresas, padidėjo savigarba ir kūno vaizdo priėmimas, palyginus su kontroline grupe (Meekums et al., 2012). Autoriai padarė išvadą, kad ŠJT galėtų būti nutukusių moterų, kurioms būdingas emocinis valgymas, gydymo dalis (ten pat). Taip pat ir Merkinienė (2022), tyrinėjusi ŠJT taikymo galimybes asmenims, turintiems valgymo sutrikimų, teigia, jog ŠJT mažina valgymo sutrikimų simptomus, padeda atkurti kūno ir emocijų ryšį, atgaivinti kūno pojūčius ir juos susieti su jausmais, taip pat padeda dirbti su kūno įvaizdžio priėmimu.

Kaip skelbia Higienos institutas (2023) nuo 2016 iki 2022 m. padidėjo 28 proc. moterų ligotumas ir psichikos elgesio sutrikimų srityje jis yra apie 1,6 karto didesnis nei vyrų. Vadinasi, problema visuomenei yra aktuali ir reikia ieškoti naujų simptomų mažinimo būdų. Moksliniais tyrimais yra pagrįsta ir ŠJT nauda psichiatrijos pacientams. Eidemiller ir kt. (2019) atliko tyrimą, kuriame buvo atrinkti 50 psichiatrijos ligoninės ribinių būklių skyriaus pacientų (sergančių neurastenija, turinčių somatoforminius, sunkios reakcijos į stresą ir adaptacijos sutrikimus, nerimo, fobinio nerimo ir kt. neurotinius sutrikimus) ir kurie dalyvavo korekcinuose ŠJT užsiėmimuose. Buvo nustatyti teigiami pacientų būklės pokyčiai, jų aktyvumo, savijautos ir nuotaikos lygio padidėjimas, depresinių išgyvenimų įveika, bendravimo ir adaptacijos įgūdžių pagerėjimas (Eidemiller, Oganessian, 2019). Remiantis pateiktais tyrimais, galime teigti, jog šokio-judesio terapija yra puikus būdas optimizuoti sveikatą ir pagerinti gyvenimo kokybę vaikams ir paaugliams, ir saugusiems - vyrams ir moterims.

2.3. Šokio-judesio terapija moterims, esančioms menopauzėje

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, akcentuojamas kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas moterims, esančioms menopauzės laikotarpyje. Ir tuo pačiu apgailestaujama, jog daugumoje pasaulio šalių vis dar labai sudėtinga tiek informuoti apie menopauzę, tiek gauti su ja susijusią informaciją ir paslaugas. Pabrėžiama, jog ne tik sveikatos priežiūros įstaigose, bet ir bendruomenėse, darbovietėse ir šeimose apie menopauzę dažniausiai nekalbama (PSO, 2022).

Vienas iš iššūkių, susijusių su žinojimu, kaip valdyti menopauzės simptomus, yra tai, jog kiekviena moteris menopauzę išgyvena skirtingai. Pasak Žukauskienės (2012), nemažai menopauzės simptomų gydoma, taikant pakaitinę hormonų terapiją (toliau – PHT), tačiau didžioji dauguma moterų dėl krūties vėžio rizikos hormonų terapijos atsisako. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad, taikant PHT ilgiau nei 8 metus, rizika susirgti onkologine liga padidėja 40 proc. (Žukauskienė, 2012, cit. Petrovich ir kt. 1997). Sisteminės analizės duomenimis, PHT vartojimas labai sumažėjo (tiek Europoje, tiek JAV) dėl mokslinių įrodymų, jog PHT padidina krūties ir endometriumo, vainikinių arterijų vėžio riziką, insulto, arterijų ligos ir tromboembolijos riziką (Innes et al., 2010). Pasak autorių, vis daugiau moterų kreipiasi dėl papildomo ar alternatyvaus gydymo, kuris suteikia saugų menopauzės simptomų valdymą (ten pat).

Tarp dažniausiai pasirenkamų terapijų yra proto ir kūno praktikos, pvz., joga, Tai chi, taip pat kt. specifiniai atsipalaidavimo ir streso valdymo metodai (Innes et al., 2010). Taip pat daugybę privalumų turi ir šokiai, nes ši veikla yra maloni ir ne per daug fiziškai įtempta veikla, ji gerina šokančiųjų pusiausvyrą ir laikyseną, suteikia jėgų ir pakelia nuotaiką – ir visa tai teigiamai veikia žmonių savijautą ir savigarbą (Muraya, 2021). Moterų patirtis, susijusi su refleksyviu šokio pobūdžiu, patvirtina mintį, kad vidurio amžiuje moterims gali įvykti savosios tapatybės peržiūra (Switzman et al., 2011). Aštuonių vidutinio amžiaus moterų kūno ir proto patirtys, įgytos per NIA šokio praktiką, atskleidė refleksijas, apimančias asmeninius tyrinėjimus, kai jos šoko ir patyrė, kas jų gyvenime yra reikšminga. Tyrime sakoma, jog pasitelkiant kūno išmintį ir suvokiant kūno judesius per holistinę NIA praktiką, šios moterys naujai atrado save per sąvokas, susijusias su autentiškumu, susietumu ir kontekstu (ten pat). Tyrimo rezultatai atskleidžia, jog NIA šokis yra holistinė praktika, kuri gali ne tik padėti giliau pažinti save, bet ir išgydyti (Switzman et al., 2011).

Nors mokslinių tyrimų orientuotų į ŠJT poveikio menopauzei pagrindimą nėra daug, tačiau jų diapazonas pakankamai įvairus. Viename iš nedaugelio tyrimų, kuriuose buvo nagrinėjamas menopauzės laikotarpiu gyvenančių moterų fizinio aktyvumo ir psichologinės savijautos bei gyvenimo kokybės ryšys, buvo nustatyta, jog fizinis aktyvumas gali sumažinti menopauzės simptomų sunkumą ir pagerinti psichologinę gerovę. O ryšys tarp fizinio aktyvumo ir gyvenimo kokybės vidutinio amžiaus moterims gali priklausyti nuo tokių veiksnių, kaip menopauzės simptomai ir fizinis savęs suvokimas (Elavsky et McAuley, 2005).

Pasak Innes ir kt. (2010), nors nemaža dalis moterų nejaučia ypatingų menopauzės simptomų ir vertina ją kaip nepastebimą, toms moterims, kurios patiria varginančius menopauzės simptomus, pablogėja psichologinė savijauta ir gyvenimo kokybė. Kaip pavyzdį tyrėjai pristato moteris, esančias menopauzės laikotarpyje ir gyvenančias JAV, iš kurių 80-85

proc. skundžiasi nemaloniais simptomais, o jie daugiau nei pusę atvejų pablogina moterų gyvenimo kokybę visomis prasmėmis (ten pat). Innes ir kt. teigimu (2010), menopauzės sukeliama fiziniai pokyčiai ir stigma (susijusi su menopauze kaip moters senėjimo požymiu) dažnai yra susiję su menka savigarpa ir menkesne moterų, išgyvenančių menopauzės laikotarpį, saviverte. Toliau autoriai detalizuoja: patraukliomis save laikančios moterys jautė mažiau menopauzės simptomų nei žemą savivertę turinčios moterys, kurios turėjo didelį menopauzės distreso rodiklį (ten pat).

Šios terapijos efektyvumą menopauzės moterų savivertei ir savigarbai pagrindžia ir Niujorke atliktas tyrimas, kurio išvadose rašoma, jog šokio-judesio terapijos intervencija ne tik pagerino pomenopauzės moterų savigarbą bei savivertę, bet ir pagerino fizinę moterų būklę (Teixeira, et al. 2010). Tai pagrindžia ir Korėjoje atlikto tyrimo „Šokio judesio terapijos poveikis menopauzės amžiaus moterų nerimui, depresijai ir gyvenimo kokybei“ autoriai teigdami, jog ŠJT mažina menopauzės laikotarpyje esančių moterų nerimą ir depresiją, teigiamai veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir gali padėti padidinti menopauzės laikotarpiu sergančių moterų fizinę, protinę ir emocinę gerovę (So et al. 2012).

Vienas iš daugelio ŠJT praktinių pagrindų yra kūno sąmoningumas, nes būtent jis padeda palaikyti vidinį ir išorinį ryšį, teigia Sousa ir kiti tyrėjai (2018), kad būtų sukurta apmąstymo būseną, leidžianti perteikti sąmoningumą ir prisitaikymą prie kūno, kad būtų galima rasti pagrindą save išreiškiant. Deja, mokslinių tyrimų sąmoningumo temomis menopauzės kontekste nerasta. Todėl čia remiamasi panašiais tyrimais, kurie liudija autentiško judesio efektyvumą vidiniam pokyčiui, sąmoningumo didinimui. Vienas tokių tyrimų yra apie autentiško judesio užsiėmimus, kuriuose dalyvavo 6 Lesley universiteto ekspresyvosios terapijos studentai. Po šių užsiėmimų dalyviai teigė patyrę įsikūnijimą, suteikusį ramybę, prisiderinimą, ryšį ir dabarties suvokimą (Yahid, 2019). Jie pripažino ŠJT ir autentiško judesio praktikų įtaką savęs ir savo esybės suvokimui ir atpažino skirtingus būdus, kuriais šie reiškiniai atsiranda. Savo išvalgomis dalindamiesi pabrėžė, kad šiuos giluminius reiškinius galima tyrinėti ir suprasti, tačiau savasties jausmo neįmanoma apibrėžti (ten pat).

Menopauzės laikotarpyje aktualiai naujai iškyla ir temos apie moteriškumą, jautrumą, seksualumą, santykius su partneriu, kadangi net 40–55 proc. moterų menopauzės laikotarpiu skundžiasi seksualinio potraukio sumažėjimu (Scavello et al., 2019). Tačiau ir šių temų ŠJT poveikis moterų menopauzės transformacijoms dar „neišarta dirva“ moksliniams tyrinėjimams. Tikėtina, jog menopauzės aktualijų tyrimai plėsis, nes PSO (2022) yra įsipareigojusi didinti supratimą apie menopauzę, pabrėždama požiūrį į sveikatą, įskaitant lytinę sveikatą ir gerovę, akcentuodama aukštą moterų gyvenimo kokybę prieš menopauzę, jos metu ir po jos. PSO skatina vystyti pozityvų ir pagarbų požiūrį lytiškumą ir galimybę patirti malonią

ir saugią lytinę patirtį (PSO, 2022). Oganessian (2021) seksualumą apibrėžia kaip biologinių, psichofiziologinių, psichinių ir emocinių reakcijų, žmogaus patirties ir veiksmų, susijusių su lytinio potraukio pasireiškimu visumą ir kaip esminį žmogaus egzistencijos aspektą, kuris pasireiškia per savigarbą ir saviraiškos laisvę. Autorė teigia, kad seksualinę energiją galima paversti kūryba, mokslu, bet kokia veikla (ten pat). ŠJT seksualumas neatskiriamas nuo kūno, o kaip tik tampa integruota kūrybiškumo dalimi, kuri pasireiškia, kūnui judant ir šokant.

Viename pirmųjų mokslinių tyrimų apie jausmingo judesio ir šokio programos poveikį moterims paskelbtame tyrime teigiama, jog suteikiama naujų išvalgų apie gilų moterų smalsumą ir norą tyrinėti savo jausmingumą, taip pat apie sumaištį, gėdą ir (arba) slopinimą, kurie dažnai lydi šį norą (Fasullo et al., 2016). Pasak tyrimo dalyvių, moterys nori ne tik kalbėti apie jausmingumą / juslingumą, bet ir daugiau jo pajusti savyje ir savo gyvenime. Paaiškėjo, kad šio lengvai išmokstamo ir smagaus judėjimo stiliaus mokymasis labai padeda pastebimai ir ilgam laikui pakeisti įvairias moterų gyvenimo sritis, įskaitant savęs vertinimą ir santykius, motinystę ir karjerą (ten pat).

Pastaraisiais metais atsiranda novatoriškesnių, drąsesnių temų ŠJT, pvz., „transformuojantis jausminio judesio ir šokio poveikis“, „kaip atkurti ryšį su moteriškumu“, „sąmoningas šokis“, „dvasingumo tyrimai somatinio judėjimo srityje“, „savasties suradimas per šokį“. Patyrimo idėjai antrina ir Franklis („terapijos per prasmę“ pradininkas) teigdamas, kad žmonės gali rasti prasmę trimis būdais: per savęs pajautimą, šokio ir (arba) judesio terapijos metu, ką nors kuriant, per emocinę patirtį ir požiūrio tašką, kai prasmę galima rasti net ir pačiose beviltiškiausiose ir nepakeičiamiausiose situacijose, pasirinkus požiūrį (pagal Landwehr, cit. Yahid, 2019). Whitehouse taip pat teigia, jog kūnas gali būti pagrindinis būdas, kaip suprasti ir įprasminti pasaulį (Yahid, 2019). Mano pastebėjimu, šiame pasaulio įprasminime įvyksta naujojo „aš“ patirtis, naujas sąmoningumas, naujas žvilgsnis ir tai yra tarsi virsmas šokančiojo sąmonėje. Tai patvirtina ir Nicole Barbour (2012) pabrėždama, jog judėjime įkūnytos žinios yra naudingos mūsų gyvenimui, nes atskleidžia mus pačius ir mūsų pasaulius (Barbour, 2012).

Moterų tapatumo virsmo tyrimas leido moterims per šokio-judesio terapiją, apjungiančią kūną su jausmais ir suvokimu, tyrinėti save ir atrasti naujas įkūnytas prasmes menopauzės virsme. Mano, kaip tyrėjos patyrimu, menopauzės laikotarpiu moterims ypatingai svarbu suvokti, kas su jomis vyksta ne tik fiziologiniame, psichologiniame, bet ir savo tapatybės virsme, santykiyje su naująja savimi, artimaisiais, socialine aplinka.

3. MOTERS VIRSMAS ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS PROCESĖ

3.1. Tyrimo metodologija

Pasirinktas mišraus tyrimo dizainas – kiekybinis / kokybinis, siekiant atskleisti platų moterų virsmo diapazoną (fizinį, psichinį ir socialinį) menopauzės laikotarpiu.

3.1.1. Tyrimo dalyvės

Į tyrimą įtrauktos 23 moterys, patiriančios menopauzės simptomus.

Atrankos kriterijai:

- Į tyrimą įtrauktos:
 - 44 iki 55 metų amžiaus moterys;
 - Moterys, kurių menstruacijos nereguliarios arba dingusios;
 - Turi bent tris menopauzės simptomus (pvz., karščio bangas, naktinį prakaitavimą, miego sutrikimus, nuotaikų kaitą, depresiją, nerimą, atminties pokytį, širdies ritmo permušimus, susilpnėjusį libido, sąnarių skausmą, prastą koncentraciją, padidėjusį svorį ir kt.);
 - Pasirašiusios konfidencialumo sutartį ir savanoriškai sutinkančios dalyvauti tyrime.
- Į tyrimą neįtrauktos:
 - Nesutinkančios dalyvauti tyrime moterys (nepasirašiusios konfidencialumo sutarties);
 - Neatitinkančios aukščiau išvardytų atrankos kriterijų.

Imties sudarymas ir tyrimo organizavimas

Informacija apie vykiantį tyrimą buvo skelbiama puslapyje www.patyrimoratas.lt (oficialus tyrėjos tinklalapis) ir socialinio tinklo „Facebook“ puslapyje. Sulaukus pakankamo dalyvių susidomėjimo, tolimesnė informacijos sklaida apie vykiantį tyrimą nebuvo vykdyta.

Norą dalyvauti tyrime išreiškė 23 moterys. Užsiregistravusioms moterims elektroniniu paštu buvo išsiųsta anketa „Menopauzė“ (naudota „Google Forms“ platforma), siekiant atlikti pirminę atranką. Atitinkančios pagrindinius tyrimo kriterijus moterys buvo kviečiamos pokalbiui su tyrėja. Kiekvienas pokalbis truko 1 val. Remiantis anketiniais ir pokalbio

duomenimis, buvo sudaryta grupė, atitinkanti atrankos kriterijus. Kadangi moterų, norinčių dalyvauti tyrime, skaičius buvo didelis, siekiant kokybinio santykio ir terapinio efektyvumo, intervencija vykdyta dviem ciklais.

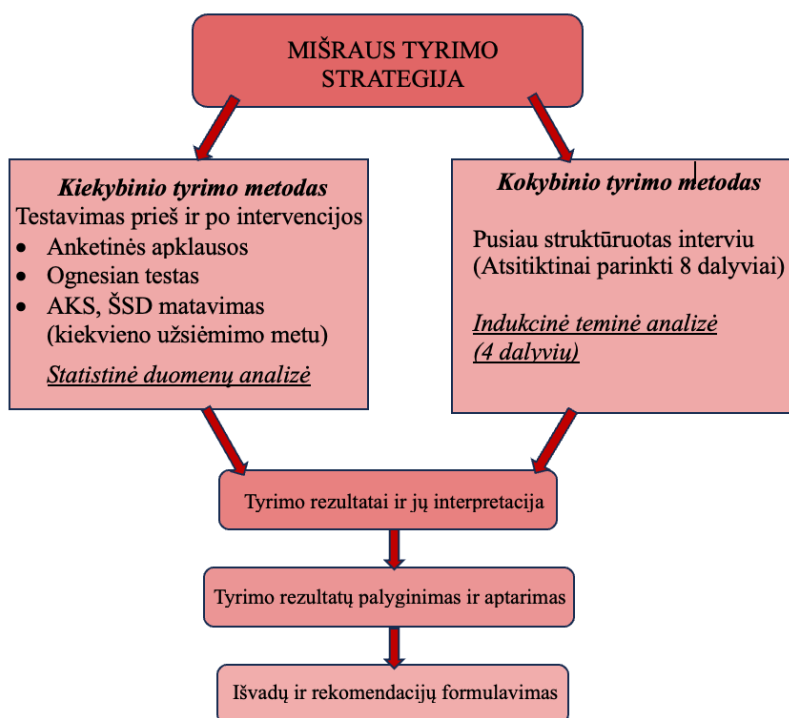
Įvadinio susitikimo metu tyrimo dalyvės supažindintos su tyrimo tikslais, tyrimo trukme bei užsiėmimų grafiku. Tyrimo dalyvės galėjo pasirinkti dalyvavimą viename iš dviejų ciklų. Į pirmąjį šokio-judesio terapijos užsiėmimą grįžo 20 moterų.

3.1.2. Tyrimo eiga

Tyrimo laikas ir vieta:

- Tyrimas atliktas dviem ciklais:
 - Pirmasis ciklas – nuo 2023-02-09 iki 2023-05-18;
 - Antrasis ciklas – nuo 2023-09-05 iki 2023-12-14.
- Užsiėmimų trukmė kiekvieno ciklo metu – 11 savaitių, susitinkant 1 kartą per savaitę, ketvirtadieniais 18 – 21 val. (po 3 val.).
- Užsiėmimai vyko „Chandrashila” studijoje, Vilniuje (tyrėjos darbo vietoje).

Tyrimas organizuotas pagal schemą (žr. 1 pav.). Užsiėmimai vyko 1 kartą per savaitę po 3 val. dviem ciklais. Užsiėmimų skaičius abiejose grupėse buvo vienodas – vienas įvadinis / pažintinis ir 11 ŠJT terapinių sesijų. Kiekvienas ciklas truko 3,5 mėn. Analogiška programa (Žr. Priedas Nr. 1) buvo vedama abiejose grupėse.



1 pav. Tyrimo organizavimo schema

3.1.3. Tyrimo metodai

Kiekybiniai duomenys

Anketinė apklausa ir demografiniai duomenys

Anketos buvo sukurta remiantis menopauzės temai aktualia literatūra. Anketose pateikti klausimai apie pagrindinius menopauzės metu patiriamus simptomus, psichoemocinę sveikatą, fizinę sveikatą ir kt. (Žr. Priedas Nr. 2 ir Priedas Nr. 3). Taip pat buvo įtraukti klausimai apie demografinius duomenis (Žr. Priedas Nr. 4).

ŠSD ir AKS matavimas

Prieš kiekvieną užsiėmimą ir po užsiėmimo buvo atliktas arterinio kraujo spaudimo ir pulso matavimas automatinio žasto tipo kraujospūdžio matuokliu M3 Comfort (HEM-7155-E), X3 Comfort (HEM-7155-EO). Visus matavimus atliko tyrėja.

Oganesian testas

Prieš ir po intervencijos kiekvienai dalyvei buvo atliktas Oganesian testas. Testus / stebėjimus atliko pati tyrėja, kiekviena tyrimo dalyvė buvo vertinta individualiai.

Pasirinkta naudoti N. J. Oganesian „Kūno analizės“ (rus. Н.Ю. Оганесян, 2009) metodiką, filmuojant, analizuojant ir vertinant psichomotorikos dinamiką šokio-judėsio terapijos procese (iš viso 9 parametrai, susidedantys iš 37 požymių): judėsio aktyvumą, judesių stiprumą ir dinamiką, kūno stabilumą, judėsio repertuarą, išitraukiančias kūno dalis ir santykį su erdve, judesių kryptis ir lygius, muzikos ir ritmo naudojimą.

Taip pat buvo pasirinkta stebėti, analizuoti ir vertinti 4 socialinio ryšio funkcijas, susidedančias iš 19 požymių: polinkį į kontaktą improvizaciniame šokyje, gebėjimą bendrauti, elgseną grupėje bei santykį su šokiu. Originalioje metodikoje judėsio funkcijas sudaro 9 parametrai, susidedantys iš 37 požymių, o socialinio ryšio funkcijas – 6 parametrai, susidedantys iš 31 požymio.

Visi parametrai buvo vertinami nuo 0 iki 5 skalėje:

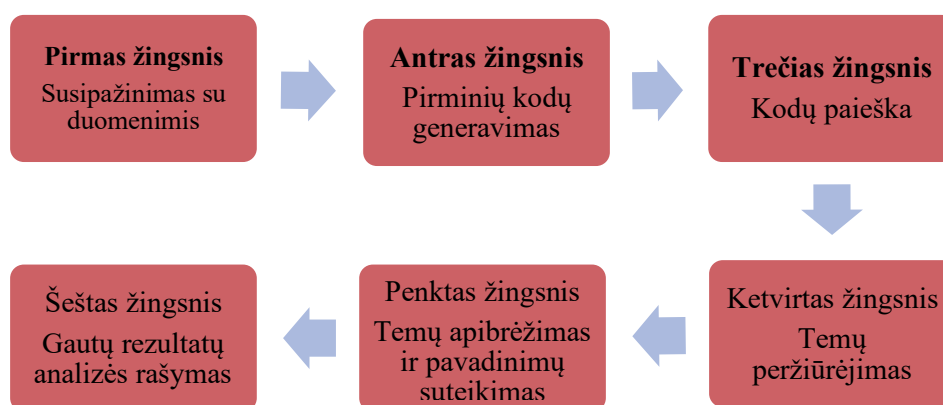
- 0 - Labai retas
- 1 - Retas
- 2 - Kartais pasitaiko
- 3 - Dažnas
- 4 - Labai dažnas
- 5 - Visada pasitaiko

Pasak Oganesian (2016), „Kūno analizės“ metodika leidžia įvertinti psichomotorikos dinamiką šokio psichoterapijos procese derinant su kitais psichologiniais metodais.

Kokybiniai duomenys

Pusiau struktūruotas interviu

Taikytas kokybinis grindžiamosios teorijos (pagal Glaser ir Strauss, 1967) metodas, remiantis konstruktyvistiniu požiūriu (Žr. 2 pav.) (pagal Charmaz, 2006, Birks ir Mills, 2011). Duomenys buvo renkami atliekant tiesioginius pusiau struktūruotus individualius interviu su moterimis apie jų menopauzės patirtis šokio-judesio terapijos užsiėmimų cikle. Atsitiktiniu būdu buvo pasirinktos 8 dalyvės, kurios buvo pakviestos interviu sutartu laiku ciklo viduryje. Interviu vyko ten pat, kur ir užsiėmimai, – moterims įprastoje ir saugioje aplinkoje.



2 pav. Teminė Braun ir Clarke analizė, 2006 m.

Kiekvienas interviu truko 1 val. Buvo svarbu, kad dalyvės jau turėtų ŠJT patirtį užsiėmimuose ir galėtų pasidalinti savo patyrimais ir suvokimais, kurie *gimė* šokio-judesio intervencijų metu.

Tyrimo duomenys buvo renkami siekiant atskleisti jautriausias menopauzės patirtis ir galimybę jas transformuoti, pasitelkiant šokio-judesio terapiją. Prieš interviu buvo paruošti pagrindiniai ir pagalbiniai klausimai.

Pagrindiniai interviu klausimai:

- *Su kokiais jausmais, mintimis atėjai į ŠJT grupę, skirtą menopauzės temoms?*
- *Kaip Tavo atveju skamba jautriausias menopauzės patyrimas?*
- *Kaip manai, ar galėtum šį patyrimą iššukti, keičiant jį norima linkme?*

Pagalbiniai interviu klausimai:

- *Jei galėtum sušukti jautriausią menopauzės temą, kaip vadintųsi šis šokis?*
- *Koks būtų šokio ritmas?*
- *Ar tai būtų SOLO ar šokis su kitais – poroje, grupėje?*
- *Kaip manai, ar menopauzės suteikia tokių patirčių, kurių neįmanoma transformuoti, pasitelkiant ŠJT?*

- *Gal kažkuris kitas terapinis metodas gali padėti tokiu atveju keisti, priimti ar įprasminti jautriausius patyrimus?*

Duomenų rinkimas ir duomenų analizė

Kokybiniai duomenys. Interviu tekstas buvo transkribuojamas ir analizuojamas teminės analizės būdu, išskiriant pagrindines temas ir potemes. Kiekvienas interviu buvo įrašomas diktofonu, naudojant tyrėjos mobilųjį telefoną.

Kiekybiniai duomenys. Širdies susitraukimų dažnio, arterinio (sistolinio ir diastolinio) kraujo spaudimo matavimai buvo atlikti paties tyrėjo. Visas anketines apklausas tyrimo dalyviai pildė savarankiškai.

Gauti duomenys apdoroti naudojant Microsoft Excel 2021, Microsoft Word 2021. Statistinei duomenų analizei atlikti naudotas IBM SPSS Statistics 29.0.2.0 paketas. Reikšmingumo lygmuo statistinių hipotezių patikrinimui buvo pasirinktas $\alpha=0,05$. Duomenų analizei naudotas Stjudento t testas priklausomoms imtims (porinis t testas). Atsakymų apibendrinimui ir procentiniam pasiskirstymui pavaizduoti naudotos skritulinės bei stulpelinės diagramos.

3.1.4. Tyrimo etikos užtikrinimas

Konfidencialumo užtikrinimas: tyrimo dalyviai, informuoti apie konfidencialumą, tyrimo tikslą ir uždavinius, sutikimą dalyvauti tyrime patvirtina pasirašydami Informuoto asmens sutikimo formą (žr. Priedas Nr. 5). Asmens duomenys tyrimo tikslais tvarkomi vadovaujantis Civiliniu Kodeksu, Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu ir kitais įstatymais.

Kiekviena dalyvė buvo informuota apie tyrimo metodus ir instrumentus pirmojo pokalbio metu ir turėjo galimybę apgalvoti ir įsivertinti savo galimybes dalyvauti užsiėmimuose prieš pasirašant raštišką sutikimą.

3.2. Empirinio tyrimo rezultatai

3.2.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai

3.2.1.1. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys

Tyrimo iš viso dalyvavo 20 menopauzės laikotarpyje esančių moterų. Dalyvių amžiaus vidurkis buvo 48,85 ($\pm 3,89$) metai (min. 44, max. 54 m.). Didžioji dauguma moterų (75 %) gyveno santuokoje, 15 % dalyvių buvo išsiskyrusios ir po 5 % dalyvių buvo skyrybų procese arba vienišos.

Beveik visos tyrimo dalyvės (95 %) tyrimo turėjo nuolatinį darbą. Pusės dalyvių mėnesinės pajamos siekė vidutines, o 35 % dalyvių pajamos buvo didesnės nei vidutinės (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys

Charakteristika	Tyrimo dalyvės (N (%))
Amžius metais (vidurkis, SD) (<i>min. / max.</i>)	48,85 (\pm 3,89) (44 / 54)
Šeimyninė padėtis	
Gyvena santuokoje	15 (75 %)
Išsiskyrusi	3 (15 %)
Skyrybų procese	1 (5 %)
Vieniša	1 (5 %)
Užimtumas	
Dirbanti	19 (95 %)
Laikinas darbas	1 (5 %)
Pajamos	
Mažos (<1000 Eur)	3 (15 %)
Vidutinės (1000-2000 Eur)	10 (50 %)
Didesnės nei vidutinės (>2000 Eur)	7 (35 %)

3.2.1.2. Tyrimo dalyvių klinikinės charakteristikos ir fizinis aktyvumas

Dalyvėms taip pat pateikti klausimai apie jų fizinę sveikatą ir kt. klinikinės charakteristikas. Visoms tyrimo dalyvėms paaiškinta, kaip užpildyti anketą. Anketą dalyvės pildė savarankiškai.

Vienas iš klausimų – apie menstruacijų reguliarumą. Daugiau negu pusė (60 %) dalyvių atsakė, kad menstruacijos pasibaigusios, o 40 % moterų nurodė, kad menstruacijos nereguliarios. 55 % tyrimo dalyvių pagimdė du kartus, 15 % – vieną kartą, 10 % – tris kartus, o 20 % dalyvių buvo negimdžiusios.

Dauguma moterų (80 %) nurodė, kad menopauzės simptomai paskatino kreiptis į specialistą, tačiau tik 30 % nurodė, kad specialisto konsultacija padėjo. Tiek pat moterų manė, kad specialisto konsultacija padėjo dalinai, o 20 % dalyvių manė, kad specialistas nepadėjo. Į klausimą, ar tyrimo dalyvės vartojo simptomus lengvinančius medikamentus, pusė dalyvių atsakė, kad vartojo fitoterapinius preparatus (raudonuosius dobilus, šalaviją ir kt.), kita pusė dalyvių nevarė jokių menopauzės simptomus lengvinančių preparatų (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių klinikiniai duomenys

Charakteristika	Tyrimo dalyvės (N (%))
Menstruacijos šiuo metu...	
Pasibaigė	12 (60 %)
Neregulios	8 (40 %)
Kiek kartų gimdėte?	
Vieną	3 (15 %)
Du	11 (55 %)
Tris	2 (10 %)
Negimdžiau	4 (20 %)
Ar kreipėtės dėl menopauzės simptomų į specialistą?	
Taip	16 (80 %)
Ne	4 (20 %)
Ar specialistas padėjo?	
Padėjo	6 (30 %)
Dalinai padėjo	6 (30 %)
Nepadėjo	4 (20 %)
Nesikreipiau	4 (20%)
Ar vartojate simptomus lengvinančius medikamentus?	
Vartoju fitoterapinius preparatus	10 (50 %)
Ne	10 (50 %)

Vienas iš efektyviausių būdų kovoti su menopauzės simptomais – reguliarus fizinis aktyvumas. Todėl tyrimo dalyvių buvo klausta, kaip dažnai jos mankštinosi. Pusė dalyvių nurodė, kad mankštinosi 1-2 k. per savaitę, o net 30 % dalyvių nurodė, kad nesimankština visai arba mankštinosi labai retai.

