

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

IR

LIETUVOS MUZIKOS IR TEATRO AKADEMIJA

Menų terapijos (Šokio-judesio terapijos specializacijos)

antrosios pakopos (magistrantūros) studijų

Baigiamasis darbas

Šokio-judesio terapijos poveikis nerimo sutrikimą turinčių moterų psichoemocinei sveikatai

The effect of Dance Movement Therapy on the psycho emotional health of women with anxiety disorders

Agnė Ščiukaitė

Darbo vadovas	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Neuromokslų instituto Palangos klinika, Dr. Laima Sapežinskienė
Konsultantas	Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos Instituto Psichiatrijos klinika, lektorė Aušra Senkuvienė

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data _____

(pildo atsakingas Katedros/Klinikos darbuotojas)

Registracijos Nr. _____

(pildo atsakingas Katedros/Klinikos darbuotojas)

Studento elektroninio pašto adresas (agne.sciukaite@stud.mf.vu.lt)

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	5
SAVOKŲ IR SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS.....	7
IVADAS.....	8
1 skyrius. TEORINĖ DARBO DALIS.....	12
1.1 Nerimo apibrėžimas ir klasifikacija.....	12
1.2 Nerimo sutrikimų paplitimas ir dažnumas.....	13
1.3 Nerimo sutrikimų simptomatika.....	14
1.4 Komorbidiškumas nerimo sutrikimų kontekste.....	15
1.5 Nerimo sutrikimų gydymo būdai.....	15
1.5 Šokio-judesio terapija.....	16
1.6 Šokio-judesio terapijos poveikio psichoemocinei sveikatai tyrimų apžvalga.....	18
2. MIŠRUS TYRIMAS - ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS POVEIKIS MOTERŲ PSICHOEMOCINEI SVEIKATAI.....	20
2.1 Tyrimo metodologija.....	20
2.1.1 Tyrimo dalyviai.....	20
2.1.2 Tyrimo metodai.....	22
2.1.3 Tyrimo instrumentai.....	22
2.1.5 Tyrimo duomenų rinkimas.....	25
2.1.6 Duomenų analizės metodai.....	25
2.1.7 Tyrimo etiniai aspektai.....	26
2.2 Tyrimo rezultatų analizė.....	26
2.2.1 Nerimo simptomai pagal GAD-7 klausimyną.....	26
2.2.2 Nerimo sunkumai (DASS-21 subskalė).....	29
2.2.3 Depresijos sunkumai (DASS-21 subskalė).....	32
2.2.4 Streso sunkumai (DASS-21 subskalė).....	35
2.2.5 Kokybinio tyrimo rezultatai.....	38
2.2.6 Rezultatų apibendrinimas ir diskusija.....	61
IŠVADOS.....	66
REKOMENDACIJOS.....	67
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	68

SANTRAUKA

Baigiamojo darbo temos pavadinimas. Šokio-judesio terapijos poveikis nerimo sutrikimą turinčių moterų psichoemocinei sveikatai. Agnė Ščiukaitė, Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2025.

Tyrimo problema. Nerimo sutrikimai – labiausiai paplitę psichikos sutrikimai, pasižymintys nuolatinio psichofiziologiniu sužadinimu, somatiniais simptomais bei emocijų reguliacijos sunkumais. Empiriniai tyrimai rodo, kad nerimo simptomatika dažnai reiškiasi somatiškai – per raumenų įtampą, kvėpavimo disfunkcijas, motorinį sustingimą – o kartu pasireiškia padidintu interocepciniu jautrumu bei psichologiniu distresu. Nors egzistuoja veiksmingi farmakologiniai ir psichoterapiniai gydymo būdai, daliai pacientų jie nepakankamai veiksmingi arba sunkiai prieinami. Todėl vis dažniau tiriamos menų terapinės intervencijos, tarp jų – šokio-judesio terapija (ŠJT). Nepaisant augančio teorinio ir klinikinio domėjimosi ŠJT, tiek Lietuvoje, tiek ir tarptautiniu lygiu vis dar trūksta empirinių tyrimų, pagrindžiančių jos taikymo veiksmingumą gydant suaugusiųjų, ypač moterų, nerimo sutrikimus.

Tyrimo tikslas. Atskleisti moterų, sergančių nerimo sutrikimais, patyrimus ŠJT sesijų metu ir įvertinti šios terapijos poveikį psichoemocinei sveikatai.

Tiriamieji. Tyrime dalyvavo 16 moterų, turinčių diagnozuotą nerimo sutrikimą. Jos buvo paskirstytos į tiriamąją ir kontrolinę grupes.

Tyrimo metodologija. Teorinėje dalyje taikytas mokslinės literatūros analizės metodas. Empirinėje dalyje naudotas mišrus tyrimo metodas: kiekybinis poveikio vertinimas atliktas naudojant GAD-7 ir DASS-21 klausimynus, o kokybinė duomenų analizė atlikta taikant teminę analizę, remiantis pusiau struktūruotais interviu.

Empirinės tyrimo dalies išvados. Po ŠJT sesijų tiriamojoje grupėje reikšmingai sumažėjo nerimo ($p < 0,001$), depresijos ($p = 0,008$) ir streso ($p = 0,008$) simptomai. Tiriamosios grupės rezultatai statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo kontrolinės grupės, kurioje pokyčių nenustatyta. Teminė analizė atskleidė tris pagrindines dalyvių patirties temas. Kūnas - nerimo atspindys ir atramos taškas terapijoje: dalyvės išmoko atpažinti nerimo kūnišką raišką ir ją reguliuoti per kvėpavimą, pojūčių stebėjimą bei įsižeminimo technikas, o tai sustiprino pasitikėjimą kūnu kaip saugia atrama. Santykio su nerimu ir savimi pokyčiai terapijos metu: terapijos metu dalyvės perėjo nuo kontrolės ir perfekcionizmo prie priėmimo ir autentiškumo, o grupinis formatas padėjo mažinti vienišumo jausmą ir stiprinti bendrystės patirtį. Judesys kaip emocijų raiškos ir savireguliacijos priemonė: judesys padėjo saugiai išreikšti slopintas

emocijas, skatino emocinę savireguliaciją, sujungė kūno ir proto patirtis bei atvėrė reikšmingus ankstyvosios patirties kodus.

Raktiniai žodžiai: Šokio-judėsio terapija, nerimo sutrikimai, psichoemocinė sveikata, moterys.

SUMMARY

Title of the Master's Thesis: The effect of Dance Movement Therapy on the psycho emotional health of women with anxiety disorders. Agnė Ščiukaitė, Vilnius, Vilnius University, 2025.

Research problem: Anxiety disorders are among the most prevalent mental health conditions, characterized by persistent psychophysiological arousal, somatic symptoms, and difficulties in emotion regulation. Empirical studies indicate that anxiety frequently manifests through bodily experiences—such as muscular tension, respiratory dysfunction, and motor inhibition—accompanied by heightened interoceptive sensitivity and psychological distress. Although pharmacological and psychotherapeutic treatments are available, they are not always effective or accessible for all individuals. As a result, increasing attention is being given to arts-based therapeutic interventions, including Dance Movement Therapy (DMT). Despite growing theoretical and clinical interest in DMT, there remains a lack of empirical research—both in Lithuania and internationally—evaluating its effectiveness in treating anxiety disorders among adults, particularly women.

Research aim: To explore the lived experiences of women with anxiety disorders during DMT sessions and to assess the impact of this therapy on their psycho emotional well-being.

Participants: The study involved 16 women diagnosed with anxiety disorders. Participants were assigned to an experimental and a control group.

Methods: The theoretical framework of the study was based on a systematic analysis of relevant scientific literature. In the empirical part, a mixed-methods design was applied. Quantitative outcomes were assessed using the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), while qualitative data were analysed through thematic analysis of semi-structured interviews.

Results: Following the DMT intervention, participants in the experimental group showed a statistically significant reduction in anxiety ($p < 0.001$), depression ($p = 0.008$), and stress symptoms ($p = 0.008$). These results differed significantly from the control group, in which no significant changes were observed. Thematic analysis revealed three core themes in participants' experiences. The body as a reflection of anxiety and a point of support in therapy: Participants learned to recognize the somatic manifestations of anxiety and regulate them through breathing, sensory awareness, and grounding techniques, which enhanced their sense of safety and trust in the body as a reliable resource. Transformations in the relationship with anxiety and the self during therapy: Over the course of therapy, participants shifted from

control and perfectionism toward acceptance and authenticity. The group format reduced feelings of isolation and fostered a sense of connection and shared experience. Movement as a means of emotional expression and self-regulation: Movement enabled participants to safely express repressed emotions, supported emotional self-regulation, integrated bodily and cognitive experiences, and surfaced significant memories from early life.

Keywords: Dance Movement Therapy, anxiety disorders, psycho emotional well-being, women.

SAVOKŲ IR SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS

GAD-7 - Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (angl. *Generalised Anxiety Disorder-7*)

DASS-21 - Depresiškumo, nerimo ir streso skalė (angl. *Depression, Anxiety, and Stress scales, DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995*).

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija (angl. WHO)

EADMT - Europos Šokio-judėsio terapijos asociacija

TLK - Tarptautinė ligų klasifikacija

DSM 5 - psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas

PTSS - potrauminis streso sutrikimas (angl. post-traumatic stress disorder)

ACT - priėmimo ir įsipareigojimo terapija

KET - kognityvinė elgesio terapija

ŠJT (Šokio-judėsio terapija) - „tai terapinis judėsio naudojimas siekiant vystyti emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją. Esminiai ŠJT komponentai yra šokis kaip kūno judesys, kūrybinė išraiška ir tarpasmeninis santykis“. (Etikos Kodeksas Ir Įstatai, s.a.)

IVADAS

Temos aktualumas. Nerimas yra neatsiejama žmogaus gyvenimo dalis, nes jis kyla dėl vidinių konfliktų ir išorinių grėsmių, su kuriomis žmogus nuolat susiduria. Freudas teigė, kad vienas dalykas yra tikrai aiškus – nerimo problema yra svarbus taškas, jungiantis įvairiausias, pačias svarbiausias problemas: tai mįslė, kurios sprendimas turi apšviesti visą mūsų psichinį gyvenimą (S. F. Freud, 1917). Nerimas gali būti tiek naudingas, tiek destruktivus - jis skatina žmogų ieškoti prasmingos egzistencijos, tačiau gali tapti ir rimtu sveikatos sutrikimu. Nerimo sutrikimai yra labiausiai paplitę iš visų psichikos sutrikimų pasaulyje ir tarp vyrų, ir tarp moterų. Apie 4,7 proc. pasaulio gyventojų patiria šiuos sutrikimus. Sergamumas nerimo sutrikimais ir ligų našta išsivysčiusiose šalyse nuolat didėja. Nuo 2016 m. iki 2019 m. nerimo sutrikimų paplitimas tarp Lietuvos moterų kiekvienais metais didėjo, o nuo 2019 iki 2021 ženkliai padidėjo nuo 5,94 proc. iki 7,87 proc. Žinoma, kad nerimo sutrikimai 2021 m. Lietuvoje prisidėjo prie 13 tūkst. neįgalumo sąlygotų gyvenimo metų (*GBD Results*, 2025). O dabartinė situacija pasaulyje, ypač karas Ukrainoje, gali daryti įtaką Lietuvos gyventojų psichikos sveikatai. 2023 metų tyrimas atskleidė, jog aktyvus dalyvavimas Ukrainos paramos veiklose ir intensyvus įsitraukimas į žiniasklaidos informaciją apie Rusijos-Ukrainos karą buvo siejami su vidutiniu iki sunkaus nerimo ir depresijos lygiu jauniems suaugusiems Lietuvoje (Jakubauskiene ir kt., 2023). Kitas 2023 m. tyrimas parodė, kad po antrosios COVID-19 pandemijos bangos ir per Rusijos-Ukrainos karą maždaug 23–24 proc. Lietuvos paauglių patyrė žymiai padidėjusį nerimo lygį. Be to, buvo nustatyta, kad padidėjusio nerimo lygio rizika padidino bendrą stresą, sumažino savęs veiksmingumą, padidino vienatvę ir probleminį socialinių tinklų naudojimą. Taip pat buvo nustatyta, kad tam tikros demografinės savybės, įskaitant moterų lytį prisidėjo prie padidėjusios nerimo rizikos (Šalčiūnaitė-Nikonovė ir kt., 2024). Nerimo sutrikimą žyminčių diagnozių yra ne viena, jos žymi skirtingus šio sutrikimo specifiškumus. Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijoje Australijos modifikacijoje TLK-10-AM žymimi nerimo sutrikimo diagnozės suaugusiems žymimas šiais kodais: F40 – Fobiniai nerimo sutrikimai, F41 - Kiti nerimo sutrikimai (*TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas*, s.a.). Nors yra labai veiksmingų nerimo sutrikimo gydymo būdų, tik maždaug 1 iš 4 žmonių (27,6 proc.), kuriems to reikia, gauna kokį nors gydymą ir tik 9,8 proc. gavo atitinkamai pakankamą gydymą. Mažesnę dalis asmenų, turinčių nerimo sutrikimų,

mano, kad reikia gydytis (41,3 proc.), palyginti su sergančiais depresija (56,7 proc.) (Alonso ir kt., 2018). Nerimo sutrikimų gydymui egzistuoja veiksmingi metodai, įskaitant vaistus ir kognityvinę elgesio terapiją, tačiau ne visi pacientai turi prieigą prie jų arba jaučiasi patogiai kreiptis pagalbos. Pavyzdžiui, viename tyrime beveik trečdalis apklaustų žmonių manė, kad vaistai trukdo kasdienėms veikloms, o apie ketvirtadalį manė, kad jie kenkia organizmui. Šie tyrimai paprastai rodo, kad visuomenė teigiamai vertina konsultavimą ir psichologinį gydymą, tačiau neigiamai vertina antidepressantus, kurie laikomi potencialiai žalingais, sukeliančiais priklausomybę ir neišsprendžiančiais pagrindinės problemos (Jorm ir kt., 2008).

Temos ištirtumas ir naujumas. Tyrimuose dažnai dėmesys skiriamas farmakologiniam ir psichoterapiniam gydymui, tačiau vis dar trūksta tyrimų, kurie analizuoja meno terapijų, tokių kaip šokio-judesio terapija (ŠJT), poveikį moterų turinčių nerimo sutrikimą psichoemocinei sveikatai. Išsamių tyrimų, kurie nagrinėtų ŠJT veiksmingumą nerimo sutrikimą turinčioms moterims yra mažai. Vienintelis tyrimas, kurį pavyko rasti, tyrinėjo ŠJT poveikį nerimo sunkumų turintiems studentams ir buvo atliktas Kinijoje 2022 m. Šio tyrimo autoriai padarė išvadą, jog trumpalaikė šokio terapija nerimo nemažina, tačiau ilgiau nei vieną mėnesį trunkanti šokio judesio terapija gali veiksmingai sumažinti nerimą. Tiksliau, tyrime reikšmingo poveikio nepastebėta po vienos savaitės šokio judesio terapijos, o po vieno mėnesio buvo stebimas nerimo sumažėjimas, tačiau poveikis buvo silpnas, o po trijų mėnesių tiriamųjų nerimo lygis reikšmingai sumažėjo (A. Zhang & He, 2022). Ritter ir Low Šokio ir Judesio Terapijos Poveikis-Metaanalizė pateikia bendrą kiekybinių ŠJT tyrimų apžvalgą, apimant 23 tyrimus, publikuotus tarp 1973 ir 1993 metų. Nerimo lygio pagerėjimas po šokio judesio terapijos buvo patvirtintas atliktose penkiuose tyrimuose. Vis dėlto kai kurie tyrėjai, pavyzdžiui, Brooks ir Stark, kurių darbas buvo įtrauktas į metaanalizę, pažymėjo, kad prieš užpildant klausimyną nerimo lygis gali būti padidintas pačios testavimo situacijos. Tokiu atveju ŠJT poveikis gali būti susijęs labiau su momentinio nerimo, o ne su ilgalaikio nerimo sumažėjimu. Šią prielaidą atspindi ir kitų tyrimų rezultatai, kuriuose ŠJT poveikis ilgalaikiam nerimui vertintas nevienareikšmiškai. Vis dėlto, ŠJT buvo parodyta turinti stiprų teigiamą poveikį nerimui įvairiuose tyrimuose (Ritter & Low, 1996). ŠJT ir šokio poveikis sveikatai susijusiems psichologiniams rezultatams: Koch ir kitų Meta-analizė apžvelgė tyrimus nuo 1996 iki 2012 m. Keturių įtrauktų tyrimų bendras įvertinimas parodė, kad ŠJT ir šokio intervencijos sumažina nerimą, rezultatai buvo nuoseklūs visuose tyrimuose. Metaanalizėje pabrėžiama, jog rezultatai apie nerimą turėtų būti interpretuojami atsargiai, nes į šią analizę įtrauktos tik keturios studijos (Koch ir kt., 2019). Taigi nors šie tyrimai atskleidžia teigiamą ŠJT poveikį nerimo

simptomų mažinimui, tačiau pavyko rasti tik keletą tyrimų, kurie tyrinėtų ŠJT poveikį nerimo sutrikimus turinčios moterims. Taip pat, nebuvo rasta tyrimų, kurie atskleistų ŠJT poveikį ir patirtis nerimo sutrikimą turinčioms moterims Lietuvoje. Taigi, ypač aktualu įvertinti ŠJT poveikį moterims, turinčioms nerimo sutrikimą bei atskleisti dalyvių subjektyvias patirtis terapijos metu. Todėl šiame tyrime keliama problema: kaip ŠJT metu jaučiasi moterys, sergančios nerimo sutrikimais, ir kaip ši terapija veikia jų psichoemocinę sveikatą. Psichoemocinės sveikatos terminas neturi vieningo apibrėžimo, tačiau dažniausiai siejamas su individo gebėjimu palaikyti emocinį stabilumą, prisitaikyti prie pokyčių, išgyventi džiaugsmą ir konstruktyviai reaguoti į sunkumus. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) psichikos sveikatą apibrėžia kaip būseną, kurioje žmogus geba realizuoti savo potencialą, valdyti kasdienio gyvenimo stresą ir produktyviai funkcionuoti bendruomenėje. Emocinė gerovė yra laikoma vienu esminių šios būsenos komponentų. (Ryff, 1989; *Promoting Mental Health*, 2004). Šiame tyrime psichoemocinė sveikata vertinama kaip rodiklis, apimantis streso, nerimo ir depresijos simptomų išreikštumą, įvertintą pagal DASS-21 ir GAD-7 klausimynus.

Tyrimo objektas: Tyrime analizuojamos moterų, sergančių nerimo sutrikimais, patirtys ŠJT sesijose ir ŠJT poveikis psichoemocinei sveikatai.

Tyrimo tikslas: Atskleisti moterų, sergančių nerimo sutrikimais, patirimus ŠJT sesijų metu ir įvertinti šios terapijos poveikį psichoemocinei sveikatai.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti nerimo sutrikimų ir šokio judesio terapijos ypatumus.
2. Atskleisti tyrimo dalyvių patirtis ŠJT metu.
3. Įvertinti ŠJT poveikį moterų psichoemocinei sveikatai pagal GAD-7 ir DASS-21 klausimynų rezultatus.
4. Palyginti psichoemocinės būklės pokyčius tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių, siekiant įvertinti intervencijos efektyvumą.

Tyrimo tipas: mišrus - kiekybinis ir kokybinis. Naudoti metodai: empiriniam tyrimui buvo taikoma teminė analizė ir statistinė duomenų analizė, teorinei daliai buvo naudojamas literatūros analizės metodas. Poveikiui matuoti buvo naudojami DASS-21 ir GAD-7 klausimynai. Tyrimas vyko dešimt savaičių Vilniuje. Intervencija - vykdoma grupinė šokio-judesio terapija moterims, turinčioms nerimo sutrikimą.

Tyrimo hipotezė- ŠJT pagerina moterų, turinčių nerimo sutrikimą, psichoemocinę sveikatą.

GDI buvo naudojamas apibendrinimo dalies stiliui pakoreguoti (prompt: pakeiskite šį tekstą į akademiškesnį), santraukos vertimui į anglų kalbą (prompt: išverskite į akademinę anglų kalbą).

1 skyrius. TEORINĖ DARBO DALIS

1.1 Nerimo apibrėžimas ir klasifikacija

Nerimas yra organizmo reakcija į grėsmes, kurią lemia įgimti neurofiziologiniai mechanizmai. Šis gebėjimas ruošia žmogų susidurti su potencialiai pavojingomis situacijomis ir padeda išlikti (Bishop, 2007). Anksčiau grėsmės dažniausiai buvo fizinės, tačiau šiandien nerimas dažnai kyla dėl grėsmių, susijusių su asmeninėmis vertybėmis, kurios yra laikomos esminėmis asmenybės egzistavimui. Grėsmės tampa neapibrėžtos, nes jas sudaro ne tik tiesioginiai fiziniai pavojai, bet ir socialinės ir psichologinės situacijos (Bateson ir kt., 2011). Žymus Norvegų psichiatras Finnas Skårderudas teigia, jog - nerimas apibrėžia modernų žmogų (Skårderud, 1998). O XIX a. danų filosofas apibūdina nerimaujantį žmogų kaip žmogų, stovintį ant uolos krašto, tačiau teigia, jog mokymasis pažinti nerimą yra nuotykis, kurį turi patirti kiekvienas žmogus, jei jis nenori pasinerti į pražūtį, neišmokęs pažinti nerimo arba pasiduodamas jam. Jis teigia, jog tas, kuris teisingai išmoko būti nerimastingas, išmoko svarbų dalyką (Soren Kierkegaard, 1968).