Populiariausias treniruočių metodas tarp tyrimo dalyvių buvo pilatesas (nurodė 80 % dalyvių), 20 % moterų pasirinko šoki kaip fizinio aktyvumo formą. Po 10 % dalyvių nurodė, kad užsiėmė joga, plaukimu, vaikščiojimu arba ėjo sportuoti į sporto salę (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Tyrimo dalyvių fizinis aktyvumas

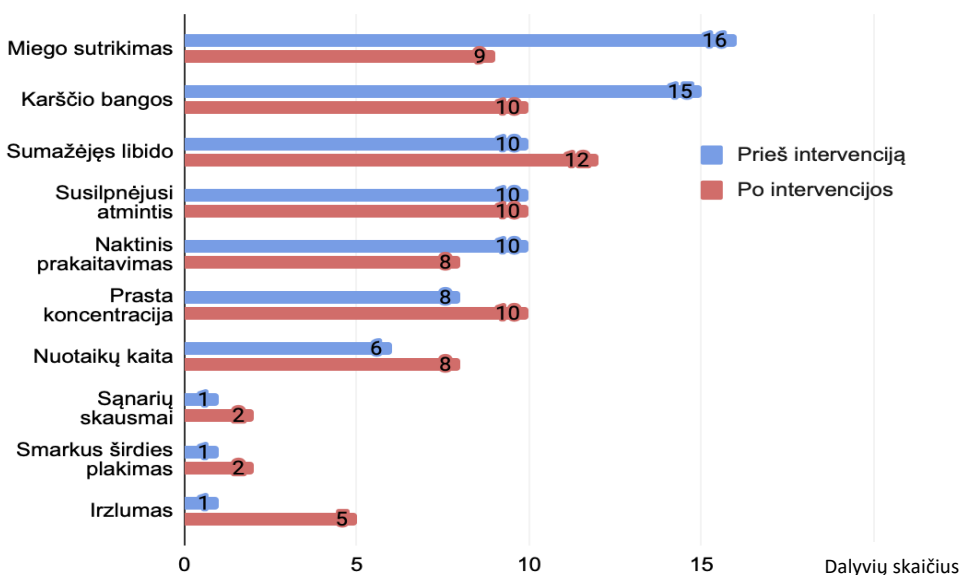
Charakteristika	Tyrimo dalyvės (N (%))
Koks jūsų fizinis aktyvumas?	
Mankštinuosi 1-2 k. per sav.	10 (50 %)
Mankštinuosi 3-4 k. per sav.	2 (10 %)
Mankštinuosi kasdien	2 (10 %)

Nesimankštinu / mankštinuosi labai retai	6 (30 %)
Kurią iš fizinio aktyvumo formų renkatės?	
Joga	2 (10 %)
Pilatesas	16 (80 %)
Šokis	4 (20 %)
Plaukimas	2 (10 %)
Vaikščiojimas	2 (10 %)
Sporto salė	2 (10 %)

3.2.1.3. Tyrimo dalyvių patiriami menopauzės simptomai prieš ir po intervencijos

Be demografinių duomenų ir klinikinių charakteristikų anketos, tyrimo dalyvės užpildė specialiai paruoštą klausimyną, susijusį su menopauzės metu patiriamais simptomais. Tyrimo dalyvių prašyta įvardyti pagrindinius tuo metu (prieš intervenciją) patiriamus menopauzės simptomus. Dažniausias moteris varginantis simptomas buvo miego sutrikimas – jį nurodė net 80 % dalyvių. Karščio bangas taip pat patiria dauguma (75 %) moterų. Pusė tyrimo dalyvių taip pat įvardijo sumažėjusį libido, susilpnėjusią atmintį ir naktinį prakaitavimą. Prasta koncentracija vargino 40 % dalyvių, nuotaikų kaita – 30 % dalyvių. Retesni simptomai buvo sąnarių skausmai, smarkus širdies plakimas, irzlumas: jie vargino po 5 % dalyvių.

Po intervencijos tyrimo dalyvės įvardijo sumažėjusį libido (60 % dalyvių), karščio bangas, prastą koncentraciją, susilpnėjusią atmintį (po 50 % dalyvių), miego sutrikimus (45 % dalyvių) kaip pagrindinius patiriamus menopauzės simptomus. Naktinis prakaitavimas, nuotaikų kaita pasireiškė po 40 % dalyvių. Retesni simptomai buvo irzlumas (patyrė 25 % dalyvių), sąnarių skausmai, smarkus širdies plakimas (patyrė po 10 % dalyvių) (žr. 3 pav.).



3 pav. Pagrindiniai tyrimo dalyvių menopauzės simptomai prieš ir po intervencijos

Vieną iš dažniausių simptomų – karščio bangas – prieš intervenciją patyrė net 75 % dalyvių, daugiau negu pusė (60 %) nurodė, kad šis simptomas nebuvo varginantis. Tačiau 10 % dalyvių karščio bangos labai vargino, o 30 % nurodė, kad simptomas vargino vidutiniškai. Po intervencijos karščio bangos net 2-3 kartus per dieną pasireiškė 35 % moterų. Ryte ir vėlai vakare / naktį ar daugiau negu 3 kartus per dieną pasireiškė po 5 % dalyvių, o rečiau nei kartą per dieną – 10 % dalyvių. 45 % dalyvių karščio bangos nepasireiškė iš viso.

Dar vienas simptomas – naktinis prakaitavimas – daugumai dalyvių (80 %) prieš intervenciją pasireiškė tik kartais. Naktinis prakaitavimas po intervencijos buvo intensyvus vos 15 % dalyvių, visai nepasireiškė 35 % dalyvių ir pusei dalyvių pasireiškė retai.

Su nemiga prieš intervenciją susidūrė net 75 % dalyvių, o po intervencijos nemiga 25 % dalyvių kankino dažnai, 50 % – retai ir 35 % – niekada.

„Keistai priaugusio svorio" efektą prieš intervenciją pastebėjo 40 % dalyvių, o po 30 % dalyvių šio simptomo nepastebėjo arba su juo nesusidūrė. Po intervencijos svorio pokyčių 45 % dalyvių nepastebėjo ir po 20 % dalyvių svoris sumažėjo arba padidėjo (žr. 4 lentelę).

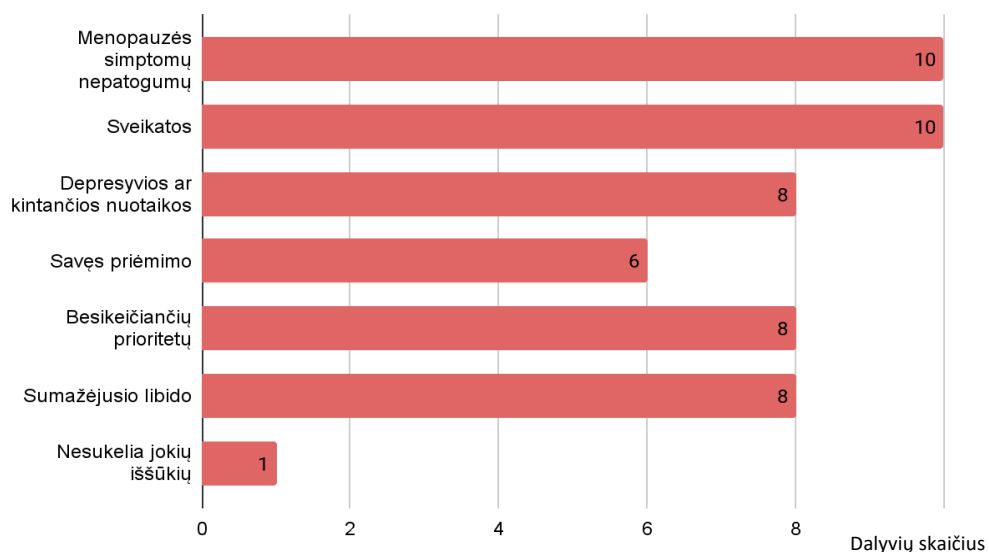
4 lentelė. Kai kurie tyrimo dalyvių menopauzės simptomai prieš ir po intervencijos

Charakteristika	Tyrimo dalyvės (N (%))	Charakteristika	Tyrimo dalyvės (N (%))
<i>Prieš intervenciją</i>		<i>Po intervencijos</i>	
Kaip stipriai vargina karščio bangos?		Kaip dažnai pasireiškia karščio bangos?	
Nevargina	12 (60 %)	Nepasireiškia	9 (45 %)
Vargina vidutiniškai	6 (30 %)	Rečiau nei vieną kartą per dieną	2 (10 %)
Labai vargina	2 (10 %)	Ryte ir vėlai vakare, naktį	1 (5 %)
		2 - 3 kartus per dieną	7 (35 %)
		Daugiau nei 3 kartus per dieną	1 (5 %)
Kaip dažnai pasireiškia naktinis prakaitavimas?		Kaip pasireiškia naktinis prakaitavimas?	
Dažnai	2 (10 %)	Nepasireiškia	7 (35 %)
Kartais	16 (80 %)	Retai	10 (50 %)
Niekada	2 (10 %)	Intensyviai	3 (15 %)
Ar dažnai kankina nemiga?			
Dažnai	4 (20 %)	Dažnai	3 (25 %)
Kartais	15 (75 %)	Kartais	10 (50 %)
Niekada	1 (5 %)	Niekada	7 (35 %)

Ar patiriate „keistai priaugusio svorio“ efektą?		Ar keitėsi jūsų svoris šios programos metu?	
Taip	8 (40 %)	Sumažėjo	4 (20 %)
Ne	6 (30 %)	Nepasikeitė	9 (45 %)
Nežinau	6 (30 %)	Padidėjo	4 (20 %)
		Nežinau	3 (15 %)

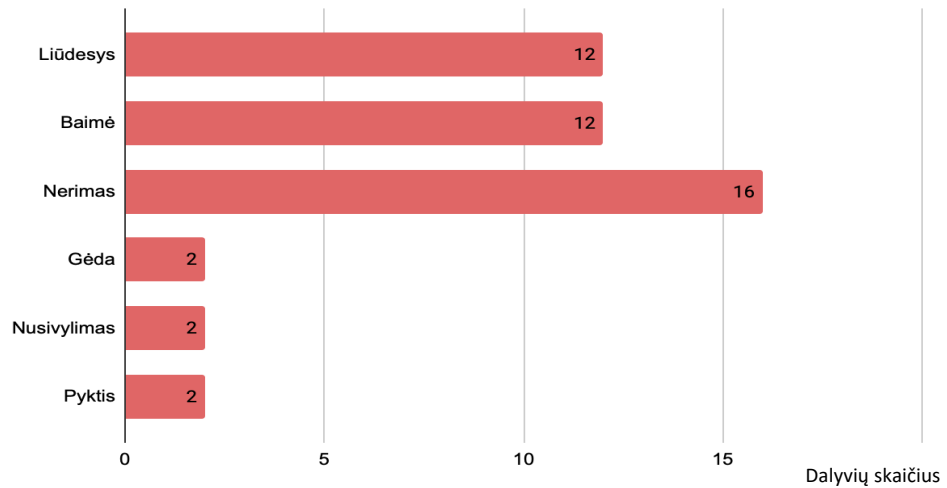
3.2.1.4. Psichoemocinės sveikatos rodiklių kaita taikant ŠJT

Vienas iš svarbiausių anketinės apklausos tikslų buvo išsiaiškinti, kokie yra pagrindiniai iššūkiai ir didžiausios problemos, su kuriomis susidūrė tyrimo dalyvės prieš šokio-judėsio terapijos intervenciją. Pusė dalyvių kaip vieną iš didžiausių problemų įvardijo menopauzės simptomų sukeltus nepatogumus bei su menopauze susijusias sveikatos problemas. Po 40 % dalyvių nurodė, kad iššūkių sukėlė ir depresyvi bei kintanti nuotaika, sumažėjęs libido bei prioritetų nepastovumas. 30 % dalyvių įvardijo, kad susidūrė ir su savęs priėmimo problema (žr. 4 pav.).



4 pav. Pagrindiniai iššūkiai ir problemos, su kuriomis susidūrė tyrimo dalyvės prieš intervenciją

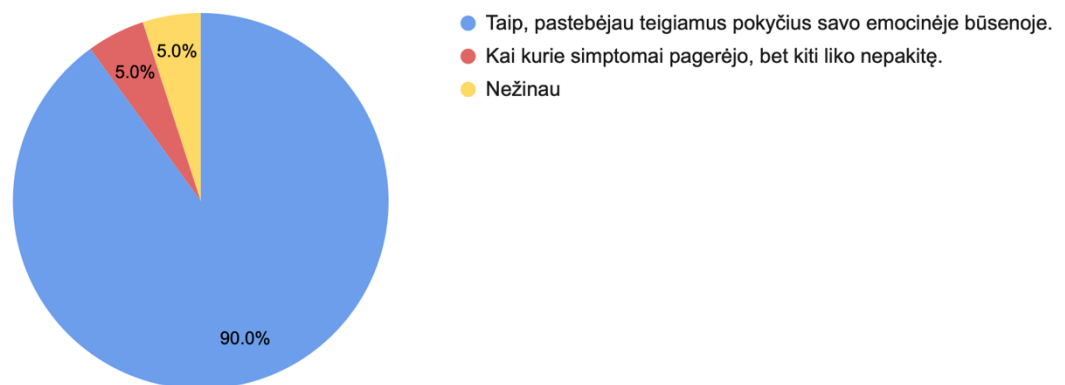
Siekiant paanalizuoti tyrimo dalyvių emocinę būseną prieš intervenciją, anketinėje apklausoje taip pat prašyta įvardyti, kokius pagrindinius jausmus moterys patyrė menopauzės pradžioje. Dauguma tyrimo dalyvių (80 %) nurodė, kad menopauzės pradžioje pasireiškė nerimas. Liūdesį ir baimę įvardijo daugiau negu pusė (60 %) dalyvių. Deja, bet kai kurios (po 10 %) tyrimo dalyvės jautė nusivylimo ir netgi pykčio bei gėdos jausmą (žr. 5 pav.).



5 pav. Pagrindiniai jausmai, kuriuos tyrimo dalyvės patyrė menopauzės pradžioje

O po intervencijos buvo siekta išsiaiškinti, ar šokio-judesio terapijos programa padėjo sumažinti psichinį ir emocinį stresą, susijusį su menopauze. Į šį klausimą visos tyrimo dalyvės atsakė teigiamai.

Svarbu pabrėžti tai, kad po šokio-judesio terapijos intervencijos tyrimo net 90 % dalyvių pastebėjo teigiamus pokyčius emocinėje būsenoje (žr. 6 pav.).



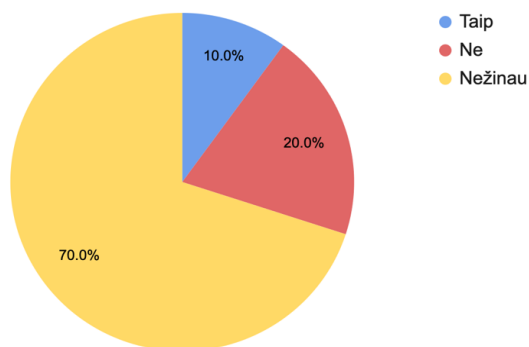
6 pav. Atsakymų į klausimą „Ar pastebėjote pokyčius po dalyvavimo šioje programoje?“ pasiskirstymas po intervencijos

Paprašius apibūdinti emocinės būsenos pokyčius po intervencijos, 55 % dalyvių atsakė, kad po programos palengvėjo savęs priėmimas. 40 % teigė, kad atsirado emocinis stabilumas, 35 % nurodė, kad padidėjo savivertė / pasitikėjimas savimi. Taip pat 30 % dalyvių nurodė, kad atsirado ramybės jausmas (žr. 7 pav.).



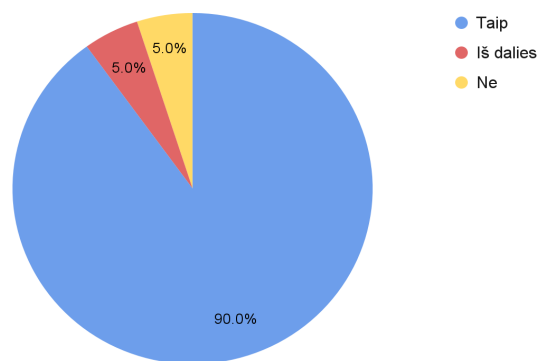
7 pav. Tyrimo dalyvių emocinės būsenos pokyčiai po intervencijos

Dar vienas itin svarbus klausimas, užduotas prieš intervenciją – apie psichologinį pasiruošimą menopauzei. Tik 10 % dalyvių atsakė, kad šiam gyvenimo etapui jautėsi pasiruošusios (žr. 8 pav.).



8 pav. Tyrimo dalyvių atsakymų į klausimą „Ar esate psichologiškai pasiruošusi menopauzei?“ pasiskirstymas prieš intervenciją

Svarbu pabrėžti ir tai, kad po intervencijos net 90 % programos dalyvių pakeitė savo požiūrį į menopauzę (žr. 9 pav.).



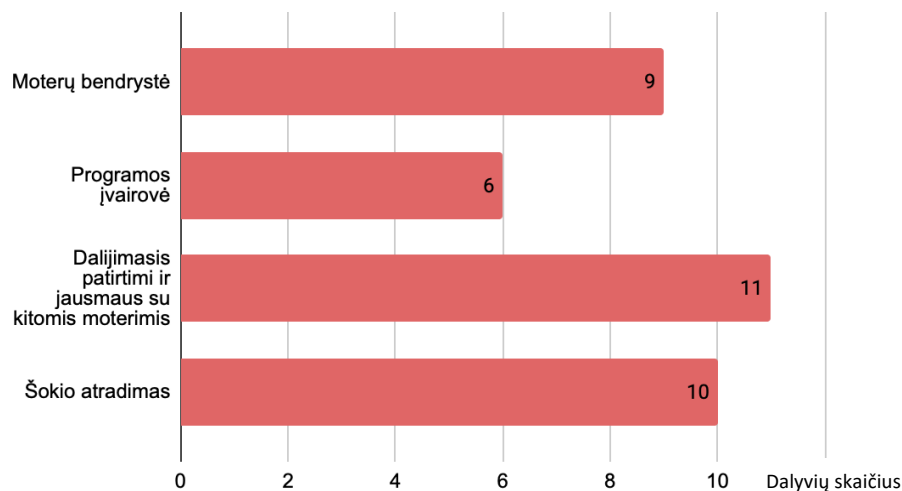
9 pav. Atsakymų į klausimą „Ar jūsų požiūris į menopauzę pasikeitė po dalyvavimo programoje?“ pasiskirstymas

Prieš intervenciją tyrimo dalyvių taip pat klausta, kokias problemas tikimasi (iš)spręsti šokio-judėsio terapijos programoje. Visos tyrimo dalyvės nurodė, kad tikėjosi patenkinti emocinius poreikius, beveik visos (90 %) moterys norėjo pagerinti fizinę sveikatą, dauguma (atitinkamai po 70 % ir 65 %) norėjo (iš)spręsti psichologines problemas ir patenkinti socialinius poreikius (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Tyrimo dalyvių lūkesčiai prieš šokio-judėsio terapijos intervenciją

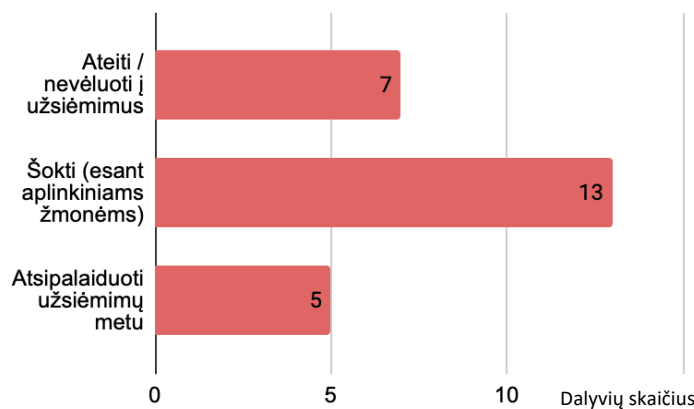
Charakteristika	Tyrimo dalyvės (N (%))
Kokias problemas norite spręsti šioje programoje?	
Emocinius poreikius	20 (100 %)
Fizinės sveikatos gerinimo	18 (90 %)
Psichologines problemas	14 (70 %)
Socialinius poreikius	13 (65 %)
Kokia jūsų pagrindinis lūkestis iš terapijos?	
Priimti kūno pokyčius	18 (90 %)
Išmokti reikšti emocijas	16 (80 %)

Po intervencijos tyrimo dalyvių paklausta, kokius teigiamus pokyčius moterys pastebėjo po intervencijos. Kaip didžiausią naudą po šokio-judėsio terapijos užsiėmimų 55 % tyrimo dalyvių įvardijo dalijimąsi patirtimi ir jausmais su kitomis moterimis. Pusė dalyvių džiaugėsi atradusios šokį ir 45 % dalyvių teigė, kad didelę naudą davė moterų bendrystė (žr. 10 pav.).



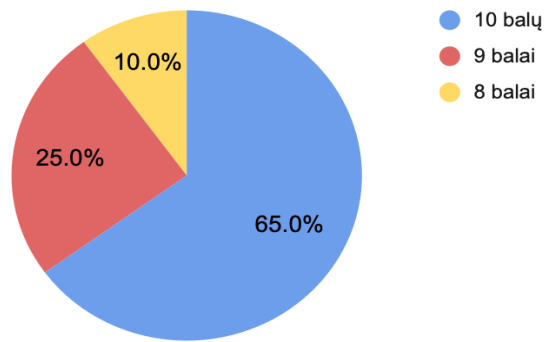
10 pav. Atsakymų į klausimą „Kas jums labiausiai patiko (kokias naudas gavote) šioje programoje?“ pasiskirstymas

Po intervencijos tyrimo dalyvių taip pat buvo paklausta, kokie buvo didžiausi iššūkiai ir sunkumai, su kuriais jos susidūrė intervencijos laikotarpyje. Daugiausiai (65 %) dalyvių nurodė, kad didžiausias iššūkis buvo šokti esant aplinkiniams žmonėms. Taip pat nemažai daliai (35 %) dalyvių stokojo motyvacijos ateiti / nevēluoti į susitikimus. Ketvirtadalis dalyvių nurodė, kad didelis sunkumas buvo atsipalaiduoti užsiėmimų metu (žr. 11 pav.).

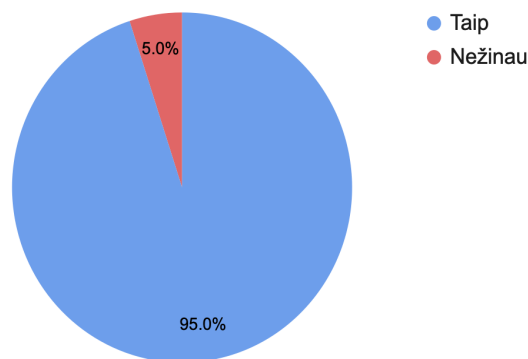


11 pav. Didžiausi iššūkiai, su kuriais susidūrė tyrimo dalyvės intervencijos laikotarpyje

Galiausiai, tyrimo dalyvių paklausta, keliais balais 10 balų sistemoje įvertintų šokio-judėsio terapijos programą „Menopauzė - tai mano gyvenimo tango“? 65 % dalyvių atsakė, kad programą įvertintų aukščiausiu balu (žr. 12 pav.) ir beveik visos dalyvės (95 %) programą rekomenduotų kitoms moterims, patiriančioms menopauzė (žr. 13 pav.).



12 pav. Programos „Menopauzė - tai mano gyvenimo tango“ įvertinimas 10 balų sistemoje



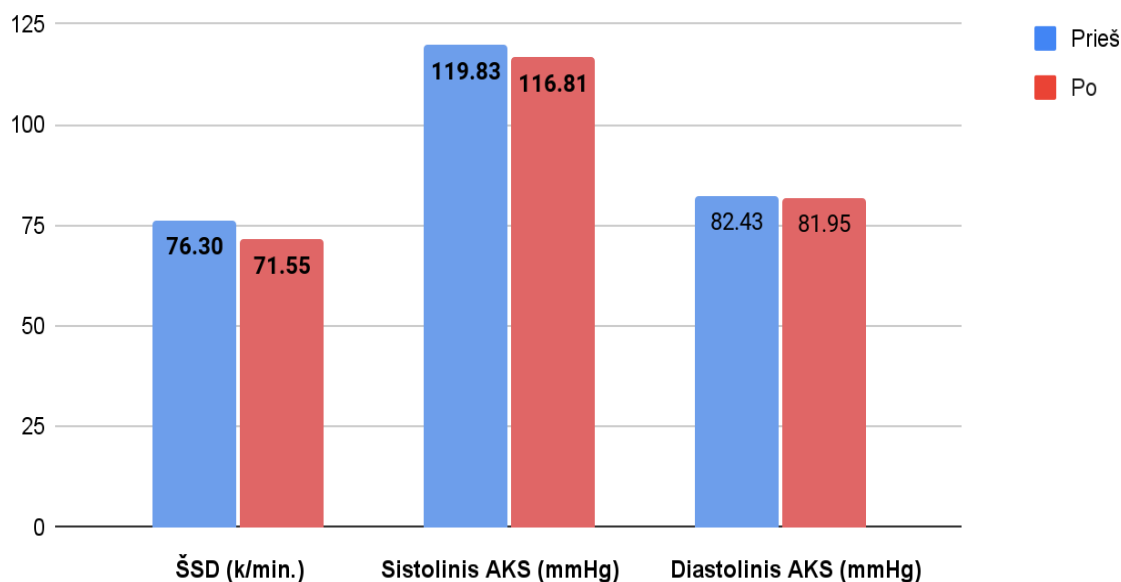
13 pav. Atsakymų į klausimą „Ar rekomenduotumėte šią programą kitoms moterims, patiriančioms menopauzę? pasiskirstymas

3.2.1.5. Tiriamųjų arterinio kraujospūdžio ir pulso dažnio kaita taikant ŠJT

Tyrimo dalyvėms prieš ir po kiekvieno užsiėmimo (intervencijos) buvo matuotas širdies susitraukimo dažnis, arterinis (sistolinis ir diastolinis) kraujo spaudimas.

Apibendrinus visus tyrimo metu gautus duomenis, matome, kad širdies susitraukimo dažnis intervencijos pabaigoje statistiškai reikšmingai sumažėjo lyginant su intervencijos pradžia: ŠSD pradžioje buvo $76,39 \pm 1,92$ k/min, o pabaigoje – $69,52 \pm 1,93$ k/min. ($t=6,807$; $p<0,001$).

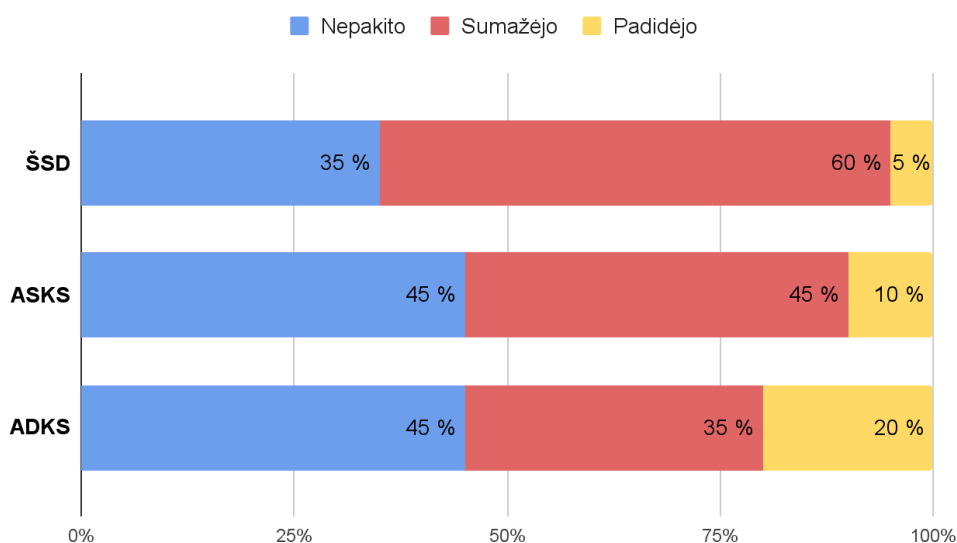
Arterinis sistolinis kraujo spaudimas taip pat statistiškai reikšmingai sumažėjo nuo $119,83 \pm 3,14$ mmHg pradžioje iki $116,81 \pm 2,37$ mmHg intervencijos pabaigoje ($t=2,829$; $p=0,009$). Arterinis diastolinis kraujo spaudimas prieš ($82,43 \pm 1,56$ mmHg) ir po ($81,95 \pm 1,72$ mmHg) intervencijos statistiškai reikšmingai nepasikeitė ($t=1,083$; $p=0,152$) (žr. 14 pav.).



14 pav. Tyrimo dalyvių širdies susitraukimo dažnio, arterinio (sistolinio ir diastolinio) kraujo spaudimo pokyčiai intervencijos laikotarpiu

Apibendrintai analizuojant dalyvių širdies susitraukimo dažnio ir arterinio kraujo spaudimo pokytį per visą intervencijos laikotarpį, matome, kad daugumai (60 proc.) dalyvių širdies susitraukimo dažnis sumažėjo, o nepakito daugiau nei trečdaliui (35 proc.) ir 5 proc. dalyvių padidėjo.

Arterinis sistolinis kraujo spaudimas nepakito arba sumažėjo po 45 proc. dalyvių, o padidėjo – 10 proc. Arterinis diastolinis kraujo spaudimas šiek tiek mažiau nei pusei dalyvių (45 proc.) nepakito, sumažėjo 35 proc. ir padidėjo 20 proc. dalyvių (žr. pav. Nr. 15).



15 pav. Tyrimo dalyvių širdies susitraukimo dažnio, arterinio (sistolinio ir diastolinio) kraujo spaudimo pokytis intervencijos laikotarpiu

3.2.1.6. Kūno judesių dinamika prieš ir po ŠJT

Nustatyta, kad po intervencijos statistiškai reikšmingai pasikeitė tyrimo dalyvių judesio aktyvumas: atsirado daugiau aktyvių judesių ($p < 0,001$) ir sumažėjo neaktyvių judesių ($p < 0,001$). Taip pat nustatyta, kad po intervencijos daugiau dalyvių pradėjo šokti, remiantis pilna pėda ($p < 0,001$), pagerėjo sagitaliniai, frontaliniai – lateraliniai judesiai ir šuoliai ($p < 0,001$).

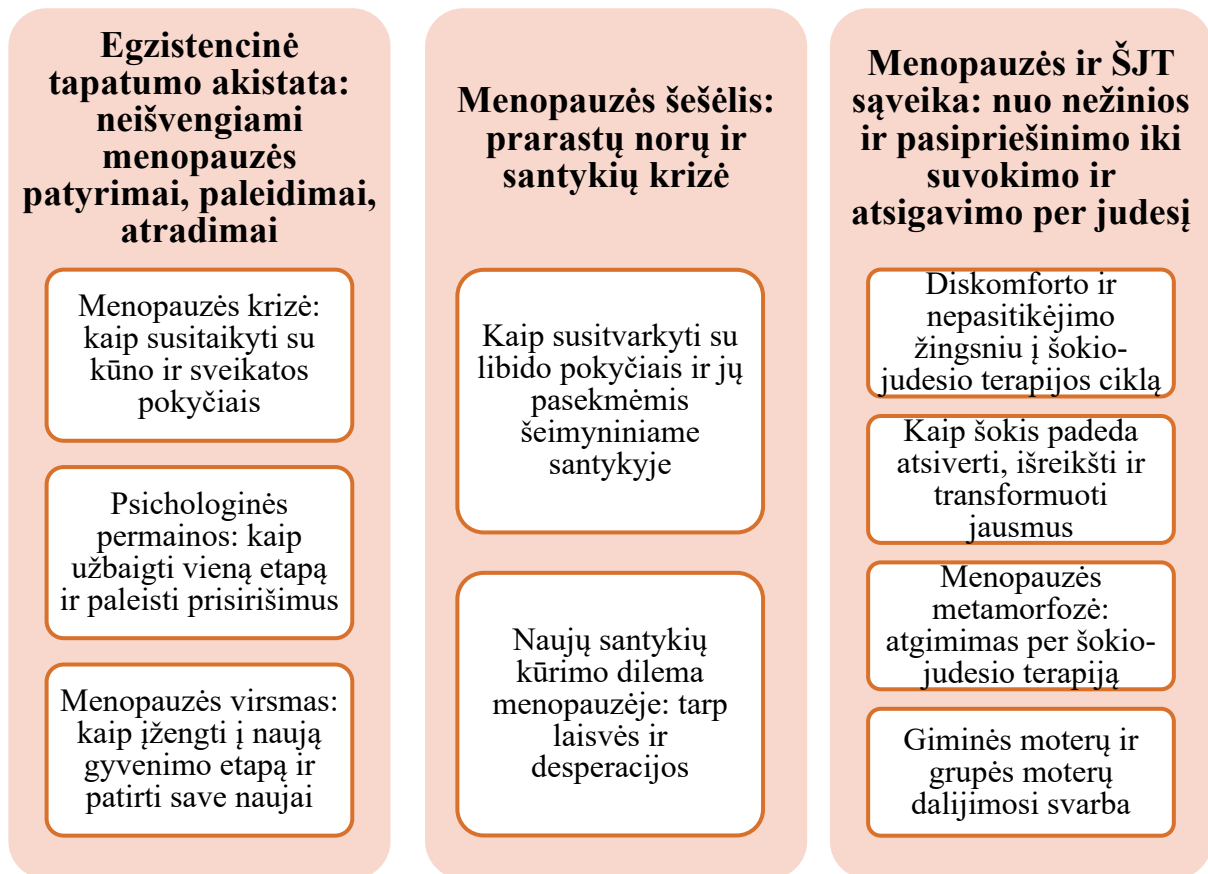
Nustatyta, kad pasikeitė ir judesių dinamika bei stiprumas: tyrimo dalyvių judesiai tapo stipresni, lėtesni bei grakštesni ($p < 0,001$). Statistiškai reikšmingai pakito ir judesių repertuaras: padidėjo judesių įvairovė, sumažėjo stereotipinių judesių, dalyvės pradėjo konstruoti nuosavus judesius ($p < 0,001$). Statistiškai reikšmingai pagerėjo ir atskirų kūno dalių (rankų, kojų, galvos, korpuso) judesiai ($p < 0,001$).

Pastebėta, kad po intervencijos pasikeitė tyrimo dalyvių muzikos ir ritmo naudojimas: statistiškai reikšmingai pagerėjo dalyvių ritmiškumas, atsirado gebėjimas kurti savo ritmą bei kūrybiškai sąveikauti su muzika ($p < 0,001$). Pabrėžtina ir tai, kad po intervencijos statistiškai reikšmingai pasikeitė ir polinkis į kontaktą improvizaciniame šokyje: pagerėjo tiek kontaktinė, tiek bekontaktinė improvizacija ($p < 0,001$).

Itin svarbu tai, kad po intervencijos statistiškai reikšmingai pagerėjo dalyvių gebėjimas bendrauti grupėje: dalyvės geriau priėmė normalų kontaktą, atsirado geresnis abipusis kontaktas su grupe ($p < 0,001$). Taip pat nustatyta, kad statistiškai reikšmingai pagerėjo ir dalyvių elgesys grupėje: dalyvės pradėjo laisviau kontaktuoti su visais grupės nariais, pradėjo jaustis komfortiškiau grupėje, jautėsi mažiau vienišos grupėje ($p < 0,001$).

Po intervencijos pasikeitė ir tyrimo dalyvių santykis su šokiu: statistiškai reikšmingi pokyčiai pastebėti gebėjime atkartoti, imituoti ir išmokti įvairius šokio judesius ($p < 0,001$); sumažėjo abejingumas ir pasyvumas kūrybinių judesių ir šokio improvizacijų atžvilgiu ($p = 0,004$), padidėjo domėjimasis šokio improvizacija ($p < 0,001$), dalyvės pradėjo laisvai improvizuoti pačios ($p < 0,001$) (Žr. Priedas Nr. 6).

3.2.2. Kokybinio tyrimo rezultatai



16 pav. Teminės analizės temos ir potemės

Temų aprašymas

I. Egzistencinė tapatumo akistata arba neišvengiami menopauzės patyrimai, paleidimai, atradimai

Pirmoje temoje atsiveria menopauzės patyrimų spektras, kurio vedinos moterys pasirinko dalyvauti ŠJT grupėje. *Pavadinime žodžius „egzistencinė akistata“ pasirinkau, norėdama išryškinti nepaprastus ir stiprius pokyčius, su kuriais moterys neišvengiamai (lyg neturėdamos kito pasirinkimo) susiduria menopauzės virsme (išimčių, matyt, būna).* Šioje temoje aptariamos trys potemės: menopauzės simptomų patyrimų, kuriuos pirmiausia grupės moterys pajuto per kūno sveikatos pokyčius, psichologinių paleidimų, kai keičiasi įsitikinimai ir prioritetai ir, galiausiai, naujų savo galimybių ir naujosios savęs atradimų. Toliau pateikiamos kiekvienos potemės aprašymas su tyrimo dalyvių interviu citatomis.

Menopauzės krizė: kaip susitaikyti su kūno ir sveikatos pokyčiais

Kalbantis su grupės moterimis, esančiomis menopauzės laike, skambėjo joms netikėtų fizinių simptomų pasireiškimas ir jų intensyvumas. Pasak tyrimo dalyvės Gautamos, fizinis lygmuo yra toks, kad negali nekreipti dėmesio. Karščio bangos vargina ir dienomis, ir naktimis. Tačiau naktinis prakaitavimas sukelia papildomų nepatogumų: „<...> *tas fizinis pojūtis reiškia,*

aš po to ilgai neužmiegu ir jau pradedu migdytis, ir tada kita banga ateina, ir aš vėl pabundu <...>“ (Gautama). Dalyvė pasakoja, kad būna tokie 3 – 4 prabudimai per naktį ir tie fiziniai pojūčiai gąsdina savo neįprastumu, vargina ir daro įtaką dienos darbams: „<...> *ir galvoti negaliu, ir susikaupti negaliu <...> ta atmintis nu vat tokia kaip rūke kartais būna*“ (Gautama). Dalyvės Lanos pasidalijime karščio bangos ir prakaitavimai skambėjo kaip praeitas etapas: „<...> *tokia krizė buvo <...> jau kažką pravirškinau*“ (Lana). Tačiau jos teigimu, prasidėjo kiti negalavimai – nuovargis, susilpnėjęs matymas, prasta orientacija. Rasuolė į menopauzę atėjo „chirurginiu būdu“ – jai buvo diagnozuota krūties onkologija ir paskirta hormonų terapija, stabdanti ligą. Taip ji pateko į menopauzę, kuri medikų akimis buvo neišvengiama pagalba Rasuolės kūnui. Ji ir pati priėmė menopauzę, kaip geruosius pokyčius, nes ligos fone, menopauzė skambėjo netgi teigiamai. Rasuolė pastebi, kad kai kurie simptomai, pavyzdžiui, karščio bangos, laikui bėgant praeina ir būseną priklauso nuo priėmimo: „<...> *išpildavo prakaitas naktim - stipriai būdavo, kad viskas šlapia, persirengti reikia, bet tai priimi, kaip natūralų dalyką*“ (Rasuolė). Ji sako, kad „*realybės nepriėmimas yra blogiausias dalykas*“, ką galime sau padaryti. Sunku būtų įsijausti į Rasuolės išgyvenimus, bet nuo pat atėjimo į grupę, jos požiūris į negalavimus spindėjo sąmoningumo šviesoje. Šiame fone Ilzės menopauzės simptomai išryškėjo dar stipriau – Ilzė karščio bangas ir prakaitavimą išgyveno ypatingai stipriai. „*Tragedija*“ yra žodis, kuris dažnai skambėdavo Ilzės lūpomis užsiėmimų erdvėje: „<...> *pradžioje karštis, o paskui visa šlapia būnu, tai jau žiauriai vargina*“ (Ilzė). Ir mes buvome liudininkės, jog (Ilzės atveju) šie menopauzės simptomai buvo nepertraukiami ir trukdantys jai - būti kontakte, šokti, sportuoti. Dalinosi, jog kartais žmonės mano, jog ji verkia, nes nuolatos šluostosi „*tekantį veidą*“ arba kad sportuojant treneris nusistebėjo: „<...> *negali būti, kad jau suprakaitavai, nes mes ką tik pradėjom*“ (Ilzė). Prakaitavimas ir karščio bangos iš tiesų „*matomiausias*“ simptomas, kuris kėlė nepatogumus daugumai grupės moterų: darbuose, susitikimuose ir kitose viešose erdvėse. Juk tikrai nemalonu, kai kalbėdama su žmogumi staiga tampa kaip „*deganti žirafa*“ – nei pasislėpsi, nei pabėgsi. Su moterimis priėjome bendros išvados, jog staigus ir ryškus raudonis veide sukelia papildomą gėdos jausmą, kad pašnekovas supras, jog esi menopauzėje, kitaip sakant, „*tampi nevaisinga*“ ir „*sensti*“. Nerimą Ilzei kėlė ir tai, kad menopauzė ją ištiko visiškai nepasiruošusią – vos sulaukus 44 metų. Ankstyva menopauzė „<...> *įspraudžia, sukelia paniką*“ – teigia Ilzė. Užsiėmimuose pastaroji dažnokai dalinasi, jog jaučiasi pavargusi: „<...> *tai atima jėgas iki išsekimo jausmo*“, kartais ji tiesiog atsigula pagulėti, visoms šokant, nes skauda galvą ir pykina. Sako, jog tuomet, kai prisideda galvos skausmas, fizinis sunkumas „*trigubinasi*“. Ilzė nerimavo ir dėl atminties praradimo („<...> *su atmintim irgi nelabai gerai darosi*“), taip pat dėl nuovargio, odos ir svorio pokyčių:

„<...> *oda bus kitokia ir svoris kitoks*“ (Ilzė). Menopauzė fiziniu lygmeniu Ilzei skamba kaip praradimas: „<...> *santykiyje su kūnu dabar taip jaučiuosi, kad aš prarandu kažką tai*“.

Kita kūniška tema, kuri aktualizavosi čia minimoms tyrimo dalyvėms – tai libido išnykimo tema. Pasak Gautamos, jos seksualumas tapo „nuliniu“, kas gyvenant šeimoje, poroje, iškėlė daug išgyvenimų bei minčių. Lanos atveju, gyvenant išsituokus ir tikintis vėl surasti partnerį, seksualumo pokytis sukėlė ir išgąstį, ir nusivylimą: „<...> *aš visiškai neturiu libido*“ (Lana). Pasak Lanos, menstruacijų pabaiga ir libido praradimas sugriovė jos svajonę apie antro vaiko gimimą: „<...> *suvokimas, kad jau tikrai neturėsiu vaikų sukėlė šoką*“ (Lana). Rasuolės intymumo temą nuspalvino dvigubi libido praradimo potėpiai: onkologija ir menopauzė vienu metu. Žinoma, kad fiziniam kūnui tapo nebesvarbus malonumo poreikis. Visas kūnas buvo pajungtas kovai su liga ir išgyvenimu. Jos interviu ši tema labai aiškiai suskambėjo, jog pasidavimas reikštų štai ką: „<...> *mes jau viskas, mums reikia belaukti mirties*“ (Rasuolė). Bet Rasuolė nustebino save pačią, ji ne tik priėmė menopauzę, ligą, bet ir, praėjus gydymui, pajuto atgimstantį kūną ir pajuto, jog atsirado „<...> *seksualumo ilgesys*“ (Rasuolė). Ir ji įvardino dingusio seksualumo temą kaip vieną jautriausių. Jausdama Rasuolę, supratau, jog kūnas, išgyvenęs ir atlaikęs ligą ir jos gydymo procesą, panorą atgimti, pajauti savyje gyvybinę/seksualinę energiją kaip patvirtinimą: pavojus pasitraukė ir laikas pajusti gyvenimą – tai smagiai. Manau, iš čia tas ilgesys... Ir, žinoma, noras būti apkabintai, pamatytai, pažintai – naujai (*tai mano, kaip moters ir tyrėjos interpretacija*).

Libido praradimo tema persikelia ir į kitas potemes. Gautamos menopauzės sveikatos istorija turėjo stipresnių išbandymų, kurie pokalbyje turėjo vietą, bet nebuvo ypatingai išplėtoti – tai gausūs kraujavimai, įvairaus pobūdžio bandymai juos sustabdyti, pasirenkant kraštutinį variantą – pašalinti gimdą. Gautamos pasidalijime tai skambėjo – kaip išsigelbėjimas – išsaugoti gyvybę: „<...> *kol aš apsispręsiu, turiu gerti kontraceptikus, kad nenumirčiau*“ (Gautama). Apibendrinama ji įvardijo savo sveikatos istoriją su aiškiu patyrimų svoriu: „*Senėjimo tema - aštri tokia, skausminga*“ (Gautama).

Psichologinės permainos: kaip užbaigti vieną etapą ir paleisti prisirišimus

Menopauzės laikas daugiau nei tik fizinis procesas - tai taip pat psichologinis ir emocinis perėjimas. Tai yra laikotarpis, kai keičiasi prioritetai, lūkesčiai sau ir aplinkiniams bei atsiranda naujas suvokimas apie save ir savo vietą gyvenime. Čia svarbu išvelgti ir priimti esmines temas, kylančias iš individualių patirčių ir pokyčių.

Šioje potemėje remiuosi trijų tyrimo dalyvių patirtimis: Gautamos, Rasuolės ir Ilzės. „Vieno etapo užbaigimo“ motyvas skambėjo kaip bendras - vienas iš pasikartojančių visoms grupės dalyvėms: laikas užbaigti, laikas paleisti, laikas išsivaduoti, laikas nemeluoti, laikas

priimti. Mano viduje šis motyvas suskambėjo kaip žinutė iš Pradžios knygos 8:22: „*laikas gimti ir laikas mirti, laikas sėti ir laikas pjauti*“ (*Biblija*). Tai rezonavo su ŠJT grupės patyrimuose dažnai skambančiais žodžiais: gyvybė/gyvybinė energija, mirtis ir laikas. Ši potėmė atsiskleidžia per psichologinių įsitikinimų ir įprastų elgesio normų paleidimus, per socialinių vaidmenų pokyčius ir savo besikeičiančių vertybių pastebėjimus. Laikas menopauzėje skamba kaip „riba“, sąlyga pokyčiui įvykti. Gautamos mintis: „<...>praėjo laikas „žaisti“ dėl karjeros, sociumo“. Galiu girdėti, kad Gautamoje pasikeitė prioritetai, atsirado drąsos kažko nedaryti: „<...> aš ten jau nebeisiu ir man šiandien nebereikia to daryti“ (*Gautama*). Jos kalboje skamba užtikrintumas, pasakojant apie savo išitraukimą į verslą, kaip keitėsi jos vaidmuo jame, kai ji suprato, jog daugelį dalykų darė dėl kitų lūkesčių, dėl noro įtikti ir patikti: „<...>realiai nukrenta daug tokių kažkokių apvalkalų, <...> nukrito kažkokių prievolių būti gražiai, ten konkurencijos kažkokios, <...> visai jau nebeaktualios temos, <...> tos tiesos atsiranda, <...>aš neprivalau būti tokia patogi“ (*Gautama*).

Rasuolė taip pat dalinasi paleidimo motyvu: „<...> tavo traukinys jau nuvažiavo“, jaunystė praėjo ir „<...> jei ilgėsi ir graušiesi, geriau nebus“ (*Rasuolė*). Ji, remdamasi savo ligos patirtimi, pabrėžia, jog realybės priėmimas padeda pereiti sunkų laikotarpį. Tuo pat metu formuojasi ir ryškesnis savęs, savo „stuburo“ pajautimas: „<...> tapo nebesvarbu – kažkam patiksiu/nepatiksiu“ (*Rasuolė*). Ji atranda, jog svarbu paleisti savo aplaidumą: jei nesirūpinčiau savo kūnu, „<...> grįžčiau į mažiau sąmoningą kelią“. Tuomet ji prisimena save nuolat skubančią, kažką darančią dėl paties darymo, neįsiklausančią į savo poreikius. Dabar jau pradeda įsiklausyti, išjausti save ir sustabdyti nuo automatinio „darymo“, augina „moteriškumo krislę savyje“ – toks jos pastebėjimas. Dar priduria, kad „darymas“ jai asocijuojasi su vyriška energija, kuri dominavo joje ir, kaip dabar supranta, nesuteikė džiaugsmo - labiau kėlė įtampą viduje ir santykiuose su vyru. Tad lėtesnis ir intuityvesnis gyvenimo ritmas ją jau džiugina. Ji padeda džiaugtis savo pokyčiais, kurie vyksta stebint save ir sąmoningai keičiant senus įsitikinimus bei įpročius, kurie, kaip ji mano, ją atvedė į ligos glėbį. Liga - kaip didžioji mokytoja ir įkvėpėja Rasuolės transformacijos kelyje.

Gautama įvardija ir vaisingojo laikotarpio vaidmens paleidimą: „Realiai tavo kūnas labai aiškiai pasako, kad tu baigei savo misiją - motinystės, gimdymo“ (*Gautama*). Tai skamba ramiai ir taikiai pasibaigusio gyvenimo etapo atžvilgiu. *Ramų Gautamos toną, man norisi pabrėžti, turint mintyse visą tyrimo grupės moterų kontekstą. Gautamai nėra sudėtinga paleisti „motinystės misiją“, nes ji gimdė, augino, patyrė savimi Mamos vaidmenį. Grupėje mes turėjome moterų, kurios įžengė į menopauzės periodą netapusios Mamomis, viena jų – tiriamoji Ilzė. Ilzės šiek tiek kitokia istorija, mes ją paliesime vėliau, kitos temos metu. Čia paminėsiu*

tiek, jog Ilzė netapo Mama, nes nesijautė „verta ja būti“, tiksliau - bijojo būti tokia, kaip buvo jos mama jai. Ilzės pasirinkimas buvo – gyventi dėl savęs.

Taigi šioje potemėje kaip psichologines permainas mes aptarėme nereikalingų vaidmenų ir prisirišimų paleidimą, išsivadavimą iš svetimų lūkesčių, prioritetų peržiūrėjimą, elgesio pokyčius, išsivadavimą iš patogumo/nepatogumo zonos, motinystės misijos pabaigą, melo ir tiesos balansą... – kas iš tiesų skamba kaip nemažas pokytis žmogaus gyvenime. Ir tą pokytį, manau, galime drąsiai vadinti VIRSMU.

Menopauzės virsmas: kaip įžengti į naują gyvenimo etapą ir patirti save naujai

Moterys, išgyvenusios paleidimo etapą, atranda savyje naują jėgą ir išmintį. Jos išmoksta priimti save ir savo besikeičiantį kūną, o kartu jos atsiveria ir naujoms galimybėms. Tai ir yra virsmas - iš seno į naują etapą, kupiną iššūkių, tačiau taip pat – atradimų džiaugsmo, savęs išsilaisvinimo, kūrybos, šviežumo, sąmoningumo, brandos, naujų pasirinkimų ir prasmingesnio buvimo.

Besidalindamos patirtimis užsiėmimų metu virsmą menopauzėje mes susiejome su metų laikais. Kaip vasara pereina į rudenį, taip ir mūsų jaunystė pereina į brandą. Kai vaisiai natūraliai sunoksta – jie tampa naudingi mūsų kūnams ir protams, taip ir mūsų „sunokimas“ tampa naudingas ne tik mums pačioms, bet ir pasauliui. O nesunokę arba pernokę vaisiai nukrenta ir pradeda nykti. Taip ir mums reiktų saugoti save, neužstringant „jaunystėje“ ar bandant laikytis praėjusio laiko. Apie šį virsmą kalba ir Gautama: „<...> kaip ir vieno pabaiga, kito pradžia, gal sakykim, arba ta riba, nuo kurios nu tiesiog labai daug kas keičiasi, ir tada tai yra ir palengvėjimas, ir, sakykim, tos naujos erdvės, ir lengvumas, ir sunkumas, nes tu turi daug labai pasirinkimo“ (Gautama). Tačiau tas naujumas dar neturi aiškių formų ir gąsdina: „<...> tiesiog daug nežinomybės, nes tai, kas tiko vakar, jau nebegalioja šiandien“ (Gautama). Dalyvė išjaučia tai, kaip 50/50 - nežinomybės grėsmės ir naujų galimybių santykį. Taip pat jos žodžiuose jau nuskamba ir naujojo etapo privalumai: palengvėjimas, naujos erdvės, lengvumas, nauji pasirinkimai. Lana sako, jog menopauzė jai integravosi „<...> kaip kažkas naujo“, kaip jos eilėraštyje apie kūną - kaip „<...> molio dubenį“, kuris gali atlaikyti tai, kas pasikeitė“ (Lana) ir prideda, kad tai suteikė susitaikymą ir ramybę. Gautama pabrėžia, kad „<...> tai tarpsnis, kuriame yra mažiau reikia, privalau“ ir kad Mamos vaidmenį pakeičia Močiutės vaidmuo, kuris yra kitoks savo kokybe: „<...> močiute būti visai kas kita negu mama, ten nėra pareigos“ (Gautama).

Rasuolės požiūris į menopauzę suteikia sąmoningo pasirinkimo matymą: „<...> turime džiaugtis, kad mes galime kokybiškai gyventi“ (Rasuolė). Ji suvokia, kad menopauzė, atėjusi ligos gydymo procese, jai nušvito visai kita spalva: tai, kas atrodė „<...> labai baisi problema

– <...> *atėjo kaip apdovanojimas*“ (Rasuolė). Savo išmintingą požiūrį ji įgijo pagreitintai (tik sužinojus ligos diagnozę) ir, kaip ji sako, ieškojo bent kokių „*krislelių*“, kurie buvo „*geri*“ ir kabinosi į tai, kaip į išgyvenimą. Suvokimai atėjo pagreintu būdu: „<...> *į kalną tiesiai užlipau*“ (Rasuolė). Ir nuo to žinojimo „kalno“ atsivėrė kitas gyvenimo patyrimų vaizdas, ji pamatė, kad prieš akis dar „<...> *kokybiško gyvenimo potencialas*“ (Rasuolė). Taigi, menopauzė Rasuolei asocijuojasi su „<...> *nauja pradžia po ligos*“. Kalbėdamasi su savo draugėmis Rasuolė niekada nesako, kad eina į menopauzės grupę, ji pabrėžia, jog jai tai „*Meno Pauzė*“, kur ji ieško savo moteriškumo, lėtina gyvenimo tempą, daugiau dėmesio skiria kūnui, kuris <...> ją dabar palaiko <...>, leisdama <...> sau išlaukti, žadina savo jausmus ir seksualumą, pasitelkdama grožį, meną ir muziką“. Ir kaip Rasuolė pastebi, tai didina naują žinojimą: „<...> *kas aš esu, kaip aš jaučiuosi ir kad man yra gerai*“ (Rasuolė).

II. Menopauzės šešėlis: prarastų norų ir santykių krizė

Menopauzės šešėlis – tai temos, kurias įprasta slėpti, apie kurias nepatogu kalbėti, kurios reikalauja drąsos ir atitinkamo pasiruošimo atsivėrimui. Taip pat jos daro didelį įtaką moterims fiziologiniu, psichologiniu ir santykių lygmeniu. Kuo mažiau jos aptariamoms, tuo didesnis šešėlis išlieka. Šešėlis ir pasąmoninės būsenos valdo, o dažnai ir griaua, ką mes sąmoningai norime kurti ir išlaikyti.

Todėl tik užsiėmimų ciklui įpusėjus, kai susiformavo gilesni ryšiai tarp dalyvių ir buvo galima jausti ir girdėti dalyvių saugumo jausmą, mes žengėme į jautriausių temų zoną. Ir tai buvo „šešėlinė“ tema, kuri skambėjo kaip „*dingusio libido*“, „*visiško aseksualumo*“, „*vengimo ir nenoro mylėtis*“, „*gyvybinės energijos praradimo*“ tema. Nors moterys turėjo skirtingas seksualumo ir intymumo istorijas (kas buvo vieniša, kas gyveno šeimoje su vyru, kas ketino sukurti naują santykį), pakitusi seksualinio potraukio tema sukėlė didžiausią apsijungimo jausmą. Šią temą labiausiai atspindi Gautamos išstarta metafora: „*jaučiuosi kaip įšalo žemė*“, nes ji rezonuoja ir su kitų tyrimo dalyvių būsenomis. Potemės praplės dvi skirtingas keturių dalyvių situacijas: kaip jaučiasi Gautama ir Rasuolė su sumažėjusiu libido, gyvendamos šeimoje (baimė atsiverti, baimė prarasti santykį), ir kaip keičiasi Lanos ir Ilzės ketinimai, ieškant naujo santykio.

Kaip susitvarkyti su libido pokyčiais ir jų pasekmėmis šeimyniniame santykiuje

Jautriausios temos pasidalijimo procese buvo svarbūs keli momentai – visų pirma išdrįsti įvardinti tai, ką labiausiai norisi slėpti. Antra, būti išgirstai kitų moterų ir išgirsti jų pasidalijimus. Ir trečia, leisti sau sušokti savo jautriausią temą - kaip galimybę - transformuoti per judesį tai, ką labiausiai skauda (arba gauti informaciją apie jautriausią temą per patyrimą,

ne per protą). Pakitęs libido palietė grupės dalyves stipriau, nei jos galėjo įsivaizduoti - tiek fizine (dingusio menstruacinio ciklo, išnykusio geismo, išsausėjusios makšties): „<...> nu visiškai nu nenoriu fizinės sueities... nu niekada niekada” (*Gautama*), tiek emocine – kūno nejautrumas ir malonumo nebuvimas gąsdina ir neramina dėl nežinomybės: „ar čia taip visada jau ir bus?” (*Lana*), tiek savęs pajautimo kintančiame santykiyje ir atsakomybės už santykį prasme: „<...> aš jaučiuosi tikrai blogai kaip moteris, <...> kaip partnerė, nes suprantu, kad tai, kas vyksta su manim nu labai stipriai nu mano partneriui atsiliepia“ (*Gautama*).

Pokalbio metu man pasiūlius *Gautamai* išjausti, koks būtų šokis, jei šoktų jautriausią – dingusio libido temą, ji atsako su liūdesiu: „kaip įšalo žemė arba kaip akmuo va tokia kieta”, tame šokyje ji negali įsivaizduoti judesio ir savo energijos: „<...> aš nulis” (*Gautama*).

Nuskamba keli dėmesio reikalaujantys ir svarbūs motyvai, kuriuos verta tyrinėti terapiškai, kad Gautama pasijustų bent kiek geriau (mano vidinė terapeutė tai užfiksuoja) - ir šokis čia gali padėti.

Taip pat *nuskamba kintančio tapatumo tema*: „<...> jaučiuosi blogai kaip moteris” - ką išgirstu - nebesu ta mylimoji, kuria vyrui buvau anksčiau - „<...> kad vat nu visai nenorėtum fizinės sueities, taip nebūdavo” (*Gautama*). Dalyvė pasakoja, kad žinodama, ką vyrui reiškia intymumas („<...> jam tai reiškia kitus dalykus papildomus dalykus negu man”), ji negali atvirai pasidalinti savo būseną, todėl vengia kontakto: „<...> net traukiuosi, kai jis prisiliečia”, ką, žinoma, vyras pastebi: „<...> nu tu bėgi ir bėgi nuo manęs, sako, ir vėl, sako, tu pabėgai...” (*Gautama*).

Iš pasidalijimo galima matyti, jog pakitęs libido keičia santykį poroje. Ar būtų paprasčiau, jei tyrimo dalyvė atvirai pasikalbėtų su savo vyru?

Į mano klausimą „Ar jūs kalbatės intymumo tema?”, *Gautama* atsako: “<...> aš labai atvirai negaliu, <...> aš negaliu taip pasakyti vyrui, nes jeigu jisai tai protu ir priims, ir pasakys, kad jo, aš suprantu, gerai, bet jo fiziniai poreikiai nuo to nepasikeis, nes nu mano vyras yra lytiškai aktyvus” (*Gautama*). *Gautama* įsivardina, kad jos atvirumas situacijos nepakeis, o jos įsivaizdavimu tik pablogins situaciją, nes kaip ji sako: „<...> fizinis potraukis nu jam tiesiog lygu meilė” (*Gautama*). Suprasdama, kad kalba su partneriu skirtingomis meilės kalbomis ir kad vyrui būtų sudėtinga priimti pasikeitusią žmoną, *Gautama* linkusi nutylėti apie savo seksualumo pokyčius: „<...> jam pasakysiu, kad aš tave myliu, bet fiziškai nenoriu, jisai nu bandys tai suprasti, bet žinau, kad nesupras” (*Gautama*).