Nerimas psichikos sveikatos srityje suprantamas kaip vidinė būseną, kuriai būdinga nuolatinės įtampos, baimės ar grėsmės jausmas. Tai adaptacinė reakcija, tačiau pernelyg intensyvus, ilgai trunkantis nerimas tampa disfunkciniu ir gali būti vertinamas kaip sutrikimas. Pagrindinės savybės yra pernelyg didelė baimė ir nerimas arba vengimas suvokti grėsmių, kurios yra nuolatinės ir kenkiančios. Pagal Tarptautinę ligų klasifikaciją (TLK-11), nerimo sutrikimams priskiriami generalizuoto nerimo sutrikimas, panikos sutrikimas, socialinio nerimo sutrikimas, agorafobija, specifinės fobijos, selektyvus mutizmas ir atskyrimo nerimo sutrikimas. Būdingas bruožas – nuolatinis ar pasikartojantis nerimo išgyvenimas, kuris nėra proporcingas situacijos pavojui ir reikšmingai riboja kasdienę veiklą. Diagnostiniai kriterijai išskiria kelis pagrindinius komponentus: emocinį pergyvenimą (pvz., nuolatinis susirūpinimas), somatinius simptomus (pvz., įtampa raumenyse, širdies plakimas, prakaitavimas), elgesio pokyčius (vengimas) ir kognityvinius aspektus (neigiamas lūkesčių modelis, dėmesio sutelkimas į pavojų). Diagnozės nustatymui, simptomai turi pasireikšti didžiąją dalį dienų mažiausiai šešis mėnesius, o jų intensyvumas turi reikšmingai veikti asmens socialinę, darbinę ar asmeninę sritį (*ICD-II*, s.a.). Svarbu pažymėti, kad Lietuvoje šiuo metu vis dar oficialiai taikoma Tarptautinės ligų klasifikacijos dešimtoji versija (TLK-10),

kurioje nerimo sutrikimai taip pat išskiriami į atskiras diagnostines kategorijas: F41.0 – panikos sutrikimas (epizodinis paroksizminis nerimas), F41.1 – generalizuoto nerimo sutrikimas, F40.1 – socialinė fobija, F40.0 – agorafobija, F40.2 – specifinės fobijos. Nors TLK-10 sistemoje šios diagnozės iš esmės atitinka TLK-11 apibrėžiamus sutrikimus, pastaroji pasižymi aiškesne diagnostine struktūra. TLK-11 klasifikacijoje anksčiau tik vaikams taikytos diagnozės, tokios kaip atskyrimo nerimo sutrikimas ir selektyvus mutizmas, TLK-11 sistemoje įtraukiamos ir į suaugusiųjų psichikos sveikatos diagnostiką. Tokiu būdu naujoji klasifikacija atspindi platesnį nerimo sutrikimų spektrą viso gyvenimo eigoje. Diagnostikos vadove DSM-5 nerimas taip pat apibrėžiamas kaip būseną, susijusi su pavojumi, dažnai lydima raumenų įtampos, dirglumo, dėmesio sutrikimų, miego sunkumų bei nuolatinio pasirengimo galimai grėsmei. Svarbus diagnostinis kriterijus – asmens nesugebėjimas kontroliuoti pergyvenimo. Nerimo sutrikimų simptomai turi būti nuolatiniai, nepraeinantys ir išliekantys ilgiau nei kelias savaites ar mėnesius, priklausomai nuo konkretaus sutrikimo, tačiau daugeliu atvejų taikomas šešių mėnesių trukmės kriterijus (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Nerimo sutrikimų paplitimas ir dažnumas

Nerimo sutrikimai yra vieni iš dažniausiai diagnozuojamų psichikos sveikatos sutrikimų visame pasaulyje. Didelis paplitimas, lėtinė eiga ir gretutinės ligos paskatino PSO priskirti nerimo sutrikimus devintai pagal dydį su sveikata susijusiai negalios priežastčiai pasaulyje (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017).

Nerimo sutrikimų paplitimas yra didesnis tarp jaunų žmonių, moterų bei dideles pajamas gaunančiose šalyse nei vidutinės ir mažas pajamas gaunančiose šalyse. 5,9 proc. pasaulio moterų patiria nerimo sutrikimą, kuomet vyrų - 3,6 proc. Rytų Europos regione nerimo sutrikimas yra labiausiai paplitęs Lietuvoje. Tarp 25 metų amžiaus ir vyresnių metų moterų nerimo sutrikimo paplitimas Lietuvoje yra apie 8 proc., o vyrų - 4,7 proc. Remiantis Lietuvos Higienos instituto duomenimis, 2023 m. sveikatos priežiūros įstaigose buvo registruoti 84 144 suaugusieji, turintys bent vieną iš nerimo sutrikimų (TLK-10 kodai F40–F41) diagnozių. Dominuojanti dalis – 82 881 asmuo – sudarė kiti nerimo sutrikimo (F41) atvejai. Tais pačiais metais naujai diagnozuotų atvejų skaičius siekė 35 124, iš jų net 34 449 – F41 kategorijoje. Tai rodo tiek aukštą lėtinį sergamumą, tiek didelį naujų atvejų srautą. Per 2019–2023 m. laikotarpį naujų atvejų skaičius Lietuvoje kasmet svyravo tarp 36 009 ir 40 417, o tai liudija apie ilgalaikį, problemos mastą. Svarbu pažymėti, kad šie duomenys atspindi tik tuos asmenis, kurie buvo užregistruoti

sveikatos sistemoje. Atsižvelgiant į tai, realus paplitimas gali būti dar didesnis – ypač atsižvelgiant į stigmos, informacijos stokos ir pagalbos prieinamumo veiksnius, dėl kurių dalis žmonių nerimo simptomus sprendžia savarankiškai arba juos ignoruoja. (Institutas, 2025)

1.3 Nerimo sutrikimų simptomatika

Nerimo sutrikimams būdinga daugiasluoksnė simptomatika, apimanti kognityvinius, somatinius ir elgesio komponentus. Kognityviniai simptomai apima nuolatinį pergyvenimą, katastrofinių scenarijų kūrimą, padidėjusį jautrumą neigiamai informacijai, dėmesio sutelkimą į grėsmę ir sunkumus susikaupti. Tokie procesai sukuria ratą, kuriame nerimą keliantis turinys nuolat kartojasi mintyse ir sustiprina emocinį diskomfortą (Behar ir kt., 2009). Somatiniai simptomai pasireiškia per fiziologines reakcijas: padažnėjusį širdies ritmą, kvėpavimo pokyčius, raumenų įtampą, galvos svaigimą, prakaitavimą ar virškinimo sistemos sutrikimus. Šie kūno signalai dažnai sustiprina nerimo patyrimą, nes interpretuojami kaip pavojingi arba nekontroliuojami, taip dar labiau suaktyvindami baimės sistemą (Thayer & Lane, 2000). Elgesio lygmeniu dominuoja vengimo strategijos – asmenys linkę šalintis situacijų, kurios galėtų sukelti nerimo reakciją, taip išvengdami diskomforto, tačiau tuo pačiu stiprindami ilgalaikį nerimo palaikymą. Psichologiniu požiūriu, šį sutrikimą palaiko keli tarpusavyje susiję mechanizmai: kognityviniai iškraipymai, vengimo elgesys, emocijų reguliacijos sunkumai ir sutrikęs savęs pajautimas. Vienas iš pagrindinių mechanizmų – perdėtas grėsmės numatymas, kai žmogus nuolat tikisi neigiamo įvykio, net kai objektyvi grėsmė yra menka arba jos visai nėra. Tokiu atveju sutrikusi informacijos apdorojimo sistema lemia tai, kad dėmesys automatiškai sutelkiamas į pavojų ar jo ženklus, o ne į saugius ar neutralus dirgiklius (Beck & Clark, 1997a). Šį procesą palaiko ir kognityviniai iškraipymai, tokie kaip katastrofinis mąstymas, dichotominis vertinimas ar minčių painiojimas su realybe. Elgesio lygmenyje būdingas vengimo mechanizmas, kuris trumpalaikėje perspektyvoje padeda sumažinti nerimo diskomfortą, tačiau ilginiui sustiprina patį sutrikimą. Vengiant nerimą sukeliančių situacijų ar vidinių potyrių, nesusiformuoja naujos, realistiškesnės patirties, todėl neįvyksta korekcinis mokymasis. Šis procesas įtvirtina sutrikimą kaip ilgalaikį atsako modelį, trukdantį prisitaikyti prie kasdienio gyvenimo (Foa & Kozak, 1986). Dar viena esminė ypatybė – sutrikusi emocijų reguliacija. Nerimo sutrikimą turintys asmenys dažnai vengia ne tik situacijų, bet ir pačių emocijų. Jie patiria didesnę afektinę jautrumą, tačiau stokoja vidinių įrankių susidoroti su stipriomis emocijomis, todėl siekia jų išvengti arba slopinti. Toks emocinis vengimas susijęs su aukštesniu fiziologiniu sujaudinimu, kuris sukuria dar stipresnę vidinį

diskomfortą (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Galiausiai, nerimo sutrikimams dažnai būdingas sutrikęs savęs pajautimas, kai žmogus jaučiasi tarsi atitrūkęs nuo savo kūno ar emocijų. Tokie disociaciniai momentai trukdo integruoti vidinę patirtį, o tai silpnina savireguliacijos mechanizmus (Lyssenko ir kt., 2017).

1.4 Komorbidiškumas nerimo sutrikimų kontekste

Moksliniai tyrimai pagrindžia, kad nerimo sutrikimai dažnai nėra izoliuoti, o pasireiškia kartu su kitais psichikos sveikatos sutrikimais. Dažniausia nerimo sutrikimo gretutinė diagnozė - depresija, nuo pusės iki dviejų trečdalių suaugusiųjų, turinčių nerimo sutrikimų, taip pat turi šią diagnozę (Lamers ir kt., 2011). Tyrimai rodo, jog nerimo ir depresijos būklės sieja bendras veiksnys - neigiamas afektas, kuris apima padidėjusį polinkį patirti įvairias neigiamas emocijas (Clark & Watson, 1991). Taip pat nerimo sutrikimų turintys asmenys dažnai pasižymi išreikštu jautrumu stresui, kuris gali sustiprinti nerimo reakcijas ir lemti didesnį nerimo sutrikimų atsparumą gydymui (Ham ir kt., 2002). Taip pat teigiama, jog ilgalaikis ar intensyvus stresas gali lemti tiek nerimo, tiek depresijos simptomų išsivystymą, nes sutrikdomi asmens adaptacinius mechanizmai ir lemia vidinių psichologinių resursų išsekimą. Kita vertus, pats nerimas gali stiprinti streso reakcijas, sudarydamas ratą, kuriame simptomai palaiko vieni kitus (Folkman, 1984). Tyrimai rodo, kad komorbidiškumas yra dažnas reiškinys, kuris gali apsunkinti gydymą ir dažnai reikalauja integruotų arba nuoseklių gydymo metodų.

1.5 Nerimo sutrikimų gydymo būdai

Pasauliniu mastu nerimo sutrikimai yra nepakankamai diagnozuojami ir nepakankamai gydomi. Vis dėlto egzistuoja veiksmingi gydymo būdai – jie ne tik mažina nerimo simptomus, bet ir gerina gyvenimo kokybę bei kasdienį funkcionavimą (Alonso ir kt., 2018). Nerimo sutrikimai gydomi taikant psichoterapiją, farmakologiją ir kitus integruotus metodus. PSO bei Europos nerimo ir depresijos gydymo gairės nurodo, kad pirmo pasirinkimo gydymas dažniausiai apima kognityvinę elgesio terapiją (KET) ir selektyviųjų serotonino reabsorbcijos inhibitorių (SSRI) vartojimą. KET padeda keisti nerimą palaikančius mąstymo ir elgesio modelius, o vaistai mažina neurocheminį disbalansą, susijusį su nerimo simptomais (Bandelow ir kt., 2017; Baldwin ir kt., 2014). Kai kuriais sunkesniais atvejais taikoma kombinuota terapija, kuri apjungia abiejų metodų privalumus (Bandelow ir kt., 2017). Be KET, vis plačiau taikomos ir kitos efektyvios terapijos, tokios kaip dėmesingo įsisąmoninimo pagrindu grįstos

intervencijos, akceptavimo ir įsipareigojimo terapija (ACT), psichodinaminė psichoterapija bei interpersonalinis požiūris (Haller ir kt., 2021; Keefe ir kt., 2014; Cuijpers ir kt., 2016). Nepaisant esamų efektyvių metodų, dalis pacientų nebaigia gydymo dėl nepageidaujamų vaistų poveikių, ar santykio trūkumo terapijoje (Ferguson, 2001; Sharf ir kt., 2010). Dėl šių priežasčių vis daugiau dėmesio skiriama alternatyvioms ar papildančioms terapijoms, kurios apima menų terapiją, dėmesingo įsisąmoninimo praktiką, taip pat ŠJT.

1.5 Šokio-judesio terapija

ŠJT yra viena iš menų terapijos formų, grindžiama žmogaus kūno ir psichikos vienviene. Ji pasitelkia judesį ne tik kaip saviraiškos priemonę, bet ir kaip priėjimą prie giliausių psichologinių sluoksnių – ypač tų, kuriuos sunku išreikšti verbaline kalba. Europos šokio-judesio terapijos asociacija (EADMT) apibrėžia ŠJT kaip terapinį judesio naudojimą siekiant skatinti emocinę, pažintinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją („What Is?“, s.a.). Tai holistinis požiūris, kurio pagrindas – įkūnijimas ir gyvas veiksmas, leidžiantys per judesį apdoroti emocijas, stiprinti savireguliaciją ir keisti vidinius psichinius modelius. Pagrindinė ŠJT prielaida yra įgimtas kūno ir proto ryšys (Koch & Fischman, 2011). O tyrimai rodo, kad ryšys tarp judesio ir emocijų yra dvikryptis, tai reiškia, jog žmonės gali pakeisti savo emocinę būseną keisdami laikyseną ir judesius (Shafir ir kt., 2016). ŠJT metu skatinama spontaniškas judesio išraiška, leidžianti išreikšti idėjas ir emocijas, kurių dažnai neįmanoma išsakyti žodžiais (Ellis, 2001). Tai ne tik padeda atsikratyti psichologinės ar kūniškos įtampos, bet ir leidžia asmeniui geriau suvokti savo emocinius resursus ir stiprybes (Sheets-Johnstone, 2010). Dažniausiai grupinė ŠJT sesija trunka nuo 60 iki 75 minučių ir apima apšilimą, judesio tyrinėjimą ir užbaigimą (Anderson, 2014). Ši terapija grindžiama ne vien neverbaline komunikacija, terapeutas skatina pacientą ir žodžiu reflektuoti apie judesio patirtį.

ŠJT yra santykinai jauna terapinė metodika, atsiradusi tik XX a. 40-aisiais, ji buvo išplėtotą pradininkės Marian Chace dėka (Cruz, 2016). Marian Chace, viena svarbiausių ŠJT pradininkių, 1942 m. buvo pakviesta prisijungti prie Šv. Elžbietos ligoninės (St. Elizabeth's Hospital) personalo Vašingtone. Jos darbas padėjo pagrindus šokio ir terapinių procesų integracijai, reikšmingai prisidėdamas prie ŠJT vystymosi (Bunney, 2013). 1993 m. Nacionalinio sveikatos instituto (NIH) Alternatyviosios medicinos biuras skyrė vieną iš pirmųjų tyrimų grantų šokio terapijos taikymo medicininėms ligoms gydyti tyrimui (Brooke, 2006). Nors ŠJT, kaip atskira terapinė kryptis, susiformavo XX a. viduryje, jos ištakos siekia dar

XX a. pradžią, kai Carlas Gustavas Jungas pirmasis pasiūlė šokį kaip psichoterapinį išraiškos būdą (Cruz, 2016; Bunney, 2013). 1916 m. Jungas savo užrašuose aprašė šokį kaip vieną iš aktyviosios vaizduotės metodų – tai procesas, kai sąmonės turinys reiškiasi per kūrybinę formą: piešinį, sapną, judesį ar garsą. Pasak Jungo, sąmonė neapsiriboja žodžiais, todėl norint tikrai susitikti su savimi, reikia įsiklausyti į tai, kas kyla iš vidaus, ir leisti tam pasireikšti per simbolinius veiksmus. Šokis šiuo atžvilgiu veikia kaip tiltas tarp sąmonės ir pasąmonės, leidžiantis žmogui išreikšti tai, kas dar neturi aiškios formos ar kalbinės struktūros (Jung, 1967). Be to, Jungas kalbėjo apie psichosomatinį ryšį – kaip psichikos konfliktai gali pasireikšti per kūną, o kūno darbas gali sugrąžinti pusiausvyrą. ŠJT teorijoje tai išreiškiama per įkūnytą patirtį: emocijos „gyvena“ kūne, o jų raiška per judesį leidžia asmeniui jas atpažinti, transformuoti ir integruoti.

Šiuolaikinėje praktikoje ŠJT pasižymi metodiniu lankstumu. Terapeutai pritaiko savo požiūrį prie kliento poreikių, gebėjimų, kūno suvokimo lygio, kultūrinių ar amžiaus ypatybių (Bräuninger, 2014). Svarbiausi ŠJT principai – įkūnijimo svarba, terapeuto ir kliento ryšys, simbolinė raiška, spontaniškumas ir saugios erdvės kūrimas. Terapeuto ir paciento santykis yra esminis ŠJT elementas. Terapeutas naudoja specifinius judesio analizės metodus stebėdamas ir interpretuodamas paciento kūno kalbą. Remdamasis šiais stebėjimais, jis taiko tokias technikas kaip prisiderinimas ir atspindėjimas, kurios sieja prisirišimą ir neverbalinį elgesį (Feniger-Schaal ir kt., 2018). Vienas pagrindinių ŠJT metodų - veidrodinis judesys, kai terapeutas atspindi kliento judesius. Tai padeda sukurti kontaktą, stiprina priėmimo ir matomumo jausmą (Tortora, 2006). ŠJT yra taikomi ir kiti svarbūs metodai, vienas iš jų - Chase metodas, kai terapeutas rate veda klientus per paprastą apšilimą, peraugantį į improvizuotą judesio patirtį. Šioje dalyje tyrinėjamos temos, kylančios iš apšilimo, o sesija baigiama atsipalaidavimu. Kitas svarbus metodas - autentiškas judesys, kai klientas juda spontaniškai, be išankstinio plano, o terapeutas veikia kaip liudytojas (Adler, 2002). Tai leidžia išreikšti jausmus, kurie dažnai neturi verbalios formos, bet tampa atpažįstami per kūną. Kitas naudojamas metodas - kūno suvokimo didinimas, kai susitelkiama į mikro judesius, remiantis idėja, kad kūno pojūčiai gali būti pirminė emocijų forma. Kūrybiškumas ir išraiška dažnai naudojamas metodas, kai klientas kuria savo judesių seką, kylančią iš vidinės patirties. Šiame metode gali būti integruojamos įvairios technikos, kitos išraiškos menų formos ar žodinė psichoterapija. Taip pat naudojama pradinė išraiška – naudojami perkusiniai ritmai, žaidimai, šokis ir dainavimas siekiant dirbti simboliniame lygmenyje, siekiant saviraiškos ir pozityvios emocijų raiškos (Margariti ir kt., 2012). Metodai gali būti kombinuojami: perėjimas nuo mikro judesių prie ekspresyvaus šokio, nuo sensorinio dėmesio prie

metaforos, nuo individualios raiškos prie grupinio ritmo. Terapijos pabaigoje dažnai vyksta verbalinė refleksija – žodinė ir neverbalinė patirtis integruojama, stiprinant sąmoningumą. Saugumo jausmas yra būtinas terapiniam procesui. ŠJT tai pasiekama per ritmingą struktūrą, neverbalinį priėmimą ir laisvą, nekritikuojamą judesio raišką. Judesys gali tapti simboliine kalba, per kurią klientas išreiškia baimes, norus ar vidinius konfliktus. Spontaniškas judesys skatina lankstumą, žaislingumą, padeda išeiti iš užstrigusių įtampos ar vengimo modelių. Šiuo atžvilgiu ŠJT tampa ne tik terapiniu metodu, bet ir gyvybingu kūrybiniu procesu (Payne, 2003).

1.6 Šokio-judesio terapijos poveikio psichoemocinei sveikatai tyrimų apžvalga

PSO užsakymu atliktoje apžvalgoje, apimančioje daugiau nei 3000 tyrimų, Fancourt ir Finn (2019) pabrėžė menų - įskaitant šokio terapiją – svarbą psichikos sveikatos stiprinime. Tyrimai rodo, kad reguliarus meninis dalyvavimas, įskaitant šokį ir judesio terapiją, gali reikšmingai sumažinti nerimą, depresiją, stresą bei pagerinti gyvenimo kokybę tiek suaugusiesiems, tiek vaikams ar vyresnio amžiaus žmonėms.

ŠJT poveikis nerimo simptomams yra vis plačiau nagrinėjamas tiek empiriniais, tiek teoriniais tyrimais. Pastaraisiais metais vis dažniau atliekami tyrimai, nagrinėjantys ŠJT poveikį diagnozuotą nerimo sutrikimą turintiems asmenims. Nors tokių tyrimų vis dar nėra pakankamai daug, stebima auganti tendencija plėsti taikymo sritis ir analizuoti ne tik simptominius pokyčius, bet ir subjektyvią klientų patirtį bei terapinio proceso eigą. Šie tyrimai papildo ankstesnius darbus, kuriuose daugiausia dėmesio buvo skiriama bendrai psichologinei gerovei ar nerimo simptomų pokyčiams be aiškos diagnostinės ribos. Ankstyvieji tyrimai (Brooks & Stark, 1989; Leste & Rust, 1990) atskleidė, kad net trumpalaikės ŠJT intervencijos padeda sumažinti „akimirkos nerimą“ (state anxiety), tačiau ilgalaikio poveikio „asmenybės nerimui“ (trait anxiety) įrodymai tuo metu buvo riboti. Vėlesnė metaanalizė, atlikta Koch ir kt. (2014), apėmė 20 metų laikotarpį ir parodė, kad ŠJT turi vidutinio stiprumo, bet kliniškai reikšmingą poveikį nerimo simptomams. Ypač efektyvios buvo ilgalaikės, struktūruotos intervencijos. Kinijoje atliktas Zhang & He (2022) tyrimas, kuriame dalyvavo studentai, parodė, kad vienos savaitės trukmės ŠJT intervencija neturėjo reikšmingo poveikio, tačiau po mėnesio pradėti fiksuoti teigiami pokyčiai, o po trijų mėnesių – reikšmingas nerimo sumažėjimas. Tai parodo trukmės svarbą taikant šią terapiją. 2023 m. Italijoje atliktas tyrimas su valgymo sutrikimų turinčiomis pacientėmis parodė, kad po 12 savaičių ŠJT programos sumažėjo ne tik depresijos, bet ir nerimo lygis. Lietuvoje kol kas trūksta tyrimų, orientuotų į diagnozuotus

nerimo sutrikimus turinčius suaugusiuosius. Dauguma darbų analizuoja ŠJT poveikį bendrai psichologinei gerovei ar kūno įvaizdžiui. Pavyzdžiui, viename tyrime, atliktame su lėtinį skausmą patiriančiomis moterimis, po dešimties ŠJT užsiėmimų sumažėjo nerimo ir depresijos simptomai bei pagerėjo kūno pojūčių įsisąmoninimas. Tarptautiniu mastu plačiai cituojamas Strassel (2011) tyrimas parodė, kad ŠJT programos, taikytos asmenims su demencija, depresija, nerimo simptomais ir Parkinsono liga, pagerino dalyvių emocinę būklę ir sumažino nerimą. Panašias išvadas pateikė ir PSO užsakymu atlikta Fancourt & Finn (2019) apžvalga, kurioje nagrinėta daugiau nei 3000 tyrimų. Joje pabrėžiama, kad menų terapijos – įskaitant šokį - efektyviai prisideda prie nerimo mažinimo, emocinės reguliacijos ir geresnės gyvenimo kokybės įvairiose populiacijose.

Vis dėlto su diagnozuotais nerimo sutrikimais atliktų tyrimų vis dar trūksta – ypač suaugusiųjų ir moterų imtyse. Todėl būtina atlikti daugiau tyrimų, apjungiančių kiekybinius įrankius su kokybinėmis analizėmis, kurios atskleistų gilumines terapinio pokyčio dimensijas.

2. MIŠRUS TYRIMAS - ŠOKIO-JUDESIO TERAPIJOS POVEIKIS MOTERŲ PSICHOEMOCINEI SVEIKATAI

2.1 Tyrimo metodologija

2.1.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimui buvo surinkta grupė dalyvių, kurie užpildė registracijos formą, įkeltą socialiniuose tinkluose. Skelbimas kvietė nerimo sutrikimą turinčius suaugusius dalyvauti tyrime ir registruotis į grupinės ŠJT ciklą, trunkantį 10 savaičių, po 1 sesiją 1 kartą į savaitę. Taip pat socialiniuose tinkluose buvo kviečiama tapti šio tyrimo kontroline grupe ir užpildyti klausimynus du kartus (spalio ir gruodžio mėn.). Buvo atrinktos aštuonios dalyvės į tiriamąją ir aštuonios dalyvės į kontrolinę grupes. Šiam tyrimui buvo pasirinkta tikslinė atranka, kai respondentai atrenkami priklausomai nuo tyrimo tikslų (Silverman, 2011).

Tiriamąją grupę sudarė aštuonios 25–65 metų amžiaus moterys, atrinktos pagal šiuos kriterijus:

1. Teigia, jog turi diagnozuotą nerimo sutrikimą.
2. Savanoriškai sutinka dalyvauti tyrime, trunkančiame 10 savaičių.
3. Teigia, jog nedalyvauja kitose meno terapijose programose.
4. Teigia, jog gali dalyvauti visose 10 sesijų arba ne mažiau nei 8-iose sesijose.
5. Amžius nuo 18 m. iki 65 m.

Kontrolinę grupę sudarė aštuonios 23–43 metų amžiaus moterys, atrinktos pagal šiuos kriterijus:

1. Teigia, jog turi diagnozuotą nerimo sutrikimą
2. Savanoriškai sutinka dalyvauti tyrime, trunkančiame 10 savaičių.
3. Teigia, jog nedalyvauja kitose meno terapijose programose.
4. Amžius nuo 18 m. iki 65 m.

Lentelė nr. 1*Tiriamosios ir kontrolinės grupių dalyvių charakteristikos*

Tiriamosios grupės dalyvių sk., n=8,

Kontrolinės grupės dalyvių sk., n=8

	Tiriamoji grupė	Kontrolinė grupė
Amžius, m mediana(min; maks), vidurkis (SD)	27 (26; 65)	33,38 (6,4)
Išsilavinimas (proc. abs.sk):		
Aukštasis	100 proc. (8)	50 proc. (4)
Aukštesnysis		12,5 proc. (1)
Vidurinis		37,5 proc. (3)
Šeimyninė padėtis (proc. abs.sk):		
Našlė	12,5 proc. (1)	
Išsituokusi	12,5 proc. (1)	
Turi partnerį	12,5 proc. (1)	12,5 proc. (1)
Neturi partnerio	62,5 proc. (5)	12,5 proc. (1)
Vedusi		75 proc. (6)

Gyv. vietovė (proc. abs.sk):

Miestas	87,5 proc. (7)	62,5 proc. (5)
Miestelis	12,5 proc. (1)	
Kaimas		37,5 proc. (3)

Užimtumas (proc. abs.sk):

Dirbantis	62,5 proc. (5)	75 proc. (6)
Dirbantis ir Pensininkas	12,5 proc. (1)	
Dirbantis ir studentas	12,5 proc. (1)	
Bedarbis	12,5 proc. (1)	12,5 proc. (1)
Kita		12,5 proc. (1)

2.1.2 Tyrimo metodai

Buvo taikytas mišrus tyrimo būdas - kiekybinis ir kokybinis. Kiekybinis eksperimentinis tyrimas atliktas siekiant įvertinti moterų psichoemocinę sveikatą prieš ir po ŠJT terapijos, o moterų psichoemocinei savijautai ŠJT metu atskleisti atliktas teminė analizė - kokybinis tyrimas.

2.1.3 Tyrimo instrumentai

Demografinių duomenų anketa. Šią anketa sudarė keli klausimai apie pagrindines respondentų demografines charakteristikas. Klausimai buvo uždari su keliais pasirinkimo variantais.

Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė „GAD-7“ (angl. Generalised Anxiety Disorder-7). Lietuvišką skalės versiją pateikė Kristina Butkutė-Šliužienė (2019). GAD-7 - vertinimo skalė, skirta įvertinti nerimo sutrikimo simptomų sunkumą. Skalę sudaro 7 punktų klausimynas, kuriame atsakymai

yra įvertinti balais nuo 0 iki 3, pagal simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites. Atitinkamai pagal variantas (0 = „Visai nekamavo“ iki 3 = „Beveik kiekvieną dieną“) suskaičiuojamas bendras skalės įverčio suminis balas, kuris gali būti nuo 0 iki 21. Suminiai balai 0-5 parodo minimalų nerimo lygį, 5-9 lengvą lygį, 10-14 vidutinio sunkumo lygį ir 15-21 balai sunkų nerimo lygį (žr. 2 lentelė). Šią priemonę gali savarankiškai pildyti pats tiriamasis arba specialistas interviu metodu. Daug tyrimų pagrindžia šį instrumentą kaip patikimą naudingą ir veiksmingą nerimo sutrikimų diagnostinį įrankį bendrojoje populiacijoje. „GAD-7“ yra veiksminga priemonė generalizuoto nerimo sutrikimo diagnostikai ir jos sunkumo vertinimui klinikinėje praktikoje ir klinikiniuose tyrimuose. Šis klausimynas gali būti naudojamas ir kitiems nerimo sutrikimams (panikos sutrikimas, socialinis nerimas ir PTSS) nustatyti. „GAD-7“ klausimynas įvertina tokius simptomus kaip nervingumas, negalėjimas sustabdyti nerimo, pervargimas, dėmesio sutrikimai, dirglumas, raumenų įtampa ir miego problemos (Spitzer ir kt., 2006).

Lentelė nr. 2

GAD-7 vertinimo ribos (Spitzer ir kt., 2006)

Bendras balas	Nerimo lygis
0–4	Minimalus arba nėra nerimo
5–9	Lengvas nerimo lygis
10–14	Vidutinio sunkumo nerimas
15–21	Sunkus nerimo lygis

Depresiškumo, nerimo ir streso skalė (angl. Depression, Anxiety, and Stress scales, DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995). Lietuvišką skalės versiją pateikė Truskauskaitė-Kunevičienė ir kolegos (2019). Ši skalė yra skirta įvertinti depresijos, nerimo bei streso sunkumams. Instrumentas susideda iš 21 teiginio, padalytų į 3 subskales po 7 teiginius. Depresijos skalė matuoja disforiją, beviltiškumo jausmą, gyvenimo nuvertinimą, savęs nuvertinimą, susidomėjimo ar įsitraukimo stoką, anhedoniją, vangumą. Nerimo skalė matuoja autonominį susijaudinimą, kūno reakcijas, situacinį nerimą bei subjektyviai patiriamą nerimą. Streso skalė yra jautri chroniškam nespecifiniam susijaudinimo lygiui. Ji matuoja sunkumusatsipalaiduojant, nervinį susijaudinimą, staigų nuliūdimą, irzlumą ir per didelį reaktyvumą ar

nekantrumą. Atsakymai pateikiami 4 balų Likerto skalėje, įvertinant simptomų dažnumą per pastarąją savaitę. Norint apskaičiuoti įvertinti sunkumų lygį, DASS-21 balai turi būti padauginėti iš 2.

Lentelė nr. 3

DASS-21 vertinimo ribos

	Depresija	Nerimas	Stresas
Normalus lygis	0-9	0-7	0-14
Švelnus lygis	10-13	8-9	15-18
Vidutinis lygis	14-20	10-14	19-25
Sunkus lygis	21-27	15-19	26-33
Labai sunkus lygis	28+	20+	34+

Dviejų skirtingų nerimo skalių naudojimas

Šiame tyrime buvo naudojamos dvi skirtingos nerimo skalės. GAD-7, sukurta remiantis DSM-IV generalizuoto nerimo sutrikimo (GAD) diagnostiniais kriterijais, daugiausia dėmesio skiria kognityviniams ir emociniams simptomams, tokiems kaip įkylrus nerimas, sunkumas jį kontroliuoti, dirglumas ir nuolatinis susirūpinimas (Spitzer ir kt., 2006). 2.1.4 Tyrimo eiga

Tyrimas buvo pradėtas 2024 m. rugsėjo mėn., baigtas 2025 gegužės mėn. Tyrimą sudarė trys etapai. Pirmojo etapo metu nuo 2024 m. rugsėjo mėn. buvo renkama ir analizuojama su moksliniu darbu susijusi literatūra, atrinkti klausimynai, sudaroma demografinių duomenų anketa bei ŠJT programa. Taip pat šio etapo metu buvo ieškoma tyrimui vykdyti tinkama patalpa, sukurtas, paskelbtas skelbimas ir atrinkti tyrimo dalyviai. Antrojo etapo metu 2024 spalio mėn. prieš pirmąją ŠJT sesiją tiriamoji grupė užpildė klausimynus ir sutikimo formą dalyvauti tyrime, o kontrolinei grupei klausimynai buvo išsiųsti el. paštu. Vykdoma 10 ŠJT sesijų. 2024 gruodžio mėn. po paskutinės sesijos el. paštu buvo išsiųsti klausimynai tiriamajai ir kontrolinei grupėms. Trečiojo etapo metu 2024 m. gruodžio 14 d.-2025 m. sausio 16 d. buvo vykdomi interviu su kiekviena tiriamosios grupės dalyve. 2025 m. vasario-gegužės

mėn. gautų užpildytų klausimų duomenys buvo analizuojami, susisteminti rezultatai ir formuluojamos išvados. Taip pat šiuo etapu metu buvo transkribuojami bei koduojami interviu, išskiriamos potėmės ir temos.

2.1.5 Tyrimo duomenų rinkimas

Kiekybinio tyrimo duomenys buvo gauti klausimynų būdu. Kokybinio tyrimo duomenys buvo gauti pusiau struktūruoto interviu būdu. Šis interviu būdas buvo pasirinktas atsižvelgiant į tyrimo imties dydį ir tyrimo uždavinius. Pusiau struktūruoti interviu suteikia galimybę dalyviams kelti klausimus ar temas, kurių tyrėjas galbūt nenumatė, ir leidžia surinkti turtingus, detalius dalyvių patirčių pasakojimus (Braun & Clarke, 2006). Individualūs interviu buvo vykdomi po ŠJT ciklo - gruodžio ir sausio mėnesiais. Interviu trukmė skirtinga, nuo 31 minutės iki 1 valandos 16 minučių. Gyvų interviu metu pokalbio pradžioje buvo akcentuojamas interviu konfidencialumas, gautas žodinis sutikimas dalyvauti tyrime.

2.1.6 Duomenų analizės metodai

Surinkti tyrimo duomenys suvesti ir analizuojami Google skaičiuoklės duomenų programoje, naudojama GraphPad Software skaičiuoklė. Kiekvienas atvejis buvo klasifikuotas pagal simptomų dinamiką – ar simptomų lygis palengvėjo ar pasunkėjo. Kategoriniams duomenims buvo naudojamas McNemar testas. Gautiems skaitmeniniams duomenims buvo taikoma porinių imčių analizė, siekiant įvertinti pokyčius prieš terapiją ir po terapijos kiekvienoje grupėje atskirai. Kadangi duomenys atitiko normalumo prielaidą pagal Shapiro–Wilk testą, simptomų pokyčiai buvo analizuojami naudojant suporuotų imčių t-testą. Šiam pokyčiui buvo apskaičiuotas Cohen'o d standartizuotas efekto dydis, leidžiantis įvertinti terapinio pokyčio stiprumą. Efekto dydis buvo interpretuojamas pagal Cohen (1988) kriterijus: 0.2 – mažas, 0.5 – vidutinis, 0.8 – didelis. Taip pat buvo apskaičiuotas pokyčio skirtumas tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių ir jo statistinis reikšmingumas. Jeigu pokyčio duomenys atitiko normalumo prielaidą, grupių palyginimui buvo taikytas nepriklausomų imčių t-testas. Kai normalumo prielaida nebuvo tenkinama, buvo taikytas neparametrinis Mann–Whitney U testas. Duomenys laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p \leq 0,05$.

Kokybinio tyrimo pasirinktas metodas buvo teminė analizė, kuris suteikia galimybę interpretuoti duomenis ne tik socialiniu, bet ir psichologiniu lygmeniu. Ši analizė gali padėti apibendrinti pagrindines didelės apimties duomenų ypatybes bei atskleisti netikėtų įžvalgų. Teminė analizė gali būti naudojama

tyrinėti dalyvių požiūrius, suprasti jų patirtis ir prasmes. Šį metodą sudaro šešios fazės: susipažinimas su duomenimis, kodų generavimas, temų paieška, temų peržiūra, temų apibrėžimas ir įvardinimas, ataskaitos parengimas (Braun & Clarke, 2006).

2.1.7 Tyrimo etiniai aspektai

Visi tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tikslą, duomenų rinkimo procesą ir galimybę pasitraukti iš tyrimo. Prieš terapines sesijas buvo gauti raštiški sutikimai dalyvauti tyrime (žr. 4 priedą). Visos tyrimo sąlygos buvo paaiškintos suprantama kalba, dalyviai galėjo užduoti klausimus prieš duodami sutikimą.

Prieš kiekvieną interviu buvo gauti žodiniai sutikimai įrašyti pokalbius, informuojant dalyvius, kad bet kuriuo metu galima sustabdyti įrašymą. Taip pat dalyviai buvo supažindinti su galimybe atsisakyti dalyvauti tyrime per tris dienas po interviu. Interviu procese buvo naudojami ir atviri klausimai, skatinantys dalyvius išreikšti tai, kas jiems svarbu. Siekiant užtikrinti dalyvių anonimiškumą vardai buvo pakeisti. Analizuojant duomenis buvo vengiama asmeninių nuostatų ir išankstinio suvokimo įtakos duomenims.

2.2 Tyrimo rezultatų analizė

2.2.1 Nerimo simptomai pagal GAD-7 klausimyną

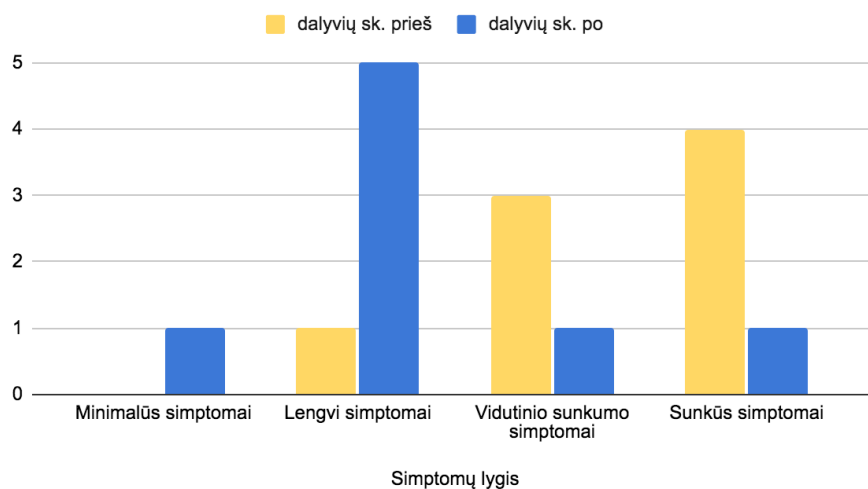
Prieš ŠJT dešimties sesijų ciklą tiriamosios grupės dalyvių nerimo simptomų sunkumas svyravo nuo lengvo iki sunkaus. Lengvo sunkumo nerimo simptomai buvo nustatyti vienai dalyvei, vidutinio sunkumo - trims dalyvėms, sunkūs simptomai - keturioms dalyvėms. Po terapijos minimalūs simptomai buvo nustatyti vienai dalyvei, lengvi simptomai - vienai dalyvei, vidutinio sunkumo - penkioms dalyvėms ir sunkūs - vienai dalyvei (žr. 1 pav.). Nustatyta, kad simptomų lygis palengvėjo šešioms dalyvėms, nė vienai dalyvei nepablogėjo, o dviems dalyvėms išliko nepakitę - tokio pat lygio simptomai. Rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą, $p = 0,041$ t. y. po ŠJT nerimo simptomų lygis statistiškai reikšmingai sumažėjo (žr. 4 lent.).

Kontrolinėje grupėje nerimo simptomų sunkumas svyravo nuo lengvo iki sunkaus. Prieš terapiją lengvi nerimo simptomai buvo nustatyti dviems respondentams, vidutinio sunkumo - trims, sunkūs - trims. Po 10 savaičių lengvi nerimo simptomai buvo nustatyti dviems respondentams, vidutinio sunkumo - keturiems, sunkūs - dviems (žr. 2 pav.). Buvo pastebėtas dviejų tyrimo dalyvių nerimo simptomų lygio

palengvėjimas, trijų dalyvių simptomų sunkumas padidėjo ir trijų dalyvių simptomų lygis nepasikeitė. Rezultatai parodė statistiškai nereikšmingą skirtumą, $p > 0,999$ t. y. kontrolinės grupės simptomų sunkumo lygis statistiškai reikšmingai nekito (žr. 4 lent.).

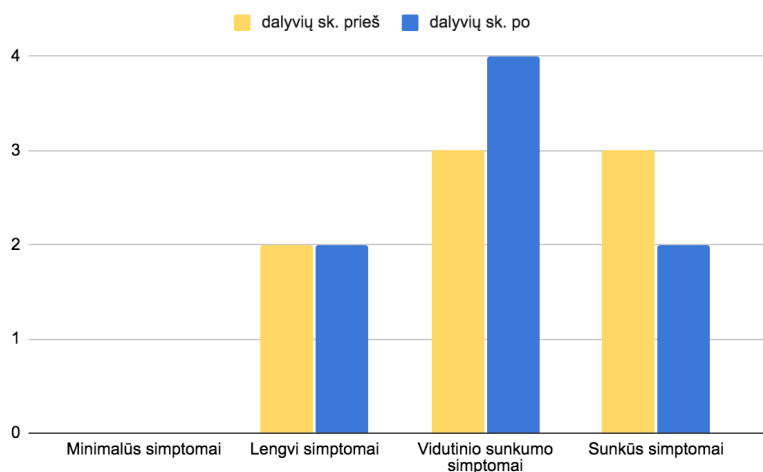
Paveikslas nr. 1

Dalyvių pasiskirstymas pagal nerimo simptomų sunkumą tiriamojoje grupėje GAD-7



Paveikslas nr. 2

Dalyvių pasiskirstymas pagal nerimo simptomų sunkumą kontrolinėje grupėje GAD-7



Lentelė nr. 4*Nerimo simptomų lygio dinamika*

	Tiriamoji grupė			Kontrolinė grupė		
Simptomų lygio dinamika	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė
Pagerėjo (lengvesnis simptomų lygis)	6	75 proc.	p =0,041	2	25 proc.	p>0,999
Nepasikeitė simptomų lygis	2	25 proc.		3	37,5 proc.	
Pablogėjo	-	-		3	37,5 proc.	

Tyrimo dalyvių nerimo simptomų išreikštumas balais

Įvertinus tiriamosios grupės nerimo GAD-7 skalės įverčius balais (žr. 5 lent.), nustatytas statistiškai reikšmingas nerimo simptomų sumažėjimas po terapijos, kurio standartizuotas efekto dydis – labai didelis (2,6). O įvertinus kontrolinės grupės nerimo GAD-7 skalės įverčius balais (žr. 5 lent.), nustatytas statistiškai nereikšmingas nerimo simptomų sumažėjimas po terapijos, kurio standartizuotas efekto dydis – mažas (0,09) (žr. 5 lent.).

Lentelė nr. 5*Tyrimo dalyvių nerimo simptomų (GAD-7) išreikštumas balais*

	Prieš terapiją ($\bar{X}$, PI)	Po terapijos ($\bar{X}$, PI)	Pokytis ($\bar{X}$, PI)	P reikšmė	Efekto dydis
Tiriamoji grupė	14 (12,3; 15,7)	7,8 (5,5; 10,1)	6,3 (3,6; 8,9)	p<0,001	2,6
Kontrolinė grupė	13,75 (9,3; 18,2)	13,25 (9,07; 17,4)	0,5 (-3,6; 4,6)	0,800	0,1

Pokyčio skirtumas tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių buvo statistiškai reikšmingas, $p = 0,014$. Tiriamosios grupės dalyvės po intervencijos patyrė vidutiniškai didesnę nerimo simptomų sumažėjimą ($X = 6,25$, $SD = 3,15$) nei kontrolinės grupės dalyvės ($X = 0,5$, $SD = 4,87$) (žr. 6 lent.).

Lentelė nr. 6*Pokytis tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių nerimo simptomų*

	$\bar{X}$	SD	Pokytis	P
Tiriamoji grupė	6,25	3,15	5,75	0,014
Kontrolinė grupė	0,5	4,87		

2.2.2 Nerimo sunkumai (DASS-21 subskalė)

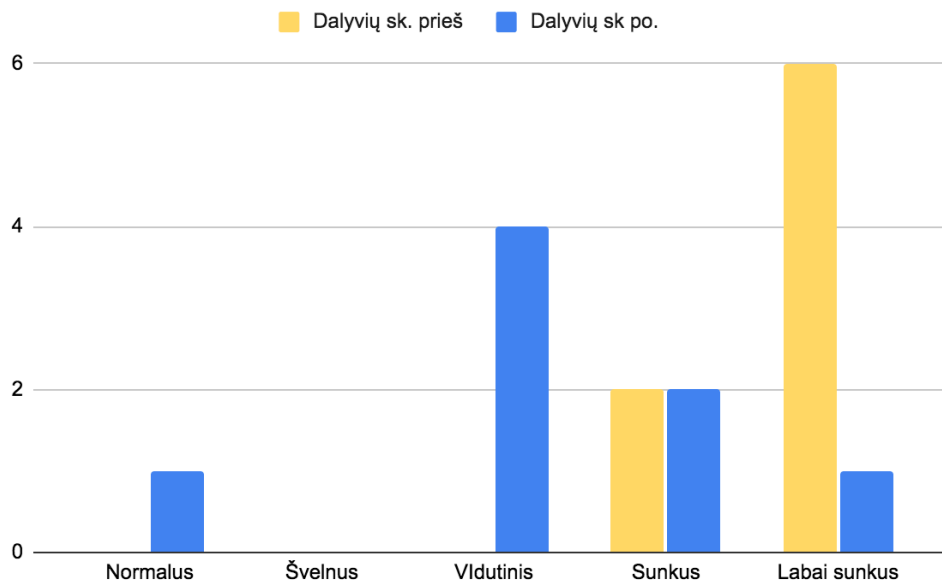
Prieš ŠJT dešimties sesijų ciklą tyrimo dalyvių nerimo sunkumų lygis svyravo nuo sunkaus iki labai sunkaus. Sunkus lygis buvo nustatytas dviems dalyvėms, labai sunkaus - šešioms tyrimo dalyvėms. Po terapijos normalus nerimo sunkumų lygis buvo nustatytas vienai dalyvei, vidutinis lygis - keturioms dalyvėms, sunkus lygis - dviems dalyvėms ir sunkūs - vienai dalyvei (žr. 3 pav.).

Nustatyta, kad simptomų lygis palengvėjo 6 dalyviams, nė vienam nepablogėjo, o dviems dalyviams išliko nepakitęs-tokio pat lygio simptomai. Rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą, $p=0,041$ t. y. po ŠJT nerimo sunkumų lygis statistiškai reikšmingai sumažėjo (žr. 7 lent.).