Kaip žinia, dar ir šiandien, kai intymios temos tapo labiau atviromis visuomenėje, tikrojo intymumo ir su juo susijusių išgyvenimų niuansai vis dar lieka sudėtingai sprendžiama tema. Sumažėjęs seksualinis potraukis, kaip gana ryškus ir dažnas menopauzės simptomas,

sunkiai aptariamas ir ginekologo kabinete. O jeigu ir įvardijamas, nesulaukia tinkamos reakcijos ar „tinkamo vaisto“, kurį galėtų pasiūlyti daktaras (ypatingai moterims).

Saugodama vyro jausmus ir iš dalies save, Gautama ieško prisitaikymo: „<...> tiesiog aš manau, kad tai yra per daug didelės rizikos ir va toj vietoj <...> AŠ ŽAIDŽIU ŽAIDIMĄ” (Gautama). Psichologine prasme tai nėra paprasta, nes „žaisti žaidimą” Gautamai reiškia būti „<...> meluojančia, apgaudinėjančia, <...> ne savimi”. Taip renkasi dalyvė iš baimės prarasti šeimą. Baimėje dalintis savo sumažėjusiu libido slepiasi įsivaizdavimas, jog partneriui tai būtų „didelė trauma” ir kad atvirumas leistų vyrui suprasti, kad kažkas tikrai transformavosi: „<...> pradės ieškoti įrodymų, kad mūsų poros jau nebeliko”.

Kaip interviuotoja aš tiesiog primu Gautamos pasidalijimą apie jos pasirinkimą „žaisti žaidimą”.

Rasuolės istorija panaši tuo, jog (kaip ir Gautama) ji gyvena poroje, šeimoje. Na ir, žinoma, „<...> nėra tos aistros ir negali būti, kai gyveni 25 metus” – tik pradėjus kalbėti apie intymumą sako Rasuolė ir priduria, kad nežiūrint į kartu pragyventus metus, prieš ligą „<...> buvo pavykę su vyru tokią ugnelę ir geismą priėti“ (Rasuolė). Rasuolės žodžiuose ir balse galėjau girdėti prieštaravimą tarp patiriamos realybės ir noro, kad būtų kitaip. Ji užsimena, kad visai neseniai svarstė apie skyrybas su vyru, netgi kalbėjosi su juo apie tai. Taip pat ištikus vidiniam virsmui, pradėjo tyrinėti save, supratęs, jog „<...> reikia moteriškumą puoselėti ir stebėti, kaip jį išreikšti“, pradėjo „pasiduoti“ vyrui, kai jis stabdydavo ją nuo „darymo“, vyriškos energijos pasireiškimo, ir atrado sau, jog „būti moterimi“ jai reiškia „<...> koncentruotis ties buvimu“ (Rasuolė). Taigi Rasuolė, priešingai nei Gautama, pasirinko drąsiai spręsti „atšalusį“ santykį, nors prisitarė, kad apie dvasinius dalykus bendrauti su vyru žymiai lengviau nei apie seksualinius. Ji kalbėjosi su vyru, nors pokalbiai vargino, bet supratęs, kad „<...> jie duoda rezultatų“, pasidžiaugdavo jais ir tęsė savo ketinimą. Pokalbio apie intymumą pabaigoje Rasuolė viltinai nusišypsojo ir ištarė: „<...> girdėjau, kad meilė prasideda po 25 metų pragyventų kartu”. Šypsojasi ir aš.

Naujų santykių kūrimo dilema menopauzėje: tarp laisvės ir desperacijos

Šioje potemėje atsiskleidžia kitų dviejų pašnekovių - Lanos libido išnykimo ir santykių temos niuansai ir Ilzės nuotaikos naujo santykio link. Kaip jau minėjau, Lana gyvena be vyro, išsituokusi ir viena augina paauglę dukrą, jos amžius nesiekia penkiasdešimties. Lana į menopauzę įžengė gana anksti – sulaukus 45 metų. Jos interviu skambėjo naujo santykio poreikis, taip pat visiškai sumažėjusi energija to santykio paieškoms: „<...> dinga energija eiti į santykį“, santykių tema liko aktuali, bet nesisprendžianti dėl pakitusio seksualumo, lyg „pakabinta“ (Lana). Pašnekovė dalinosi, kad nežino, kaip būti mylimąja su tokiu seksualinės

energijos nebuvimu: „<...> turiu save labai stipriai motyvuoti, kaip į darbą eiti į pasimatymą” (Lana). Kitas Laną jaudinantis niuansas – tai jos jautriausios temos sudedamoji dalis – kad libido dingo labai netinkamu metu, kai Lana tik pajuto save moteriškame prasiskleidime ir seksualinių malonumų pradžioje. Kaip ji sako: „<...> čia susifrustravusi jaučiuosi, <...> aš atvėriau kažkokius naujus vartus <...>, kokia esu patyriau <...> ir baigėsi” (Lana).

Iš kitos pusės, Lana sakosi pajautė ir teigiamą menopauzės įtaką santykių kūrimui: „<...> dingo desperacija kurti šeimą“, atsirado daugiau vidinės laisvės ir ramybės.

Klausantis Lanos, mane aplankė dvilypis jausmas - mačiau jauną, gražią moterį, kuri spinduliavo moteriškumu, ir girdėjau jos balse norą sukurti gražius, pilnatviškus santykius, tik jos protas kartais prieštaraudavo tam spinduliavimui: „<...> man nerealū (sukurti santykius), nes aš jaučiuosi sena” (Lana).

Savo pasidalijimą Lana užbaigė retoriniu klausimu: „<...> o tai kaip čia su amžiumi, tai ką jau viskas - sekso nebus visai?” (Lana).

Ilzės istorija panaši į Lanos tuo, jog ji tikisi sukurti santykį, nes yra vieniša. Ilzė sako, jog džiaugiasi, kad menopauzės įkarštyje gyvena viena, nes neišsivaizduoja, kaip reikėtų išgyventi naktinius prakaitavimus, miegant dviese. Ilzė dalinosi, jog neturėjo pastovaus ir brandaus santykio ir turi baimę, kad taip ir nepavyks jo tokio sukurti. Ji jaučia, jog yra „užstabdžiusi“ santykių poreikius. Jaučia, jog menopauzė užaštrino santykių temą, savyje pajuto prieštaravimą: „<...> lyg turėtų kažką greičiau susirasti, bet nenori dabar visai“ (Ilzė). Ji nerimauja dėl savo pakitusio seksualumo: „<...> pažinojau save vienaip, o dabar išvis nesuprasiu - kaip“ (Ilzė). Įvardija, jog labiausiai neramina, jog keisis jos „noras mylėtis“.

Sako, jog menopauzė joje išryškino „praradimo jausmą“: santykių praradimo ir galimybių praradimo. Sakosi, kad eiti į santykį menopauzėje jai „emociškai per sunku“, o taip norėtųsi „<...> prisilietimų, daugiau visko“ (Ilzė).

Visų keturių pašnekovių pasidalijimuose skambėjo tas pats klausimas – kaip išlikti mylimąja tiek esamame santykyje, tiek naujame? Visos jos nerimavo dėl pasikeitusio seksualumo, kuris kelia ne tik vidinius, bet ir egzistencinius iššūkius – būti ar nebūti poroje. Ir panašu, kad prireiks ne tik išminties, bet ir tikėjimo, savęs ir santykio puoselėjimo, norint išsaugoti tai, kas brangu. Džiaugiuosi, kad teko liudyti ne vieną akimirką ŠJT, kai moterų gyvybinė energija skleidėsi šokyje ir buvo įvardinta jų pačių kaip „nubudęs libido” po patyrimo. Taip pat džiaugiuosi, jog pasikalbėjus su moterimis jautriausia tema, mes sumažinome „šešėlį“ ir ši tema tapo įgarsinta, aptarta ir daugeliu atveju „sušokta“ per Solo šokį. Tikiu, jog visa tai bent kažkiek padidino šviesiąją seksualumo pusę, kad atsirado daugiau sąmoningumo ir žinojimo, ką ir kaip galime keisti pačios.

III. Menopauzės ir šokio-judesio terapijos sąveika: nuo nežinios ir pasipriešinimo iki suvokimo ir atsigavimo per judesį

Ši tema apima keturias potemes, kurios leidžia išskleisti, su kokiais jausmais moterys atėjo į ŠJT grupę, skirtą menopauzės patyrimams integruoti; ką dalyvės suprato, atrado ir patyrė, kai atsivėrė šokio terapijai ir grupei; kiek svarbus buvo kitų moterų dalyvavimas jų procese; ir kokiais pokyčiais jos galėjo pasidžiaugti, užsiėmimų ciklui įpusėjus.

Diskomforto ir nepasitikėjimo žingsniu į šokio-judesio terapijos ciklą

Trys iš kalbintųjų tiriamųjų jautė prieštarigus jausmus, ateidamos į grupę, pirmąją potemę paskyriau, šių prieštaravimų tyrinėjimui.

Gautamai ši ŠJT grupė buvo pirmoji. Iki tol ji vengė moterų ratų, grupių, nes apibūdino save labiau kaip galvojančią nei jaučiančią, tiksliau šiek tiek kitokią, nei daugelis moterų. Todėl atėjimas į grupę, kur apsijungia labai moteriškos temos ir praktikos, jai atrodė kaip iššūkis - „<...> žiauriai retas formatas būti moterų bendrystėje” - sakė Gautama. Ji atsinešė išankstinį nepasitikėjimą terapinėmis moterų grupėmis: „<...> nežinau, ką būčiau atidavusi už lažybas, kad manęs ten nebus” (Gautama). Manė, jei šis jos žingsnis nepasiteisins, tai bus nors „fiziškai pajudėjusi“. Tuomet kas gi pergalėjo Gautamos kritiškumą ir „atvedė“ ją į grupę? Atsakymas paprastas – Gautama ieškojo sau pagalbos: „<...> atėjau su visais jausmais, kuriuos sukelia menopauzė - ir su diskomfortu, ir su baime, šiek tiek ir su ta nežinia, kiek čia ilgai, kas čia bus ir su kažkokiu tokiu net <...> nepatogumo jausmu <...>” (Gautama). Iš terapinės grupės tikėjosi atvirai kalbėti, pabūti su visu tuo, gauti išvalgų, pagyti fiziškai ir emociškai, tiesiog – „būti“. Interviu mudvi turėjome ciklui jau įpusėjus ir Gautama galėjo matyti, kaip ji jautėsi tik atėjus į grupę iš laiko perspektyvos. Ji pamatė, jog sunkiausia jai sekėsi apsikabinti ir dalintis jausmais, kas, jos nuomone, puikiai pavykdavo kitoms grupės moterims (dabarties momente ji jau jautėsi išlaisvėjusi).

Lana atėjo į grupę jau turėjusi vieną ŠJT grupės patyrimą, kuriame galėjo pajusti save šokančią, tačiau, kaip ji sakė, labiausiai mėgo šokti viena ir užmerktomis akimis: „<...> kai šoku, vis tiek su savimi labiau būnu negu su kitais ir man tas turi prasmę”, „<...> grupėje man yra susikaustymas labai stiprus. Ir aš tada pametu save” (Lana). Pasirinko ji ŠJT ciklą, norėdama puoselėti „<...> geresnį kontaktą su kūnu, kadangi tai yra mano toks, kaip ir problema, ir sunkumas” (Lana).

Ilzės nusiteikimas prieš moterų grupes buvo stipriausias, šiame interviu jis nepasireiškė, bet negalėjau jo pamiršti po mūsų susipažinimo pokalbio. Šis pokalbis buvo grupės formavimo procese. Ir tuomet išgirdau žodžius, kuriuos nedažnai tenka išgirsti, nors jau 22 metus vedu moterų ratus ir grupes. Ilzė pasakė, jog ji „nekenčia moterų ratų“. Tuomet man kilo natūralus

klausimas: „*O kas gi tave motyvavo ateiti čia?*“ Ilzė atsakė, jog matyt, jau atėjo laikas, kad draugė ją pakvietė ir jai rekomendavo, ir kad menopauzės simptomai tokie, kad pati nesusitvarko, kad nori pagalbos sau: „*<...> paskutiniai metai, jie tiesiog labai sunkūs*“ ir menopauzė – „*<...> riba tarp tokių sunkių būsenų*“ (Ilzė). Ilzė dalinosi, jog nebuvo morališkai pasiruošusi: „*<...> aš net nesuvokiau, kad jau menopauzė*“ ir „*<...> niekada negalvojau apie tai rimtai <...>*“, bet štai aplankė praradimo jausmas „*<...> lyg kažkas baigėsi, to dar neturėjus*“ (Ilzė). Ilzė buvo prikaupusi daug neigiamų jausmų, kuriuos įvardino vienu žodžiu „*tragedija*“. Ji jautė daug nemalonių kūno simptomų ir iš čia kilo beviltiškumo jausmas: „*<...> kažką kūnas man nori pasakyti, ko aš nesuprantu*“ (Ilzė). Kasdienoje ji jautė depresyvias nuotaikas, nes kaip ji sakė: „*<...> menopauzė nukirto laimę*“ (Ilzė). Taigi atėjimas į moterų grupę, kur bus šokama ir kalbama apie jausmus, reikalavo pastangų: „*<...> reikėjo perlipti kažką*“ - ne tik dėl išankstinio nusistatymo, bet ir dėl fizinės ir emocinės būsenos. Ant moterų pyko, nes dar nesijautė pati susidraugavusi su savo moteriškumu: „*<...> nespėjau pabūti moterimi, o jau pasibaigė*“ (Ilzė). Ji suprato savo pasipriešinimus ir buvo pasiruošusi juos perlipti - baimė dėl ateities ir pagalbos poreikis buvo svarūs vedliai, padedantys apsispręsti.

Kaip šokis padeda atsiverti, išreikšti ir transformuoti jausmus?

Svarbu pasakyti, jog ŠJT - tai labai kūniškas patyrimas, t.y. šokio-judesio terapijoje kūnas tampa instrumentu, kuris ir juda, ir patiria, ir suvokia save. Todėl pokytis ar bent nauji suvokimai terapijos dalyviams įvyksta kiekvieno užsiėmimo metu. Galima sakyti, kad visa, ką kalbėjome su tyrimo dalyvėmis ir ką aprašiau anksčiau, - taip pat yra tie suvokimai, kuriems įtaką darė dalyvavimas ŠJT cikle, skirtame menopauzei.

Šioje potemėje remiuosi Gautamos, Rasuolės ir Ilzės pasidalijimais. Gautama atėjo į šokio terapijos patyrimus, turėdama žinojimą apie save: „*<...> aš esu galvojanti - nejudanti*“ (Gautama). Taip pat ji nelabai įsivaizdavo, kad šokiu, judesiu galima kažką keisti, tačiau, pajutus save judesyje, pradėjo atrasti save iš naujo. Ji leido sau patikėti, kad šokis jai gali padėti išjudėti iš sąstingio būsenos, kurią ji įvardino „*kaip išalo žemė*“: „*<...> jeigu toj temoj pabūčiau šokio būsenoj, tai greičiausiai tas šokis kažkoks ir įvyktų*“ (Gautama). Ir tas patikėjimas buvo esminis, nes vedė į judesį, kuriame formavosi viltis per patirtį: „*<...> turėjau netgi kažkokių tokių minučių pajautimą, kad tai gali keistis*“ (Gautama). Ir iš čia gimė supratimas, kaip ji įprastai spręsdavo sau sudėtingesnes situacijas: „*<...> veiksmas vyko galvoje, o nekilo mintis tai kažkaip fiziškai išreikšti nu šokiu*“ (Gautama).

Žmonėms, kurie identifikuoja save kaip labiau galvojančius, nedraugaujančius su judesiu, ŠJT gali atverti „naują kanalą“ savęs pažinimui (sakau tai iš savo darbinės praktikos) ir labai efektyvų - išteklių kanalą.

Gautama patyrė, kad ji gali atsiverti judesiui, išbūdama su tema, skirdama sau laiko ir taip reikalingo sau dėmesio, iš čia atėjo gilūs suvokimai: „<...> *per praeitą susitikimą prabilau apie tą nebuvimą savimi arba buvimą patogia, <...> stengiausi būti gera, įtikti ir tada, tada slopini ten tam tikrus jausmus, kurie nepatinka kitiems, o beslopindamas tą, pradedi slopinti viską, <...> aš nesiskaudinau, bet blogoji pusė arba kad niekas manęs ir nedžiugino” (Gautama). Per procesus tyrimo dalyvė suprato, kad slopina savo jausmus, kad neleidžia sau norėti, kad būdama patogi kitiems, siekia ir patogumo sau, kad pokyčiui realizuoti reikalinga energija, kurios ji dažniausiai neturi, kad jai komfortiškiau šokti vienai, kai niekas nežiūri. Ir ji prisiminė, kad šokti jai patiko ir kad būtent šokdama ji susipažino su savo antruoju vyru (kas jai pačiai suskambėjo kaip atradimas).*

Rasuolė atsinešė stiprią motyvaciją – užmegzti „<...> *geresnį kontaktą su kūnu*“ ir pažadinti savo moteriškumą ir seksualumą (po operacijos). Ji ieškojo, kaip ji sakė, kuo natūralesnių būdų savęs vidiniam pažadinimui. Ir po šokio dalindavosi, jog šokis gimsta natūraliai, atsiranda, leidžiant sau judėti: „<...> tiesiog šokant“ (Rasuolė). Tai pabrėžia proceso svarbą šokio-judėsio terapijoje. Kitaip sakant, užsiėmimų metu mes nesiekiamo rezultatų specialiai, o leidžiame kūnui pasitikėti jame gimstančiais impulsais, įkvėpimu, kuris ateina per buvimą akimirkoje, žvilgsnio nukreipimą vidų, susitelkimą į pojūčius, kontaktą, muziką: „<...> *ir muzika sujaudinti gali*“ – dalinasi Rasuolė. Jos patyrimai praktikų metu susiveda į patikėjimą: „<...> *aš tikrai manau, kad šokis gali būti transformacine galia*“ (Rasuolė). Jei man reiktų apibūdinti, kaip aš prisimenu Rasuolę praktikų metu vienu žodžiu, pasakyčiau „šypsena“. Šypsena atsispindi ir jos žodžiuose: „<...> *laikas labai greitai praeina, labai smagu čia būti*“ (Rasuolė). Galime suprasti, jog ŠJT Rasuolei yra tinkamas resursas savitransformacijai: „<...> *jaučiuosi, lyg iš bjauraus ančiuko virščiau gulbe*“.

Ilzės vienas svarbesnių ketinimų buvo (jau pergalėjęs save, ateinant į grupę) – išlaisvinti jausmus: „<...> *viskas uždaryta ir aš nemoku išreikšti jausmų*“ (Ilzė). Gyvenime ji ne kartą pastebėjo, kad užspausti jausmai išsiveržia „<...> *ne laiku ir ne vietoje*“ (Ilzė). Mums kalbantis pasidalino, jog žino, iš kur tai ateina, kad „dirba“ ties tuo nemažai, tačiau jaučia užstrigimą „kažkur paauglystėje“ ir kaip sako: „<...> *iš kur niekaip neišlipu*“ (Ilzė). Paskutinėje potemėje skirsime šiek tiek daugiau dėmesio Ilzės uždarumo priežastiniams ryšiams atskleisti, paliesdamos jos santykį su mama. Ilzė supranta savo atsakomybę už susikurtas būsenas, įvardija, jog pati neteisingai elgėsi su savo kūnu, o jausmų uždarume įsivardija, jog: „<...> *lyg uždarė save kažkur ir niekaip negali išeiti*“ (Ilzė). Patyrimai šokio procese buvo banguojantys, ryškūs viduje: „<...> *galvoj man tie judesiai, o kūnas nesugeba to padaryti*“ – lyg pasikartojantis užstrigimo motyvas Ilzėje tarp „jausmų“ ir „proto“. Ji dalijosi: pradžioje „<...> *iš jausmo šokti iš vis negalėjau*“, vėliau įeidavo į procesus, kurie jausmiškai „vedė į

pradžią“, lyg vyko „regresas“. Prisimena patyrimą, kurio metu šokdavo jausmus ir kuriame aplankė „<...> toks beviltiškumas – toks kritimas į bedugnę“ (Ilzė). Arba kitame šokyje jautė save dykumoje – „<...> neturinčią jėgų niekam, mirstančią <...>“ - ir tai atspindėjo jos būseną. Mano akimis, tai buvo gera pradžia – patirti save ne lengvai, ne paprastai, bet saugioje, priimančioje aplinkoje. Manau, kad susitikimas su realybe - akistatoje – sudaro galimybę išjudėti iš „mirties/sąstingio“ būsenos. Ir tai neilgtrukus galėjau matyti, liudydama Ilzės istoriją. Tuomet, kada ji neturėdama jėgų iššokti būsenas, leido sau „būti“ – įvyko priėmimas, kuris ir atvėrė judesio galimybes. Ilzė suprato, kad menopauzė iš jos pareikalavo „super galios“: „<...> pats save turi ištraukti kaip Miunhauzenas už plaukų“.

Menopauzės metamorfozė: atgimimas per šokio-judesio terapiją

Vesdama šokio-judesio terapijos užsiėmimus, dažnai akcentuoju, jog ŠJT galima apibūdinti trimis žodžiais - tai resursas, iššūkis ir žinia. Kalbėdamos apie naudas ar pokyčius, tyrimo dalyvės taip pat akcentavo patį šokį kaip resursą - „<...> prisiminiau tą savo resursą, kur man padėdavo iššokti tuos jausmus“ (Lana). Gautamai šokio terapija pažadino jaunatviškus jausmus, perkėlė į paauglystės patyrimus: „<...> visiškas tūšas, taškymasis” - taip ji pasijutusi vieno užsiėmimo metu. Tuo tarpu man, kaip vedančiajai, teko liudyti tos jaunatviškos energijos pasireiškimus beveik kiekvieno užsiėmimo metu, tai ir stebino pačias dalyves, ir džiugino mane. Rodos, susirinko grupė moterų, kurios patiria įvairiausių menopauzės nepatogumus, tačiau šokant tie suvaržymai (kūno skausmai, prakaitavimai, energijos nebuvimas), lyg išnykdavo ar valandėlei pasitraukdavo, leisdami moterims pasijusti jaunomis ir gyvybingomis: „<...> to dėka aš kažkaip prisiminiau, kad tai irgi gali būt pagalba, ypač išskleidžiant energiją” (Lana). Lana akcentavo, „<...> kad šokio terapijoje turbūt tas faina, kad nėra kažkokio konkretaus stiliaus”, nes tai suteikia laisvą saviraišką ir išsiskleidimą. Gautamos patirtys leido atsiverti jos saugumui: „<...> aš tiesiog jau pati nu kaip ir priprantu prie to, vat labiau suprantu, kas čia, apie ką aš, vat, kaip manyje tai vyksta - ta terapija”, naujiems suvokimams: „<...> gimsta mintis, kažkoks suvokimas, ką tu suvoki kitaip” ir energijos pokyčiui: „<...> aš atėjau, tai nu visiškai atrodo, nulis energijos buvo, bet aš išėjau nu tikrai puikiai” (Gautama).

Rasuolė, įsivardindama ŠJT naudas, sako, kad šokis suteikė ramybę jos protui: „<...> galvoj balsų beveik neliko“ (Rasuolė). Pastebi, kad judesys padėjo sumažinti jai „kūno susikaustymą“ ir tai, jog „<...> per šokį galiu išmokti labiau kontrolę paleisti“ (Rasuolė). Ji pabrėžė, jog ŠJT terapija ne tik atpalaiduoja kūną, bet ir suteikia kūnui energijos.

Ilzė pamatė savo nueitą kelią, kuris nebuvo paprastas, bet kuriame vyko pokyčiai: „<...> jausmas buvo lyg dugne būčiau, bet paskui tas pasikeitė“. Tai rodo, kad net ir sunkumai ar iššūkiai šokio terapijos metu gali lemti teigiamus pokyčius ir augimą. Ilzė išmoko „sustoti“,

išjausti ir įsivardinti jausmus, suprato, kad „<...> judesys ir pasidalijimas keičia būseną“ (Ilzė). Užsiėmimuose ji išmoko leisti sau išreikšti jausmus, kurių buvo prisikaupę ir, laikui bėgant, kaip ji sako: „<...> viskas pasikeitė į gera“. Grupėje ji atrado tikėjimą ir pasitikėjimą savo procesu, pamatė savo naujas galimybes ir suprato: „<...> yra gerai ir yra už ką dėkoti“ (Ilzė).

Giminės moterų ir grupės moterų dalijimosi svarba

Yra žinoma, kad nuo seno pačios vertingiausias žinios buvo perduodamos iš „lūpų į lūpas“. Yra mokytojai ir yra mokiniai, mokytojai perduoda, mokiniai – priima. Yra tėvai ir vaikai, suaugusieji taip pat perduoda žinias savo vaikams, bet ne visas tėvų perduodamas žinias vaikai noriai priima, kai kurioms vaikai būna nepasiruošę: jas gaunantys ne laiku, ne vietoje arba netinkamu būdu. Ir suaugusiesiems yra žinoma, jog geriausiai vaikas mokosi iš realių pavyzdžių, sugerdamas į save visa, kuo gyvena jo mylimi suaugę žmonės – tėvai. Dažnai, ką vaikai išmoksta iš realaus tėvų elgesio, jiems nepasitarnauja, o neretai ir pakenkia.

Taip ir mums atsitiko, augančioms mergaitėms, merginoms, kurias mamos ir tėčiai augino praėjusiame šimtmetyje, kai psichologija dar buvo tik besilukštenanti ir daugybė temų, kaip intymumas, menopauzė ir santykiai nebuvo garsiai aptariami arba turėjo visai kitokias spalvas. Taigi mamos negalėjo perduoti savo dukroms to, ko pačios nebuvo gavę iš savo mamų. Tokie tai buvo laikai. Tačiau, deja, įvyko perdavimas tų kitų dalykų, kurie dar iki šiol „neigiamai pasitarnauja“ ir menopauzės grupės moterims. Moterys dalinosi, kad mamos nesikalbėjo su jomis apie savo patyrimus menopauzėje. Ir būdamos mergaitėmis prisimena savo mamas, močiutes, tetas, kalbantys apie menopauzę, kurią tais laikais vadindavo „klimaksu“. Šiandien besidalindamos jos jau girdi, kad „klimaksas“ - kažkaip keistai ir lyg nepagarbiai skambantis žodis. Nes tai, kas buvo „užkoduota“ ir perduota mergaitėms su šiuo žodžiu, buvo neigiamo pobūdžio informacija. Rasuolei užsifiksavo, kad „klimaksas“- toks etapas, kuriame „<...> tu tampi pikta ir bjauri“, kad moterys, kurios įžengdavo į šį etapą, buvo vadinamos „<...> išprotėjusiomis ir nevaldomomis“, suprato, kad tas bjaurumas pasireiškia ir „<...> kai pavydi, kad yra jaunesnių už tave“, nes atėjus „klimaksui <...> tu jau esi nurašyta“ (Rasuolė). Tokios žodinės nuotrupos, įsirašiusios Rasuolės ir kitų mano kartos moterų prisiminimuose, dar skamba ir socialinėje erdvėje, ir vyrų protuose, ir moterų pasąmonėje. Ir dar iki šiol yra nemažai moterų, kurios su „pasibjaurėjimu“ kalba apie savo „mėnesines“ ar „klimaksą“, nuvertindamos tai, kas gamtos duota (kaip dovana), ir paneigdamos savo moteriškumą. Tai gili ir stipri įsitikinimų šaknis, o jos vaisius dar vis valgome mes, moterys, kurios šiandien dar negalime menopauzės priimti kaip natūralaus ir oraus perėjimo – į brandos ir išminties laikotarpį.

Kalbantis su interviuojamosiomis, mamos tema išskildavo spontaniškai, man neuždavus klausimo. Dalyvės dalinosi, kad neturėjo pokalbių ne tik apie menopauzę, bet ir apie menstruacijas, nes vėlgi - mamos gyveno laikais, kai visi moterystės virsmai įvykdavo tyliai, be kalbų ir ypatingo tam skiriamo dėmesio. Žinoma, nenoriu visko suabsoliutinti, nes tikiu, kad buvo ir kitokių istorijų, kai mamos rūpestingai ir jautriai, pagarbiai perduodavo moteriškų virsmų žinias savo dukroms ar anūkėms. Tik mano kalbintos moterys negalėjo to paliudyti.

Gautama dalinosi, kad pasikalbėti su mama menopauzės tema ji turėjo gydytojo ginekologo paraginta - prieš pat gimdos operaciją. Tai buvo tam tikras klausimynas, kurį Gautama turėjo užpildyti. Tik tuomet tyrimo dalyvė ryžosi pasikalbėti su mama ir sužinojo tam tikrų panašumų savo ir giminės moterų istorijose bei savo mamos menopauzės patyrimo. Ji suprato, kad ne tik menopauzė, bet ir menstruacijų tema jos gyvenime buvo labai aštri: „<...> 13 metų pradėjau kraujuoti labai skausmingai“ ir tai tęsėsi visą vaisingąjį periodą. Iš mamos išgirdo apie jos trijų seserų sudėtingus menstruacijų patyrimus: „<...> buvo baisios mėnesinės – skaudžios, su daug kraujavimo, su ištisa anemija“ (Gautama). Giminės moterų menstruacijų patyrimų gija, paradoksalu, bet ją šiek tiek nuramino. Ji pasijautė ne viena savo patyrimo, kaip ir grupėje, kur buvo Rasuolė, kuri (kaip ir ji) menopauzę patyrė kaip operacijos pasekmę. Pasidalijimai su kitomis moterimis leido suprasti, kad ir jos nebuvo pasiruošusios tokiam stipriam menopauzės patyrimui: „<...> visos apšalę, šitokia baisi ta menopauzė“ (Gautama). Kitų moterų pasidalijimai Gautamoje suskambo kaip įkvėpimas: „<...> žiūriu į tas moteris, kurios sugeba, ir galvoju, kodėl aš taip negaliu“.

Kad ir ką bekalbėjo Ilzė, temos vienaip ar kitaip paliesdavo jos santykį su mama. Ir tai liudijo apie daugybę neįvykusių pokalbių, uždarytų Ilzės jausmų mamai ir jos elgesiui su dukra: „<...> dalintis su ja nesinorėdavo, nes pasitikėti ja negalėjau“, negalėdavau klausytis mamos priekaištų, nes jaučiausi „<...> kaip šiukšlių dėžė, į kurią viską sukrauna“ (Ilzė).