Kontrolinėje grupėje nerimo sunkumo lygis svyravo nuo vidutinio iki sunkaus. Prieš terapiją vidutinio lygio sunkumai buvo nustatyti vienai respondentei, sunkaus lygio vienai respondentei, labai sunkaus lygio - šešioms respondentėms. Po 10 savaičių sunkumų lygis buvo nustatytas toks pat (žr. 4 pav.). Buvo pastebėtas vienos kontrolinės grupės dalyvių nerimo simptomų palengvėjimas, šešioms dalyviams sunkumų lygis nepakito, vienai dalyvei sunkumų lygis padidėjo. Rezultatai parodė statistiškai nereikšmingą skirtumą, $p>0,999$ t. y. kontrolinės grupės simptomų sunkumo lygis statistiškai reikšmingai nekito (žr. 7 lent.).

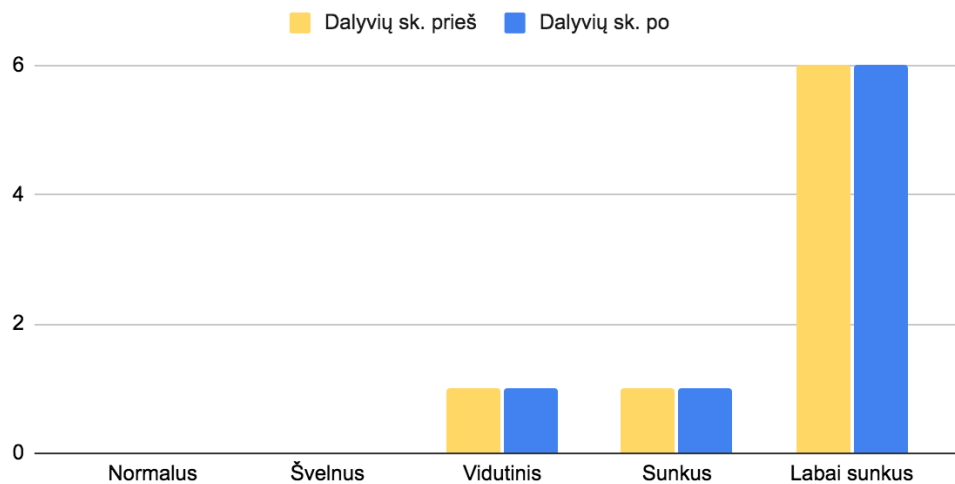
Paveikslas nr. 3.

Dalyvių pasiskirstymas pagal nerimo sunkumų lygį (DASS-21) tiriamajoje grupėje



Paveikslas nr. 4

Dalyvių pasiskirstymas pagal nerimo sunkumų lygį (DASS-21) kontrolinėje grupėje



Lentelė nr. 7*Nerimo sunkumų (DASS-21) lygio dinamika*

	Tiriamoji grupė			Kontrolinė grupė		
Simptomų lygio dinamika	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė
Pagerėjo (lengvesnis simptomų lygis)	6	75 proc.	p = 0,041	1	12,5 proc.	p > 0,999
Nepasikeitė lygis	2	25 proc.		6	75 proc.	
Pablogėjo	-	-		1	12,5 proc.	

Tyrimo dalyvių nerimo simptomų išreikštumas balais

Įvertinus tiriamosios grupės nerimo DASS-21 skalės įverčius balais (žr. 8 lent.), nustatytas statistiškai reikšmingas nerimo simptomų sumažėjimas po terapijos, kurio standartizuotas efekto dydis – labai didelis (1,87). O įvertinus kontrolinės grupės nerimo DASS-21 skalės įverčius balais (žr. 8 lent.), nustatytas statistiškai nereikšmingas nerimo simptomų sumažėjimas, kurio standartizuotas efekto dydis – mažas (0,27).

Lentelė nr. 8*Tyrimo dalyvių nerimo sunkumų (DASS-21) išreikštumas balais*

	Prieš terapiją ($\bar{X}$, PI)	Po terapijos ($\bar{X}$, PI)	Pokytis ($\bar{X}$, PI)	P reikšmė	Efekto dydis
Tiriamoji grupė	11,9 (9,6; 14,1)	6,9 (4,67; 9,09)	5 (2,81; 7,19)	p < 0,001	1,87
Kontrolinė grupė	12,8 (9,6; 16)	11,8 (9,3; 14,3)	1 (-0,84; 2,84)	0,24	0,27

Pokyčio skirtumas tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių buvo statistiškai reikšmingas, $p = 0,005$. Tiriamosios grupės dalyvės po intervencijos patyrė vidutiniškai didesnę nerimo simptomų sumažėjimą ($\bar{X} = 5$, $SD = 2,62$) nei kontrolinės grupės dalyvės ($\bar{X} = 1$, $SD = 2,2$) (žr. 9 lent.).

Lentelė nr. 9

Pokytis tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių nerimo sunkumo lygio pokyčio

	$\bar{X}$	SD	Pokytis	P
Tiriamoji grupė	5	2,62	4	0,005
Kontrolinė grupė	1	2,20		

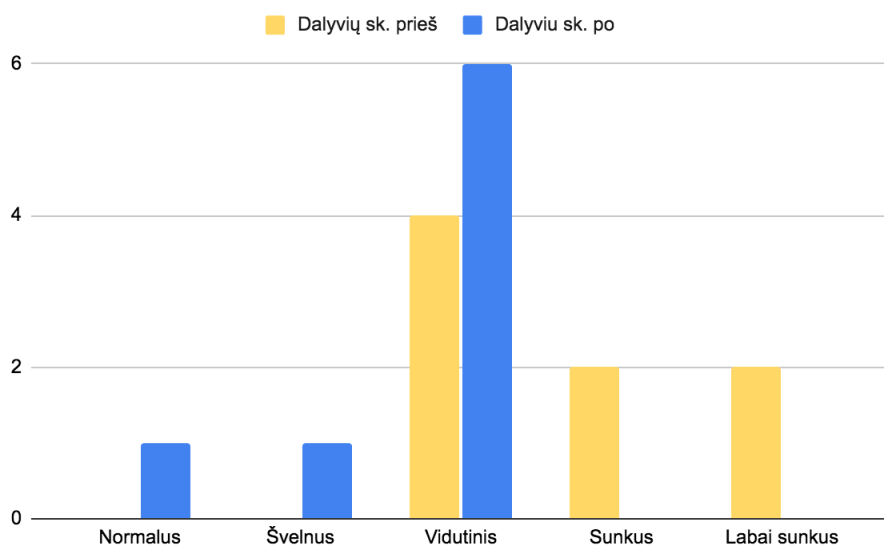
2.2.3 Depresijos sunkumai (DASS-21 subskalė)

Prieš ŠJT dešimties sesijų ciklą tyrimo dalyvių depresijos sunkumų lygis svyravo nuo vidutinio iki labai sunkaus. Vidutinis lygis buvo nustatytas keturioms dalyvėms, sunkus lygis buvo nustatytas dviem dalyvėms, labai sunkus - dviem tyrimo dalyvėms. Po terapijos normalus sunkumų lygis buvo nustatyti vienai dalyvei, švelnus lygis - vienai dalyvei, vidutinis lygis - šešioms dalyvėms (žr. 5 pav.). Nustatyta, kad simptomų lygis palengvėjo šešioms dalyvėms, nė vienai nepablogėjo, o dviem dalyvėms išliko nepakitęs. Rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą, $p=0,041$ t. y. po ŠJT depresijos sunkumų lygis statistiškai reikšmingai sumažėjo (žr. 10 lentelė).

Kontrolinėje grupėje depresijos sunkumų lygis svyravo nuo normalaus iki labai sunkaus. Prieš terapiją normalaus lygio sunkumai buvo nustatyti vienai dalyvei, švelnaus lygio - vienai dalyvei, vidutinio lygio - vienai dalyvei, sunkaus lygio - vienai dalyvei ir labai sunkaus lygio - keturioms dalyvėms. Po 10 savaičių normalaus lygio sunkumai buvo nustatyti vienai respondentei, švelnaus lygio - vienai dalyvei, vidutinio lygio - vienai dalyvei, labai sunkaus lygio - penkioms dalyvėms (žr. 6 pav.). Buvo pastebėtas dviejų kontrolinės grupės dalyvių depresijos lygio padidėjimas, šešioms dalyvėms sunkumų lygis nepakito. Rezultatai parodė statistiškai nereikšmingą skirtumą, $p = 0,48$ t. y. kontrolinės grupės depresijos sunkumo lygis nekito (žr. 10 lent.).

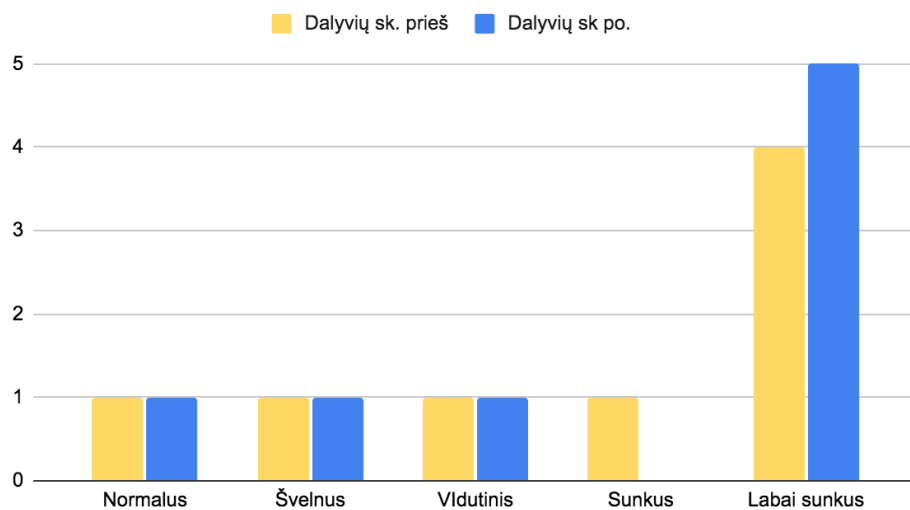
Paveikslas nr. 5

Dalyvių pasiskirstymas pagal depresijos sunkumų lygį tiriamojoje grupėje



Paveikslas nr. 6

Dalyvių pasiskirstymas pagal depresijos sunkumų lygį kontrolinėje grupėje



Lentelė nr. 10*Depresijos sunkumų lygio dinamika*

	Tiriamoji grupė			Kontrolinė grupė		
Simptomų lygio dinamika	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė
Pagerėjo (lengvesnis simptomų lygis)	6	75 proc.	p =0,041	-	-	p=0,48
Nepasikeitė lygis	2	25 proc.		6	75 proc.	
Pablogėjo	-	-		2	25 proc.	

Tyrimo dalyvių depresijos sunkumų išreikštumas balais

Įvertinus tiriamosios grupės depresijos DASS-21 skalės įverčius balais (žr. 11 lent.), nustatytas statistiškai reikšmingas depresijos sunkumų sumažėjimas po terapijos, kurio standartizuotas efekto dydis – didelis (1,5). O įvertinus kontrolinės grupės depresijos DASS-21 skalės įverčius balais (žr. 11 lent.), nustatytas statistiškai nereikšmingas depresijos simptomų sumažėjimas, kurio standartizuotas efekto dydis – mažas(0,006).

Lentelė nr. 11*Tyrimo dalyvių depresijos sunkumų išreikštumas balais*

	Prieš terapiją ($\bar{X}$, PI)	Po terapijos ($\bar{X}$,	Pokytis ($\bar{X}$, PI)	P reikšmė	Efekto dydis
--	----------------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------	--------------

Tiriamoji grupė	11,5 (8,74; 14,26)	7,25 (5,54; 8,97)	3 (2,6; 5,9)	0,008	1,5
Kontrolinė grupė	12,4 (7,2; 17,6)	12,5 (7;17,9)	-0,3 (-2,4; 1,8)	0,899	0,006

Pokyčio skirtumas tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių buvo statistiškai reikšmingas, $U=4,5$, $z = 2,84$, $p < 0,005$. Tiriamosios grupės dalyvės po intervencijos patyrė vidutiniškai didesnę depresijos sunkumų sumažėjimą ($M = 5$, IQE 2,5-6,5) nei kontrolinės grupės dalyvės ($M = 0$, IQR -2 - 1,5) (žr. 12 lent.).

Lentelė nr. 12

Pokytis tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių depresijos sunkumo lygio pokyčio

	M	IQR	U	z	P
Tiriamoji grupė	3	2,5 - 6,5	4.5	2,84	<0,05
Kontrolinė grupė	0	-2 - 1,5			

2.2.4 Streso sunkumai (DASS-21 subskalė)

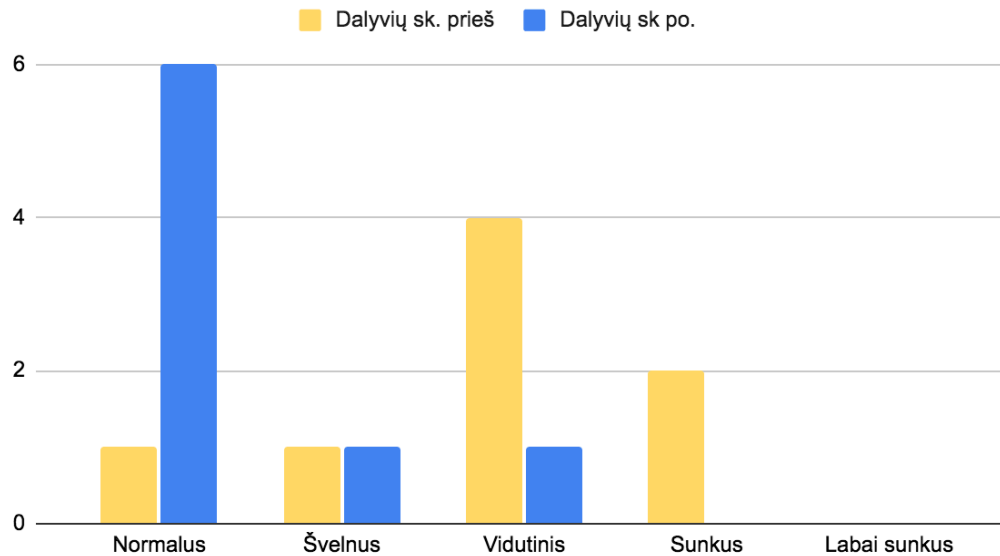
Prieš ŠJT dešimties sesijų ciklą tyrimo dalyvių streso sunkumų lygis svyravo nuo normalaus iki sunkaus. Normalus lygis buvo nustatytas vienai dalyvei, švelnus lygis - vienai dalyvei, vidutinis lygis buvo nustatytas keturioms dalyvėms ir sunkus lygis buvo nustatytas dviem dalyvėms. Po terapijos normalus sunkumų lygis buvo nustatytas šešioms dalyvėms, švelnus lygis -vienai dalyvei ir vidutinis lygis - vienai dalyvei (žr. 7 pav). Nustatyta, kad simptomų lygis palengvėjo šešioms dalyvėms, nė vienai nepablogėjo, o dviem dalyvėms išliko nepakitęs. Rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą, $p = 0,041$ t. y. ŠJT turėjo teigiamą poveikį streso sunkumo lygio sumažėjimui (žr. 13 lent.).

Kontrolinėje grupėje streso sunkumų lygis svyravo nuo normalaus iki labai sunkaus. Prieš terapiją normalaus lygio sunkumai buvo nustatyti vienai dalyvei, vidutinio lygio - dviem dalyvėms, sunkaus lygio - dviem dalyvėms ir labai sunkaus lygio - trims dalyvėms. Po 10 savičių normalaus lygio sunkumai buvo nustatyti vienai respondentei, vidutinio lygio - dviem dalyvėms, sunkaus lygio - dviem dalyvėms, labai sunkaus lygio- trims dalyvėms (žr. 8 pav.). Buvo pastebėtas dviejų kontrolinės grupės

dalyvių streso lygio padidėjimas, šešioms dalyvėms sunkumų lygis nepakito. Rezultatai parodė statistiškai nereikšmingą skirtumą, $p = 0,48$ t. y. kontrolinės grupės streso sunkumų lygis statistiškai reikšmingai nekito (žr. 13 lent.).

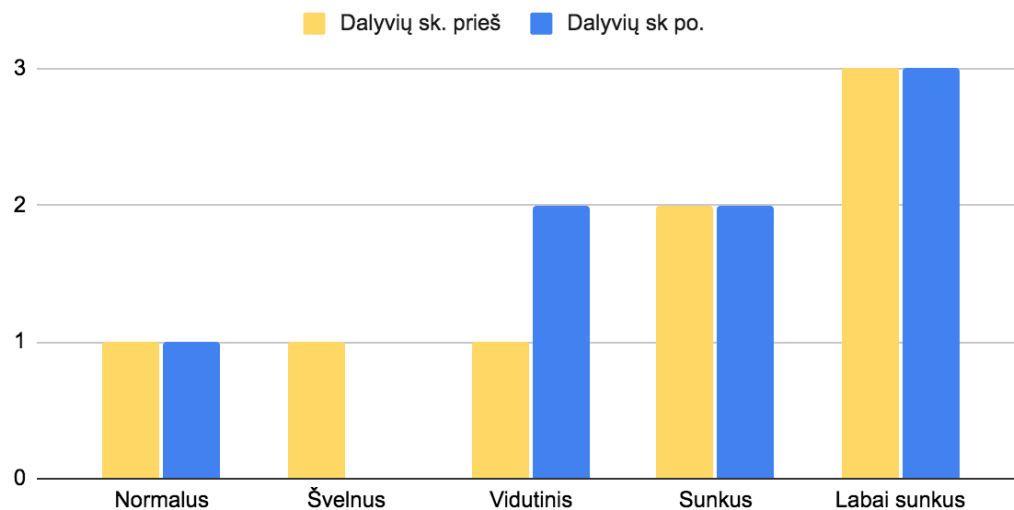
Paveikslas nr. 7

Dalyvių pasiskirstymas pagal streso sunkumų lygį tiriamajoje grupėje



Paveikslas nr. 8

Dalyvių pasiskirstymas pagal streso sunkumų lygį kontrolinėje grupėje



Lentelė nr. 13*Streso sunkumų lygio dinamika*

	Tiriamoji grupė			Kontrolinė grupė		
Simptomų lygio dinamika	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė	Dalyvių sk.	Proc. dalis	P reikšmė
Pagerėjo (lengvesnis simptomų lygis)	6	75 proc.	p =0,041	-	-	p=0,48
Nepasikeitė lygis	2	25 proc.		6	75 proc.	
Pablogėjo	-	-		2	25 proc.	

Tyrimo dalyvių streso simptomų išreikštumas balais

Įvertinus tiriamosios grupės streso DASS-21 skalės įverčius balais (žr. 14 lent.), nustatytas statistiškai reikšmingas streso sunkumų sumažėjimas po terapijos, kurio standartizuotas efekto dydis – didelis (1,5). O įvertinus kontrolinės grupės streso DASS-21 skalės įverčius balais (žr. 14 lent.), nustatytas statistiškai nereikšmingas streso sunkumų sumažėjimas, kurio standartizuotas efekto dydis - mažas (0,001).

Lentelė nr. 14*Tyrimo dalyvių streso sunkumų išreikštumas balais*

	Prieš terapiją ($\bar{X}$, PI)	Po terapijos ($\bar{X}$, PI)	Pokytis ($\bar{X}$, PI)	P reikšmė	Efekto dydis
Tiriamoji grupė	11,4 (8,48; 14,29)	7,5 (5,71; 9,29)	3,6 (1,37; 6,38)	0,008	1,35

Kontrolinė grupė	14 (9,8; 18,2)	14,5 (11,15; 17,8)	-0,5 (-5,94; 4,94)	0,847	0,001
------------------	----------------	--------------------	--------------------	-------	-------

Nustatytas pokyčio skirtumas tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių (4,1) statistiškai reikšmingas, $t = 2,7$, $p = 0,018$. Tiriamosios grupės dalyvės po intervencijos patyrė vidutiniškai didesnę streso simptomų sumažėjimą ($X = 3,6$, $SD = 3,07$) nei kontrolinės grupės dalyvės ($X = -0,5$, $SD = 3,07$) (žr. 15 lent.).

Lentelė nr. 15

Pokytis tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių streso sunkumo lygio pokyčio

	$\bar{X}$	SD	Pokytis	P
Tiriamoji grupė	3,6	3,07	4,1	0,018
Kontrolinė grupė	-0,5	3,07		

2.2.5 Kokybinio tyrimo rezultatai

Atlikus interviu analizę atsiskleidė trys ryškiausios temos: Kūnas - nerimo atspindys ir atramos taškas terapijoje; Santykio su nerimu ir savimi pokyčiai terapijos metu; Judesys kaip emocijų raiškos ir savireguliacijos priemonė.

1. KŪNAS - NERIMO ATSPINDYS IR ATRAMOS TAŠKAS TERAPIJOJE

Šioje, pirmoje temoje, iškyla kūno svarba - kūnas buvo svarbus kaip nerimo atspindys, o ŠJT padėjo atrasti saugumą ir sąmoningumą per kūno pojūčius. Nerimas dažnai pasireiškia kūniškai – kaip įtampa, sustingimas, skausmas ar kvėpavimo sunkumai. ŠJT metu kūnas buvo išgyvenamas kaip tiesioginė nerimo išraiškos vieta, tačiau kartu tapo ir atrama sveikimo procese. Dalyvės dalinosi, jog atrado saugumo jausmą kūne, pradėjo labiau pasitikėti savo kūno signalais bei ugdė dėmesingumą kūniškai patiriamiems pojūčiams. Tai atsispindi iš interviu su tyrimo dalyvėmis, kurie aprašomi šioje temoje. Tema skirstoma į tris potemes: pirmą - nerimas paveikia kūną, antrą - atrastas saugumas kūne, trečią - atrastas kūno sąmoningumas. Toliau bus pateikiami šių potemių aprašymai su dalyvių pasidalintomis patirtimis, mintimis bei piešiniais su refleksijomis.

1) Nerimas paveikia kūną

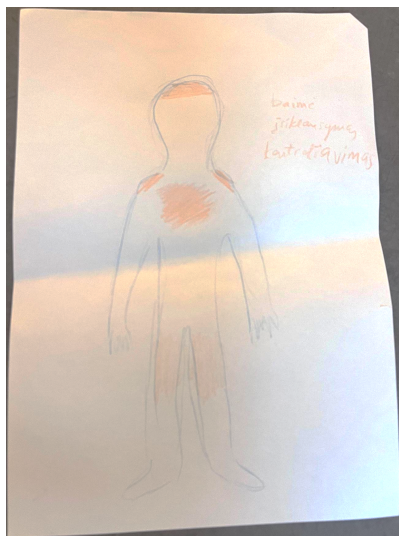
Dalyvių patirtys atskleidė, kad nerimas reikšmingai paveikia jų kūno būseną, sukeldamas fizinius simptomus. Kūnas buvo įvardijamas kaip pagrindinė vieta, kurioje per įtampą, sustingimą ir fizinius skausmus, pasireiškia nerimas.

Kotryna dalinosi, jog prieš pradėdama ŠJT jautė didelį stresą ir nerimą, kuris tiesiogiai sukėlė somatinius simptomus: *„prieš sesijas turbūt jaučiau didelį stresą gyvenime, daug nerimo, kuris jau buvo tasai manifestavęs į kūno pojūčius, įtampą kūne ir sunkumą miegoti, daug tokių, nerimas perėjo iš minčių į kūną, kuris man tai reiškia, jog buvo didelis nerimas, peržengimas ribos. <...> Daug iš fizinių pojūčių, gal tiesiog, kad tų širdies perplakimų, permušimų, didesnių, kurie mane dar išgąsdino, oro trūkumo jausmas, skausmų somatinių, krūtinės srityje. Įtampų, jo, toks gan sunkus jausmas.“* Ona taip pat minėjo, kad ilgalaikiai skausmai nugaroje buvo susiję su psichosomatika, dėl to buvo didelis noras išlaisvinti kūną: *„norėjosi man tiesiog gal, kad laisvumo daugiau, daugiau tame kūne atsirastų, nes ten, aš ir tų už nugaros didelių skausmų turėjus, kur ten didžiąja dalimi turbūt psichosomatika“.*

Aistė įvardijo, kad nerimas tiesiogiai veikia kūno laisvumą - sukelia sustingimą: *„tas nerimas mane visada labai sustingdo“.* O Solveiga reflektavo apie terapijos naudą ta pačia tema pabrėždama kūno ir nerimo neatsiejamumą: *„Man atrodo tikrai, kad padėjo, nes nerimas yra visiškai susijęs su kūnu arba jis kyla iš kūno, jeigu jis nekyla iš kūno - jis padaro didelę įtaką kūnui, jis tave surakina“.* Kotryna terapijos metu patyrė, jog nerimą galima geriau suprasti per dėmesingumą kūnui: *„Turbūt kas paprasčiausias vien ta patirtis, kad tu esi visą laiką terapijos su savo kūnu čia ir dabar, grynai per kūną. Va kas man nerimas yra grynai apie kūną.“*

9 pav.

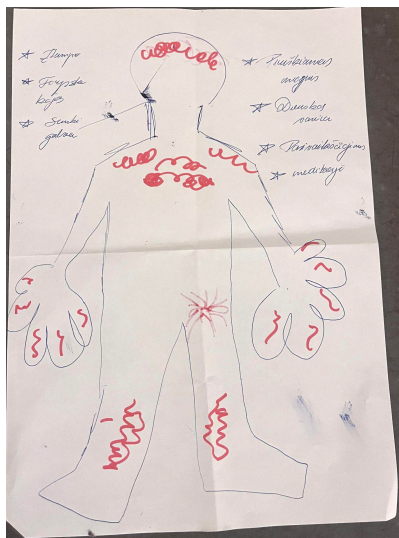
Penktos sesijos refleksija „Nerimas kūne“ (Kotryna)



Kotryna reflektuoja apie nerimo kūne pobūdį: „Bandžiau atsiminti, pažymėti kaip labiausiai kūne jaučiu nerimą, nebūtinai jis būna vienu metu, kažkaip atrodo skirtingo pobūdžio tie nerimai. Bet labiausiai, taip, krūtinėje, tai turbūt apie širdies nemalonumus, įtampas ir skausmus, didelį pulsą, pečiuose įtampa, kuri irgi turbūt kitokia, bet vėlgi susijusi kai būna ypač ilgalaikis nerimas, tas toksai susitraukimas, tas kontrolės jausmas išskylantis. Galvą pažymėjau, nes man būna ne tai kad svaigimų, bet atrodo per rūką viskas, atrodo šalmas uždėtas, kartais atrodo ant minčių ir net fiziškai jaučiasi kartais, ir lengvai ir kojas pažymėjau. Tam tikrose temose asmeninėje terapijoje išskyla, kad būna tokia vibracija ar įtampa būtent šlaunyse atsiranda. Baimė, įsiklausymas į pojūčius, kur katastrofizuoju juos kartais, ir kontroliavimas, jei kažkas ne taip, tai iškart reikia pakeisti, sukontroliuoti tuos fizinius pojūčius.“

10 pav.

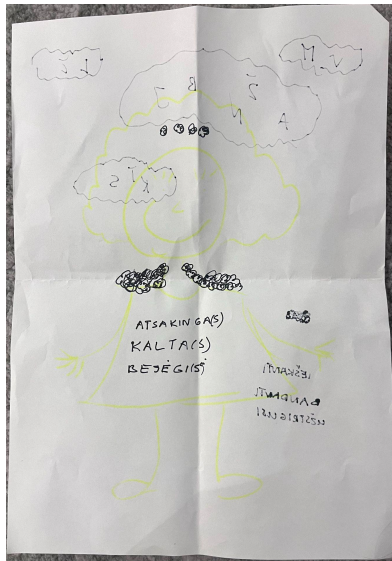
Penktos sesijos refleksija „Nerimas kūne“ (Emilija)



Emilija reflektuoja apie nerimo kūne pobūdį: „*Nerimas pas mane reiškias galvoje - skauda galvą, pereina į nugarą, pereina į apatinę nugaros dalį, kojas dar traukia. Ir tai man asocijuojasi su įtampa, tirpsta koja, sunki galva. Nu ir kaip aš sprendžiu: purškiamas magnis, druskos vonia, pasivaikščiojimas, meditacija.*”

11 pav.

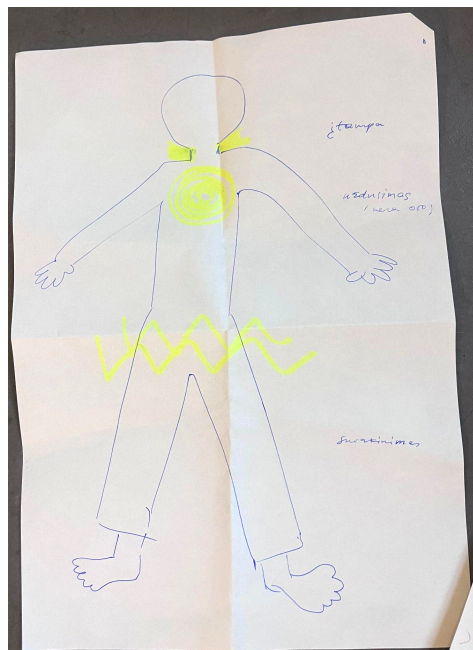
Penktos sesijos refleksija „Nerimas kūne” (Solveiga)



Solveiga reflektuoja apie nerimo kūne pobūdį: „*Pas mane yra viskas pečiuose labiausiai, turiu problemų su nugarą, man net tirpsta kairė pusė, <...>galvojau gal man tarpšonkaulinių nervų šaknelių uždegimas, bet man iki šiol tai tęsiasi. O man dabar yra, kad viskas užsispaudę, <...>dabar turiu tuos neuralginius skausmus, kur man ten per ausį. Prieš kelis metus pradėjo skaudėti ausį, pradžioj galvojo, kad uždegimas, po to man pasakė, kad ten yra neuralginiai skausmai, nes man būna, kad galvą pradeda skaudėti, kairė pusė. Man yra užsispaudęs turbūt nervas kažkoks ir taip yra. Mano nerimas yra fiziškai pridaręs daug bėdų, bet labiausiai jaučiu, kad būtent pečiai ir kairė pusė. Kažkoks atsakingumas, tas atsakingumas ir siejasi su kalte, kad tu esi atsakingas už kažką. Aš jaučiu daug atsakomybės už viską, kad aš viską turiu išspręsti, kad aš turiu padaryti, ir jaučiu tokį spaudimą, našta ant savęs, kad čia tavo darbas yra tai padaryti... Tai siejasi irgi su tuo kaltumu. Nu ir to bejėgiškumo, nes negali to išspręsti, tai čia tie trys žodžiai, kurie yra nerimo ištakos.*”

12 pav.

Penktos sesijos refleksija „Nerimas kūne” (Teresė)



Teresė reflektuoja apie nerimo kūne pobūdį: „Nerimas, kur įtampa, kaklą skaudėjo, ir po keturių darbo dienų jautėsi, ir toks galvos skausmas, tai pasižimejau tas erdves kur kažkokia įtampa, uždusimas, surakinimas klubuose”.

2) Atrastas saugumas kūne

Dalyvės dalinosi, kad ŠJT metu atrado saugumo jausmą kūne. Solveiga dalinasi, jog sesijų metu sustiprėjo santykis su kūnu: „<...>atsirado saugumas savo kūne, tas gal dėkingumas, artimesnis, sąmoningesnis santykis, kad čia yra tavo kūnas”, kadangi turėdama nerimo sutrikimą dažnai abejodavo dėl kūno siunčiamų signalų „<...>ar tai ką tau sako yra netiesa, ar tiesa tavo kūnas, tai tie signalai yra nepatikimi dažnai”. Terapinio proceso metu Solveiga buvo arti panikos atakos, prieš einant į sekančią sesiją turėjo baimę, jog panikos ataka gali pasikartoti, tačiau atėjus į sesiją, jos baimė nepasitvirtino: „Bet kai atėjau ir nieko neįvyko tai irgi jutau, labiau pasitikiu savimi ir savo kūnu.” Panašia situacija per sesiją apie panikos ataką dalinosi ir Kotryna, anot jos, tai leido labiau pasitikėti savo kūnu: „buvo galinga patirtis, nes dažniausiai, kai būna panikos ataka, tai aš bėgu arba jei labai blogai tada griebiuosi vaistų kažkokių kaip puslį sumažinti, o šįkart teko tiesiog išbūti ir tiesiog iškvėpuoti, nes mes kvėpavom tuo

metu. Nors visiškai širdis trankosi, pabuvau ir praėjo, ir po to laiko pamačiau, kad galima ir taip išbūti, nieko nedarant”.

Kvėpavimo pratimus dalyvės apibūdino, kaip atrastą būdą, kuris padėjo nusiraminti. Ona minėjo, jog *„Tas sulėtintas kvėpavimas, lėtas iškvėpimas tai iš karto visą tą nervų sistemą nuramino, iš karto jaučiasi kažkokios sulėtėjo dalelės, kurios per daug aktyvios”.* O Emilija dalinosi, jog *„kvėpavimo pratimai yra pagrindiniai”* ir jie padėjo pagerinti miego kokybę. Kotryna, atskleidė, jog jos santykis su kvėpavimo pratimais yra dinamiškas: *„šiaip tai bendrai labai padeda nusiraminti, ypač kai gale būna, užtvirtina sesijos pabaigą ir nuramina, bet tuo pačiu, kai būna nerimąstingas laikotarpis, sunku išbūti toje ramybėje. Ir ypač girdėti savo širdį, kai guliu ant žemės, atrodo turėčiau būt rami, bet nemoku nusiraminti kai reikia. Bet su laiku kai rimsta ta psichika, tie pratimai dar labiau padeda.”*

Įsišėminimo pratimai taip pat buvo reikšmingi saugumo pojūčiui kūne stiprinti. Ona išreiškė, jog įsišėminimo pratimai padėjo pajusti saugumą kūne *„<...>tvirtas stovėjimas ant žemės, su tom pėdom, ir va tas pajutimas, kad žemė priima, nu labai kažkaip pats atrodo kaip ir paprastas. Bet kai iš tikrųjų taip sąmoningai susitelki į tas pėdas ir žemę, nu labai kažkaip tą duodavo to saugumą ir iš karto, ir net atsipalaidavimo”.*

3) Atrastas sąmoningumas kūno pojūčiams

Per terapiją dalyvės pastebėjo, jog įsiklausė į kūno pojūčius, o tai suteikė sąmoningumo. Kotryna dalinosi, jog jai būtent tai jai suteikė sąmoningumo: *„Sąmoningumo turbūt tai suteikė, pajauti tuos pojūčius, jeigu jaučiuosi rami - tai kaip jaučiuosi, kaip jaučiasi kai gera dabar, o jeigu yra kiptik nerimas ar panika, tai irgi tą pajauti, išbūti, pajauti, kad niekas nuo to nesikeičia, nėra taip baisu kaip galvojai, viskas yra manyje, tai yra fizinis pojūtis, bet tai nėra kažkoks sveikatos sutrikimas, kaip atrodydavo anksčiau. Sąmoningai pajauti ir pabūti su savo kūnu ir pažinti kaip jis jaučiasi skirtingos įtampos momentais, tempais.”*

Aistė dalinosi, apie nerimo pažinimą per kūno pojūčius: *„kai ateini į praktiką judesio, tu labiau įsigilini į savo kūną, pajauti, jauti kur yra kaip kažkokie blokai, nežinau, kad ir pečiai įtempti, tu pajauti, įsijauti kiek jie yra iš tikrųjų įtempti nuo to nerimo, kur paprastai gal taip nepajauti teisiog kad jie yra.”* Taip pat Aistė minėjo, jog pastebėjo, jog pradėjo save labiau reguliuoti, o prieš tai ignoruodavo savo kūno pojūčius: *„pastebėjau, kai prie kompiuterio sėdžiu save reguliuoti pradėjau: ‘atsipalaiduok, atsipalaiduok’, kai įtemptai darai nervuojasi ir kažkas nesiseka ir pradedi per daug mąstyti, ir supranti,*

kad kūnas sako - 'nu sustok, pailsėk dešimt minučių'. Taip, nes aš anksčiau labai ignoruodavau savo kūno signalus siunčiamus, dabar pastebėjau, kad labiau jau atsirado tas toks nu, kad norisi paklausti to kūno, nes žinai, kad jausies geriau."

Monika dalinosi, jog bando savo kūno pojūčius labiau pastebėti, kurie padeda suprasti būseną: „*aš kai stresuoju kasytis pradedu <...> Per kūną kartais aš save pagaunu, nes aš nejaučiu, kad aš stresuoju*". Emilija atskleidė, jog kūno pojūčiai po truputį atsiranda: „*ypač va kažkokį didesnę stresą pajutus, va man į kojas visad duoda kažkaip ir į nugaros apačią, pajaučiu juos ir aš jų ten neužblokuoju*". Beata minėjo, kad terapijos metu kūnas pats pradėjo ieškoti malonesnio buvimo: „*kad atsisėdimas mano pakito, aš net gavau pastabų. 'O kaip tu čia įdomiai sėdi ar dar kas nors?' man reikia va taip va atsisėsti. <...> vėl iš naujo pamėgau savo kūną.*"

2. SANTYKIO SU NERIMU IR SAVIMI POKYČIAI TERAPIJOS METU

Šioje, antrojoje temoje, analizuojami tyrimo dalyvių patyrimai, atskleidžiantys, kaip ŠJT metu keitėsi jų santykis su nerimu ir pačiu savimi. Dalyvių refleksijose atsispindi leidimo sau būti procesas, saugumo jausmo stiprėjimas santykiuose su kitais bei santykio su nerimu transformacija. Tai atsispindi iš interviu su tyrimo dalyvėmis, kurie aprašomi šioje temoje. Tema skirstoma į tris potemes: pirma - leidimas sau būti autentiškai, antra - saugumo jausmo augimas santykiuose su kitais, trečia - požiūrio į nerimą transformacija: nuo kovos prie priėmimo. Toliau bus pateikiami šių potemių aprašymai su dalyvių pasidalintomis patirtimis, mintimis bei piešiniais su refleksijomis.

1) Leidimas sau būti autentiškai

Dalyvės atskleidė, jog nerimas siejosi su vidiniais lūkesčiais sau, perfekcionizmu ir siekiu atitikti kitų ar savo pačių keliamus standartus. Ona nerimą siejo su nepasiekiamų tikslų kėlimu sau: „*Yra norėjimas būti tobulai, nepasiekiamų kažkokių tikslų išsikėlimas, ir tada dėl to nerimavimas*". Kotryna per ŠJT pastebėjo, kad nerimas stiprėjo per savęs vertinimą: „*taip, būdavo labai įdomu, kai buvo užduotis judėti ir galvoti apie nerimą, tai jausdavau daugiau įtampos kūne, judesiai aštrūs, kapoti, įtempti, susigūžimas, grįždavo toks labiau vertinimas savęs ir savo judesių, pergalvojimas per didelės. Visai tada taip pamatai, kaip nerimas gali paveikti tavo gyvenimą, mintis, judesius, veiksmus*". Teresė išskyrė nuolatinį galvojimą apie kitų žmonių nuomonę, kuris taip pat stiprina nerimo jausmą: „*gal man lengviau..*

nu aš šiaip tokia pripratus galvot, apie ką mane galvoja, galvot apie kitus, bet buvo va treniruotė visiems būt tokiais, kokie jie yra.” Beata papildė, kad vidinis spaudimas būti produktyviai irgi susijęs su nerimu: „tu matai, kad tu nieko neveiki. Tu neturi įpareigojimų kažką daryti, ir tada ateina nerimas. O Dieve, kodėl aš nieko nedarau? Man reikia kažką daryti”. Kelios dalyvės susiejo perfekcionizmo bruožus su nuolatiniu vidiniu savęs spaudimu. Monika apibūdino perfekcionizmą kaip bausmę sau: „bausmė labiau, nes tu niekada nebūsi tobulas, o aš siekiu to tobulumo ir man neišeina, ir tada įsijungia - aš iš viso nedarysiu. Tai man labai sunku tęsti dalykus”. Emilija taip pat reflektavo apie perfekcionizmo įtaką savęs vertinimui: „aš perfekcionistė esu ir man labai svarbu save objektyviai vertinti ir kartais nepastebiu tų mažų dalykų kol nepadarau didelio dalyko”.

Dalyvių patirtys atskleidė, kad leidimas judėti ir būti taip, kaip norisi, buvo svarbi ŠJT dalis, kuri suteikė galimybę išreikšti save autentiškai be prievartos prieš save ir vertinimo. Kaip nurodė Beata ŠJT sesijose galėjo judėti pagal savo poreikius, be spaudimo: „žiūriu aš jau dariau tiek, kiek man reikia, nes čia nebuvo savęs prievarta ir man patinka. Būtent ir man patiko tas jausmas”. Kotryna irgi atskleidė, kad palaipsniui atsirado leidimas sau būti ir judėti nevaržomai: „Gal leidau sau daugiau būti ir judėti kaip norisi ir kažkaip nebandyti savęs suvaržyti savęs ir judesių, kas gal jautėsi pradžioj ir kaip gyvenime būna. <...>pradžioje visai nedrąsiai dar vis tas judesys, bandai prisitaikyti, kaip kiti juda, bet tuo pačiu manau leidau sau būti ir judėti kaip norisi“.

Terapinės aplinkos leidimas rinktis be spaudimo buvo reikšmingas. Teresė, pajuto, jog „čia ne ten kur iš manęs kažko tikisi, tai taip, leisti sau, jeigu ta taisyklė, jeigu nenori nedarai, kad gali sau daryt leisti daryti kaip norisi.” Teresė dalinosi, jog terapijos pradžioje pastebėjo, jog leidimas sau būti pažadino vaiką: „pradžioje jaučiausi gal kaip vaikas kuriam leidau lakstyt ir žaist, man labai patinka žaist ir man labai teikia malonumą būti tarp suaugusių žmonių būti suaugusiai ir žaisti”. Emilija išskyrė, kad būtent nevertinimas terapijoje leido atsipalaiduoti: „tas, kad galiu judėti taip, kaip noriu, ir niekas nevertins ir aš pati nevertinsiu savo judesio, ar gerai ar blogai, tas gal leido daugiausiai atsipalaiduoti, tas nevertinimas turbūt...” O Aistė pabrėžė apie progą mokytis būti grupėje ir sumažėjusį nerimą: „jog ji davė progą, būti grupėje taip, kaip noriu. Tiesiog būti, kaip noriu grupėje, tos praktikos. Išdrįsti būti taip kaip noriu, judėti taip kaip noriu. <...> Mokytis tiesiog išreikšti ir jaustis gerai. To nerimo tada sumažėja.”

2) Saugumo jausmo augimas santykiuose su kitais

Dalyvių patirtys parodė, kad ŠJT metu reikšminga patirtis - buvimas grupės dalimi. Tai leido geriau suprasti savo ir kitų nerimo patirtis, mažino izoliacijos jausmą ir stiprino bendrystės jausmą.

Kotryna dalijosi, kad supratimas, jog nerimą išgyvena ir kiti žmonės, padėjo sumažinti vienišumo jausmą: „*Supratimas, kad nerimas labai skirtingas būna, nuo žmogaus priklauso, bet tuo pačiu pamatyti, kad aš ne viena, buvo smagu. Aišku nesinorisi, kad kitiems būtų nerimas, bet taip, kad ne vienas esi. Kad negalvoti, kad man čia taip vienai būna, kad kažkas čia negerai su manimi.*” Emilija taip pat dalinosi apie izoliacijos jausmo sumažėjimą buvimo grupėje pagalba: „*Pati bendruomenė susirinkus buvo orientuota į tai labai, tas irgi įnešė gėrio į mano gyvenimą, nes aš savo tarpe neturiu daug žmonių, kurie patiria nerimo kažkokių simptomų. Tas paskatina suprasti, kad tu ne vienas kažkoks*“. Kotryna taip pat atrado šią bendrystės patirtį grupėje kaip suteikiančią galios ir saugumo: „*Išveikimas, kai kartu ir šalia tavęs ir kiti išveikia tą nerimą, tikrai nuostabu, galinga ir stipru. Aišku prasidėjo nuo tokio nedrąsumo, bet po to vėliau drąsiau negu vienam.*” <...> *Ir jaučiau, kad į mane žiūri - aš kažkam rūpiu, kažkas pasidalins apie tai su manim, jaučiau didelį saugumą čia ir smalsumą tyrinėjimui.*” Panašia patirtimi pasidalino ir Monika, kuri pabrėžė laikui bėgant atsiradusį jaukumą būnant grupėje: „*Su žmonėmis pradžioj nelabai aš ten bendravau pradžioj iš viso, o kuo toliau tuo jaučiau, už praeitą kartą išėjom - šnekėjau su kai kuriom, tai faina, kažką naujo sužinai, toks kaip ryšys yra, tai visai smagu, toks geras jausmas...Saugu buvo.*”

Beata dalijosi, kad buvimas terapinėje grupėje, padėjo patirti ryšį su kitais, ypač per judesio atspindėjimą: „*ai va, mes su ta mergina kaip darėm tai panašiai, kažkaip mes vieną kitą supratom, ji mano mintį ne tai kad papildė, bet atkartoj, man buvo malonu žiūrėti. Tuose pratimuose irgi, kai būdavo užduotį kažkokią duodi, kažkokį judesį ir tada buvo labai malonu žiūrėti, kaip kitas atlieka tą judesį. Man smagu stebėti, keliom minutėm pastebėti, kaip tavo perduotas judesys parodytas eina kitame...*”

Ona irgi atskleidė, kad terapija leido sustiprėti visai grupei, dalyvavimas bendrose užduotyse padėjo kurti artimą ryšį tarp dalyvių ir skatino savęs pažinimą: „*Kad kažkaip man dar tas, kad grupėj faina būdavo, tose porose užduotys irgi pavyko. Ir per tą stebėjimą ir kai tave stebi paskui papasakoja. Tai va tas kažkaip irgi įdomu ir naudinga buvo. Ir šiaip grupėj ir bendrystė jautėsi, tai tikrai atrodo, kad visos kartu paaugom ir pasiklausyt būdavo įdomu, ką kitos pasidalindavo, daug kas artimo būdavo. Ir per tą tokį bendrumą irgi kažką dar atrandi, beklausant kažką apie save.*”

Grupinė terapija leido patirti ne tik bendrystę, bet ir suprasti skirtingas kitų dalyvių patirtis, suvokimus. Kotryna minėjo, jos per vieną užduotį suprato kitą nerimo požiūrį: „*Dar įdomiau, kad darai*

tai poroje ir tada pamatai ir kitą nerimo požiūrį, kur yra panašumų, o kur kažką pamatai visiškai naujo, pamatai skirtingumą.” O Emilija pasidalino, kad kitą išvalgos padėjo pažinti save: „aš užsimerkus turėjau šokti ir aš vat niekad nepastebėjau, jog aš mėgstu suktis, man patinka va suktis, suktis, sako tau labai patinka suktis, ir man tikrai patinka, toks atsipalaidavimo būdas, kaip išskridimas. Tai tos dalyvių išvalgos labai padėjo. <...> Manau padėjo, nes aš nerimą įsivaizduoju tiek kiek aš pati esu susidūrusi, tai aš išgirdau kaip suvokia kiti, kaip jie jaučia, kaip bando išeiti iš to nerimo, ką paleidžia, su kuo būna ir t.t. ,tas padėjo. <...> įsiklausymas į kito patyrimą, kad ir nuotaikos atėjus tai irgi turi įnašą į mano gyvenimą, kaip galima jaustis, kaip kitas supranta,”. Beata dalinosi, jog ją kitų refleksijos leido išplėsti požiūrį į nerimą: „<...> kai tu su to nerimu nu ten būni ir kai būni toje terapijoje. Ir tada pamatai, kad visi mes panašiai mąstome ar ne. Ir netgi tas kalbėjimas, kai tu pamatai - tavo nerimas toks, tu jį taip supranti. Ir staiga matai kitas žmogus tą nerimą visai kitaip supranta ir visai kitaip išreiškia. Ir tada vėl priverčia pagalvoti...<...> O paskui žiūri, kad kitas žmogus tą pačią sąvoką visai kitaip supranta. Ir tai, ir taip kažkaip labai praturtina tave, savaime tai padeda.”