Ilzė protestavo prieš mamos ir močiutės „skiepijamas“ moteriškumo pamokas, nuo mažens negalėjo priimti pabrėžtinai moteriškų darbų: gaminti maistą, siuvinėti, tvarkyti namus. Ji liudija, kad „<...> mėnesines priima kaip bausmę“, nes tai perdavė šeimos moterys. O tuomet, kai matydavo mamą, jos menopauzės laikotarpyje, patiriančią intensyvias karščio bangas, šis vaizdas ją erzindavo. Todėl ir dabar, patirdama savo prakaitavimus, mano, jog erzina žmones - taip pat, kaip mamos simptomai erzindavo ją. Ir Ilzė negali priimti savęs, saboduodama savo moteriškumą ir savo „vidinę mamą“. Ji nesigaili, kad netapo mama pati, nes sakosi, neturėjusi tokio plano: „<...> jaučiuosi nepakankama būti mama“ ir pratęsia: „<...> nelinkėčiau niekam tokios mamos, kaip aš“ (Ilzė). Ji sako, jog visų pirma reikia save „emociškai susitvarkyti“, tuomet galvoti apie vaikus. Ji užjaučia savo mamą, nes supranta, jog ji nebuvo laiminga, jog pasiaukodama dėl kitų pamiršo save. Ilzė, o tai galima suprasti iš atsivėrimų ,

protestuodama prieš mamos ir močiutės „aukojimosi programą“, pasirinko save (tik kol kas - kaip ir mama - dar neišmoko būti laiminga).

Apie mamą esu pratusi rašyti bei kalbėti tik gražiausius dalykus, tad norėčiau palinkėti kiekvienai moteriai turėti pačią gražiausią patyrimų istoriją su savo Mama. Bet suprantu, kad „iš dainos žodžių neišmesti“ (nežinau, kas tai yra pasakęs). Interviu yra interviu. Ir gyvenimai yra skirtingi. Visi unikalūs, visi verti pagarbos, ir visi kažkuo panašūs. Ši potėmė man skamba kaip tema (tik tuomet reikalautų atskiro, papildomo dėmesio, gal net atskiro darbo). Bet taip pat ji labai svarbi sudedamoji mano temoje ir kiekvienos moters moteriškumo virsmuose. (Dar ir dabar nesu tikra, ar ji turėtų būti pradžioje ar pabaigoje.)

Manau, kad viena esminių priežasčių, kodėl moterys atėjo į menopauzės grupę (su ŠJT), kad gautų viena kitos palaikymą, kurio, tikėtina, negavo iš mamų, sesių, draugijų. Moterys dalinosi, kad nėra paprasta dar ir dabar kalbėtis su kitomis moterimis apie savo menopauzės patyrimus. Mūsų grupė joms buvo ta erdvė, kurioje galėjo lengviau suvokti ir priimti šį gyvenimo etapą bei jaustis suprastas.

Esu be galo dėkinga visoms grupės moterims už pasitikėjimą, dalijimąsi viskuo, kas jautru ir jautriausia.

TYRĖJOS REFLEKSIJA

Pasirinkau tyrinėti menopauzės temą, nes pati gyvenu jos iššūkių ir atradimų fone. Moterims, kurios rinkosi ateiti į grupę, šis faktorius, matyt, buvo svarbus, nes buvau „viena jų“ – galinti ne tik vesti, bet vesti su gilesniu įsiklausymu, empatija ir atspindėjimu. Savo menopauzės virsme jau buvau pažengusi, atradusi, kaip sau padėti, ir šokis, šokio-judesio terapija asmeniškai man buvo vienas geriausių pagalbininkų.

Kalbindama tyrimo dalyves, turėjau stebėti save akylai visuose trijuose vaidmenyse: moters, patiriančios menopauzę, šokio-judesio praktikės ir intevriuotojos (rolė, kuri buvo mažiausiai įprasta). Manau, kad buvau įsitraukusi, smalsi interviu metu. Kartais pagaudavau save, besidalinant ar pritariant interviuojamajai, bet priimu tai, kaip gilesnio pokalbio palaikymą. Aš esu be galo dėkinga Gautamai, kuri nėra labai giliai ir atvirai dalinosi jautriausiomis savo temomis.

Lanos interviu buvo kitoks - intensyvesnis, mano dėmesys keliavo bangomis, chaotiškai, nes Lana labai kūrybiška ir man norėjosi pagauti kūrybiškumo temą kartu su ja, bet šiame darbe nepavyko, pritrūko medžiagos. Tiesa, kūrybiškumo tema šioje terapinėje grupėje buvo labai ryški, nes tiek Lana, tiek kitos moterys ciklo metu pradėjo rašyti eilėraščius, labai drąsiai ir stublinančiai išraiškingai sušoko savo Solo šokius, kurie realizavosi ciklo pabaigoje.

Rasuolės istorija ir labai palietė, ir labai įkvėpė ne tik mane, bet ir kitas grupės moteris. Ji, kuri patyrė didžiausius išbandymus, kaip jau minėjau, „dvigubu“ iššūkiu (liga ir menopauzė vienu metu), mums visoms buvo reali pamoka. Galėjome semtis jos optimizmo, spinduliavimo, išminties ir lengvumo. Didelė dovana buvo turėti tokių menopauzės patyrimų bendrakeleivę.

Analizuodama šiuos interviu jaučiau malonų įsitraukimą ir didelį dėkingumo jausmą tyrimo dalyvėms ir savo bendraautorėms. **Norėdama perteikti koncentruotą „moters virsmo“ patirtį menopauzės laike, pasirinkau aprašyti vienos tiriamosios - Ilzės istoriją, kuri talpina beveik visų tiriamųjų patirtį.**

Ilzei 44. Ji jauna graži moteris. Atėjusi į interviu prieš grupės formavimą, pasisako, jog nemėgsta moteriškų grupių ir nėra buvusi šokio judesio terapijoje. Nes ir šokti jai nėra įprasta. Sakydama, jog nemėgsta užsiėmimų, kuriuose dalyvauja tik moterys, ji pabrėžia, kad jai sudėtinga bendrauti su moterimis. Ji pati jaučiasi labiau vyriška. Ir terapines priemones sau renkasi gana neįprastas - „valau mišką: kertu medžius ir skaldau malkas. Jau beveik metus laiko. Ir man tai yra geriausia terapija” - dalijasi Ilzė.

Vyksta pirmasis šokio judesio terapijos susitikimas. Matau Ilzę įsitempusią ir šiek tiek virpančią. Žandikaulis kietais sučiauptas, kas kartą atsikrenkščia, lyg kažkas strigtų gerklėje. Galiu jausti Ilzės įtampą. Karščio bangos jai pasireiškia labai intensyviai „čia ir dabar” ir ji šluostosi prakaitą tiesiog be perstojo. Dėl to taip pat jaučiasi sutrikusi. Atrodo pykstanti. Pykstanti ant visų kitų - tik dar nežinia dėl ko. Galbūt todėl, kad, kaip ji minėjo, nemėgsta moteriškų grupių arba todėl, kad karščio bangos jai pasireiškia intensyviausiai grupėje, o gal todėl, kad menopauzė ją ištiko tuomet, kai net neįsivaizdavo, kad taip gali nutikti.

Pirmojo susitikimo metu Ilzė sakė, kad tik dabar, paskutiniaisiais metais, ji pradėjo jaustis moterimi. Tik apsirato prie minties, kad pradeda jausti savo moteriškumą, ir, jos žodžiais tariant, „viskas baigėsi - tik prasidėjo, dar nespėjau pasidžiaugti, o štai ir viskas baigėsi.” Balse girdėjau ir pyktį, ir nusivylimą...

Ilzė buvo ištekėjusi, tačiau trumpam – po metų išsiskyrė. Vaikų nesusilaukė. Iki dabar dar jaučiasi nerealizavusi savęs meilės santykiuje. Ir jos akimis dabar vyksta pati didžiausia neteisybė - iš jos atimama tai, apie ką svajojo. Svajojo pajusti savo moteriškumą, seksualumą, dalijimąsi poroje viskuo, suprantama - ir meilės malonumais. O jaučiasi taip, kad jau visko neteko. Lyg kažkas „pavogė”. Pavogė svajonę, gerą savijautą, sveikatą. Jaučiasi apgauta, pykstanti - ant savęs, ant savo mamos, pykstanti ant kitų moterų...

Ir štai pirmasis šokis grupėje. Ilzė nenoriai renkasi šokių partnerę. Šiame pratime aš pasiūliau susirasti dalyvę, su kuria norėtų susipažinti per šokį. Dalyvių skaičius nelyginis, todėl Ilzei šokių partnere „atlieku” aš. Džiaugiuosi, nes man tai - geriausias būdas pajusti jos būseną. Nors tik pradėjus šokti aš suprantu, jog man nejauku. Ilzės veidas pilnas įtampos ir

keistos mimikos. Ji kažką transliuoja. Aš žiūriu į ją švelniai ir einu į ryšį. Mudvi judame ir aš jaučiu, kad Ilzės įtampa persiduoda man. Bandau judinti kūną ir nukreipti dėmesį labiau į save, kad atsipalaidučiau (nes aš be to dar vedu ir grupinį procesą). Ilzei prakaituoja veidas, ją „muša karščio bangos“. Ji intensyviai šluostosi prakaitą, siekdama servetėlių dėžutės, lyg pabėgdama iš šokio. Suprantu, kad jai tikrai nelengva, aš žinau, ką reiškia karščio bangos, ir suprantu, kad Ilzė jos kankina tikrai negailestingai. Ji kartas nuo karto meta žvilgsnį į kitas šokančias moteris, iškošdama su nuostaba ir dar kažkokiu kitu prieskoniu frazę: „ta prasme, tai kur jūsų menopauzė?! Melagės...“. O kuomet sugrįžta į kontaktą su manimi, matau daugybę išraiškų jos veide. Ir sugniaužtus kumščius. Ilzė miniatiūrinė moteris – mano akimis labai graži ir unikali – viskuo (matau jos grožį)... Tačiau ji nemato, nėra patenkinta savimi, nėra pasitikinti – nei savimi, nei kitais (matyt, turi tam svarių priežasčių).

Mūsų susipažinimo šokis man labai neįprastas. Ir suprantu, kad Ilzei neįprastas dar labiau. Jaučiuosi taip, lyg aš būčiau atsakinga už visa tai, kaip Ilzė jaučiasi (pvz.: parinkau ne tą dainą). Suprantu, kad nesu atsakinga, tačiau Ilzė transliuoja tam tikrą savo būseną, lyg pykdama ant manęs. Aš, žinoma, matau, jog ji nekontroliuoja to, ką transliuoja man, tai tiesiog eina iš giliau... Man smalsu, ar Ilzė jaučia, kokios emocijos ją veda šokyje? Jeigu Ilzė stebėtų save iš šono, ji tikriausiai matytų, jog ji pyksta, jog ji šoka pykčio šokį. O aš stengiuosi sušvelninti ir atpalaiduoti ją. Esu vedančioji, todėl noriu padėti jai geriau jaustis. Taip pat suprantu, jog priimti Ilzė ir jos pykčio šokį yra geriausia, ką aš galiu šiuo momentu padaryti. Užsiėmimo pabaigoje Ilzė dalinasi rezervuotai.

Vykstant užsiėmimų ciklui (susitikimui po susitikimo) matau, kaip Ilzė po truputėlį šyla. Pastebiu jos savotišką bendravimo stilių. Matau, kaip ji išraiškingai reaguoja į mano parenkamą muziką įvairiems šokiams. Muzika jai dažnai netinka ar nepatinka: „per lėta ar per daug lyriška, jausminga,“ – mesteli ji. Kartais ji nešoka, stovi, protestuoja. Kartais juda savo ritmu. Tačiau po truputį perprantu, jog Ilzei patinka rokas, rokenrolas - stipresnis muzikinis stilius. Retkarčiais parenku dainų pagal jos mėgstamą stilių. Tuomet Ilzė užmerkia akis ir įsilinguoja - kartais netgi labai smagiai atsiduoda ritmui. Po tokio šokio akimis man padėkoja. Dalinantis patyrimais ji jau išsako aiškiai, kartais ir gana atvirą poziciją ar nuomonę. Pradedu pažinti, jog Ilzė moka būti „tiesi“. Po truputį atsiveria ir jos humoro jausmas. Pastebiu, kaip mezgasi kontaktas su grupės moterimis. Ji ima lengviau rinktis šokių partneres. Ne su visomis moterimis Ilzei patinka šokti. Ji vengia šokti su dalyvėmis, kurios jai patinka (aš taip matau). Ji ieško labiau neutralaus kontakto. Jame jaučiasi geriau ir laisviau. Jeigu šoka su moterimi, kuri jai patinka, galima jausti, kad jaučia daugiau jausmų, kuriuos bando išreikšti per šokį. Nors užsiėmimų pabaigose Ilzė nėra ypatingai kalbi, tačiau per savaitę aš gaunu jos suvokimus rašytine forma. Dažniausiai tai būna gana gili savirefleksija ir atradimai, kuriuos jai pavyksta

įsivardinti po užsiėmimo - tam tikram laikui praėjus. Skaitydama Ilzės pasidalijimus jaučiu ją naujai, kaip labai jautrią ir išmintingą moterį. Kiekvieno pasidalijimo pabaigoje ji padėkoja. Kartais labai lakoniškai, bet iškalbingai. Ji rašo: „Ačiū už praktiką, jaučiuosi gyva ir laiminga“. Aš jaučiuosi dėkinga Ilzei už pasidalijimus. Taip galiu geriau pažinti ją.

Laikui bėgant matau, kaip Ilzė grupėje tampa lydere. Jie matuoja visoms kraujo spaudimą ir pulsą, prisistatydama daktare ir elgdamasi su moterimis kaip su pacientėmis. Visas įtraukia į gana žaismingą žaidimą. Ilzė kalbina visas. Ir po truputį labai gražiai skleidžiasi. Tiesą sakant, net ne po truputį. Tai galima matyti ir šokyje. Jos kūnas jau moka atsipalaiduoti. Kartais ji užmerkia akis ir pasineria į savo ritmą arba džiazuoja. Gražu ir gera tuomet ją stebėti. Ir liudyti tokį besiskleidžiantį gražų vidinį šokį. Stebiu ir stebiuosi, kiek daug potencialo joje.

Moterys grupėje įprastai dalinasi įvairiais sveikatos patarimais - tuo, kas kiekvienai padeda išgyventi menopauzės simptomus. Ilzė, iš pradžių skeptiškai reagavusi į daugybę patarimų, staiga tampa ta, kuri daro didžiausią šuolį, gerindama savo sveikatą. Ji pradeda laikytis tam tikros dietos, kuri mažina karščio bangas ir reguliuoja hormonus. Būdama visavalgė, ji tampa vegetare. Į užsiėmimą atsineša dėžutę gražiai supjaustytų įvairių morkų, agurkų, salierų ir vaišina grupės nares. Ji pradeda rūpintis savo kūnu - nuoširdžiai ir valingai. Ir tai gražu matyti. Ciklo pradžioje aš negalėjau numatyti tokio scenarijaus. Turėdama 21 metų vedimo praktiką, jaučiuosi maloniai nustebinta. Pradžioje Ilzės būseną buvo galima pavadinti depresyvia arba judančia iš depresijos. Man ir kitoms jos bendražygėms tai kėlė susirūpinimą. Nuoširdų susirūpinimą ir mintijimą, kaip mes galime jai padėti. Buvau pasikvietusi Ilzę individualiam pokalbiui. Suprantama, smagu, kad Ilzė išgirdo patarimus ir pradėjo jais vadovautis. Ji netgi išėjo iš darbo, kuris ją slėgė ir jai netiko (nes jame patirdavo didelę įtampą). Mes visos buvome Ilzės virsmo liudininkės. Gana ryškaus virsmo - gyvenimo būdo ir sveikatos, emocinės būsenos. Ir, aišku, visa tai atsispindėjo jos šokyje.

Ji pradėjo laisvėti, dažniau juoktis, juokauti, kviesti visas kažkur nueiti - į teatrą ar į koncertą, susitikti, pašokti. Ji tapo aktyvi. Tapo atvira ir besidalinanti. Ir tai labai džiugino. Bet labiausiai nustebino jos pasiruošimas finaliniam Solo šokiui. Ji buvo vienintelė iš grupės, kuri iš anksto ieškojo muzikos. Ir kaip vėliau supratau, netgi repetavo namuose, bandydama sušokti savo jautriausias temas. Ilzės šokis sujaukino visas - moterys šluostėsi ašaras, žiūrėdamos į šokančiąją. Neslėpsiu, Ilzės šokis palietė ir mano širdį. Ji pasirinko du skirtingus motyvus, vieną labiau liūdną ir uždarą, su juodu apdaru. Pasiruošė netgi aprangą. Susikūrė scenarijų. Pirmoji dalis buvo liūdnoka - apie jos išgyvenimus, apie tamsą, apie ilgesį. Ji pradėjo susisukus į kamuoliuką ant žemės, nuleista galva, išraiškingai keldama rankas aukštyn ir žemyn, lėtais ir tirštais judesiais, papildytais išgyvenimų. O antroji dalis - tokia prancūziška,

lengva, daug sukinių, kilimo į viršų visu kūnu ir dar aukščiau - ant pirštų galy. Ji vis sukosi ir sukosi ratu – tai į vieną, tai į kitą pusę. Bet smagiausia, jog Ilzė nusimetė savo juodąjį rūbą, po kuriuo švietė visas kūnas, apvyniotas girlianda, švieselėmis - ji buvo švytinti ir spalvota. Antrasis šokis įsuko mus visas žiūrinčias į vilties ir lengvumo sukurį.

Paklausiau Ilzės po jos Solo šokio, kaip ji jaučiasi ir apie ką ji šoko. Ilzė kalbėjo atvirai ir labai nuoširdžiai: „Apie savęs nepriėmimą. Ir kažkaip keistai atrodo, kad gimsti mergaite ir nepriimi to. Nepriimi nei savo kūno... ir turi visą gyvenimą stengtis save priimti. Ir tikiesi, kad kiti priims, nors pati savęs nepriimi... na ir tos iniciacijos, kad negauni iš savo šaknų - netgi sakyčiau, tokią „antimoterį“ gauni savyje... Matydama, kad tėvai tarpusavyje bendrauja... Tai man mano šokis apie tą temą - nepriėmimo. Ir yra daug daugiau aspektų. Mano pirmoji muzika iš „Šindlerio sąrašo“, nors mano šaknys ne visai iš čia, bet viskas susimaišę - jaučiuosi savas tarp svetimų ir svetimas tarp savų. Tai savęs priėmimas, tas indentitetas – jis visose srityse šlubuoja, tai tu esi ir nesi tuo pačiu metu.

Ir galiu pasigirti, kad pastebėjau rašydama „moteris“, pajutau, kad rašau apie save... Tai pagaliau pasistūmėjau, bent jau vienu milimetru savęs priėmimo link. Tai ačiū labai”. Kitos dalyvės taip pat dalinosi savo patyrimais po Ilzės Solo: „Aš per tavo šokį išgyvenau ir labai didelį pažeidžiamumą ir savy – pirmą dalį pavadinčiau „leisti sau“, o antrąją - „viltim“; „... aš pamačiau daug potencialo ir daug gyvenimo džiaugsmo. Kas iš tikrųjų nustebino labai. Nes tu dažnai būni toje pirmojoje dalyje, bet vat kiek yra po tuo... kuris dar tavęs laukia... Tai kad smagu žinoti, kas tavęs laukia“; „Mačiau ir skausmą, ir neviltį, toks jausmas, kad už visą savo tautą šoki, kai sakei apie savo šaknis. Mačiau ir tą susitaikymą...“; „Tai buvo gulbės šokis - juodoji gulbė ir baltoji gulbė. Abi jas mačiau. Laikiau save, kad neverkčiau. Abu šokiai buvo labai gilūs ir gražūs. Ir aš tą virsmą mačiau ir mačiau tavo pasirinkimą po to. Buvo kaip ir ta kančia, tu ją labai nuostabiai parodei, ji buvo kartu su tavim. Bet išlindo toji juodoji gulbė į šviesą“; „Jautri pradžia... Per pirmą dalį aš apsiverkiau. Mačiau tave čia kaip Žaną Dark. Mačiau trapumą ir kovą, nuolatinę kovą. Antra dalis tokia lengva, prancūziška, mačiau tave prie Eifelio bokšto.”

Tokia tai Ilzės virsmo istorija, įsiprasminusi Solo šokyje.

Praėjus keletui dienų po užsiėmimų ciklo gavau, kaip ir visuomet, Ilzės laiškėlį. Ji rašė: “Nežinau, ar rasiu tinkamus žodžius padėkoti už tai, ką, Tavo dėka, galėjau išjausti ir pasidalinti šokdama. Išgirsti kitus, ką jie matė. Išgirsti Tave. Ir labai gera girdėti, kad Tu matai pokytį. Jaučiu begalinį dėkingumą, kad turėjau tokią neįkainojamą galimybę. Labai labai ačiū už pagalbą ir palaikymą.”

Atsidėkodama už grupės dalyvių atvirumą, nusprendžiau pati atsakyti į klausimus, kuriuos pateikiau joms interviu metu. Tai mano dėkingumo ir solidarumo atsakas - menopauzės virsme - mano bendražygėms ir bendrakūrėjoms. Dalinuosi savo vidiniu interviu (čia pati užduodu sau klausimus ir pati atsakau):

Su kokiais jausmais mintimis ateis šokio judesio terapijos grupė, skirta menopauzės temoms?

„Aš atėjau su noru išjudėti. Nes suprantu, kad šitas periodas yra svarbus transformacinis periodas man. Man kaip moteriai. Man kaip žmogui. Man kaip Mylimajai. Suprantu, kad menopauzė yra galimybė paleisti tai, kas nebetarnauja. Manyje. Kad tai yra laikas, kai turiu pradėti rūpintis savo kūnu. Taip, kaip dar nesirūpinau iki šiol. Kad turiu stiprinti savo kūną. Ir užmegzti gilesnį ryšį su savimi. Ir tas ryšys neišvengiamas. Šitame etape. Ir labai reikalingas man kaip moteriai. Nes vienas etapas baigėsi. O kitas dar neprasidėjo. Į kitą aš esu pakeliui. Lyg eičiau tiltu. Į kitą krantą. Aname krante buvo mano žydėjimas. Mano seksualumas. Mano energija. Mano aistra. Kurti. Judėti po pasaulį. Pažinti naujus dalykus. Ir dalintis tais naujais pažintais dalykais su žmonėmis. Tačiau šiandien ten, kur esu, yra mažiau noro dalintis. Yra didesnis noras susitelkti į save. Klausytis savęs. Išgirsti, ko aš tikrai noriu, o ką aš darau iš inercijos? Ir manau, kad šokis, kadangi jis neatsiejamas nuo kūno, yra nuostabus būdas – išgirsti tai, kas man svarbiausia. Todėl aš atėjau į šokio judesio terapiją. Nes tikiuosi, kad ji man padės. Užmegzti gilesnį ryšį šiame pereinamajame laikotarpyje su Ta savimi, kuri keičiasi, kuri dar savęs nepažįsta, kuri turi baimių, įsitikinimų apie save. Ir tie įsitikinimai reikalauja peržiūrėjimo. Todėl aš esu čia.

Kaip tavo atveju skamba jautriausias menopauzės patyrimas?

Manau, kad jautriausi patyrimai apima tiek kūną, tiek emocinį aspektą. Tiek kažkuria prasme santykių. Labai nepaprasta yra matyti save – kintančią: keičiasi mano veidas, oda tampa nepaklusni, figūra - taip pat gyvena savo gyvenimą. Ir nors aš ypatingai daug dėmesio skiriu kūnui, maistui, kurį valgau, judesiui, kurį atlieku kasdieną, tačiau kūnas reikalauja dar didesnio dėmesio. Negaliu pasakyti, kad man patinka taip, kaip aš atrodau. Aš matau neišvengiamą virsmą. Iš tos žydinčios moters į amžėjančią moterį. Fizinė prasme. Nors savo kūne, judesyje jaučiuosi puikiai. Tačiau išoriškai jis yra kitoks, negu aš įsivaizduoju. Ir čia yra tam tikras konfliktas. Aš esu ne tokia, kokia jaučiuosi. Mano kūnas iš vidaus ganėtinai jaunas, tačiau iš išorės jis nepaklūsta vidiniams dėsniams. Jis sensta. Ir tai reikia pripažinti. Ir tai reikia priimti. Ir tai nėra paprasta. Bet man po truputėlį sekasi. Aš pratinuosi. Aš žiūriu į veidrodį. Aš matau save. Ir tuo pačiu stengiuosi nesitapatinti su kūnu. Nes aš nesu tik kūnas. Kūnas yra tobula mašina šioje gyvenimo kelionėje. Šioje nuostabioje žemės kelionėje. Ir čia aš esu ryšyje

per kūną su kitais žmonėmis. Taip pat su tais žmonėmis, kurie man rūpi. Kaip, pavyzdžiui, mano vyras, kuris yra jaunesnis už mane šešeriais metais. Ir tikriausiai, jeigu mano vyras būtų vyresnis, aš mažiau galvočiau apie tai, kaip kinta mano kūnas... Nes tai, kas yra mano viduj, iš tiesų žydi ir skleidžiasi. Skleidžiasi mano žinojimas, savęs supratimas, mylimojo pajautimas, kitų moterų ir vyrų pažinimas. Veriasi ir Suvokimas, kas yra gyvenimas. Bandau suprasti, kas esu aš? Kas esu aš, jei nesu tik kūnas? Ir tai klausimai, kurie verti šio laikotarpio. Šio pereinamojo laikotarpio dėmesio. Iš tiesų tai pokyčių metas. Nes yra dalykų, kurie man nustojo būti svarbūs. Galbūt norėčiau, kad dar daugiau dalykų man taptų nesvarbūs. Na, pavyzdžiui, kaip keičiasi mano veidas. Bet tikriausiai tiems vidinio virsmo procesams reikalinga, kad mano veidas keistųsi, kad aš išmokčiau priimti save tokią, kokia esu... Ir tai stipru. Tai transformatyvu. Tai brandos etapas. Bet, kaip minėjau, tai tas tiltas per upę arba nuo vienas upės kranto iki kito. Jis turi būti pereitas. Ir, žinoma, aš jį praeisiu. Ir praėjusi jau nebebūsiu tokia pati. Tikiu, kad būsiu sąmoningesnė. Tikiu, kad išmoksiu save priimti. Vis besikeičiančių. Senstančių fiziškai ir atrandančių šią save naujai -dvasiškai. Tai mane įkvepia. Bet suprantu, kad nutolstu nuo klausimo...

Nepasakyčiau, kad tai jautriausia tema. Bet pasakyčiau, jog ši tema labiausiai reikalaujanti dėmesio. Nes ji paliečia ir fiziškai, ir emociškai, ir persikelia į santykį. Tai intymumo tema. Tikriausiai nuo 45 metų aš pajaučiau savo žydėjimą kaip moteris. Buvau aistringa ir pilnatviška santykyje. Ir tai džiugino ne tik mane, bet ir mano vyrą. Ir staiga su menopauzės pradžia ta ugnelė arba ugnis, kuri buvo manyje, užgeso. Aš pradėjau nejauti jokių seksualinių impulsų. Buvo keista. Šiek tiek nejauku. Nejprasta. Laukdavau tų impulsų, bet jie neateidavo. Tai reiškia, kad santykyje aš tapau šiek tiek kitokia. Šiek tiek atsitolinusi. Neprieinanti taip, kaip priešdavau anksčiau. Lyg užmigau. Ir tuo pačiu nurimau. Kitame etape po to neįprastumo - lyg apsidžiaugiau. Nes atsirado naujos, vidinės laisvės pojūtis. Nepriklausomybės pojūtis. Ramybės pojūtis savo kūne ir santykyje. Iš vienos pusės man tai patiko. Tačiau iš kitos pusės - aš nežinojau, ką su tuo daryti santykyje. Nes, mano manymu, intymumas poroje yra svarbus. Bandžiau atsargiai pasišnekėti su vyru. Pasakydama savo būseną, kas manyje keičiasi ir paprašydama inicijuoti intymumą iš jo pusės. Arba kitaip padėti man tapti jautresnei, švelniai nubudinti tą aistrą manyje. Ir kartais tai pavykdavo. Ir mes apsijungdavom. Tačiau iš principo supratau, kad vyrui nekomfortiška visuomet inicijuoti intymumą. Kad jis pažino mane kitokią. Ir dar nesusipažino su naująja. Ir man pasidarė neramu. Nes mūsų intymumas tapo retesnis. Aš pradėjau galvoti su nerimu, kad vyras taip pat pereina savo amžiaus procesus. Galbūt vidurio amžiaus krizę. Ir jo vyriški hormonai susilpnėjo. Ir pradėjau jausti riziką, kad vidurio amžiaus krizė gali išstikti ir mano vyrą. Žinodama, kad vyrai šiuo atveju viską sprendžia paprasčiau - žvalgydamiesi į jaunesnes moteris ir ieškodami

aistros subjekto. Tai mane neramina iki šiol. Aš pradėjau galvoti, kad galbūt yra būdų sužadinti savo aistringumą, galbūt gali padėti hormonų terapija ar tam tikri papildai. Pradėjau gilintis į tai ir iškėliau sau klausimą: „O kaip jaučiasi visos kitos moterys, esančios menopauzėje ir gyvendamos šeimoje?“ Grupėje mes kalbėjomės apie tai. Ir visos moterys, kurios gyveno šeimoje, pasisakė, kad jų intymumas pasikeitė. Kad jos taip pat, kaip ir aš, nejaučia aistros. Išgirdau, kad kitom dar sudėtingiau. Kažkam galbūt sudėtinga net ir malonumą pajusti. Tokį, kurį jausdavo anksčiau. Tai mane šiek tiek nuramino. Kad esu ne viena su tokia pat problema. Iš dalies ir šokio judesio terapija man svarbi tuo, kad geriau jausčiau savo kūną ir tokiu natūraliu būdu galėčiau pažadinti savo miegantį seksualumą. Ir taip - tuomet, kada šoku, kada jaučiu savo kojas, rankas, dubenį, kada atsipalaiduoja mintys, atsipalaiduoja ir kūnas. Ir kažkas pasižadina manyje. Galiu užčiuopti tuos aistros impulsus, kurie nubunda, sugrįžus į namus. Tai nepanaikina nerimo, nes nežinau, ar sugrįš tas seksualumas, kurį jaučiau - bent mažoji jo dalis. Tikrai labai neįprasta nejausti kūne impulsų. Tai galėčiau pavadinti beaistriškumu. Jis turi dvi puses - viena, kuri man patinka, ir kita, kuri nepatinka. Man patinka ta būseną, kuri suteikia laisvę. Ir nepatinka mažesnis artumo jausmas poroje. Suprantu, kad reikia apie tai kalbėti su savo mylimuoju. Tai nėra paprasta, nes gali iškelti daugiau gilesnių temų, bet tai svarbu. Todėl laukia pokalbiai. Galbūt jie mus abu subrandins. Galbūt mes atrasime tam tikrus svarbius dalykus, kurie mus dar labiau suartins. Noriu tuo tikėti. Jaučiu, kad ta ramybė sudaro man galimybes daryti kitus dalykus, nei iki šiol dariau: būti labiau disciplinuota, siekti ilgalaikių tikslų, rūpintis savimi - savo sveikata ir kūnu kiekvieną dieną. Intymumo temos, manau, svarbiausios ir sunkiausios poroje, nes jose mes visi esame labai pažeidžiami: turime savo traumų, įsitikinimų, skirtingų požiūrių: vyro akimis žiūrint, moters akimis žiūrint ir pan. Reikia didelio įsiklausymo, norint surasti kompromisą - viduriuką, tai, kas tiktų abiem. Taigi čia tas tiltas per upę. Ir intymumo temoje ją svarbu pereiti dviese - poroje. Nes kitaip pasiliksimė skirtinguose krantuose. Arba kažkuris sustos vidury tilto. Galbūt vienas išdrįs šokti į vandenį ir atsiduoti upės tėkmei. Ar kitas šoks iš paskos - niekas nežino - galbūt pereis tiltu į kitą krantą. O galbūt stovės ir žiūrės, kaip upės tėkmė - gyvenimo tėkmė - neša jo mylimąjį ar mylimąją. Kuris galbūt kažkur kitur išlips į kitą krantą. Štai tai tokia gyvenimo poezija, o gal filosofija, kuri menopauzės laikotarpyje suaktyvėja.