3) Požiūrio į nerimą transformacija: nuo kovos prie priėmimo

Dalyvių patirtys atskleidė, kad ŠJT metu keitėsi jų santykis su nerimu. Jeigu pradžioje nerimas dažnai buvo suvokiamas kaip grėsminga būseną, tai terapijos proceso metu dalyvės pradėjo į nerimą žvelgti kaip į vidinį signalą, kurį galima priimti ir išklaudyti.

Kotryna dalinosi savo patirtimi, kad per šį terapijos laikotarpį keitėsi jos santykis su nerimu: „Atrodo daug perėjau per šitą laikotarpį ir atrodo, kad jis vis taip po truputį traukiasi tas nerimas. Išmokau taip nebesureikšminti ir taip nebebijoti. Bent taip dabar jaučiuosi, tokia susitiprėjusi, jis neturi tiek galios prieš mane, taip jaučiu.” Kotryna taip pat dalinosi savo patirtimi per judėjimo užduotį su skarelėmis, kuri atskleidė besitransformuojantį santykį su nerimu: „Su skarelėmis buvo atradimo momentas, kai pasirinkau tą skarą, kuri atspindėjo būseną dabartinę, buvo su dviem spalvomis - tamsi ir šviesi, ir tada kai reikėjo šokti su jom ir užsidėti ją ant savęs, nesinorėjo, ji tokia labai labai didelė ir ilga buvo. Toks svoris, nesinorėjosi ant savęs, užsidėjau vis tiek ant pečių, toks paprasčiausias būdas, kad nesirišti ant kaklo, ir pradėjus judėti, tada ta skara, tas sunkumas pavirto sparnais mano, buvo labai smagu žiūrėti šešėlį tu spalvų. Man tai buvo tai dar apie savo jautrumo priėmimą... jo, kad jo, kad yra sunku, tas nerimas ateina, bet taip pat yra ir daug teigiamų emocijų, kurias irgi giliai išjaučiu. Savo tos dalies stiprybės pajautimas buvo. Tai tada dar buvo pasirinkti kitą skarelę, tokią mažesnę, ji turėjo tokias metalines detales, įtampos iliustracija man buvo, taip, buvo įdomu judėti su tuo, kiek jaučiausi erdvėje,

mačiau, kad kitos taip lengvai juda, tokie plastiški judesiai, o man kaip ir kitai dalyvei norėjosi mesti tą skarelę, kažkaip sugniaužti, visai buvo daug agresyvumo ir to pykčio ir tada visai iškilo ir tada labiausiai pajutau tą pyktį. Pamenu, kad likau tokia šiek pasimetusi ar noriu išmesti tą nerimą visiškai ar kaip čia jį reikėtų jį prisijaukinti. Buvo noro išmesti visai skarelę, bet tuo pačiu, gal pasiimti tai ką ji gali duoti, jeigu ji jau yra čia.”

Monika dalinosi, jog per paskutinę sesiją jai stipriai norėjosi išreikšti meilę sau: „*norėjosi man save labai apsikabinti, toks dalykas, irgi gal, retai... kaip pasakyti, meilę sau rodau, tai čia buvo man gal nedažnas dalykas, tai norėjosi apsikabinti*”. Teresė irgi dalinosi apie pasikeitusį santykį su savimi „*<...> irgi susijęs su pykčiu išreikštu, dar kitoms emocijomis, aš einu tuo keliu pasitikėjimo savimi*.” Beata dalinosi apie savęs priėmimą ŠJT pagalba: „*ir tas mano netgi baimės įveikimas man buvo tiesiog, padėjo man padėti man save priimti tokią, kokia esu*”. Ona dalinosi savo patirtimi per pratimą su nerimo skarele: „*Pradžioj kažkoks toks nejaukumas, nepriėmimas ir pyktis, ne faina, ne miela, o paskuj būni būni eini eini ir kažkaip priimi. Taip atrodo atėjo priėmimas toks labiausiai, atsitapatinimas*.”

Solveiga pasidalino, kaip projektavimas į skarelę padėjo atpažinti, koks jos santykis su nerimu: „*Skarelės man padėjo suprasti, bandžiau kalbėti su tuo nerimu, pajauti, tai va tas projektavimas jo į kitą objektą buvo naudingas, nes aš jo nebegaliu atrodyti kitaip matyti, kaip tik savo dalies, tas jo išėjimas, to nerimo ir projektavimas kitur, atrodo, galėjo padėti suprasti kokį mes santykį kasdienybėje turime su tuo nerimu. <...> Nes aš jokios agresijos, jokio pykčio neturėjau ir nesuprantu kodėl. (verkia) Sakau, norėjau pabaigti, kad nesuprantu, kodėl nepykau, nes atrodo turiu aš ką. Tai va buvo įdomu suprasti, kad kitaip jį priimu negu kiti ir susimąsčiau kodėl*.”

Teresės refleksija po judesio su skarele taip pat atskleidė besikeičiantį santykį su nerimu: dalyvė dalinosi savo refleksija po judesio su skarele, kuri reprezentavo nerimą:

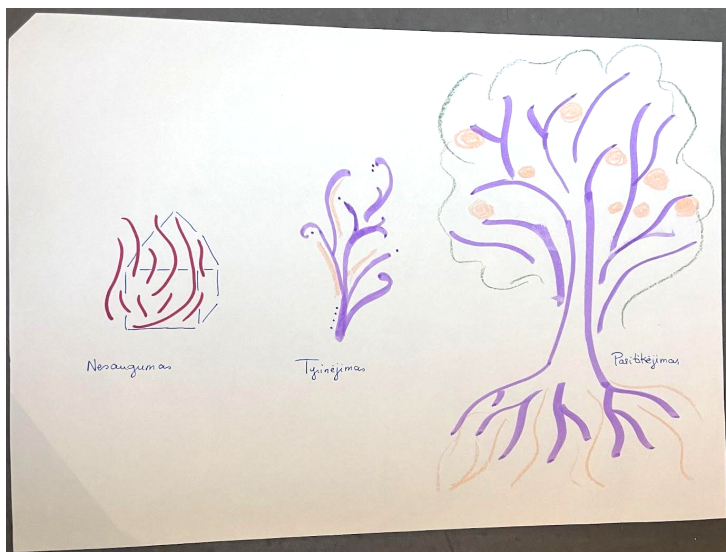
Pavadinimas - „Ačiū”.

„*Pirma pasirinkau koks mano nerimas, kad aš nesusitvarkysiu pati, kad man nepavyks, kad jei mane paliks smerks kiti, aš pražūsiu. Mano nerimas bjaurios spalvos, sunki skarelė. Ji neskraido kaip švelni rožinė skarelė, kuri panaši į sparnus (pirma aš pasirinkau tą gražią rožinę, kuri man labai patiko, su ja ten labai šokau ir prisileisti man buvo malonu). Antra skarelė - ji buvo sunkesnė, turėjo kitą medžiagą, ji smaugė mane, aš susivyniojau į ją, nutraukiau nuo savo veido, mečiau į orą, suglamžiau į kietą kamuoliuką, o galiausiai išmečiau į koridorių. Jo, bet tuo metu tu uždavei klausimą: 'ką nerimas galėtų jausti?' ir man atėjo, kad tas jausmas yra baimė ir tada aš paėmiau nuo grindų tą skarelę, pažiūrėjau į ją taip įdėmiau, pagalvojau apie baimę, kurią ji gali jausti ir pastebėjau gražius blizgučius ant skarelės ir*

man pasidarė liūdna ir jutau kaltę, kad atstumiau tą skarelę... Taip skriaudžiau ją, taip neigiau ir žalojau. Gale pajutau jos švelnius galiukus, ten buvo tie siūliukai ir priglaudžiau prie širdies. Ir reziumė: aš galiu skristi net jei sparnai yra sunkesni. Aš užbaigiau tuo pačiu judesiu, ten tokiais šokiais nuo sparnų, tai tiesiog man čia buvo labai transformacinė patirtis, kad čia klausimas tas pokytį inicijavo. Vietoj to kad atstumt, aš pabandžiau pasižiūrėt kas toje skarelėje, aš pamačiau kas joje patinka, dar radau, kas malonu lietimui ir pabandžiau daryti tai, ko aš noriu, ko man reikia ir pamačiau, kad gaunasi, gal ne visai taip pat kaip su didele, gražia rožine lengva skarele, bet gal ir yra tas gyvenime, kad neturi dabar didelės gražios skarelės, o turi tik tokią, bet man tada pasidarė liūdna ir toks kaltės jausmas ir aš pasijutau, kad ir tas savo emocijas atstumiu, kai būnu ne tokia, kokia norėčiau būti, nepriimu savęs, tai va toks buvo metaforiškas pokytis.”

13 pav.

Dešimtos sesijos refleksija „Pokytis manyje” (Kotryna)

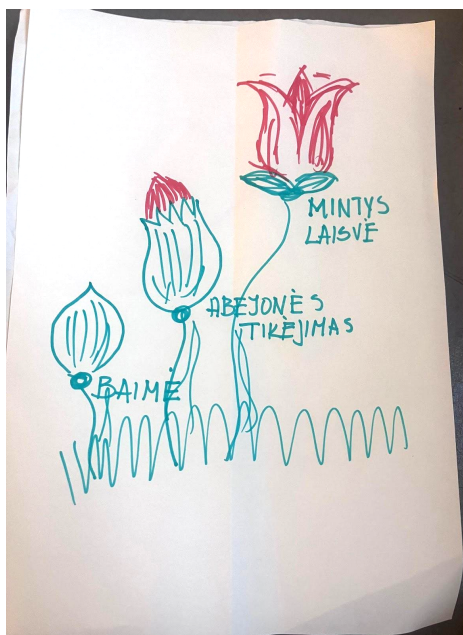


„Prieš terapiją pasiėmiau vaizdinį iš sapno, kurį ten turėjau rugsėjį, toks atrodo perspėjimas, nes vat juokinga, namas degė, tornadas, o namas man labai apie saugumą, taip ir jaučiausi -nesaugiai ir tokia visiškai sujauktas mano tvarkos ir saugumo įsivaizdavimas, visi planai suplanuoti - pranyko, žodžiu viskas ko aš bijau ir kas man sunku, viso to nebeliko ir tai sukėlė didelį atsaką - atsaką, kuris buvo didelis nerimas. Va o, va kaip dabar jaučiu, kad po truputį, taip jeigu apibendrinant man šitos sesijos apie tyrinėjimą buvo savęs, naujų dalių savo atradimą ir leidimą joms kažkaip pasireikšti ar tai bebūtų kokios naujos emocijos, ar tiesiog kūrybiškumas, taip, buvo daug smalsumo ir tokio augimo ir leidimo

prasiskleist tam kam reikia. O va ateityje, norėsiu pratęsti tą motyvą tyrinėjimo ir tuo pačiu labiau tokio iššaknijimo, kad ne tik atrandu kas aš esu ir kaip galiu tvarkytis su nerimu, bet kad ir tokio užtikrintumo tame būtų, pasitikėjimo ir vaisių iš to viso augimo.”

14 pav.

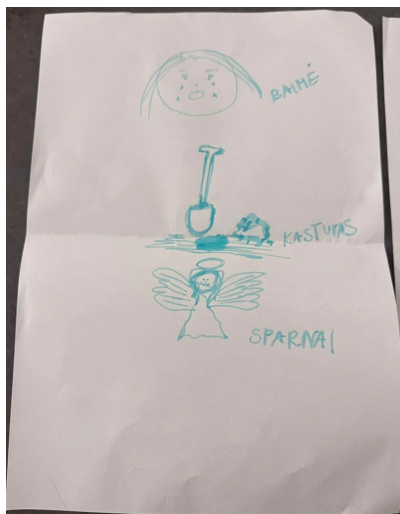
Dešimtos sesijos refleksija „Pokytis manyje” (Beata)



„Atėjau su baimė, užsiskleidusi, bijojau kažką tai pasakyti. Gal tai ne taip pasakysi, gal ne taip supras šitą. Nesinorėjo per daug komentuoti. Gal ir, ir tų darbų ir, ir pan., ir tas nuotaikos, pasakymas, koks čia yra jisai iš tikrųjų kartais atrodė. Nu, bet pasakai, pasakai, kaip galvoji. Stengiesi negalvoti ten kažką kaip pasakyti, tiksliai pasakyti, ką mąstai - tą sakai. Ta baimė buvo, o paskui po truputėlį ta baimė, tos abejonės, pradėjo skaidytis ir net atsirado toks tikėjimas, kad iš tikrųjų bus viskas į geresnę pusę, kad iš tikrųjų tai ne padės tau nu tave susirasti, na ir paskui jau paskutinį užsiėmimą jau tokia kaip kaip laisvė, sakykime, na, nepasakysi, kad šitokia kaip laisvė. Bet toksai jau, na, nebesivaržau per daug tokio. Na, tiesiog esi toks, koks esi. Tau nebereikia savęs slėptis. Tau nebereikia galvoti ar čia tu taip pasakysi ar ne taip, nes tu esi toks koks esi, taip kaip tau išeina, ir tai bus viskas gerai. Va čia tikriausiai tos mintys ir laisvė tai taip turėtų pasakyti. Jautiesi paprastai, lengvai nebeįsipareigoji, tau ta aplinka, tie judesiai davė davė tokių pat pojūčių, būti, tiesiog savimi. Tai tikriausiai yra pagrindas. Ne, man neberekėjo bijoti taip kažko ypatingai.”

15 pav.

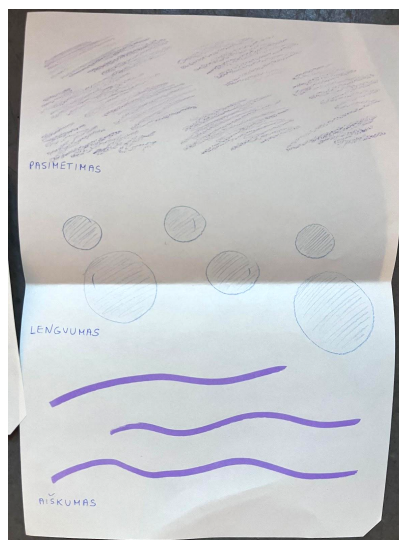
Dešimtos sesijos refleksija „Pokytis manyje” (Ona)



„Tai čia tas pirmas toks pradžioje ta baimė, išgąstis, nesaugumas labai jautėsi. Čia apie tą kasinėjimą tokį savo to vidaus ir to nerimo atrakinimo tokio, pasižiūrėjimo į jį iš arčiau. Ir va pabaigoje šviesi buvo emocija, toks įkvėpimas.”

16 pav.

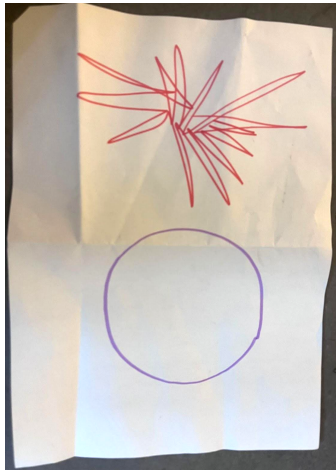
Dešimtos sesijos refleksija „Pokytis manyje” (Aistė)



„Tai pradžioj buvo tarsi kažkoks neaiškumas, toks biški pasimetimas. Tai dėl to tiesiog atsirado tokie tamsesni violetiniai potėpiai, kur toks ir nerimo ir nežinomybės daug. Man kažkodėl tiesiog norėjosi tiesiog tokius potėpius padaryti. Man tai simbolizavo mano tą jausmą pradinį, vėliau labai pajaučiau per

kelis užsiėmimus, tą tokį lengvumą, laisvumą judėti, būti su žmonėmis su tuo lengvumu. Tai dėl to man simbolizavo štai - burbuliukai žydri tokie tą lengvumą, o vėliau sugrįžo tas toks net ir parašiau aiškumas, dėl to tos linijos, tokios ai nu, kaip ir tokios tvirtos, aiškios, ryškios. Ai, tai čia aiškumas dėl savo nerimo, daugiau sužinojau dalykų apie savo nerimą. Tuo pačiu su tuo aiškumu, ir lengvumas, dėl to tos tokios lengvos linijos, vis tiek tokios vingiuojančius, tokia lengvumą, simbolizuojančius. Tai tas atsirado aiškumas, kai labiau pažinau savo nerimą, kad per tą judesį, per užsiėmimus“.

17 pav.



Aštuntos sesijos refleksija „Santykis su nerimu“ (Teresė)

„Ta pirmoji spygliuota raudona tai yra tas pyktis, smurtas net, prieš tą nerimą, noras sunaikinti, duoti jam, sužaloti jį, pasakyti kad man tavęs nereikia, gadini man gyvenimą, o skritulys tas ramybės jausmas, kai susitaikau, kai pridėjau ranką prie širdies, ir supratau, kad aš galiu gyventi turėdama tai ką turiu, savo emocijas, reaguojant į tokią situaciją kokia yra, yra tas ramybės ratas, toks jis uždaras, pilnatvė tokia“.

3. JUDESYS KAIP EMOCIJŲ RAIŠKOS IR SAVIREGULIACIJOS PRIEMONĖ

Šioje, trečiojoje temoje, analizuojama, kaip šokis ir judesys padėjo išreikšti emocijas, atrasti kūno ir proto ryšį bei sužadinti prisiminimus. Tai atsispindi iš interviu su tyrimo dalyvėmis, kurie aprašomi šioje temoje. Tema skirstoma į tris potemes: pirma - emocijų išraiška per judesį, antra - judesys sujungia kūną ir protą, trečia - vaikystės prisiminimų ir emocinių pasidalintomis patirtimis, mintimis bei piešiniais su refleksijomis.

1) Emocijų išraiška per judesį

Dalyvių patirtys atskleidė, kad ŠJT metu svarbi patirtis buvo užslopintų emocijų - ypač pykčio ir liūdesio - išraiška per judesį. Judesio pagalba dalyvės galėjo atpažinti, išreikšti ir integruoti šias emocijas.

Kotryna dalijosi, kad tyrinėjimas save per judesį iškėlė anksčiau sunkiai pasiekiamas emocijas: „*Atrodo normalu, jog tyrinėjant, leidžiant sau pasigilinti į save, išlindo daugiau pykčio, va kas man buvo įdomu, smagu net, kad jis pagaliau pasirodo, ir tokio liūdesio kartais irgi, kurį kaip jaučiu, bet pradėjau jausti labiau per patirtį judesio*”. Ji pastebėjo, jog pyktis buvo susijęs su neišpildytais poreikiais ar kitomis emocijomis, susijusiomis su nerimu: „*Kas atrodo apie nerimą, kad pyktis buvo nepasitenkinimu gyvenimui ar kažkokiais kitais dalykais, kurie susisieja su nerimu irgi. <...> kažkaip pirmąkart aiškiai pajutau ir net pamačiau, kažkiek išveikiau*.” Kotryna taip pat reflektavo, kad pykčio tema tapo labiau priimtina ir paskatino pokyčius ir už terapijos ribų: „*Labiau pradėjau kalbėti, ir savo santykiuose išreiškiau tas mintis kažkokias atėjusias, kurių buvo kažkur pasislėpę ir reikėjo, kad išeitų. Taip tikrai tikrai, man pačiai pykčio tema buvo nauja, užaugau būdama gera mergaitė, kad nereikia pykti, tai po truputį mokausi tai pajauti ir išveikti. Tokia patirtis būtent patirti per judesį labai sugrąžino jausmą, kad normalu ir labai sveika išveikti*.”

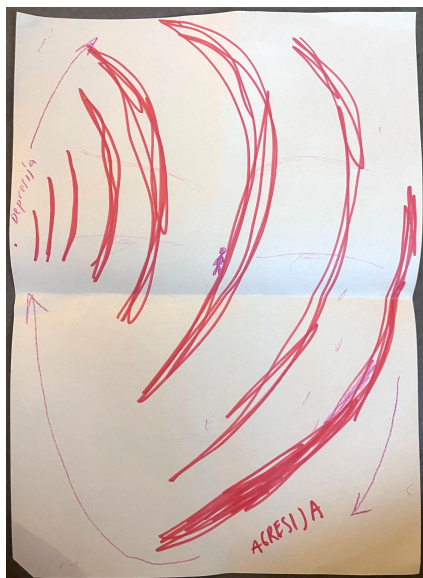
Liūdesio emocijos išraiška taip pat buvo svarbi terapijos dalis. Monika prisiminė meilės temą vienoje sesijoje: „*Vat ašarytė iškrito, stovėjom, meilė sau ir pradėjau galvoti, kad kažką sakyti sau pradėjau, galvoti, ir ašarytė iškrito. Dar buvau kažkada apie senelį galvoti pradėjus. Tai jo senelis. Mano geriausias draugas- sielos draugas buvo. Tai aš su juo labai stiprų ryšį turėjau, dabar gal jau ramiau, seniau būdavo pagalvodavau ten nežinau, dažnai apsiverkdavau, tai vat*.” Solveigos liūdesys ir kaltės jausmas reikšdavosi per ašaras: „*tu matei, man atrodo aš labai dažnai susigraudindavau*”. Ji taip pat reflektavo apie su nerimu susijusias temas: „*man gal su kontrole, bet man čia visą laiką. Bet šiaip visada galvojau, kad su kontrole ir paleidimu siejasi, kad yra užspaustų dalykų, yra mirties baimė, kuri irgi va tokio laikinumo, toks santykis su laikinumu, tai manau ir čia taip pasireiškia. Nu joo, negalėjimas pakeisti kažko, kažkoks kaltės jausmas*”.