Kaip manai, ar galėtum šį patyrimą iššokti, keičiant jį norima linkme?

Taip, manau, kad galėčiau. Manau, kad šokis yra galingas instrumentas, kuris įtraukia ir kūną, ir jausmus, keičia mintis. Viename šokyje esu patyrus daugybę besikeičiančių jausmų. ŠJT yra puikus instrumentas, kuris gali padėti pereiti tą upę. Ir aš noriu sušokti tokį šokį. Noriu būti aktyvi savo gyvenimo kūrėja. Noriu prisiimti atsakomybę už savo laimę ir savo būsenas.

Noriu kurti šokdama. Tikiu, kad šokyje atsiveria didesni kūrybos klodai. Jaučiu, kad per šokį tampa kūrybiškesnė, laisvesnė ir seksualesnė, kad galiu pažadinti savo kūrybiškumą, gyvybinę energiją. Nes tik užgrojus muzikos ritmui aš pasineriu į judesį. Viena muzika labiau įkvepia, kita galbūt sukausto, o kartais nesinori klausytis muzikos - judu savo ritmu. Man atrodo, kad čia, kaip ir gyvenime, labai svarbu judėti savo ritmu. Jeigu muzika padeda - puiku, galima judėti kartu su muzika. Jeigu muzika trukdo, galima įsijungti savo vidinę muziką, galima pasinerti ten, kur tyla.

Man patinka autentiškas judesys. Galbūt jis man atrodo labiausiai transformuojantis, nes tai sąmoningas šokis. Kartais gali būti ne šokis. Per autentišką judesį aš galiu jausti, kaip veda mano jausmai, kad patenku į kažkokią kitą erdvę. Galbūt labiau į savo vidinį pasaulį ir kaip viskas greitai keičiasi jame. Pradėjusi šokti liūdesyje, aš galiu jausti palengvėjimą, galiu leisti sau paverkti, galiu iššokti savo pyktį, iššokti liūdesį, galiu pradėti jausti įkvėpimą, nubudimą. Po šokio ateina aiškesnės mintys, atradimai, suvokimai, lengvumo jausmas, kartais malonus nuovargis.

Mano šokis vadintųsi „pereiti į kitą krantą“. Galėtų vadintis ir „upės tėkmė“. O aš tiesiog pradėčiau ten, kur esu, ir atsiduočiau savo kūnui, pasikliaučiau judesiu, stebėčiau save. Taip tikriausiai turėčiau ir gyvenime spręsti dalykus, kuriuose užstringu. Kai kurie man atrodo problematiški. Tiesiog labiau stebėti, leisti įvykiams vykti taip, kaip vyksta. Bet manau, kad tai kelias meistriskumo link. Atsidavimo kelias. Tikriausiai tai kelias ir per menopauzę - į brandumo laiką, kurio pamatas - išmintis, paleidimas, atsidavimas, ištikimybė sau ir gyvenimui. Dėliuju žingsnelius savo tiltu į kitą upės krantą. Ramunė

APIBENDRINIMAS IR DISKUSIJA

Šiame skyriuje aptariami empirinio tyrimo rezultatai bei jų sąsajos su teorinio tyrimo rezultatais bei kita mokslinė literatūra. Išvelgta, jog Lietuvoje ir pasaulyje trūksta tyrimų, kuriuose tiesiogiai būtų tyrinėta šokio-judesio terapijos įtaka moterims, patiriančioms menopauzės simptomus. Todėl šio tyrimo metu buvo tirta prielaida, kad šokio-judesio terapija padeda moterims integruoti menopauzės virsmo patirtis ir mažina patiriamus menopauzės simptomus. Prielaidai pagrįsti buvo atlikta literatūros analizė ir atliktas tyrimas, taikant šokio-judesio terapijos intervenciją.

Vieni iš dažniausių menopauzės metu patiriamų simptomų yra karščio bangos, naktinis prakaitavimas (pasireiškia daugiau negu 80 % moterų), miego sutrikimai, nuovargis, sulėtėjęs mąstymas, libido sumažėjimas, padidėjęs nerimas ir kt. (Talaulikar, 2022). Visa tai turi įtakos ir kitoms organizmo sistemoms. Pvz., psichosocialinis stresas prisideda prie hipertenzijos

išsivystymo ir pablogėjimo, o tai yra svarbiausias širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnys visame pasaulyje (Munakata, 2018).

Emocinis susijaudinimas taip pat gali sužadinti simpatinės nervų sistemos aktyvumą ir pakeisti kvėpavimo ritmą, tai padidina širdies susitraukimų dažnį (Zhang et al., 2010). O lėtinis stresas yra priskiriamas prie rimčiausių širdies ir kraujagyslių ligų, hipertenzijos ir depresijos rizikos veiksnių (Schiweck et al., 2019). Ir priešingai, meditacija ar užsiėmimai su lėtu kvėpavimu gali paskatinti smegenų veiklos pokyčius, kurie slopina simpatinę nervų sistemą (Kim et al., 2013), t. y., gali sumažinti pulsą.

Publikuotų tyrimų duomenimis, šokio-judesio terapijos intervencijos įtaka yra pastebima kraujo spaudimui ir pulsui. Viename iš tokių tyrimų – Serrano-Guzmán ir kt. mokslininkų 2016 m. publikuotas atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas, kuriame buvo tirtas flamenko ir seviljano šokių veiksmingumas, siekiant pagerinti judrumą, pusiausvyrą, fizinį aktyvumą, kraujospūdį, kūno masę ir gyvenimo kokybę Ispanijoje gyvenančioms moterims po menopauzės. Tyrėjai nustatė, kad ispaniškų šokių terapija gali būti veiksminga, siekiant pagerinti moterų po menopauzės pusiausvyrą, mobilumą bei fizinio pasirengimo lygį, taip pat padeda pagerinti širdies ir kvėpavimo sistemų veiklą ($p < 0,001$).

Išanalizavę mūsų atlikto tyrimo rezultatus padarėme išvadas, kad tyrimo dalyvių širdies susitraukimo dažnis intervencijos pabaigoje statistiškai reikšmingai sumažėjo, lyginant su intervencijos pradžia ($p < 0,001$); taip pat statistiškai reikšmingai sumažėjo arterinis sistolinis kraujo spaudimas ($p = 0,009$); tačiau arterinis diastolinis kraujo spaudimas po intervencijos statistiškai reikšmingai nepasikeitė ($p = 0,152$).

Moksliniais tyrimais taip pat yra įrodyta, kad reguliari fizinė veikla gali sumažinti streso lygį ir menopauzės simptomus, o tai padeda išvengti kaulų nykimo ir pagerinti laikysenos efektyvumą (Donnelly et al., 2009). Teigiamą poveikį raumenų ir kaulų sistemai patvirtino šokių programos taikymas kinų pomenopauzės etape esančioms moterims - šokis sustiprino apatinių galūnių raumenis ir pagerino kūno pusiausvyros gebėjimus (Jie Sun et al., 2022).

Ben Waer ir kt. 2024 m. publikavo tyrimą apie pilateso ir zumbos treniruočių poveikį moterų po menopauzės laikysenai. Mokslininkai padarė išvadą, kad jog pilateso treniruotės buvo naudingos, gerinant šių moterų laikyseną tik tada, kai jos stovėjo ant tvirto paviršiaus (angl. *firm surface*). Tačiau po zumbos treniruočių buvo nustatyta geresnė adaptacija, susijusi su laikysenos kontrole esant skirtingoms sąlygoms (pvz., ant kieto ir putplasčio paviršiaus), palyginus su pilateso treniruotėmis. Taigi, siekiant optimizuoti 50-60 metų moterų po menopauzės laikyseną, tyrėjai rekomenduoja 12 savaičių zumbos treniruočių kursą (triskart per savaitę po 1 val.).

Mūsų tyrimo metu, naudojant Oganessian testą, nustatyta, kad pasikeitė tyrimo dalyvių judesių dinamika bei stiprumas, t. y., judesiai tapo stipresni, lėtesni bei grakštesni ($p < 0,001$); statistiškai reikšmingai pagerėjo ir atskirų kūno dalių (rankų, kojų, galvos, korpuso) judesiai ($p < 0,001$). Vadinasi, šokio-judesio terapijos intervencija turėjo teigiamos įtakos tyrimo dalyvių fizinei būklei.

Kalbant apie vazomotorinius menopauzės simptomus, keletas atsitiktinių imčių kontrolinių tyrimų parodė, kad fiziniai pratimai nepagerina karščio bangų dažnio, tačiau tai iš dalies gali būti susiję su fizinių pratimų stimulo dydžiu ir nepakankamu termoreguliaciniu prisitaikymu (Lucas, 2016). Tačiau Luoto ir kt. autoriai 2012 m. publikavo tyrimą, kuriame tirtos 176 menopauzės simptomus patiriančios ir sėdimą darbą dirbančios moterys. Dalyvės 6 mėnesius 4 kartus per savaitę po 50 min. atliko aerobikos pratimus. Po intervencijos nustatyta, kad statistiškai reikšmingai sumažėjo karščio bangų dažnis.

Taip pat ir Melburno moterų vidutinio amžiaus sveikatos tyrimo, kuriame 8 metus buvo stebimos 438 moterys, išvadose teigiama, kad kasdien sportuojančios moterys 49 % rečiau patyrė karščio bangas, palyginus su moterimis, kurių fizinio aktyvumo lygis buvo mažesnis (Guthrie et al., 1994). O išanalizavus mūsų tyrimo rezultatus, matome, kad 75 % moterų nurodė, kad jas kankina karščio bangos, o po intervencijos šiuo simptomu skundėsi 50 % dalyvių. Taigi, šokio-judesio terapija turėjo teigiamos įtakos šių simptomų palengvinimui.

Moksliniais tyrimais taip pat nustatyta, kad fiziškai aktyvių menopauzės laikotarpiu gyvenančių moterų miego kokybė yra geresnė, jos rečiau prabunda naktį (Mansikkamäki et al., 2012). Publikuotų tyrimų, kuriose būtų tirta šokio-judesio terapijos įtaka moterų, patiriančių menopauzės simptomus, miego kokybei nerasta. Tačiau išanalizavus mūsų tyrimo rezultatus matome, kad net 80 % mūsų tyrimo dalyvių nurodė, jog prieš intervenciją jas kankino miego sutrikimai, o po intervencijos jais skundėsi mažiau dalyvių – 50 %. Vadinasi, šokio-judesio terapijos intervencija turėjo teigiamos įtakos tyrimo dalyvių miego kokybei.

Kalbant apie seksualinės funkcijos pokyčius menopauzės metu, mokslinių įrodymų, ar fizinė veikla, ypač šokio-judesio terapija, gali padidinti libido, trūksta. Haimov-Kochman ir kt. 2013 m. publikavo tyrimą, kuriame dalyvavo 151 fiziškai aktyvios moterys menopauzėje ir buvo nurodyta, kad pagerėjo jų seksualiniai simptomai. Tačiau kitame tyrime, kuriame dalyvavo Australijos vidutinio amžiaus moterys, pastebėta, kad fiziniai pratimai buvo naudingi somatiniams ir psichologiniams simptomams, įskaitant depresiją ir nerimą, tačiau vazomotoriniams simptomams ar seksualinei funkcijai įtakos neturėjo (Mirzaiinjtabadi et al., 2006). 50 % mūsų tyrimo dalyvių prieš intervenciją nurodė, kad skundžiasi libido sumažėjimu, tačiau po intervencijos seksualiniais sutrikimais skundėsi 60 % dalyvių, taigi šokio-judesio terapija neturėjo teigiamos įtakos šiam aspektui.

Itin svarbi ne tik fizinė, bet ir psichologinė moterų, patiriančių menopauzės simptomus, būklė, tačiau fizinė ir emocinė sveikata yra glaudžiai susijusi. Pvz., Nguyen ir kt. 2020 m. publikuotoje atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų sisteminėje apžvalgoje ir metaanalizėje apie mankštos įtaką moterų, patiriančių menopauzės simptomus, gyvenimo kokybei rašoma, kad yra nustatytas teigiamas fizinių pratimų poveikis moterims. Dar vieno tyrimo rezultatai parodė, kad moterys, kurių fizinio aktyvumo lygis aukštas ar vidutinis, patiria mažiau sunkių menopauzės simptomų, palyginus su neaktyviomis moterimis. Vidutinio amžiaus moterys, kurių fizinis aktyvumo lygis darbe yra žemas, patiria sunkesnius somatovegetacinius simptomus. Taigi tyrėjai padarė išvadą, kad fizinio aktyvumo stoka lemia didesnę menopauzės simptomų sunkumą (Dąbrowska-Galas et al., 2019).

Vienas iš sunkiausių menopauzės simptomų gali būti depresija, todėl svarbu rasti alternatyvių būdų sumažinti šį simptomą. Moksliniais tyrimais yra įrodytas teigiamas fizinio aktyvumo ir klinikinės depresijos ryšys, nepriklausomai nuo lyties, amžiaus ar sveikatos būklės (North et al., 1990). Reguliariai mankštinantis pacientams, nutraukusiems antidepresantų vartojimą, depresijos rodikliai yra mažesni nei sėdimą darbą dirbantiems pacientams (LaFontaine et al., 1992). Kitaip tariant, reguliarius dalyvavimas fizinėje veikloje lemia geresnę psichologinę savijautą, t. y., pagerėja nuotaika (Stefanopoulou et al., 2014), padidėja pasitikėjimas savimi (Ringa, 2000), sumažėja nerimas (Mori et al., 2014) ir stresas (Fontinele et al., 2013).

Pvz., 55-72 m. amžiaus menopauzės grupės moterų, kurios 12 mėnesių 3 val. per savaitę dalyvavo mankštos programoje, fizinė ir psichinė sveikata bei bendra gyvenimo kokybė žymiai pagerėjo, palyginti su sėdimą darbą dirbančiomis moterimis (Villaverde-Gutiérrez et al., 2006). Taip pat įrodyta, kad moterys, kurių fizinis aktyvumas didesnis, patiria psichinių ir fizinių gyvenimo kokybės aspektų pagerėjimą (Martin et al., 2009). Tokį pagerėjimą galima pasiekti net ir užsiimant mažo intensyvumo aerobine veikla, pavyzdžiui, vaikščiojant ir šokant (de Souza Santos et al., 2011). Taigi, šokio-judesio terapija gali būti vienas iš tokių veiklų pavyzdžių.

2016 m. Gao ir kt. autoriai publikavo tyrimą „Vidutinio amžiaus moterų depresija perimenopauzės laikotarpiu ir „kvadrato“ šokių (angl. „square dance“) intervencija“. Tyrėjai nustatė, kad perimenopauzės laikotarpiu depresijos lygis tarp moterų yra aukštas. Tam tikros priemonės, pvz., moterų užimtumo skatinimas, kolektyvinės veiklos organizavimas ir kt. gali užkirsti kelią moterų, esančių perimenopauzės laikotarpyje, depresijai arba ją sušvelninti.

Nustatyta, kad jaunesnės, dirbančios ištekėjusios moterys, kurios reguliariai šoko kvadrato šokius, depresija sirgo rečiau ($p < 0,05$); po trijų mėnesių intervencijos statistiškai reikšmingai sumažėjo dalyvių depresijos lygis ($p < 0,001$); o intervencinės ir kontrolinės grupės

depresijos indekso pokyčių skirtumas taip pat buvo reikšmingas ($p < 0,001$). Vadinasi, „kvadrato“, šokiai gali veiksmingai sumažinti perimenopauzės moterų depresijos lygį (Gao et al., 2016).

Kiti tyrimai taip pat rodo, kad moterys, kurios reguliariai mankštinosi, sirgo silpnesne depresijos forma ir turėjo mažiau simptomų nei tos, kurios nebuvo fiziškai aktyvios (Lee & Kim, 2008). Psichologinės naudos, susijusios su dalyvavimu mankštose, paaiškinimas - psichologinio išsiblaškymo ir socialinės sąveikos užtikrinimas (Mirzaiinjtabadi et al., 2006).

Išanalizavę mūsų tyrimo rezultatus taip pat matome, kad yra teigiamas ryšys tarp šokio-judėsio terapijos bei emocinės tyrimo dalyvių būklės. T. y., prieš intervenciją net 80 % tyrimo dalyvių nurodė, kad menopauzės pradžioje pasireiškė nerimas, o liūdesys ir baimė kankino 60 % menopauzę patiriančių moterų. Deja, bet 10 % tyrimo dalyvių jautė nusivylimo ir netgi pykčio bei gėdos jausmą. Po intervencijos nustatyta, kad 55 % tyrimo dalyvių palengvėjo savęs priėmimas; 40 % teigė, kad atsirado emocinis stabilumas, 35 % nurodė, kad padidėjo savivertė / pasitikėjimas savimi. Taip pat 30 % dalyvių nurodė, kad atsirado ramybės jausmas.

Atlikus kokybinį tyrimą - indukcinę teminę tyrimo analizę, išvelgtos trys jautriausios temos, atskleidžiančios moterų, esančių menopauzės virsme, ŠJT patirtis: „Egzistencinė tapatumo akistata: neišvengiami menopauzės patyrimai, paleidimai, atradimai“, „Menopauzės šešėlis: prarastų norų ir santykių krizė“ ir „Menopauzės ir ŠJT sąveika: nuo nežinios ir pasipriešinimo iki suvokimo ir atsigavimo per judesį“.

1. Pirmoje temoje „Egzistencinė tapatumo akistata: neišvengiami menopauzės patyrimai, paleidimai, atradimai“ tyrimo dalyvės atskleidė joms netikėtų fizinių menopauzės simptomų pasireiškimą ir jų intensyvumą, kas neabejotinai blogina gyvenimo kokybę. Pasak Monteleone ir kt., hormoniniai pokyčiai, prasidedantys menopauzės metu, veikia daugelį biologinių sistemų. Todėl menopauzės požymiai ir simptomai apima platų spektrą sveikatos sutrikimų: medžiagų apykaitos, svorio, su centrine nervų sistema susijusius sutrikimus, širdies ir kraujagyslių bei raumenų ir skeleto pokyčius, urogenitalinės sistemos ir odos senėjimą bei seksualinės funkcijos sutrikimus (Monteleone et al, 2018). Mūsų atliktame tyrime šioje temoje išryškėjo, kaip ŠJT suteikia galimybę ne tik užmegzti gilesnį kontaktą su savo kūnu, bet ir kuriam laikui (bent jau praktikų metu) užmiršti fizinius menopauzės nepatogumus ar suvaržymus. Tyrimo dalyvės dalijosi, jog šokdamos pamiršdavo kūno skausmus, prakaitavimą, nuovargį, jog šokis leido pasijusti jaunoms ir gyvybingoms. Žinoma, būtų naivu tikėtis, jog 11 užsiėmimų ŠJT ciklas panaikintų mūsų kūne gyvenančius negalavimus, kuriuos mes susikūrėme, gyvendamos daugiau nei 40 metų ir kuriuos menopauzė tik iškelia ir užaštrina.

Moksliniu tyrimu buvo įrodyta, kad ispaniškų šokių terapijos programa gali būti

veiksminga priemonė, gerinanti moterų po menopauzės mobilumą ir pusiausvyrą, fizinio aktyvumo lygį ir fizinę būklę (Guzman, et al., 2016). Mūsų tyrimo eigoje paaiškėjo, jog teigiamos patirtys ir emocijos, kurias moterys patiria šokdamos (per kūną), jei ir nepanaikina menopauzės simptomų, tai neabejotinai padeda pasimiršti, „pasikrauti“ (tiek fiziškai, tiek emociškai) ir suteikia lengvesnį savo kūno ir menopauzės simptomų priėmimą.

Libido sumažėjimas / išnykimas - viena iš jautriausių ir mažiausiai aptariamų menopauzės pasekmių ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse, kultūrose. Pasak Rani (2009), menopauzės laikotarpiu labiausiai slepiamos - psichoseksualinės problemos, t. y., susidomėjimo seksu trūkumas, sumažėjęs seksualinių santykių dažnis, skausmingi lytiniai santykiai ir jausmas, kad reikia save versti lytiškai suartėti. Libido ir seksualinio tapatumo tema atsiskleidė kaip viena „tyliausių“, bet labiausiai transformuojančių menopauzės metu. Nes ši tema apima ne tik moters kūno pokyčius – iš brandžios į „senstančią“, bet ir psichologinius tapatumo virsmus – iš vaisingos - į nevaisingą, iš mylimosios - į draugę, iš mamos - į močiutę, kas sukelia moterims išgąstį, nusivylimą, baimę – ypač dėl pokyčių staigumo ir nenuspėjamos eigos. Kūno aspektai, reikšmingi „Aš“ tapatumui, yra išvaizda, manieros, juslingumas / seksualumas, nusakantis malonumo ir skausmo valdymo tendencijas (Giddens, 2000). Pasak Twigg (2000), moteriškumo samprata konstruojama, remiantis reproduktyvia moters kūno funkcija (Twigg, cit. Rapolienė 2008). Moteris, remiantis Itzin (1990), vertinama pagal seksualinį patrauklumą, gabumus ir naudingumą vyrams (Itzin, cit. Rapolienė 2008). Jos vertė „seksualizuota“, ir tai lemia santykinai didesnę moters socialinę vertę pirmoje gyvenimo pusėje ir menkesnę – antroje (Rapolienė, 2008). Kaip paaiškėjo šio darbo teminėje analizėje, moterims reikia laiko ir erdvės psichologiniam pokyčiui ir susivokimui, atsisveikinimui su senosiomis tapatybėmis, ir savo naujosios vertės atradimui / kūrimui. ŠJT čia idealiai atliepia tiriamųjų poreikius – leidžia naujai pajusti kūną, pakviesti daugiau gyvybės, seksualumo į savo kasdieną; padeda iššokti tai, kad psichologiškai jau nebetarnauja; leidžia susivokti, kas kiekvienai svarbiausia savame menopauzės virsme – santykiyje su savimi, su artimaisiais ir su sociumu. Remiantis tiriamųjų liudijimais libido sumažėjimas visiškai realiai koreguojamas ir gydomas šoku. Fasullo ir kt. (2016), pabrėžia, jog jausmingas judėjimas ir šokis padeda moterims jausti savo kūną ir jo poreikius, būti pasitikinčiomis savimi, ir gyvomis kasdienėje rutinoje ir sociume. Menopauzės virsmo procese, keičiasi ir daugelio tiriamųjų „moteriškumo“ samprata, tyrimo dalyvės dalinasi, jog norint pajusti moteriškumą, reikia sumažinti tempą, pereiti iš „darymo“ į išjautimą, paleisti tapatinimąsi su veiklios / verslios moters įvaizdžiu, įsiklausyti į savo vidinę tiesą, nustoti sau meluoti ir išsigryninti, kas būtent „šiandien“, t. y., menopauzės virsme, aktualu ir prasminga. Iš šių teiginių matome, jog ŠJT padeda paleisti senus įsitikinimus, vaidmenis ir atveria galimybes – naujose tapatybėse.

2. Antroje tyrimo temoje „*Menopauzės šešėlis: prarastų norų ir santykių krizė*” atsiskleidžia psichoseksualiniai santykių aspektai. Prie libido sumažėjimo prisideda ir kt. psichologiniai veiksniai, pvz., kūno vaizdo pokyčiai, poros santykių pokyčiai. Nerimas, stresas, nuotaikos sutrikimai taip pat gali turėti įtakos seksualiniam potraukiui ir susijaudinimui, o visą tai papildomai apsunkinti gali ir vazomotoriniai simptomai (Clarkson & Mehaffey, 2009).

Moterys, gyvenančios šeimoje, pasakojo, kaip libido sumažėjimas darė įtaką santykių su sutuoktiniais kokybei. Menopauzės šešėlis – tai yra tai, apie ką moterys nori labiau tylėti, nei kalbėti, tai yra tai, kas „tvyro ore“, įsiterpia tarp mylimųjų, nutolina vienas nuo kito, verčia meluoti, norint apsaugoti ar išsaugoti santuoką. Tiriamosios savo seksualumo pokytį nusako metaforomis: „jaučiuosi kaip įšalo žemė”, „kaip akmuo, va tokia kieta”, „jaučiuosi blogai kaip moteris”. Moterys sprendžia dilemą, kaip išlikti ištikimai sau ir neįskaudinti sutuoktinio, kaip susigrąžinti seksualumą, išlikti mylinčia ir aistringa moterimi, gera partnere savo vyrui. Tai nėra paprastos temos, nes jos ištinka menopauzėje net ir tuomet, kai santykiai šeimoje yra geri. Nežiūrint į visas aplinkybes, moterys nori jausti, pirmiausia, save ir puoselėti gyvybinę energiją savo sparčiai besikeičiančiame kūne. Ir partneris / sutuoktinis čia galėtų padėti, jei geriau žinotų, kaip moterys jaučiasi menopauzės virsme. Šis darbas galėtų pasitarnauti (ypatingai teminė analizė) vyrų supratingumo ugdymui (menopauzės moterų atžvilgiu) ir savišvietai.

Įrodyta, kad emocinė sutuoktinių ar partnerių parama gali sumažinti nerimą, depresiją, pagerinti socialinius santykius menopauzės laikotarpiu. Tad visuomenėje sutuoktiniai / partneriai turėtų būti skatinami įsiklausyti labiau į partnerės būsenas menopauzės laike, suteikti jai emocinę paramą, mokytis kartu atsipalaiduoti (Bahri et al., 2016). Be supratimo ir palaikymo, moterys jaučiasi vienišos, patiria daugiau fizinių ir psichologinių negalavimų, problemų santykiuose. Tyrimai rodo, kad socialinė parama turi reikšmingą atvirkštinę koreliaciją su moterų menopauzės simptomų išgyvenimais: didėjant aplinkinių paramai (iš šeimos, draugų, aplinkinių žmonių ir kt. įvairių „šaltinių“), mažėja fiziniai menopauzės simptomai, gerėja psichologinė savijauta (Arnot et al., 2021).

Taip pat yra nustatyta, kad ištekėjusioms / su partneriu gyvenančioms moterims menopauzė prasideda vėliau negu vienišoms moterims (išsiskyrusioms arba netekėjusioms), kadangi su partneriu gyvenančių moterų gyvenimo kokybė yra geresnė – jos geriau maitinasi, daugiau mankštinasi, labiau rūpinasi savo sveikata (Parsons et Obermeyer, 2007). Tai patvirtina ir teminės analizės dalis apie vienišas moteris, kurioms menopauzės simptomai pasireiškė ganėtinai anksti – 44 - 45 metų. O simptomų intensyvumas ar specifiškumas trukdė kurti naujus santykius, dėl pastovaus varginančio poveikio arba jautimosi „sena” (anksčiau laiko).

3. Trečioje temoje „*Menopauzės ir ŠJT sąveika: nuo nežinios ir pasipriešinimo iki suvokimo ir atsigavimo per judesį*” išryškėjo gražūs tiriamųjų virsmo niuansai, kurie atspindi

ir menopauzės tapatumo virsmus. Baimė, nenoras, pasipriešinimas menopauzės moterų grupei – tai kaip ir pasipriešinimas pačiai menopauzei. Ir buvo pora dalyvių, kurios neišlaikė šio pasipriešinimo, nes jau atėjo, žinodamos, kad bus labai sunku eiti į akistatą kūno / proto / jausmų pokyčiais.

Tapatumas menopauzės laike gali turėti daugybę formų ir spalvų. Ciklo pabaigoje moterys kalbėjo jautusios naujojo tapatumo pasireiškimus šokyje, ką įvardino kaip galimą perėjimą į išmintingos, brandžios, pažinusios save ir gyvenimą moters etapą. Tame etape jautėsi ir egzistencinio liūdesio, ir gražaus susitaikymo. Tačiau bent šokyje ir bendraminčių rate moterys norėjo jaustis jaunomis, išdykaujančiomis, o kartais ir „nevaldomomis“. Nes suprato, jog didžiausia menopauzės dovana – TAPIMAS SAVIMI - BUVIMAS SAVIMI — kas nesusiję su jokiomis tapatybėmis. Menopauzės moterų atradimas – „išeiti“ iš tapatinimosi su vaidmenimis ir sugrįžti į savo esmę, į save. Pasak Giršon, šokyje vis dar yra galia, galinti nuvesti mus į „šventumo matmens“ būseną, kuri yra šaltinis“ (Giršon, 2008, p. 8).