Iškilusios emocijos buvo ne tik atpažįstamos, bet ir aktyviai išreiškiamos per judesį. Dalyvės pabrėžė, kad terapijos metu buvo galimybė jausti ir išreikšti emocijas. Aistė prisiminė vieną iš naudingiausių patirčių, kai per judesį išlaisvino pyktį: „*pykčio buvo užsiėmimas. Reikėjo iškratyti visą pyktį. Įsivaizduoti, kad gyvūnas kažkoks esam. Tai va toks, atrodo išsikračiau visas emocijas, pyktį*.” Teresė apibūdino pykčio išreiškimą kaip stiprinantį procesą, kuris leido suprasti, ir pajusti, kad ji gali

saugiai išreikšti nerimą ir nepasilikti šioje emocijoje: „Kąkada per vidurį atsidarė pykčio šliužas <...>Ta transformacija iš pykčio į galią labai mane paveikė, tai pastebėjau, kad taip ekspresyviai reiškiau tą pyktį ir ...norėjau pamatyti kas po juo, tai pavargdavau stipriai. O į pabaigą tai ir išliko ta tendencija: tie dideli judesiai ekspresyviai, tas noras kitaip padaryt ir dėl balanso, aš žinojau, aš čia pašėlsiu, prisiminsiu ten viską, kas man ką blogo padarė arba kas mane slegia, galėsiu tai išreikšti, o po to labai maloniai jausiuos, kai aš jau ramiau sau leisiu judėti. <...>Ir galbūt yra baimės eiti į tas emocijas kurios yra nelegalios, uždraustos, tas pyktis. Ir yra baimė tame pasilikti ir su kiekvienu užsiėmimu aš pradėjau suprasti, kad aš nepasiliksiu tame, kad aš išreikšiu tai ir galėsiu sau pailsėti<...>. Reikėjo išdrįsti tą pamatyti, nes apskirtai stengiau ten nesusidurti su ta dalimi, nes ten atrodo kažkas labai negatyvus, ko negalima į tai remtis. O po to tai supratau, kad galiu ir neprivalau ten pasilikti, galiu judėti toliau, paleisti.” Monika paminėjo, jog dažniausia išreiškiama emocija buvo pyktis, kuri atsiskleidė per intensyvius rankų judesius: „Pyktis būdavo, va kratymasis man patiko. <...> vieną sesiją tikrai norėjau, va taip daryt judesius, kratyt rankas, labiau, agresyviau. Taip buvo kad bandžiau savo emocijas išreikšti, dažniausiai būdavo pyktis”. Teresė atskleidė pykčio raiškos praktikoje svarbą: „taip, čia buvo atradimas, svarbi dalis buvo tai, kad tai buvo praktikoje, kad tai nėra, kaip galbūt įprastoje terapijoje kai kalbame apie emocijas, tai kai pyksi pagalvok, o aš galiu pykti čia ir dabar. Čia mes dabar šokam ir aš tą galiu išreikšti, tas manau turėjo poveikį.” Be to ŠJT metu dalyvės dalinosi, jog pradėjo geriau suprasti savo emocijas, Kotryna dalijosi: „<...>išmokau pamatyti, kad tas nerimas gal gali kažką rodyti, poreikį nepatenkintą ar kokią kitą emociją užslėptą, liūdesį ar kažką tokio, poilsio poreikį ar panašiai. Mokausi po truputį vis daugiau kažkiek susidraugauti ir neleisti valdyti tam nerimui manęs. Išmokyti paklaustyti ką jis rodo.” Beata pabrėžė, kad judesys ir šokis jai buvo atrastas malonus nerimo išraiškos būdas: „kad atėjau ir čia aš tada pajutau, kad tą nerimą galima tik na, maloniai su juo atsisveikinti, ir per tą judesį per tą šokį susirasti kažkokį va tą judesį kuris, kuris man lengviau pašalina visą tą nerimą, ir tai kažkaip tai tu savęs nekankini, tiesiog surasdamas tam tikra malonų judesį, ar piktą judesį, bet jis tavo judesys ir tu gali sau pats padėti. Tai va, man buvo taip įdomu.”

18 pav.

Šeštos sesijos refleksija „Pykčio išraiška” (Teresė)



Čia veidas, jo čia yra iš depresijos į agresiją, ratas, čia yra užkoduotas dar. Čia yra meilė. Čia buvo ta užduotis pyktis į galią. Čia buvo taip iš mažo taškiuko man taip gavosi tas bangas išjundinti, tiap čiuh čiuh... Ir ėjau į tokią agresiją, kad pati nustebau, tuoj aš čia kažkam trenksiu, bet gal buvo panašu į veidą. Pirma gavosi žmogeliukas, kuris yra viduje, čia turbūt esu aš, kaip ir toks kažkur per vidurį, ta depresija tas savęs suspaudimas būt kuo mažesnei, užrakinimas visko, bet va šitas tai yra depresija tokia stipri, bet yra galimybė grįžti kažkaip, čia jau nenupiešta, atrodo, kad ratas sukasi, bet kažkur per vidurį norėjosi tada atsidurt, tai buvo siurprizas, kad aš galiu iš viso tai jausti ir tas jausmas, o kur čia yra viduriukas, o taip pat čia yra veidas, turbūt tada ir liūdesio tada jutau, tokia pati forma padiktavo, kad čia plaukai ir tada nupiešiau veidą, tai toks lyg ir pyktis, bet ir liūdesys, tokia spalva raudona.”

2) Judesys sujungia kūną ir protą

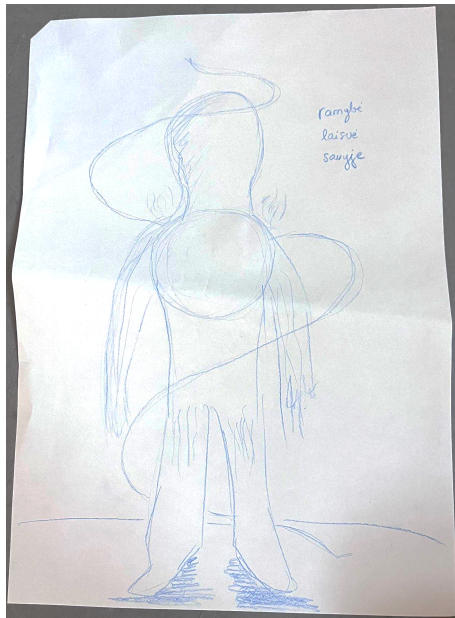
ŠJT dalyvės atskleidė, jog judesys padėjo pajusti proto ir kūno ryšį, kuris keitė jų būsenas. Kotryna dalinosi, jog iš terapijos sesijos išėjo „įsisėmus ramybės ir tokio kažkokio ramesnio nusiramavimo, seniai jaučiau tokį jausmą, gal po jogos kažkada, ne tik per kūną, bet ir per psichiką.”

Solveiga atskleidė, jog po sesijų jautė bendrą kūno nusiramimą, kuris leido jaustis drąsiai tarp kitų žmonių bendraujant: „Tokia sąjunga kūno ir proto, kadangi mano kūnas buvo šik tiek labiau atsipalaidavęs, tai po po to siejosi, tai aš ten jaučiausi drąsiau ir maloniau”. Šokio judesio terapijoje

Teresė stebėjosi judesio galia: „Kiek daug galių gali turėti judesys. Kaip susiję yra tavo vaizduotė ir kaip tu judi ir kaip taip pakeičia tavo būseną. Tu gali būti toj galios pozoj ir tada iš tikrųjų jautiesi galingesne... ar kaip upė tekėti, taip.. tada ne tokia užstrigusi jaučiuosi, tai buvo labai stipru”. Teresė išreiškė, jog per terapiją pajuto, jog gyvenime yra mažai progų taip judėti terapinėje erdvėje: „tai nėra užpildyta niša ar kažkokia dalis, ne viską mes galim sumąstyti protu, ar mes sėdim psichologo kabinete, ar skaitydami knygą savipagalbos, ar net rašydami dienoraštį, ne viską mes galim sumąstyti, labai daug dalykų tiesiog reikia išjudėti.” O Ona pastebėjo, jog tam tikri judesio pratimai itin leidžia psichikai nusiraminti: „Ėjimas kai mes tą tempą keitėm, kad kūno sulėtinimas visų judesių, tikrai pajaučiau - duoda efektą. Kai kyla nerimas, tai norisi greitai daryti, kažkoks toks nenusedėjimas vietoj, o tas toks lėtas ėjimas, jis iš karto tokį signalą siunčia į tą nusiramimą, tai nuramina.” Beata dalinosi, jog ir “tas toks kūno pajautimas, tie pratimai įsižeminti, atsistoti, įsižeminti ir, ir tada tu. Ateina kartu ir pasitikėjimas, ir tas kūnas atrodo toks savas kūnas, tu gali jį valdyti kartu su mintimis.”

19 pav.

Devintos sesijos refleksija „kūnas po autentiško judesio” (Kotryna)

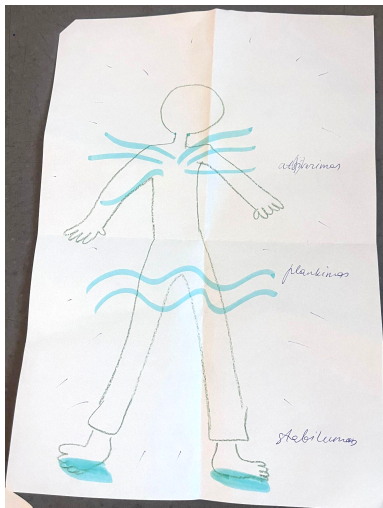


Kotryna dalijosi apie jausmą po autentiško judesio: „Tokio daug suteikė išsilaisvinimo pojūčio, kad galiu judėti kaip noriu, įsižeminimas, buvo svarbu paminėti grindis ir stiprias kojas. Ir šiaip pradėjau taip piešti, nesinorėjosi nieko į kūną įdėti, o taip aplinkui, toks kūnas kaip kūnas -laisvė, linija aplinkui toks simbolis, nežinau, tokia energija ir laisvė. Nupiešiau tą tokią ertmę krūtinėje, kur jau taip atrodo ramiau ir laisviau ir yra kur įkvėpti, ir leidžia būti taip kaip norisi, gal tos kontrolės mažiau. Jausmas savyje, kad

Solveiga dalijosi apie jausmą po autentiško judesio: „Po judėjimo, tai net net nebuvo kažkokių įspūdingų dalykų. Judėjau ir viskas buvo normalu, gera, bet nepanirau aš ten į kitą pasaulį, bet pajaučiau, kad kaklas išlaisvėjo, rankas išmanštinau, gal čia įsivaizdavimas koks tas žmogus galėtų būti, kad bandau ieškau ir vis dar esu įstrigusi ir negaliu įžodinti tam tikrų dalykų, nes šiaip man gan sunku, aš galiu įžodinti kas man yra blogai, bet man sunku įžodinti kas yra gerai. Čia yra mano gyvenimo ir terapijos užduotis, kur atrodo man reikia mokytis pamatyti gerus dalykus ir savo kažkokius laimėjimus. Todėl man yra sunku apie kažkokį gerą poveikį šitos terapijos kalbėti, nes man šiaip sunku pamatyti visus gerus dalykus.”

22 pav.

Devintos sesijos refleksija „kūnas po autentiško judesio” (Teresė)



Teresė dalijosi apie jausmą po autentiško judesio: „Prisimenu, jog norėjau atsimerkti, buvo krūtinės atsivėrimas toks, labiau pajutau kojų stabilumą. Dėl vaizdinio tai nebuvo, aš tiesiog buvau savo kūne, galvojau kaip aš norėčiau jaustis, kaip norėčiau, kad būtų kitaip. Tai šie maži brūkšniukai - energijos išmetimas toks į orą. Tai buvo taip, kad buvo intensyvių momentų, tai ir prisimenu, įsijungiau sau galvoj dainą ir ta daina ir tema iš Amelie, tokia ir plaukianti ir pakili.

Ir čia piešinyje atsispindi tas pažlaukimas tų linijų, tai jo, stengiausi širdies dalį atsiverti ir labiau taip kaip vanduo. Atsivėrimas, plaukimas klubų judesys ir stabilumas stovėti ant kojų, bet tie taškiukai vis tiek išliko, skaudėjo man dar.”

3) Vaikystės bei jaunystės prisiminimų ir emocinių vaizdinių iškilimas šokio-judesio terapijoje

Dalyvių patirtys atskleidė, kad ŠJT metu judėjimas padėjo ne tik išreikšti emocijas, bet ir sužadino svarbius prisiminimus. Judėjimo patirtys pažadino slypinčius vaikystės ir jaunystės prisiminimus, susijusius tiek su saugumo jausmu, tiek su skausmingomis patirtimis. Beata minėjo, kad dažnai judesys atnešdavo prisiminimus: „*Vaizdiniai, aš čia truputėlį užsiminiau, tai kad man būdavo, kad vaikystės, vaikystės prisiminimai tokie ateidavo nei iš šio nei iš to <...>geri prisiminimai ateidavo labiau iš vaikystės, buvo ir, ir negerų skriaudų, tokių, kurias aš patyriau.*”

Kai kurie atsiminimai buvo resursiniai, suteikiantys saugumo jausmą. Beata dalijosi vaizdiniu, kuris iškilo per saugios vietos pratimą: „*Aš čia tik prisiminiau tą prisiminimą, kaip mane tėtis su mama įsidėję į krepšį, tokią tasę nešė per rugių lauką <...> buvo ir mama, ir tėtis - visi kartu ir aš, mažytė, ir aš tada supratau, kad man buvo tada labai gera, ir tikriausiai jeigu man gera - buvo labai saugu*”. Solveiga taip pat apibūdino, kaip saugios vietos pratimo metu iškilo fragmentiški vaikystės prisiminimai, susiję su saugumo ilgesiu ir neišpildyta vaikystės patirtimi: „*apie tą saugią vietą, įsivaizdavau tokius glostomus plaukus, tai va gal ten ten kažkur nukeliavau<...>Tai va gal tas su vaikyste buvo santykis ir tai susiję su nerimu. <...>bet santykis su tuo, kad nesi išėjes iš tos vaikystės, ir kad ten jauti tą saugumą ir negali paleisti to ir gyventi šiandieną. <...>bet man atrodo, kad esu šiek tiek užstrigusi toj vaikystėj, tai labai sunku suaugti, nes neturėjau pakankamai tos vaikystės, ji nebuvo tokia, ji buvo tokia neišpildyta, tai toks ir jaučiuos kaip tas suaugęs vaikas. Bet šito pratimo metu kai piešiau, supratau, kad man reikia paleisti, nes man skaudu yra. Nes mes keliavom į saugią vietą ir aš kažkodėl gaudinausi, kad man liūdna, o ne gera. Tai kažkaip man buvo liūdna, kad to nebėra.*“

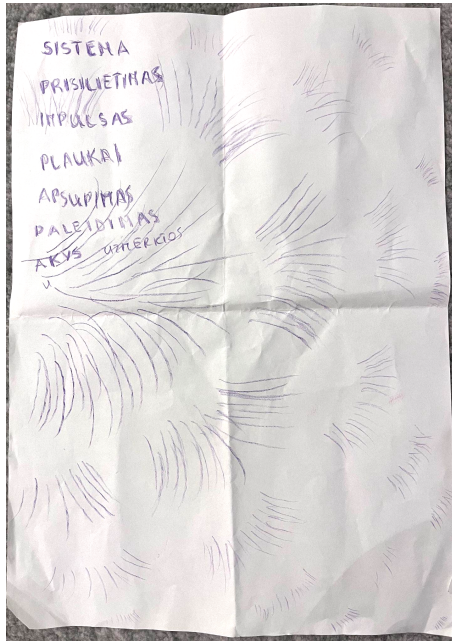
Ona dalinosi, kad vaikystės prisiminimai per judesį iškildavo ir jai: „*Daug tokių dalykų, emocinių labai taip iškildavo. Per tą judesį, kažkaip net atrodo ne negalvodavau apie tam tikras situacijas, ir jos kažkaip ateidavo. Tai va tas įdomu - iš vaikystės kažkokie prisiminimai*”. Per judesį Onai iškilo ir skausmingi atsiminimai: „*iškilo per vieną pratimą, ir vienas turėjo stebėti, gal be muzikos buvo, va per tą man kažkaip toks iš vaikystės didelis nesaugumas atėjo, tokia situacija, labai stipri.*” Vėliau ji pastebėjo, kad leidimas sau išgyventi šį jausmą padėjo jį paleisti: „*kažkoks tas paleidimas vyko to nesaugumo ir kažkoks tvirtumas po to atsirado, tai pasileido*”.

Emilija taip pat atskleidė, kad šokio metu iškildavo vaizdiniai iš vaikystės ar paauglystės, dažniausiai susiję su jautrumu: „*Daugiausia vaizdinių iš vaikystės kildavo kažkokių šokant,*

paauglystės...Su tos dienos tematika, ar įsijautrinus būdavau tai irgi kildavo kažkokie panašūs su tuo reikalu susiję vaizdiniai”.

23 pav.

Ketvirtos sesijos refleksija „Saugios vietos pratimas” (Solveiga)



16 lent.

Tyrėjos refleksija po tiriamosios dalies

Pasirinkau šią nerimo sutrikimų temą su smalsumu ir susidomėjimu sužinoti, kas slypi po nerimo skraiste. Man brangūs artimi žmonės turi nerimo sutrikimų. Noras surasti būdų kaip padėti jiems ir kitiems nerimo sutrikimą turintiems asmenims, atvedė į šį tyrimą.

Būti su moterimis ir kurti šią terapinę šokio-judesio erdvę buvo man dovana. Pirmą, labai noriu padėkoti visiems, kurie padėjo man suorganizuoti šį tyrimą ir eiti ŠJT keliu. Per šį tyrimą daug išmokau ir man tai leido pirmą kartą vesti ŠJT ciklą vienai uždarei grupei. Šio tyrimo metu pajutau stiprų ryšį su tyrimo dalyvėmis, ir labai džiaugiuosi galimybe patirti tai. Nauja patirtis leido atsiverti naujiems išgyvenimams. Terapijos metu išbūti su įvairiais jausmais: pykčiu, liūdesiu, gailesčiu, džiaugsmu, kalte buvo auginanti patirtis. Taip pat kai

dalyvės įvardino transformacines patirtis, jčiau dėkingumą, jog buvau to dalimi. Su smalsumu ir džiaugsmu stebėjau transformacines patirtis.

Pasidalinsiu keliais itin man jautriais momentais: kai rate dalinomės judesiu ir mintimi ir viena iš dalyvių apsikabino save ir pasakė: aš esu pakankama, ir kitos jautriai atkartoj. Tokie jautrūs momentai leido ir man pajusti daugiau pasitikėjimo terapijos procesu. Dėkingumo žodžiai leido pajusti, jog ryšys stiprus ne tik man, bet ir joms. Atvirumas per sesijas ir interviu leido suprasti kiekvienos jausmus, emocijas ir istoriją. Kiekviena iš jų keliavo per terapiją savo ritmu, autentiškai, tačiau ir kuriant bendrystę grupėje. Per interviu dažnai pagalvodavau, kaip nuostabu - kiek jos daug apie save žino, kaip jos giliai reflektuoja apie savo jausmus susijusius su nerimu. Liudyti tai buvo itin jautri ir stipri patirtis. Per paskutinę sesiją refleksija apie save prieš terapiją per terapiją ir po terapijos buvo itin įkvepanti. Kiekvienai dalyvei dalijantis apie save dabar ir ateityje jaučiau sklindančią stiprybę. O po paskutinės sesijos - iškritęs pirmasis sniegas ir džiaugsmo šūksniai iš dalyvių priminė apie leidimą vidiniam vaikui džiaugtis mažais dalykais. Man tai priminimas skirtas kiekvienai dienai.

2.2.6 Rezultatų apibendrinimas ir diskusija

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad ŠJT turi reikšmingą poveikį moterų, turinčių nerimo sutrikimų, psichoemocinei sveikatai. Kiekybiniai duomenys po terapijos parodė, jog po intervencijos tiriamojoje grupėje statistiškai reikšmingai sumažėjo nerimo simptomai ($p<0,001$). Vertinant pagal GAD-7, nustatytas labai didelis efekto dydis ($d=2,6$), o pagal DASS-21 - $p<0,001$ - taip pat buvo užfiksuotas labai didelis efekto dydis ($d=1,87$). Be to, fiksuotas statistiškai reikšmingas depresijos sunkumų sumažėjimas ($p=0,008$), su labai dideliu efekto dydžiu ($d=1,5$) ir streso sunkumų mažėjimas ($p=0,008$), taip pat su labai dideliu efekto dydžiu ($d=1,35$). Kontrolinės grupės nerimo simptomų sunkumo lygis statistiškai reikšmingai nekito ($p>0,999$). Vertinant pagal GAD-7 efekto dydis nustatytas mažas ($d=0,1$), o pagal DASS-21 - taip pat mažas ($d=0,27$). Be to, kontrolinėje grupėje fiksuotas statistiškai nereikšmingas depresijos sunkumų sumažėjimas ($p=0,899$), su mažu efekto dydžiu ($d=0,006$) ir statistiškai nereikšmingas streso sunkumų mažėjimas ($p=0,847$) taip pat su mažu efekto dydžiu ($d=0,001$).

Šie rezultatai dera su kitų autorių atliktais tyrimais, kuriuose buvo nustatyta ŠJT nauda psichoemocinei sveikatai. Šie rezultatai dera ir su trijų metaanalizių rezultatais, kurie parodė ŠJT naudą mažinant nerimo, streso ir depresijos simptomus įvairiose populiacijose (Ritter & Low, 1996; Koch ir kt., 2019a; Moratelli ir kt., 2023).

Kokybinio tyrimo rezultatai leido suprasti nerimo sutrikimą turinčių moterų patirtis ŠJT metu. Išryškėjo trys temos: kūnas – nerimo atspindys ir atramos taškas terapijoje; santykio su nerimu ir savimi pokyčiai terapijos metu; judesys kaip emocijų raiškos ir savireguliacijos priemonė. Šios temos atskleidžia, kad ŠJT dalyvės ne tik patyrė simptomų sumažėjimą, bet ir gilino savo santykį su kūnu, įsisąmonino nerimo patyrimą per kūno pojūčius ir atrado judesį kaip veiksmingą būdą įveikti emocinius sunkumus.

Pirma tema: Kūnas – nerimo atspindys ir atramos taškas terapijoje

Pirmoje temoje išryškėjo, jog ŠJT metu kūnas tapo tiek nerimo šaltinio atspindžiu ir saugumo atramos tašku. Dalyvės atskleidė, kad terapijos metu išmoko sąmoningiau reaguoti į kūno pojūčius, o tai padėjo geriau atpažinti nerimo poveikį ir mažinti jo intensyvumą. Kvėpavimo ir įsižeminimo pratimai tapo svarbiu įrankiu stiprinant saugumo jausmą kūne ir skatinant atsipalaidavimą. Viena iš pastaraisiais metais didelio dėmesio sulaukusių sričių, galinčių padėti geriau suprasti ŠJT poveikį, yra interocepcija. Interocepcija - kūno ir jo vidinių būsenų suvokimas (Berntson ir kt., 2018). Įrodymai rodo, kad sutrikusi interocepcija būdinga įvairiems psichiatriniais ir psichosomatiniais sutrikimams, įskaitant nerimą, depresiją, priklausomybes ir disociacinius sutrikimus (Damasio & Carvalho, 2013; Levine & Land, 2016; Dieterich-Hartwell, 2017; Berntson ir kt., 2018). Kvėpavimo interocepcija yra glaudžiai susijusi su nerimu: tyrimo dalyviai, turintys didesnę nerimo lygį, dažnai jautriau reaguoja į kvėpavimo pojūčius (pvz., dusulį, sunkumą kvėpuoti). Todėl šokio judesio terapijoje labai svarbu dirbti su kvėpavimu sąmoningai ir atsargiai. Terapijoje siekiama padėti dalyviams švelniai stebėti kvėpavimo ritmą ir pojūčius be vertinimo ar kontrolės, ugdant priėmimą ir saugų santykį su kūno signalais. Neuromokslų tyrimų atradimai (įkvėpti Jameso-Lange emocijų teorijos ir Damasio somatinių žymių teorijos) rodo, kad interocepcijos procesai yra neatsiejami nuo emocijų apdorojimo, suvokimo formavimo ir tapatybės kūrimo (Cameron, 2001; Craig, 2002; Critchley ir kt., 2004). Be to, tyrėjai randa įrodymų, kurie palaiko hipotezę, kad žmogaus gebėjimas atkreipti dėmesį į interocepinius pojūčius koreliuoja su jo gebėjimu išgyventi platų emocijų spektrą ir jaustis pajėgiam valdant tas emocijas (Blakeslee & Blakeslee, 2007).