IŠVADOS

1. Mokslinės literatūros apžvalgos duomenimis atskleista, jog dažniausi menopauzė patiriančių moterų simptomai yra karščio bangos, nemiga, nuovargis, prasta koncentracija, svorio padidėjimas bei nuotaikos sutrikimai. Taip pat išvelgta, kad šokio-judesio terapija gali turėti teigiamą poveikį šių simptomų mažinimui.
2. Atliktas tyrimas patvirtino, kad šokio-judesio terapija turi poveikį moterų, patiriančių menopauzės simptomus fizinės sveikatos rodikliams:
 - kardiovaskulinei sistemai;
 - pusiausvyrai;
 - kūno dalių įsitraukimui į judėjimą;
 - judesių repertuarui;
 - judesių raiškai (judesiai tapo labiau ritmingi, išraiškingesni).
3. Tyrimo duomenimis, ŠJT gerina moterų, esančių menopauzėje socialinę sąveiką: vysto gebėjimą šokti poroje bei grupėje, skatina artimesnį bendravimą su terapeutu ir kitais grupės nariais.
4. Šokio-judesio terapija padeda plėtoti emocinę sveikatą bei sudaro galimybes patirti neišvengiamus menopauzės virsmus emociškai saugioje ir priimančioje erdvėje:
 - padeda moterims rasti į gilesnį ryšį su savo kūnu, kas suteikia sąmoningesnį savo kintančio kūno priėmimą ir pagarbą mažėjimo procesui;
 - padeda sumažinti moterų nerimą, neigiamas emocijas, padeda atrasti emocinį stabilumą ir lengviau priimti save;
 - padeda pamiršti menopauzės sukeltus nepatogumus, tokius kaip kūno skausmai, prakaitavimas ir nuovargis.
5. Asmeninės moterų patirtys dalyvaujant šokio-judesio terapijos sesijose atskleidė, jog ŠJT padėjo lengviau prisitaikyti prie menopauzės sukeltų tapatumo pokyčių bei atsisveikinti su senosiomis tapatybėmis ir atrasti naująją „aš“ šiame virsmo etape. Moterų bendrystė menopauzės ir šokio sąveikoje sukūrė erdvę, kurioje pasireiškė jautriausios menopauzės virsmo temos – libido sumažėjimo / praradimo ir su tuo susiję santykių iššūkiai. Tyrime dalyvavusios moterys refleksijose akcentavo, kad šokio-judesio terapija yra puiki priemonė seksualumo ir libido stiprinimui, leidžianti moterims jaustis gyvybingesnėmis ir seksualesnėmis, taip pat padedanti susidoroti su menopauzės metu patiriamais psichoseksualiniais iššūkiais.

Prielaida, kad šokio-judesio terapija padeda moterims integruoti menopauzės virsmo patirtis ir mažina patiriamus menopauzės simptomus – pasitvirtino.

REKOMENDACIJOS

Psichologams, šokio-judėsio terapeutams rekomenduojama:

1. Psichologams, konsultuojantiems moteris (nuo 40 m.), kurios kreipiasi pagalbos dėl neaiškių nerimo, depresijos epizodų, paminėdamos augančio svorio, sumažėjusio libido požymius, įvairius kūno skausmus ir nakties prakaitavimus, atkreipti dėmesį į premenopauzės laikotarpį, apie kurį moterys pačios dar gali nepagalvoti. Suteikti joms reikiamos pirminės informacijos ir patarimą apsilankyti pas rūpestingą ginekologą, šeimos gydytoją ar surasti moterų, esančių menopauzės etape grupę.
2. Šokio-judėsio terapeutams, rengti specializuotus ŠJT grupinius užsiėmimus moterimis (virš 40 metų), siekiant pasirengti moters virsmui: premenopauzės ir menopauzės laikotarpiui.
3. Šokio-judėsio terapeutams, ketinantiems vesti ŠJT grupes moterims, esančioms menopauzės laikotarpyje, rekomenduoju ne mažiau 15 užsiėmimų (geriausia 20 ir daugiau) ciklą, nes tik praėjus ilgesniam procesų laikui, moterys patiki jautriausias temas, kurias reikia palaipsniui integruoti.
4. Sudarant ŠJT programą, skirtą menopauzės temoms, numatyti bent porą (pradžioje ir viduryje) individualių susitikimų (interviu/pokalbio/konsultacijos tipo), nes menopauzę moterys išgyvena labai skirtingai ir "paslaptinai", todėl gali būti temų, apie kurias moterys grupėje neišdrįs kalbėti. Individualus susitikimas padėtų ne tik geriau pažinti, bet ir užmegzti ryšį, kuris labai reikalingas dalyvės motyvacijai sužinoti ir padėti ją išlaikyti (nes, esant simptomams, moterims sunku būti disciplinuotoms ir nepraleisti užsiėmimų).
5. Individualus darbas rekomenduojamas ir tada, kai, siekiama sumažinti pasipriešinimą bei nuvertinimą, dirbant su ankstyvosios menopauzės temomis ŠJT grupėse (ypatingai, jei moteris nesusėjo sukurti šeimos, pagimdyti vaikelio ir kt.).
6. Rekomenduojamas komandinis darbas. Galima pasikviesti į užsiėmimus gydytoją ginekologą (1 - 2 kartus) arba bendradarbiauti su kolega, turėjusia individualios menopauzės patirtį, nes moterims trūksta koncentruotos informacijos ir paprasto, aiškaus jos pateikimo.
7. ŠJT programoje siūloma paliesti ne tik kūno, emocijų, santykių (su savimi, kitais, pasauliu), bet ir mamų / dukrų, dvasinio pagrindo, gyvybės/mirties, transformacijos temas, nes jos aktualios šiame etape.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Higienos institutas. (2023) *2022 metais Lietuvoje bent vienas psichikos ir elgesio sutrikimas nustatytas vienam iš aštuonių Lietuvos gyventojų*
https://www.hi.lt/uploads/Institutas/pranesimai%20spaudai/2023/Pranesimas_ziniasklaidai_psichikos%20sveikatos_sutrikimai_Lietuvoje_2023-06-30.pdf
2. Javtokas Z., Karlienė V., Kriaučiūnaitė A., Andriūnaitė M., Zabelienė I., Poliakovienė R. (2014) *Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms*. http://www.smlpc.lt/media/file/Metodine%20medziaga/2014-09-09-7%20Visuomenes%20sveikatos%20stiprinimo%20vadovas%20savivaldybems_2014%20galutinis%20%281%29.pdf
3. LŠJTA. (2022). *Kas yra šokio-judesio terapija?* <https://www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija>
4. Merkininkė, I. (2022). *Šokio-judesio terapijos taikymo galimybės asmenims, turintiems valgyimo sutrikimų* / [Vilniaus universitetas.]. <https://epublications.vu.lt/object/elaba:161747899/index.html>
5. Rapolienė G. (2008) *Kūnas, tapatumas ir senėjimas. Socialinis darbas*
<https://www.lituanistika.lt/content/14556>
6. Sagevičienė M. (2022) *Šokio-judesio terapijos poveikis krūties vėžiu sergančių moterų emocinei ir fizinei sveikatai remisijos laikotarpiu*
<https://epublications.vu.lt/object/elaba:161747874/>
7. Štrimaitytė D. (2009) *Šokio ir judesio terapijos poveikis demencija sergančių pagyvenusių žmonių pusiausvyrai ir depresijai* <https://vb.lsu.lt/object/elaba:2015763/>
8. Valintėlienė, R., Varvuolienė, R., & Kranauskas, A. (2012.). *Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. Visuomenės sveikata*.
[https://sena.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2012.4\(59\)/VS%202012_4\(59\)_Valinteliene.pdf](https://sena.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2012.4(59)/VS%202012_4(59)_Valinteliene.pdf)
9. Žarskus A. (2013). *Virsmų knyga*
10. Žukauskienė R. (2012). *Raidos psichologija: integruotas požiūris*
11. ADTA (2020) American Dance Therapy Association
<https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>
12. Alizadeh, M., Sayyah-Melli, M., Ebrahimi, H., Shishavan, M. K., & Rahmani, F. (2015). Social Determinants and Reproductive Factors of the Menopausal Symptoms among

- Women in Tabriz-Iran. *Social Determinants of Health*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.22037/sdh.v1i1.7198>
13. Allen, R. H., Cwiak, C. A., & Kaunitz, A. M. (2013). Contraception in women over 40 years of age. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 185(7), 565–573. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121280>
 14. Ambikairajah, A., Walsh, E., & Cherbuin, N. (2022). A review of menopause nomenclature. *Reproductive Health*, 19(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01336-7>
 15. Arnot, M., Emmott, E. H., & Mace, R. (2021). The relationship between social support, stressful events, and menopause symptoms. *PLoS ONE*, 16(1), e0245444. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245444>
 16. Avis, N. E., Crawford, S. L., & Green, R. (2018). Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 45(4), 629–640. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.005>
 17. Bahri, N., Yoshany, N., Morowatisharifabad, M. A., Noghabi, A. D., & Sajjadi, M. (2016). The effects of menopausal health training for spouses on women’s quality of life during menopause transitional period. *Menopause*, 23(2), 183. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000588>
 18. Barbour K N (2012) Standing Center: Autoethnographic Writing and Solo Dance Performance, DOI:10.1177/1532708611430491
 19. Batko Ch. (2012). *Learning About Dance/Movement Therapy Pioneer Trudi Schoop*
 20. Ben Waer, F., Alexe, D. I., Lahiani, M., Sanchez-Gomez, R., Chaari, F., Alexe, C. I., Tohanean, D. I., Rebai, H., Iconomescu, T. M., Talaghir, L. G., & Sahli, S. (2024). Pilates versus Zumba training effects on postural control under conflicting sensory conditions in postmenopausal women. *Experimental Gerontology*, 188, 112383. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2024.112383>
 21. Blume-Peytavi, U., Atkin, S., Gieler, U., & Grimalt, R. (2012). Skin Academy: Hair, skin, hormones and menopause - current status/knowledge on the management of hair disorders in menopausal women. *EUROPEAN JOURNAL OF DERMATOLOGY*, 22(3), 310–318. <https://doi.org/10.1684/ejd.2012.1692>
 22. Bojner-Horwitz, E., Theorell, T., & Maria Anderberg, U. (2003). Dance/movement therapy and changes in stress-related hormones: A study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *The Arts in Psychotherapy*, 30(5), 255–264. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2003.07.001>

23. Boris, R. (2001). The Root of Dance Therapy: A Consideration of Movement, Dancing, and Verbalization vis-à-vis Dance/Movement Therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(3), 356–367. <https://doi.org/10.1080/07351692109348940>
24. Börjesson, A. E., Lagerquist, M. K., Windahl, S. H., & Ohlsson, C. (2013). The role of estrogen receptor α in the regulation of bone and growth plate cartilage. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 70(21), 4023–4037. <https://doi.org/10.1007/s00018-013-1317-1>
25. Bove, R., Vaughan, T., Chitnis, T., Wicks, P., & De Jager, P. L. (2016). Women's experiences of menopause in an online MS cohort: A case series. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 9, 56–59. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.06.015>
26. Bräuning, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 443–450. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.07.002>
27. Brincat, M. P., Baron, Y. M., & Galea, R. (2005). Estrogens and the skin. *CLIMACTERIC*, 8(2), 110–123. <https://doi.org/10.1080/13697130500118100>
28. Bromberger, J. T., Kravitz, H. M., Chang, Y., Randolph, J. F. J., Avis, N. E., Gold, E. B., & Matthews, K. A. (2013). Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*, 20(5), 488. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3182730599>
29. Burger, H. G., Hale, G. E., Robertson, D. M., & Dennerstein, L. (2007). A review of hormonal changes during the menopausal transition: Focus on findings from the Melbourne Women's Midlife Health Project. *Human Reproduction Update*, 13(6), 559–565. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm020>
30. Calleja-Agius, J., & Brincat, M. P. (2015). The urogenital system and the menopause. *Climacteric*, 18(sup1), 18–22. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1078206>
31. Chaiklin C. and Wengrower H. (2009) *The Art and Science of Dance/Movement Therapy/ Life Is Dance*
32. Chodorow J. (1991). *Dance Therapy and Depth Psychology: The Moving Imagination*
33. Clarkson, T. B., & Mehaffey, M. H. (2009). Coronary heart disease of females: Lessons learned from nonhuman primates. *American Journal of Primatology*, 71(9), 785–793. <https://doi.org/10.1002/ajp.20693>
34. Cosman, F., de Beur, S. J., LeBoff, M. S., Lewiecki, E. M., Tanner, B., Randall, S., & Lindsay, R. (2014). Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporosis International*, 25(10), 2359–2381. <https://doi.org/10.1007/s00198-014-2794-2>

35. Dąbrowska-Galas, M., Dąbrowska, J., Ptaszkowski, K., & Plinta, R. (2019). High Physical Activity Level May Reduce Menopausal Symptoms. *Medicina*, 55(8), 466. <https://doi.org/10.3390/medicina55080466>
36. Davis, S. R., Pinkerton, J., Santoro, N., & Simoncini, T. (2023). Menopause-Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*, 186(19), 4038–4058. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2023.08.016>
37. de Souza Santos, C. A., Dantas, E. E. M., & Moreira, M. H. R. (2011). Correlation of physical aptitude; functional capacity, corporal balance and quality of life (QoL) among elderly women submitted to a post-menopausal physical activities program. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.12.019>
38. Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13(2), 389–398. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018506.33706.05>
39. Dennerstein, L., Randolph, J., Taffe, J., Dudley, E., & Burger, H. (2002). Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertility and Sterility*, 77, 42–48. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03001-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03001-7)
40. Donnelly, J. E., Greene, J. L., Gibson, C. A., Smith, B. K., Washburn, R. A., Sullivan, D. K., DuBose, K., Mayo, M. S., Schmelzle, K. H., Ryan, J. J., Jacobsen, D. J., & Williams, S. L. (2009). Physical Activity Across the Curriculum (PAAC): A randomized controlled trial to promote physical activity and diminish overweight and obesity in elementary school children. *Preventive Medicine*, 49(4), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.07.022>
41. Dudley, E. C., Hopper, J. L., Taffe, J., Guthrie, J. R., Burger, H. G., & Dennerstein, L. (1998). Using longitudinal data to define the perimenopause by menstrual cycle characteristics. *Climacteric*, 1(1), 18–25. <https://doi.org/10.3109/13697139809080677>
42. Duel, A. N. (1979). The effect of creative dance movement on large muscle control and balance in congenitally blind children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 73, 127-133.
43. El Khoudary, S. R. (2017). Gaps, limitations and new insights on endogenous estrogen and follicle stimulating hormone as related to risk of cardiovascular disease in women traversing the menopause: A narrative review. *Maturitas*, 104, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.08.003>

44. Elavsky, S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52(3), 374–385. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.07.014>
45. Fasullo, L., Lurquin, J., & Bodeker, G. (2016). Reconnecting to the feminine: Transformative effects of Sensual Movement and Dance. *Dance, Movement & Spiritualities*, 3, 69–88. https://doi.org/10.1386/dmas.3.1-2.69_1
46. Flint, M., & Samil, R. S. (1990). Cultural and subcultural meanings of the menopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592, 134–148; discussion 185-192. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1990.tb30321.x>
47. Flores, V. A., Pal, L., & Manson, J. E. (2021). Hormone Therapy in Menopause: Concepts, Controversies, and Approach to Treatment. *Endocrine Reviews*, 42(6), 720–752. <https://doi.org/10.1210/endrev/bnab011>
48. Fontinele, R. G., Mariotti, V. B., Vazzoleré, A. M., Ferrão, J. S. P., Junior, J. R. K., & De Souza, R. R. (2013). Menopause, exercise, and knee. What happens? *Microscopy Research and Technique*, 76(4), 381–387. <https://doi.org/10.1002/jemt.22177>
49. Freedman, R. R. (2014). Menopausal hot flashes: Mechanisms, endocrinology, treatment. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 142, 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2013.08.010>
50. Gao, L., Zhang, L., Qi, H., & Petridis, L. (2016). Middle-aged Female Depression in Perimenopausal Period and Square Dance Intervention. *Psychiatria Danubina*, 28(4), 372–378.
51. Gatenby, C., & Simpson, P. (2024). Menopause: Physiology, definitions, and symptoms. Best Practice & Research. *Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), 101855. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101855>
52. Gava, G., Orsili, I., Alvisi, S., Mancini, I., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2019). Cognition, Mood and Sleep in Menopausal Transition: The Role of Menopause Hormone Therapy. *Medicina*, 55(10), Article 10. <https://doi.org/10.3390/medicina55100668>
53. Gebretatyos, H., Ghirmai, L., Amanuel, S., Gebreyohannes, G., Tsighe, Z., & Tesfamariam, E. H. (2020). Effect of health education on knowledge and attitude of menopause among middle-age teachers. *BMC Women's Health*, 20(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01095-2>
54. Geraci, A., Calvani, R., Ferri, E., Marzetti, E., Arosio, B., & Cesari, M. (2021). Sarcopenia and Menopause: The Role of Estradiol. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 682012. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.682012>

55. Giddens A. (1991) Modernity and Self-Identity
56. Goertzel, May, Salkin, Schoop (1965). Body-ego technique: An approach to the schizophrenic patient. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 141, 53-60.
57. Goodill, S. W. (1987). Dance/movement therapy with abused children. *The Arts in Psychotherapy*, 14. 59-68.
58. Guthrie, J. R., Smith, A. M. A., Dennerstein, L., & Morse, C. (1994). Physical activity and the menopause experience: A cross-sectional study. *Maturitas*, 20(2), 71–80. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0378-5122(94)90002-7)
59. Haimov-Kochman, R., Constantini, N., Brzezinski, A., & Hochner-Celnikier, D. (2013). Regular exercise is the most significant lifestyle parameter associated with the severity of climacteric symptoms: A cross sectional study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1), 229–234. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.06.018>
60. Haines, C. J., Xing, S.-M., Park, K.-H., Holinka, C. F., & Ausmanas, M. K. (2005). Prevalence of menopausal symptoms in different ethnic groups of Asian women and responsiveness to therapy with three doses of conjugated estrogens/medroxyprogesterone acetate: The Pan-Asia Menopause (PAM) study. *Maturitas*, 52(3–4), 264–276. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2005.03.012>
61. Haskell, W. L., Blair, S. N., & Hill, J. O. (2009). Physical activity: Health outcomes and importance for public health policy. *Preventive Medicine*, 49(4), 280–282. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.05.002>
62. Herson, M., & Kulkarni, J. (2022). Hormonal Agents for the Treatment of Depression Associated with the Menopause. *Drugs & Aging*, 39(8), 607–618. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00962-x>
63. Hincapié-Sánchez, M. F., Buriticá-Marín, E. D., & Ordoñez-Mora, L. T. (2021). Characterization of dance-based protocols used in rehabilitation—A systematic review. *Heliyon*, 7(12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08573>
64. Hoga, L., Rodolpho, J., Gonçalves, B., & Quirino, B. (2015). Women’s experience of menopause: A systematic review of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(8), 250–337. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1948>
65. Houck, J. A. (2003). “What Do These Women Want?”: Feminist Responses to “Feminine Forever”, 1963-1980. *Bulletin of the History of Medicine*, 77(1), 103–132.

66. Innes, K. E., Selfe, T. K., & Vishnu, A. (2010). Mind-body therapies for menopausal symptoms: A systematic review. *Maturitas*, 66(2), 135–149. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.01.016>
67. Jacques D'Amboise. (2011). I Was a Dancer.
68. Jeon, M. Y., Bark, E. S., Lee, E. G., Im, J. S., Jeong, B. S., & Choe, E. S. (2005). The Effects of a Korean Traditional Dance Movement Program in Elderly Women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(7), 1268. <https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.7.1268>
69. Kagan, R., Kellogg-Spadt, S., & Parish, S. J. (2019). Practical Treatment Considerations in the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause. *Drugs & Aging*, 36(10), 897–908. <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00700-w>
70. Kim, D.-K., Lee, K.-M., Kim, J., Whang, M.-C., & Kang, S. W. (2013). Dynamic correlations between heart and brain rhythm during Autogenic meditation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 414. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00414>
71. Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Frontiers in Psychology*, 10, 1806. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>
72. Kok, H. S., van Asselt, K. M., van der Schouw, Y. T., van der Tweel, I., Peeters, P. H. M., Wilson, P. W. F., Pearson, P. L., & Grobbee, D. E. (2006). Heart disease risk determines menopausal age rather than the reverse. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(10), 1976–1983. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2005.12.066>
73. Koysombat, K., McGown, P., Nyunt, S., Abbara, A., & Dhillon, W. S. (2024). New advances in menopause symptom management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), 101774. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101774>
74. Kravitz, H. M., Ganz, P. A., Bromberger, J., Powell, L. H., Sutton-Tyrrell, K., & Meyer, P. M. (2003). Sleep difficulty in women at midlife: A community survey of sleep and the menopausal transition *. *Menopause*, 10(1), 19.
75. Krebs, E. E., Ensrud, K. E., MacDonald, R., & Wilt, T. J. (2004). Phytoestrogens for treatment of menopausal symptoms: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 104(4), 824–836. Scopus. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000140688.71638.d3>
76. LaFontaine, T. P., DiLorenzo, T. M., Frensch, P. A., Stucky-Ropp, R. C., Bargman, E. P., & McDonald, D. G. (1992). *Aerobic Exercise and Mood*. *Sports Medicine*, 13(3), 160–170. <https://doi.org/10.2165/00007256-199213030-00002>

77. Laird, K. T., Vergeer, I., Hennelly, S. E., & Siddarth, P. (2021). Conscious dance: Perceived benefits and psychological well-being of participants. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 101440. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101440>
78. Lucas, R. A. I. (2016). Is exercise an effective therapy for menopause and hot flashes? *Menopause*, 23(7), 701. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000707>
79. Mansikkamäki, K., Raitanen, J., Nygård, C.-H., Heinonen, R., Mikkola, T., EijaTomás, & Luoto, R. (2012). Sleep quality and aerobic training among menopausal women—A randomized controlled trial. *Maturitas*, 72(4), 339–345. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.05.003>
80. Martin, C. K., Church, T. S., Thompson, A. M., Earnest, C. P., & Blair, S. N. (2009). Exercise Dose and Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(3), 269–278. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.545>
81. Melby, M. K., Lock, M., & Kaufert, P. (2005). Culture and symptom reporting at menopause. *Human Reproduction Update*, 11(5), 495–512. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi018>
82. Minkin, M. J. (2017). Sexuality, Sexual Dysfunction, and Menopause. In L. Pal & R. A. Sayegh (Eds.), *Essentials of Menopause Management* (pp. 165–171). *Springer International Publishing*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42451-4_9
83. Mirzaiinj Mabadi, K., Anderson, D., & Barnes, M. (2006). The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 28–34. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00547.x>
84. Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause—Global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199–215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
85. Mori, T., Ishii, S., Greendale, G. A., Cauley, J. A., Sternfeld, B., Crandall, C. J., Han, W., & Karlamangla, A. S. (2014). Physical activity as determinant of femoral neck strength relative to load in adult women: Findings from the hip strength across the menopause transition study. *Osteoporosis International*, 25(1), 265–272. <https://doi.org/10.1007/s00198-013-2429-z>
86. Munakata, M. (2018). Clinical significance of stress-related increase in blood pressure: Current evidence in office and out-of-office settings. *Hypertension Research*, 41(8), 553–569. <https://doi.org/10.1038/s41440-018-0053-1>
87. Musicant Sh. (1994). Authentic movement and dance therapy. p91

88. Nair, A. R., Pillai, A. J., & Nair, N. (2021). Cardiovascular Changes in Menopause. *Current Cardiology Reviews*, 17(4), e230421187681. <https://doi.org/10.2174/1573403X16666201106141811>
89. Nguyen, T. M., Do, T. T. T., Tran, T. N., & Kim, J. H. (2020). Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7049. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197049>
90. North, T. C., McCULLAGH, P., & Tran, Z. V. (1990). Effect of Exercise on Depression. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 18(1), 379.
91. Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Martínez, E., Abreu-Sánchez, A., Iglesias-López, M. T., García-Padilla, F. M., Pedregal-González, M., & Parra-Fernández, M. L. (2020). Relationship between Diet, Menstrual Pain and other Menstrual Characteristics among Spanish Students. *Nutrients*, 12(6), 1759. <https://doi.org/10.3390/nu12061759>
92. Paivi Polo-Kantola, F. C. B. (2018). Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition. 13(3), 443–456.
93. Paramsothy, P., Harlow, S. D., Nan, B., Greendale, G. A., Santoro, N., Crawford, S. L., Gold, E. B., Tepper, P. G., & Randolph, J. F. J. (2017). Duration of the menopausal transition is longer in women with young age at onset: The multiethnic Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*, 24(2), 142. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000736>
94. Parsons, M. A., & Obermeyer, C. M. (2007). Women's midlife health across cultures: DAMES comparative analysis. *Menopause* (New York, N.Y.), 14(4), 760–768. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3180415e54>
95. Patel, S. R., Malhotra, A., White, D. P., Gottlieb, D. J., & Hu, F. B. (2006). Association between Reduced Sleep and Weight Gain in Women. *American Journal of Epidemiology*, 164(10), 947–954. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj280>
96. Payne, H. (1992). *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203359266>
97. Pinkola Estes C. (1989) *Women Who Run With the Wolves*
98. Politi, M. C., Schleinitz, M. D., & Col, N. F. (2008). Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(9), 1507–1513. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0655-4>
99. Prakapenka, A. V., & Bimonte-Nelson, H. A. (2018). Memory and menopause: An unsolved puzzle. *Aging* (Albany NY), 10(10), 2541–2543. <https://doi.org/10.18632/aging.101596>

100. Rani S. (2009). The psychosexual implications of menopause. *British Journal of Nursing*. Vol. 18, No. 6, <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.6.40770>
101. Richardson, M. K., Coslov, N., & Woods, N. F. (2023). Seeking Health Care for Perimenopausal Symptoms: Observations from The Women Living Better Survey. *Journal of Women's Health* (2002), 32(4), 434–444. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0230>
102. Ringa, V. (2000). Menopause and treatments. *Quality of Life Research*, 9(1), 695–707. <https://doi.org/10.1023/A:1008913605129>
103. Ritter, M., & Low, K. G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249–260. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(96\)00027-5](https://doi.org/10.1016/0197-4556(96)00027-5)
104. Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V., & Vignozzi, L. (2019). Sexual Health in Menopause. *Medicina*, 55(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/medicina55090559>
105. Schiweck, C., Piette, D., Berckmans, D., Claes, S., & Vrieze, E. (2019). Heart rate and high frequency heart rate variability during stress as biomarker for clinical depression. A systematic review. *Psychological Medicine*, 49(2), 200–211. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001988>
106. Serrano-Guzmán, M., Aguilar-Ferrándiz, M. E., Valenza, C. M., Ocaña-Peinado, F. M., Valenza-Demet, G., & Villaverde-Gutiérrez, C. (2016). Effectiveness of a flamenco and sevillanas program to enhance mobility, balance, physical activity, blood pressure, body mass, and quality of life in postmenopausal women living in the community in Spain: A randomized clinical trial. *Menopause* (New York, N.Y.), 23(9), 965–973. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000652>
107. Shapiro, M. (2012). Menopause practice. *Canadian Family Physician*, 58(9), 989.
108. Shifren, J. L., Gass, M. L. S., & NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. (2014). The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause* (New York, N.Y.), 21(10), 1038–1062. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000319>
109. Sousa, S., & Shapiro, S. (2018). The Dance of Presence: Mindfulness and Movement (pp. 113–129). https://doi.org/10.1007/978-3-319-75423-9_7
110. Sowers, M. F., Zheng, H., Kravitz, H. M., Matthews, K., Bromberger, J. T., Gold, E. B., Owens, J., Consens, F., & Hall, M. (2008). Sex steroid hormone profiles are related to sleep measures from polysomnography and the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep*, 31(10), 1339–1349.

111. Stefanopoulou, E., Shah, D., Shah, R., Gupta, P., Sturdee, D. W., & Hunter, M. S. (2014). An International Menopause Society study of Climate, Altitude, Temperature (IMS-CAT) and vasomotor symptoms in urban Indian regions. *Climacteric*, 17(4), 417–424. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.852169>
112. Stute, P., Spyropoulou, A., Karageorgiou, V., Cano, A., Bitzer, J., Ceausu, I., Chedraui, P., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Goulis, D. G., Lindén Hirschberg, A., Kiesel, L., Lopes, P., Pines, A., Rees, M., van Trotsenburg, M., Zervas, I., & Lambrinoudaki, I. (2020). Management of depressive symptoms in peri- and postmenopausal women: EMAS position statement. *Maturitas*, 131, 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.11.002>
113. Svetkey, L. P., Simons-Morton, D., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Conlin, P. R., Ryan, D. H., Ard, J., & Kennedy, B. M. (1999). Effects of dietary patterns on blood pressure: Subgroup analysis of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 159(3), 285–293. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.3.285>
114. Switzman, L., Barton, S., & Koehn, C. (2011). The body-mind experiences of eight midlife women elicited through the holistic practice of Neuromuscular Integrative Action (NIA). *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(2), 161–173. <https://doi.org/10.1080/17432979.2011.577995>
115. Takahashi, T. A., & Johnson, K. M. (2015). Menopause. *The Medical Clinics of North America*, 99(3), 521–534. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.006>
116. Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>
117. Tortora S. (2009). The art and science of dance/movement therapy. *Life is dance*.
118. Tsao, L.-I., & Huang, K.-E. (2004). Effectiveness of a perimenopausal health education intervention for mid-life women in northern Taiwan (#MS03-21-LW). *Patient Education and Counseling*, 54(3), 321–328. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00205-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00205-2)
119. van Geest, J., Samaritter, R., & van Hooren, S. (2021). Move and Be Moved: The Effect of Moving Specific Movement Elements on the Experience of Happiness. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579518>
120. Vaverniece, Ieva & Majore-Dusele, Indra & Meekums, Bonnie & Rasnacs, Oskars (2012). Dance movement therapy for obese women with emotional eating: A controlled pilot study. *The arts in psychotherapy*. 39. 126-133. [10.1016/j.aip.2012.02.004](https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.02.004)

121. Villaverde-Gutiérrez, C., Araújo, E., Cruz, F., Roa, J. M., Barbosa, W., & Ruíz-Villaverde, G. (2006). Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 11–19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03784.x>
122. Voedisch, A. J., Dunsmoor-Su, R., & Kasirsky, J. (2021). Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64(3), 528. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000639>
123. Wallock, S. F. (1983). An interview with Trudi Schoop. *American Journal of Dance Therapy*, 6(1), 5-16. doi.org/10.1007/BF02579516
124. Watt, F. E. (2018). Musculoskeletal pain and menopause. *Post Reproductive Health*, 24(1), 34–43. <https://doi.org/10.1177/2053369118757537>
125. Whitehouse M. (1969) Movement and Identity: The Lebenswerk of Mary Starks Whitehouse. p. 63.
126. Whitehouse M. The Tao of the Body / Johnson, Don Hanlon (ed.)/Practices of Embodiment. San Francisco: California Institute of Integral Studies, 1995. P. 239-253
127. WHO. (2022). World Health Organization <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/menopause>
128. Worsley, R., Bell, R. J., Gartoulla, P., & Davis, S. R. (2016). Low use of effective and safe therapies for moderate to severe menopausal symptoms: A cross-sectional community study of Australian women. *Menopause*, 23(1), 11. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000495>
129. Yahid, J. (2019). Dance/Movement Therapy as Influence on Sense of Self: A Community Engagement Project. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/180
130. Yazdkhasti, M., Keshavarz, M., Khoei, E. M., Hosseini, A., ESmaeilzadeh, S., Pebdani, M. A., & Jafarzadeh, H. (2012). The Effect of Support Group Method on Quality of Life in Post-menopausal Women. *Iranian Journal of Public Health*, 41(11), 78–84.
131. Zaidi, M., Turner, C. H., Canalis, E., Pacifici, R., Sun, L., Iqbal, J., Guo, X. E., Silverman, S., Epstein, S., & Rosen, C. J. (2009). Bone loss or lost bone: Rationale and recommendations for the diagnosis and treatment of early postmenopausal bone loss. *Current Osteoporosis Reports*, 7(4), 118–126. <https://doi.org/10.1007/s11914-009-0021-4>
132. Zhang, J., Yu, X., & Xie, D. (2010). Effects of mental tasks on the cardiorespiratory synchronization. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 170(1), 91–95. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2009.11.003>

133. Zouboulis, C. C., Blume-Peytavi, U., Kosmadaki, M., Roó, E., Vexiau-Robert, D., Kerob, D., & Goldstein, S. R. (2022). Skin, hair and beyond: The impact of menopause. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 25(5), 434–442. <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2050206>
134. Muraya O (2021) Танцевальная терапия улучшила здоровье женщин после менопаузы <https://www.vesti.ru/nauka/article/2593692>
135. Бирюкова И.В. (2001) Танцевально-двигательная терапия: тело как зеркало души <https://psyjournal.ru/articles/tancevalno-dvigatel'naya-terapiya-telo-kak-zerkalo-dushi>
136. Веремеенко Н. И., Козлов В. В., Гиршон А. Е., (2005) Интегративная танцевально-двигательная терапия
137. Гиршон А. (2008) Психологические основы интегративной ТД-психотерапии, Ярославль
138. Козлов В. В., Гиршон А. Е., Веремеенко Н. И. (2005) Интегративная танцевально-двигательная терапия. М.
139. Оганесян Н. (2021) Танцевальный терапевт должен сам уметь показать сексуальность, <https://psy.su/feed/9327/>
140. Оганесян, Н. Ю. (2016). Номинация „Психологический инструмент года
141. Сергеевна И. О. (2017) танцевально-двигательная терапия как средство формирования положительного образа-я подростка. <https://cyberleninka.ru/article/n/tantsevalno-dvigatel'naya-terapiya-kak-sredstvo-formirovaniya-polozhitelnogo-obraza-ya-podrostka/viewer>
142. Старостина А. (2021) Применение танцевально-двигательной терапии в реабилитации различных нозологических групп. https://www.b17.ru/article/tdt_reab/
143. Эйдмиллера Э.Г., Оганесян Н.Ю. (2019). Танцевально-двигательная терапия при неврозах» из сборника материалов <https://psy.su/feed/7284/>

SANTRAUKA

MOTERS TAPATUMO VIRSMAS MENOPAUZĖS LAIKOTARPIU, PASITELKIANČI ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJĄ

Tyrimo aktualumas: Menopauzė – natūrali reprodukcinio senėjimo dalis brandžios moters gyvenime, dažniausiai prasidedanti apie 49-uosius gyvenimo metus. Hormoniniai pokyčiai gali sukelti tiek fizinių, tiek psichikos sveikatos pokyčių. Simptomams malšinti dažniausiai rekomenduojama hormonų terapija, tačiau ne visoms moterims toks gydymo būdas yra tinkamas. Taigi svarbu ieškoti alternatyvių simptomų mažinimo būdų. Vienas iš jų gali būti ir šokio-judesio terapija. Deja, Lietuvoje ir Pasulyje trūksta tyrimų apie šokio-judesio terapijos įtaką moterų, patiriančių menopauzės simptomus, įtaką fizinei ir psichikos sveikatai.

Tyrimo tikslas: atskleisti šokio-judesio terapijos poveikį menopauzę patiriančių moterų tapatumui.

Tyrimo dalyviai: 20 moterų, patiriančių menopauzės simptomus.

Tyrimo metodika: Tyrimui atlikti pasirinkta mišri tyrimo strategija. Kiekybiniai duomenys rinkti pildant anketą, o kokybiniai – pusiau struktūruoto interviu instrumentu. Kiekybiniai duomenys apdoroti naudojant Microsoft Excel ir Word 2021 ir IBM SPSS 29.0.2.0 programinę įrangą. Reikšmingumo lygmuo patikrinti statistines hipotezes pasirinktas $\alpha=0,05$. Kokybinių duomenų analizė atlikta teminės analizės metodu pagal Braun ir Clarke (2006). Tyrimo dalyviai dalyvavo šokio-judesio terapijos intervencijoje. Tyrimas vykdytas dviem ciklais: nuo 2023-02-09 iki 2023-05-18 ir nuo 2023-09-05 iki 2023-12-14. Iš viso po 11 savaičių, 1 kartą per savaitę, po 3 val.

Išvados: Dažniausi menopauzę patiriančių moterų simptomai yra karščio bangos, nemiga, nuovargis, prasta koncentracija ir kt. Šokio-judesio terapija turi poveikį moterų, patiriančių menopauzės simptomus, fizinės sveikatos rodikliams: kardiovaskulinei sistemai, pusiausvyrai, judesių repertuarui, judesių raiškai, kūno dalių įsitraukimui į judėjimą. Šokio-judesio terapija vysto gebėjimą šokti poroje bei grupėje, skatina artimesnį bendravimą su terapeutu ir kitais grupės nariais; padeda plėtoti emocinę sveikatą bei sudaro galimybes patirti neišvengiamus menopauzės virsmus emociškai saugioje ir priimančioje erdvėje; šokio-judesio terapija padeda lengviau prisitaikyti prie menopauzės sukeltų tapatumo pokyčių ir atrasti naująją „aš“ šiame virsmo etape.

Raktiniai žodžiai: *menopauzė, šokio-judesio terapija, nerimas, libido, Oganesian*

SUMMARY

TRANSFORMATION OF WOMEN'S IDENTITY DURING MENOPAUSE THROUGH DANCE-MOVEMENT THERAPY

Relevance of the topic: Menopause marks a natural stage in a woman's reproductive aging, typically commencing around age 49. This transition is characterized by hormonal shifts that can bring about various physical and mental health alterations. While hormone therapy is a common recommendation for symptom alleviation, it may not be suitable for every woman. Hence, exploring alternative methods for symptom management becomes crucial. Dance-movement therapy could be one such method. Regrettably, there is a dearth of studies both in Lithuania and globally regarding how dance-movement therapy affects the physical and mental well-being of women going through menopausal symptoms

Study Objective: The aim of this study was to investigate how dance-movement therapy influences the self-perception of women experiencing menopausal symptoms.

Participants: The study included 20 women undergoing menopausal symptoms.

Methodology: Employing a mixed research approach, the study utilized both quantitative and qualitative methods. Quantitative data were gathered through questionnaires, while qualitative data were collected via semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed using Microsoft Excel, Word 2021, and IBM SPSS 29.0.2.0 software, with a significance level set at $\alpha=0.05$ for testing statistical hypotheses. Qualitative data were analyzed using thematic analysis as per Braun and Clarke (2006). The participants engaged in a dance-movement therapy program conducted over two cycles: from February 9, 2023, to May 18, 2023, and from September 5, 2023, to December 14, 2023. The therapy sessions occurred once a week for a total of 11 weeks, each session lasting 3 hours.

Conclusions: The most common symptoms experienced by menopausal women include hot flashes, insomnia, fatigue, and poor concentration. Dance-movement therapy positively impacts various physical health indicators in women undergoing menopause, such as the cardiovascular system, balance, range of movements, expressiveness, and the involvement of different body parts in movement. This therapy also fosters the ability to dance with a partner or in a group, encourages closer communication with the therapist and other group members, and supports emotional health. It provides a safe and accepting space to navigate the inevitable changes of menopause, helping women adapt to shifts in their identity and discover their new selves during this transformative phase.

Keywords: *menopause, dance-movement therapy, anxiety, libido, Oganessian*

PRIEDAI

Priedas Nr. 1

Šokio-judėsio terapijos programa moterims, patiriančioms menopauzę

Užsiėmimas	Tema	Tikslas/ketinimas
1.	Aš ir mano menopauzė (su kuo atėjau ir ko tikiuosi – iš savęs, vedančiosios, grupės)	Grupės formavimas: susipažinimas per judesį ir dalijimąsi; apsijungimas per šoki (po vieną, porose, grupelėse)
2.	Mano ir mano kūno santykis su šokiu	Savęs tyrinėjimas skirtinguose ritmuose (atpažįstant savo tėkmę, laiką, svorį, erdvę)
3.	Aš esu Moteris. Kokia aš esu?	Leisti sau būti pamatytai, pamatyti ir pajauti kitas moteris, pasidalinti atradimais
4.	Aš esu kūnas/mintys/jausmai/dvasia	Diagnostinis savo menopauzės būsenos patyrimas per judesį (šokant ir rašant)
5.	Mano iššūkiai ir resursai	Atrasti resursus per kūną, prisiminti, kas įkvepia ir atpalaiduoja, išplėsti resursų sąrašą
6.	Giliau į resursus per metaforas	Neriami į resursus, pasitelkdamos metaforines korteles, šoki ir rašymą
7.	Mano ribos - kūno, saugumo, emocinės ribos	Kaip aš jaučiuosi ir kaip sau galiu padėti
8.	Kaip aš jaučiuosi kūne/jausmuose/dvasioje menopauzės virsme	Sušokti tai, kas labiausiai neramina menopauzės laike (trimis lygmenimis), atrasti jautriausią savo temą
9.	Autentiškoji aš	Autentiško judėsio praktikos pagalba atrasti autentiškesnio judėsio ir „tikresnės“ savęs galimybes (pasiruošimas solo šokiui)
10.	Solo šokis grupėje, pasidalijimai	Sušokti jautriausią savo menopauzės temą, kuri buvo paliesta interviu metu (individualiuose susitikimuose)
11.	Solo šokio video peržiūra, aptarimas. Viso ciklo įprasminimas	Pamatyti save iš šalies, pasidžiaugti savo ir kitų pokyčiais, padėkoti viena kitai

Pirminė anketa

Esu Ramunė Andrijauskė, šokio ir judesio praktikė, studijuojanti Jungtinėje VU Medicinos fakulteto ir LMTA Menų terapijos magistro programoje. Menopauzės temą pasirinkau tyrinėti magistro darbe, gilinantis, kaip šokio-judesio terapija gali padėti moterims, išgyvenančioms menopauzės simptomus (fiziologinius ir psichologinius). Pildydamos šią anketą ir dalyvaudamos menopauzės tyrimo projekte, jūs padėsite ne tik sau, man (kaip tyrėjai), bet ir savo dukroms ir anūkėms.

Dėkoju už Jūsų indėlį.

Pildydamos atsakymus remkitės tik savo patyrimais. Pasirinkite jums tinkamiausią variantą arba variantus.

Dėkoju.

1. El. paštas:

2. Kiek Jums metų?:

3. Ar jūsų menstruacijos?

- pasibaigė
- ilgesnio ciklo
- trumpesnio ciklo
- nereguliaros

4. Kokius menopauzės simptomus jaučiate? Pasirinkite jums tinkamus:

- karščio bangas
- naktinį prakaitavimą
- miego sutrikimus
- nuotaikų kaitą
- depresiją
- irzlumą
- prastą koncentraciją
- silpnėjančią atmintį
- susilpnėjusį libido
- galvos skausmą
- smarkų širdies plakimą
- sąnarių skausmą
- kita:

5. Kaip dažnai pasireiškia karščio bangos

- nepasireiškia
- 2 - 3 kartus dienoje
- daugiau nei 3 kartus dienoje
- kita:

6. Kaip pasireiškia naktinis prakaitavimas?

- nepasireiškia
- retai
- intensyviai
- kita:

7. Ar kankina nemiga?

- ne
- iki 3 kartų per savaitę
- iki 6 kartų per savaitę
- kita:

8. Ar patiriate "keistai priaugusio svorio" efektą?

- taip
- ne
- kita:

9. Ar esate psichologiškai pasiruošusi menopauzei?

- taip
- ne
- kita:

10. Ar kreipėtės dėl menopauzės patyrimų į specialistą?

- nesikreipiau
- kreipiausi į šeimos gydytoją
- kreipiausi į ginekologę
- kreipiausi į alternatyviosios medicinos specialistą
- kita:

11. Ar vartojate simptomus lengvinančius medikamentus

- nevartoju
- vartoju fitoterapinius preparatus (raudonuosius dobilus, šalaviją ir pan.)
- naudoju pakaitinę hormonų terapiją
- kita:

12. Koks jūsų fizinis aktyvumas?

- darau mankštą kartais
- mankštinuosi porą kartų į savaitę
- mankštinuosi kasdien
- nesimankštinu
- kita:

13. Kurią iš fizinio aktyvumo formų renkatės?

- Jogos praktika
- bėgimą
- plaukimą
- pilates
- sporto salę
- šokį
- kita:

14. Apibūdinkite savo menopauzę metaforiškai - 3 žodžiais:

15. Kokių jausmų patyrėte menopauzės pradžioje? Įvardinkite 5 jausmus:

16. Kokių iššūkių/ problemų sukelia menopauzė?

- sveikatos
- menopauzės simptomų nepatogumų (pvz. prakaitavimas, karščio bangos ne laiku ir ne vietai)
- depresyvios ar kintančios nuotaikos
- pokyčių santykiuose su partneriu
- besikeičiančių prioritetų
- sumažėjusio libido
- pasitikėjimo savimi
- savęs priėmimo

Atgalinio ryšio anketa po ŠJT programos

Esu Ramunė Andrijauskė, šokio ir judesio praktikė, studijuojanti Jungtinėje VU Medicinos fakulteto ir LMTA Menų terapijos magistro programoje. Menopauzės temą pasirinkau tyrinėti magistro darbe, gilinantis, kaip šokio-judesio terapija gali padėti moterims, išgyvenančioms menopauzės simptomus (fiziologinius ir psichologinius). Pildydamos šią anketą ir dalyvaudamos menopauzės tyrimo projekte, jūs padedate ne tik sau, man (kaip tyrėjai), bet ir savo dukroms ir anūkėms.

Dėkoju už Jūsų indėlį. Dalyvavimo programoje taip pat. Ši anketa padės įvertinti pokytį. Jos duomenys bus lyginami su pirminės anketos duomenimis.

Visi klausimai susiję su dabartine, t. y., ŠLANDIENOS būseną. Pasirinkite jums tinkamiausią variantą arba variantus. Dėkoju.

1. Keliais balais 10 balų sistemoje įvertintumėte ŠJT programą "Menopauzė - tai mano gyvenimo tango"?
2. Kokius pokyčius pastebėjote po dalyvavimo šioje programoje?
3. Kokius menopauzės simptomus jaučiate šiuo metu? Pasirinkite jums tinkamus.
4. Kaip dažnai pasireiškia karščio bangos?
5. Kaip pasireiškia naktinis prakaitavimas?
6. Ar kankina nemiga?
7. Ar keitėsi jūsų svoris šios programos metu?
8. Ar programa jums padėjo sumažinti psichinį ir emocinį stresą, susijusį su menopauze?
9. Apibūdinkite savo emocinės būsenos pokyčius po šios programos.
10. Ar jūsų požiūris į menopauzę pasikeitė po dalyvavimo programoje?
11. Koks jums buvo didžiausias iššūkis šioje programoje?
12. Kas jums labiausiai patiko (kokias naudas gavote) šioje programoje?
13. Ar rekomenduotumėte šią programą kitoms moterims, patiriančioms menopauzę?
14. Jei taip, kokias naudas įvardintumėte?
15. Jūsų pastebėjimai, išvalgos, pasiūlymai dėl programos vedimo. Ką reiktų patobulinti, ar daryti kitaip?
16. Kokių iššūkių/problemų sukelia menopau

Demografinis klausimynas

1. Vardas, pavardė:

2. Gimimo diena (metai, mėnuo, diena):

3. Šeimyninė padėtis:

- Gyvenu santuokoje
- Išsiskyrusi
- Vieniša
- Kita

4. Pajamos:

- Mažos
- Vidutinės
- Didesnės nei vidutinės
- Kita

5. Darbinė situacija:

- dirbu
- nedirbu
- kita

6. Fizinė sveikata:

7. Psichinė (emocinė) sveikata:

8. Socialinė sveikata:

9. Kokias problemas norite spręsti šioje programoje:

- fizinės sveikatos gerinimo
- emocinius poreikius
- psichologines problemas
- socialinius poreikius
- kita

10. Kokia pagrindinė terapinė užklausa?

Tiriamąo asmens sutikimo forma

.....,,
(vardas, pavardė) (asmens kodas)
Gyvenantis.....
(adresas)

SUTIKIMAS

20...m. ... mėn. ... d.
Vilnius

Aš,, a.k., sutinku, kad Vilniaus universiteto, Medicinos fakulteto, Menų terapijos (Šokio-judėsio terapijos specializacijos) studentas, a.k., gyv....., mano asmens ir sveikatos duomenis naudotų mokslinių medicininių tyrimų atlikimui.

Sutinku, kad man būtų atliekami moksliniai medicininiai tyrimai, šokio-judėsio terapija arba fiziniai pratimai (pabraukti), susiję su menopauze. Mano asmens ir sveikatos duomenys bus naudojami

(magistranto vardas, pavardė)

magistro baigiamajame darbe tema:.....
minėto darbo pristatyme ir publikavime.

Taip pat sutinku, kad mano atvaizdas būtų naudojamas minėto magistro darbe, metodinėje medžiagoje, susijusioje su atliktais mediciniais tyrimais.

Asmens duomenys mokslinio medicininio tyrimo tikslais tvarkomi vadovaujantis Civiliniu Kodeksu, Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu ir kitais įstatymais.

Šio sandorio teisinė reikšmė ir pasekmės man aiškios.

Sandoris, kaip atitinkantis mano valią, pasirašytas.

Vienašalis sandoris sudarytas dviem egzemplioriais iš kurių vienas lieka.....,

(magistranto vardas, pavardė)

kitas atiduodamas.....

(tiriamąo vardas, pavardė)

.....
(vardas, pavardė, parašas)

„Ognesian” skalės rezultatai prieš ir po intervencijos (I dalis)

Dalyvio Nr.	Judėsio aktyvumas				Kūno inkaras										
	Aktyvūs judėsiai		Neaktyvūs judėsiai		Šoka ant puspisrėčių		Šoka remdamasis pilna pėda		Sagitaliniai judėsiai		Frontaliniai - lateraliniai judėsiai		Šuoliai		
	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	
1	2	4	3	1	1	1	4	4	3	4	2	4	2	2	
2	3	4	2	1	3	2	1	2	2	3	1	2	0	3	
3	3	4	2	1	0	1	3	3	3	4	1	2	1	2	
4	3	4	3	1	0	0	3	4	3	3	2	4	2	2	
5	1	2	4	3	2	2	2	3	2	3	2	2	1	2	
6	2	3	3	2	1	1	3	4	2	3	3	4	1	1	
7	4	5	1	0	1	1	3	4	3	4	3	4	4	4	
8	1	3	4	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1	2	
9	3	4	3	1	0	0	4	4	3	4	3	4	2	2	
10	2	3	3	2	2	0	3	4	3	3	3	3	0	1	
11	2	3	4	2	1	1	2	3	3	3	2	2	0	1	
12	3	4	2	1	1	1	3	4	3	3	2	3	1	3	
13	3	4	1	1	1	1	3	4	3	4	3	4	3	3	
14	4	4	4	4	2	2	2	3	2	2	2	3	4	3	
15	1	3	4	2	1	0	3	4	2	3	2	3	0	1	
16	3	4	1	1	1	1	4	4	3	3	2	4	1	2	
17	2	5	5	3	1	1	2	3	3	3	3	3	0	1	
18	4	5	1	0	1	0	4	5	3	4	3	4	2	3	
19	4	5	1	0	0	0	5	5	4	5	4	4	3	3	
20	1	3	4	2	1	1	3	3	1	2	1	2	1	2	
<i>p reikšmė</i>	<0,001		<0,001		0,081		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		

„Ognesian” skalēs rezultātai pirms ir po intervencijas (II daļa)

Dalyvio Nr.	Judesiū dinamika ir stiprumas								Judesio repertuaras							
	Stiprūs		Silpni		Greiti ir staigūs		Lēti ir grakštūs		Ivairovē		Stereotipijos		Nuosavas judesiū konstravaimas			
	priēš	po	priēš	po	priēš	po	priēš	po	priēš	po	priēš	po	priēš	po		
1	2	3	2	1	1	2	4	5	3	5	2	2	3	5		
2	2	3	3	3	3	3	2	4	2	4	3	2	2	4		
3	1	3	3	1	2	3	2	2	2	3	4	3	2	4		
4	3	4	2	1	2	3	3	4	2	4	3	3	3	4		
5	0	2	3	3	1	2	3	3	2	2	4	4	1	2		
6	2	3	3	2	1	2	3	4	2	4	2	1	2	4		
7	3	4	1	1	4	5	2	5	4	5	1	0	4	5		
8	1	2	4	3	0	3	3	2	3	4	1	0	3	4		
9	3	3	2	2	3	3	4	4	4	5	2	2	4	4		
10	1	2	3	3	2	2	4	3	2	3	3	2	2	3		
11	1	2	3	2	1	1	2	3	2	3	3	2	2	2		
12	2	3	3	2	2	3	3	4	2	4	2	1	2	4		
13	3	5	0	0	3	4	3	5	3	5	1	0	4	5		
14	4	3	1	2	4	3	0	2	3	4	3	2	4	4		
15	0	2	3	3	0	1	2	4	1	3	3	1	2	3		
16	2	3	3	2	3	3	3	5	4	5	1	1	4	4		
17	1	2	4	3	3	1	3	4	2	3	2	2	2	3		
18	3	4	3	1	3	4	3	5	4	5	0	0	4	5		
19	3	4	1	2	4	4	4	4	5	5	2	1	4	5		
20	2	3	2	2	1	4	1	2	2	3	2	2	1	3		
<i>p reikšmē</i>	<0,001		0,007		0,01		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001			

„Ognesian” skalės rezultatai prieš ir po intervencijos (IV dalis)

Dalyvio Nr.	Judesių kryptys										Lygiai							
	Į priekį		Atgal		Iš šono į šoną		Ratu		Diagonale		Aukštasis		Vidurinis		Žemutinis		Ant grindų	
	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po
1	2	3	2	2	3	4	0	1	3	3	2	3	2	3	2	3	0	2
2	2	3	2	3	3	4	2	4	2	3	1	3	3	2	1	3	0	3
3	2	3	4	5	2	3	1	2	1	2	1	3	4	3	1	3	1	3
4	2	3	2	3	2	3	3	4	2	2	2	3	3	3	2	3	1	2
5	2	2	3	3	2	3	3	3	1	2	2	3	4	3	1	2	0	1
6	2	3	2	2	3	3	1	2	2	3	2	3	3	3	1	3	1	3
7	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	5	3	3	3	4	2	4
8	2	2	2	3	2	2	3	5	1	2	1	2	3	3	1	2	1	2
9	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2
10	3	3	3	3	2	3	2	2	1	2	1	3	3	4	1	1	0	1
11	2	3	2	2	3	3	1	2	1	2	1	1	3	3	0	1	0	1
12	3	4	3	2	2	4	3	3	3	4	2	3	3	5	2	3	0	2
13	3	4	2	3	3	3	3	3	3	4	2	2	3	4	3	4	4	5
14	2	3	2	2	2	2	1	1	1	3	3	5	1	2	3	3	3	3
15	1	3	3	3	3	3	2	3	1	2	1	1	3	4	2	2	0	1
16	3	4	2	4	3	4	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	4	2
17	3	3	3	3	3	3	2	4	2	2	0	1	3	4	1	1	0	1
18	2	3	2	3	2	4	2	2	3	4	3	4	4	5	2	3	2	3
19	3	5	3	5	3	4	2	2	3	4	3	3	3	5	3	3	2	3
20	2	3	2	2	2	3	1	4	1	3	1	2	3	4	1	1	0	1
<i>p reikšmė</i>	<0,001		0,008		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		0,01		<0,001		<0,001	

„Ognesian” skalės rezultatai prieš ir po intervencijos (V dalis)

Dalyvio Nr.	Muzikos ir ritmo naudojimas												Polinkis į kontaktą improvizaciniame šokyje			
	Negeba sekti ritmo		Juda savo ritmu		Ritmiškas		Geba kurti savo ritmą		Atsiriboja nuo muzikos		Kūrybiškai sąveikauja su muzika		Kontaktinė improvizacija		Bekontaktė improvizacija	
	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po
1	0	0	1	1	4	5	3	5	0	0	4	5	1	3	3	4
2	0	0	2	4	2	4	2	4	2	0	2	4	1	3	2	4
3	1	1	3	4	1	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	4
4	0	0	2	2	3	4	3	4	1	1	2	4	2	3	2	4
5	2	1	3	2	2	3	2	3	2	2	1	2	0	2	2	3
6	0	0	2	2	3	4	3	4	1	1	3	5	1	2	2	3
7	0	0	3	1	4	5	4	5	0	0	4	5	3	5	3	5
8	1	0	3	2	2	3	3	5	2	1	3	4	0	2	2	4
9	0	0	2	2	4	5	4	4	0	0	4	5	3	3	3	4
10	1	0	2	2	3	3	2	3	0	0	2	3	1	3	2	3
11	0	0	2	2	3	3	2	3	1	0	2	3	1	3	2	3
12	0	0	3	1	2	3	3	4	1	1	3	4	3	4	3	5
13	0	0	3	4	3	3	4	5	2	2	4	5	2	3	3	5
14	2	2	3	4	1	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	4
15	2	1	2	3	3	3	3	4	3	1	2	3	1	2	2	4
16	0	0	3	3	3	4	4	5	2	1	4	5	2	3	3	5
17	0	0	2	3	2	3	2	3	2	1	2	3	1	2	2	3
18	0	0	2	3	4	5	4	5	0	0	4	5	2	4	4	4
19	0	0	2	2	5	5	4	5	0	0	5	5	3	5	4	5
20	0	0	2	3	3	4	3	3	0	0	2	4	1	3	3	4
<i>p reikšmė</i>	0,021		0,0263		<0,001		<0,001		0,008		<0,001		<0,001		<0,001	

„Ognesian” skalės rezultatai prieš ir po intervencijos (VI dalis)

Dalyvio Nr.	Gebėjimas bendrauti grupėje										Asmens elgesio grupėje įvertinimas											
	Atsiriboja		Priima normalų kontaktą		Abipusis kontaktas su grupe		Perdėtas kontaktas		Eina į puolimą		Juda taip pat greitai, kaip visi		Juda lėčiau, negu visi		Laisvai kontaktuoja su visais grupės		Mažiau kontaktiškas, negu kiti grupės		Jam buvo komfortiška grupėje		Jautėsi vienišas grupėje	
	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po
1	3	2	2	4	1	3	0	0	0	0	1	2	3	1	2	4	3	1	2	3	2	0
2	3	0	2	4	2	4	0	0	0	0	2	4	2	0	2	5	3	0	3	4	2	1
3	2	2	3	4	3	4	0	0	0	0	3	3	0	0	3	5	1	0	3	5	2	0
4	2	2	3	4	3	5	1	0	1	0	2	3	0	0	3	5	0	0	4	5	1	1
5	2	1	2	3	2	3	0	0	0	0	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2
6	3	2	3	4	3	4	0	0	0	0	2	3	4	3	3	4	2	1	2	3	2	1
7	1	1	2	3	2	3	3	5	3	3	4	5	0	0	2	5	0	0	3	5	2	0
8	2	1	3	3	3	4	0	0	0	0	1	3	3	1	2	3	3	2	2	4	2	1
9	1	0	3	4	4	5	0	0	0	0	3	3	0	0	4	4	0	0	4	5	0	0
10	3	1	3	4	3	4	0	0	0	0	0	2	3	3	3	4	3	2	3	5	1	0
11	2	1	2	4	2	4	0	0	0	0	1	2	4	3	2	4	3	1	2	4	2	1
12	1	0	3	5	3	5	0	0	0	0	2	4	2	1	3	5	0	0	3	5	1	0
13	2	0	2	4	2	4	0	0	0	0	3	4	0	0	4	5	0	0	4	5	0	0
14	2	3	2	3	2	3	2	2	1	1	4	5	4	2	2	3	2	1	2	2	1	1
15	4	2	2	3	2	3	0	0	0	0	0	2	3	2	1	3	4	1	1	3	3	1
16	2	1	4	5	3	4	0	0	0	0	3	3	2	3	2	4	3	1	2	4	1	1
17	4	3	2	3	2	3	0	0	0	0	1	2	4	3	2	3	2	2	2	3	2	2
18	1	5	3	5	4	5	0	0	0	0	3	5	0	0	3	5	0	0	4	5	0	0
19	0	0	4	5	5	5	0	0	0	0	3	5	0	0	4	5	0	0	5	5	0	0
20	1	0	2	3	2	4	0	0	0	0	2	3	3	2	2	4	3	1	2	2	3	2
<i>p reikšmė</i>	0,02		<0,001		<0,001		0,333		0,165		<0,001		0,002		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

„Ognesian” skalės rezultatai prieš ir po intervencijos (VII dalis)

Dalyvio Nr.	Santykis su šokiu											
	Visai negeba imituoti judesių ir visai negeba mokytis įvairių šokio judesių		Turi nedideles galimybes atkartoti judesius ir geba išmolti paprastų šokio judesių		Gebą atkartoti, imituoti ir išmolti įvairius šokio judesius		Abejingas ir pasyvus kūrybinių judesių ir šokio improvizacijų atžvilgiu		Domisi ir susitvarko su kūrybingais judesiais ir šokio improvizacijomis		Aktyviai domisi kūrybingais judesiais ir laisvai improvizuoja pats	
	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po	prieš	po
1	0	0	0	0	4	5	0	0	4	5	4	5
2	0	0	0	0	3	4	0	0	3	5	3	5
3	1	1	2	1	3	3	2	1	2	3	2	3
4	0	0	0	0	3	3	0	0	3	4	2	3
5	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
6	0	0	0	0	3	3	2	0	3	3	2	4
7	0	0	0	0	4	5	0	0	4	5	4	5
8	1	0	1	1	2	3	0	0	3	4	3	4
9	0	0	0	0	4	5	0	0	4	5	4	5
10	1	0	1	0	2	3	2	1	2	3	1	3
11	0	0	0	0	3	4	2	1	2	2	1	1
12	0	0	0	0	3	5	0	0	3	4	2	3
13	0	0	0	0	4	5	0	0	4	5	4	5
14	1	1	3	3	1	3	2	1	1	3	1	1
15	0	0	1	1	3	4	2	1	2	3	0	1
16	0	0	0	0	3	4	0	0	3	5	2	3
17	2	1	0	1	2	3	3	2	1	2	0	0
18	0	0	0	0	5	5	0	0	4	5	4	5
19	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5	5	5
20	0	0	0	0	2	3	3	0	1	1	1	1
<i>p reikšmė</i>	0,041		0,289		<0,001		0,004		<0,001		<0,001	