Antroji tema - santykio su nerimu ir savimi pokyčiai terapijos metu

Antrojoje temoje atsiskleidė, kad ŠJT metu dalyvių santykis su nerimu ir pačiu savimi keitėsi – nuo kovos ir kontrolės link priėmimo, kurį stiprino bendrystės patirtys. Pradžioje nerimas buvo suvokiamas kaip grėsminga ir varginanti būseną, sukelianti stiprią įtampą. Dalyvės pabrėžė, jog nerimas dažnai buvo susijęs su perfekcionizmu, savęs vertinimu kurie kėlė įtampą. Terapinis procesas suteikė galimybę tyrinėti šiuos vidinius modelius per judesį ir mokytis leisti sau būti autentiškai, be vertinimo ar spaudimo. Grupinė dinamika taip pat atliko svarbų vaidmenį – dalyvės akcentavo, kad buvimas grupėje mažino vienišumo jausmą ir leido patirti priėmimą. ŠJT sukūrė erdvę, kurioje buvo galima būti tokioms, kokios jos yra – su nerimu, nesaugumu, pažeidžiamumu. Ši patirtis artima D. Winnicott'o aprašytai „laikančios aplinkos“ (*holding environment*) sampratai, kai terapinėje erdvėje žmogus pirmiausia patiria saugumą, leidžiantį tiesiog būti. Tik patyrus tokią emocinę laikymą, pasak psichoanalitinės tradicijos, galima imtis gilesnių vidinių pokyčių (L. Andrikienė ir kt., 2013). Grupė tapo savotišku „laikančiu glėbiu“, kuriame dalyvės galėjo atsipalaiduoti, susitikti su savimi ir kitais be išankstinių reikalavimų augti ar keistis. Reikšminga buvo tai, kad terapijos metu požiūris į nerimą palaipsniui keitėsi: dalyvės ėmė jį suvokti nebe kaip grėsmę, o kaip vidinį signalą, kurį galima priimti, tyrinėti ir integruoti.

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad nerimo sutrikimams dažnai būdingas padidintas savęs vertinimas, perfekcionizmas, stipri savikritika, vengimo elgesys ir vidinis konfliktas (Callaghan ir kt., 2024; Flett & Hewitt, 2002; Beck & Clark, 1997). Vis daugiau tyrimų pabrėžia, kad terapinės intervencijos, skatinančios savęs priėmimą ir kūnišką patirtį, turi svarbų potencialą gerinant emocinę savijautą (Meekums, s.a.; Röhrich, 2009; Koch & Fischman, 2011). Ypač svarbus aspektas yra autentiškumo skatinimas: ŠJT remiasi įkūnytu požiūriu, kuris kviečia tyrinėti vidines būsenas per spontanišką judesį – tai skatina savęs priėmimą (Koch & Fischman, 2011). Priėmimo ir įsisąmoninimo teorija (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) pabrėžia, kad emocijų reguliavimas yra efektyvesnis tada, kai žmogus ne kovoja su nerimu, o jį priima kaip natūralią emocinės patirties dalį (Hayes ir kt., 2006; Eifert & Forsyth, 2005). Žinoma, jog, socialinis ryšys ir priėmimas yra vieni iš stipriausių apsauginių veiksnių mažinant nerimo simptomus (Hofmann, 2007). Grupinė terapija suteikia saugią erdvę, kurioje dalyviai gali dalintis patirtimis ir suprasti, kad jų išgyvenimai yra bendri ir suprantami – tai mažina izoliacijos jausmą (Yalom, 2005). Šiame tyrime aiškiai matyti, kad ŠJT sukūrė

erdvę, kurioje dalyvės galėjo tyrinėti ir transformuoti savo santykį su nerimu bei stiprinti savęs priėmimą – tai esminiai žingsniai ilgalaikėje psichologinėje gerovėje.

Trečia tema- judesys kaip emocijų raiškos ir savireguliacijos priemonė

Trečiojoje temoje išryškėjo, kad judesys tapo svarbia emocijų raiškos ir savireguliacijos priemone. Dalyvės pabrėžė, jog ŠJT per judesį galėjo išreikšti slopintas emocijas – ypač pyktį ir liūdėsį. Judesio metu dalyvės patyrė, kad kūnas leidžia atpažinti ir išreikšti užspaustas emocijas, o po intensyvios emocijų išraiškos dažnai sekė palengvėjimo ir atsipalaidavimo būseną. Be to, dalyvės išryškino, kad laisvas judėjimas padėjo sujungti kūną ir protą į darnią visumą, o judesio metu sužadinti vaikystės prisiminimai ir vaizdiniai atvėrė gilesnius emocinius sluoksnius, padėjo atpažinti nesąmoningas patirtis ir skatino emocinę integraciją. ŠJT metu vykę procesai paskatino sąmoningiau pastebėti egzistuojančią vidinę skirtį tarp kūno pojūčių ir jausmų, tarp praeities patirčių ir dabarties išgyvenimų. Žinoma, toks skėlimas padeda lyg negalvoti ir nejausti ar neprisiminti kažko nemalonaus (pykčio, netekto saugumo ir su šia netektimi susijusio ilgesio, kuriuos pacientės pastebėjo), kitavertus tokio skėlimo palaikymas reikalauja daug psichologinių resursų. Jei iki to slopinami jausmai galėtų būti suvokti ir išjausti, nebereikėtų su jais kovoti, jų slopinti ir psichologinė energija iki šiol naudota šiai kovai galėtų būti perskirstyta pvz. kūrybai (nuo meninių išraiškų iki kūrybiškų išeičių iš keblių situacijų radimui) arba žaismingumui gyvenime. Atsigręžus į autorius, M. Weineris įvardija “laisvos ego energijos” sąvoką kalbėdamas apie psichologinius resursus, kurie lieka patenkinus intrapsichinius poreikius (L. Andriekienė ir kt., 2013). Apibendrinant, kai nebereikia nuo nieko vidiniame pasaulyje gintis, atsiranda daugiau ramybės ir erdvės kūrybai, žaidimui ir, jei prireikia, krizių įveikimui

Tyrimai išskiria, kad emocijų išreiškimas per kūną padeda jas geriau suvokti ir apdoroti. Pagal somatinių žymių teoriją (Damasio, 1999), emocijos pirmiausia kyla kūne ir tik vėliau apdorojamos sąmoningai, todėl galimybė jas išreikšti fiziškai – pavyzdžiui, per judesį – padeda išvengti jų „įstrigimo“ kūne (Damasio, 1999; Rothschild, 2000; van der Kolk, 2014). Tyrimai taip pat rodo, kad ŠJT efektyviai padeda išreikšti užspaustas emocijas ir stiprina emocinį atsparumą (Koch ir kt., 2019a; X. Zhang & Wei, 2024; Röhricht, 2009). Dalyvių išgyventas pykčio raiškos procesas atliepia ir psichodinaminėje literatūroje išryškinamą požiūrį, kad nerimas dažnai kyla kaip vidinio konflikto pasekmė, kai pyktis ar agresyvūs impulsai yra nesąmoningai slopinami dėl baimės, kaltės ar galimų pasekmių. Tokiu atveju nerimas tampa gynybine reakcija į nepriimtas emocijas, kurios, nesant galimybės saugiai išreikšti, ima

reikštis per įtampą, somatinius simptomus ar vengimo elgesį (S. Freud, 1926). Psichodinaminiai modeliai pabrėžia, kad ilgalaikis nesugebėjimas atpažinti ir priimti pykčio stiprina vidinį konfliktą bei palaiko nerimo simptomus. Dalyvės taip pat atskleidė, kad ŠJT padėjo patirti kūno ir proto ryšį, kuris stiprina savireguliaciją bei padėjo valdyti nerimo būseną. Dalyvės pastebėjo, kad kūno atsipalaidavimas tiesiogiai veikė jų psichologinę būseną ir skatino pasitikėjimą savimi. Ši patirtis atliepia tyrimų duomenis, kurie pabrėžia, kad įkūnyta praktika, jungianti judesį ir sąmoningumą, yra veiksmingas būdas mažinti nerimą bei stiprinti emocinę savireguliaciją (Shafir ir kt., 2016; Koch ir kt., 2019). Trečioji potėmė išryškino dar vieną svarbų aspektą – per judesį dalyvės patyrė, kaip iškyla vaikystės ir jaunystės prisiminimai bei su jais susiję emociniai vaizdiniai. Kai kurios iš jų įvardijo saugumo jausmo sustiprėjimą, o kitos – skausmingų ar neišspręstų patirčių prisiminimus, kuriuos pavyko integruoti. Literatūroje pabrėžiama, kad ŠJT gali suaktyvinti giliai slypinčias patirtis, nes kūnas saugo emocinius prisiminimus, kurie ne visada yra lengvai prieinami kognityviai (Payne, 2003; Koch & Fischman, 2011). Šie procesai padeda dalyviams giliau pažinti save ir integruoti svarbias gyvenimo patirtis. Judesio metu sužadinami prisiminimai taip pat atitinka neuromokslų įžvalgas – vidiniai kūno pojūčiai glaudžiai susiję su emocinėmis patirtimis ir autobiografinėmis atmintimis (Damasio & Carvalho, 2013b).

IŠVADOS

Šis tyrimas buvo pirmas Lietuvoje, kuris tyrė ŠJT poveikį moterų, turinčių nerimo sutrikimą, psichoemocinei sveikatai.

Tyrimo hipotezė - kad ŠJT pagerina moterų, turinčių nerimo sutrikimą, psichoemocinę sveikatą - pasitvirtino.

1. Literatūros analizė parodė, kad nerimo sutrikimams būdinga padidėjusi somatinė įtampa, sutrikusi emocijų raiška ir vidinės kontrolės stoka. ŠJT išskiriama kaip metodas, padedantis stiprinti interocepriją, emocinę savireguliaciją, o tai ypač aktualu gydant nerimo sutrikimus.
2. Kokybinio tyrimo metu atskleisti ŠJT sesijų dalyvių patyrimai: 1) Dalyvės atpažino nerimo kūnišką raišką ir išmoko ją reguliuoti per dėmesingumą pojūčiams, kvėpavimą ir įsižeminimą, o tai padėjo susigrąžinti pasitikėjimą kūnu kaip saugia atrama. 2) Terapijos metu keitėsi santykis su nerimu ir savimi – nuo kontrolės ir perfekcionizmo prie priėmimo ir autentiškumo, o grupinė dinamika mažino vienišumo jausmą ir stiprino bendrystę. 3) Judėjimas padėjo išreikšti užslopintas emocijas, stiprino emocinę savireguliaciją, sujungė kūno ir proto patirtis bei iškėlė reikšmingus vaikystės prisiminimus.
3. Kiekybinė analizės rezultatai parodė, kad po dešimties ŠJT intervencijos eksperimentinėje grupėje statistiškai reikšmingai sumažėjo nerimo ($p < 0,001$) (pagal GAD-7, $d = 2,6$) (pagal DASS21, $d = 1,87$), depresijos ($p = 0,008$) ($d = 1,5$) ir streso simptomų lygis ($p = 0,008$) ($d = 1,35$).
4. Tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių nustatyti reikšmingi skirtumai psichoemocinės būklės pokyčiuose – tiriamojoje grupėje po ŠJT terapijos intervencijos reikšmingai sumažėjo nerimo, depresijos ir streso lygis, tuo tarpu kontrolinėje grupėje šių rodiklių pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi.

REKOMENDACIJOS

1. Tyrėjams - rekomenduojame vykdyti tolesnius tyrimus apie ŠJT poveikį nerimo sutrikimą turinčioms moterims, ilginant tyrimo trukmę bei didinant imtį.
2. Tyrėjams - rekomenduojame atlikti daugiau tyrimų su ŠJT intervencijomis nerimo sutrikimą turinčioms moterims, siekiant tobulinti jų pritaikymą praktikoje.
3. Tyrėjams - atsižvelgiant į moterų patirčių turinį, rekomenduojama toliau plėtoti tokio tipo tyrimus, kuriuose analizuojami ne tik ŠJT poveikio rodikliai, bet ir pačių dalyvių išgyvenimai. Tokie tyrimai leidžia geriau suprasti, kaip klientės įprasmina terapinį procesą, kokie metodai yra joms prasmingiausi, ir kaip emociniai pokyčiai vystosi per judesio patirtį. Tai ypač svarbu siekiant plėtoti jautresnę, patirties pagrindu grįstą, moterų psichikos sveikatos priežiūrą.
4. Rekomenduojama psichikos sveikatos priežiūros įstaigose plačiau taikyti ir užtikrinti prieinamumą grupinei šokio-judesio terapijai moterims, turinčioms nerimo sutrikimų, kaip vienai iš veiksmingų kompleksinės pagalbos priemonių.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 35(3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition).
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Allgulander, C., Bandelow, B., den Boer, J. A., Christmas, D. M., Davies, S., Fineberg, N., Lidbetter, N., Malizia, A., McCrone, P., Nabarro, D., O'Neill, C., Scott, J., van der Wee, N., & Wittchen, H.-U. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* (Oxford, England), 28(5), 403–439. <https://doi.org/10.1177/0269881114525674>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Bateson, M., Brilot, B., & Nettle, D. (2011). Anxiety: An Evolutionary Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 707–715. <https://doi.org/10.1177/070674371105601202>
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997a). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997b). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications.

- Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
- Berntson, G. G., Gianaros, P. J., & Tsakiris, M. (2018). Interoception and the autonomic nervous system: Bottom-up meets top-down. M. Tsakiris & H. De Preester (Sud.), *The Interoceptive Mind: From Homeostasis to Awareness* (p. 0). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oso/9780198811930.003.0001>
- Bishop, S. J. (2007). Neurocognitive mechanisms of anxiety: An integrative account. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(7), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.05.008>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooke, S. L. (2006). *Creative Arts Therapies Manual: A Guide to the History, Theoretical Approaches, Assessment, and Work with Special Populations of Art, Play, Dance, Music, Drama, and Poetry Therapies*. Charles C Thomas Publisher.
- Bunney, J. R. (2013). Honoring History and Heritage: Roots for New Heights. *American Journal of Dance Therapy*, 35(1), 5–17. <https://doi.org/10.1007/s10465-013-9150-5>
- Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., & Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121–132. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. *Handbook of emotion regulation* (p. 542–559). The Guilford Press.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Cruz, R. F. (2016). Dance/Movement Therapy and Developments in Empirical Research: The First 50 Years. *American Journal of Dance Therapy*, 38(2), 297–302. <https://doi.org/10.1007/s10465-016-9224-2>
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 173(7), 680–687. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141>
- Damasio, A., & Carvalho, G. B. (2013a). The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological

- origins. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(2), 143–152. <https://doi.org/10.1038/nrn3403>
- Damasio, A., & Carvalho, G. B. (2013b). The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews. Neuroscience*, 14(2), 143–152. <https://doi.org/10.1038/nrn3403>
- Dieterich-Hartwell, R. (2017). Dance/movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.02.010>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies* (p. xii, 287). New Harbinger Publications.
- Ellis, R. (2001). Movement metaphor as mediator: A model for the dance/movement therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 28(3), 181–190. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(01\)00098-3](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(01)00098-3)
- Etikos kodeksas ir įstatai.* (s.a.). Gauta 2025 m. gegužės 11 d., <https://www.lsjta.lt/etikos-kodeksas-ir-statai>
- Feniger-Schaal, R., Hart, Y., Lotan, N., Koren-Karie, N., & Noy, L. (2018). The Body Speaks: Using the Mirror Game to Link Attachment and Non-verbal Behavior. *Frontiers in Psychology*, 9, 1560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01560>
- Ferguson, J. M. (2001). SSRI Antidepressant Medications: Adverse Effects and Tolerability. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 3(1), 22–27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181155/>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (p. 5–31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-001>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*.
- Freud, S. F. (1917). *General introduction to Psychonalalysis*.
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

- GBD Results*. (2025). Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., Dobos, G., & Cramer, H. (2021). A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Scientific Reports*, 11(1), 20385. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w>
- Ham, H. (2002). (PDF) 704 ppD.H. Barlow, Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic (2nd Edition), The Guilford Press, New York (2002). *ResearchGate*. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80027-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80027-5)
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: A Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193–209. <https://doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Yalom, I. D. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy, 5th ed* (p. xix, 668). Basic Books/Hachette Book Group.
- ICD-11*. (s.a.). Gauta 2025 m. balandžio 12 d., <https://icd.who.int/en>
- Institutas, H. (2025). *Higienos instituto duomenys*.
- Jakubauskienė, M., Berzanskė, A., Jakelaitis, A., Gavenavicius, D., & Stanislavoviene, J. (2023). Anxiety and depression among young people in Lithuania under the exposure of the war in Ukraine. *Population Medicine*, 5(Supplement). <https://doi.org/10.18332/popmed/164056>
- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2008). Interventions that are helpful for depression and anxiety in young people: A comparison of clinicians' beliefs with those of youth and their parents. *Journal of Affective Disorders*, 111(2), 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.021>
- Jung. (1967). *The Structure and Dynamics of the Psyche: T. Vol. 8*. Princeton University Press.
- Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 309–323. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.004>
- Koch, S. C., & Fischman, D. (2011). Embodied Enactive Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33(1), 57–72. <https://doi.org/10.1007/s10465-011-9108-4>
- Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beilmann, A. (2019a). 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>
- Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019b). 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>
- L. Andrikienė, E. Laurinaitis, & R. Milašiūnas. (2013). *Psichoanalitinė psichoterapija*.
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 341–348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
- Levine, B., & Land, H. M. (2016). A Meta-Synthesis of Qualitative Findings About Dance/Movement Therapy for Individuals With Trauma. *Qualitative Health Research*, 26(3), 330–344. <https://doi.org/10.1177/1049732315589920>
- Lyssenko, L. (2017). *Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale* | *American Journal of Psychiatry*. <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
- Meekums, B. (s.a.). *Meekums, B: Dance Movement Therapy*.
- Moratelli, J. A., Veras, G., Lyra, V. B., Silveira, J. da, Colombo, R., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2023). Evidence of the Effects of Dance Interventions on Adults Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Dance Medicine & Science*, 27(4), 183–193. <https://doi.org/10.1177/1089313X231178095>
- Overview of the DASS and its uses*. (s.a.). Gauta 2025 m. balandžio 5 d., <https://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/over.htm>
- Payne, H. (2003). *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203359266>
- Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. (s.a.). Gauta 2025 m. gegužės 20 d., <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>
- Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice : summary report*. (2004). World Health

Organization.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- 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)
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135–156. <https://doi.org/10.1080/17432970902857263>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment* (p. xvi, 190). W. W. Norton & Company.
- Shafir, T., Tsachor, R. P., & Welch, K. B. (2016). Emotion Regulation through Movement: Unique Sets of Movement Characteristics are Associated with and Enhance Basic Emotions. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02030>
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 47(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Sheets-Johnstone, M. (2010). Why Is Movement Therapeutic? *American Journal of Dance Therapy*, 32(1), 2–15. <https://doi.org/10.1007/s10465-009-9082-2>
- Skårderud, F. (1998). *Turmoil: A Journey into the Contemporary Self*.
- Soren Kierkegaard, W. L. (1968). *The Concept of Dread*.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Šalčiūnaitė-Nikonovė, L., Žemaitaitytė, M., & Šmigelskas, K. (2024). Exploring the Prevalence and Predictors of Anxiety among Lithuanian Adolescents during Times of Crisis: A Cross-Sectional Study. *Children*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/children11010032>
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 201–216. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00338-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00338-4)

<http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>

van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma* (p. xvi, 443). Viking.

Zhang, A., & He, N. (2022). *STUDY ON THE EFFECT OF DANCE MOVEMENT THERAPY ON PSYCHIATRIC REHABILITATION OF PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS*. 34.

Zhang, X., & Wei, Y. (2024). The role of dance movement therapy in enhancing emotional regulation: A literature review. *Heliyon*, 10(15). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35733>

KVIETIMAS



KLAUSIMYNAS

	Klausimai
1.	Vardas (įrašykite) _____
2.	Lytis (apibraukite teisingą): a) Moteris b) Vyras c) Kita
3.	Užimtumas (apibraukite teisingą): a) Dirbantis b) Pensininkas c) Studentas d) Bedarbis e) Kita
4.	Išsilavinimas: a) Pradinis b) Vidurinis c) Aukštesnysis d) Aukštasis e) Kita
5.	Šeimyninė padėtis: a) Niekada negyvenau santuokoje b) Vedęs / ištekęjusi c) Neregistruota santuoka d) Išsituokęs (-usi)
6.	Gyvenamoji vieta: a) Miestas b) Miestelis c) Kaimas d) Kita

Įdėmiai perskaitykite teiginius ir įvertinkite juos skalėje nuo 0 iki 3, kaip jautėtės per pastarąsias dvi savaites. Čia nėra teisingų ar klaidingų atsakymų.

**Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė -7
(GAD-7)**

Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo šios problemos? (Norėdami pažymėti savo atsakymą naudokite „✓“)	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusę iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
1. Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa	0	1	2	3
2. Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti	0	1	2	3
3. Per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų	0	1	2	3
4. Sunkumas atsipalaiduoti	0	1	2	3
5. Buvimas tokiame (-ai) neramiam (-iai), kad net sunku ramiai pasėdėti	0	1	2	3
6. Greitas susierzinimas ar dirglumas	0	1	2	3
7. Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus	0	1	2	3

Įdėmiai perskaitykite teiginius ir įvertinkite juos skalėje nuo 0 iki 3, kaip jautėtės per pastarąją savaitę.

Čia nėra teisingų ar klaidingų atsakymų.

Vertinimo skalė:

0 = Visiškai man netinka arba Niekada

1 = Šiek tiek man tinka arba Kartais

2 = Visai man tinka arba Dažnai

3 = Labai man tinka arba Beveik visada

Nr.	Visiškai man netinka / Niekada	Šiek tiek man tinka / Kartais	Visai man tinka / Dažnai	Labai man tinka / Beveik visada
1. Būdavo sunku nurimti.	0	1	2	3
2. Jaučiau, kad džiūsta burna.	0	1	2	3
3. Atrodė, kad visiškai negaliu patirti jokių teigiamų jausmų.	0	1	2	3
4. Būdavo sunku kvėpuoti (pvz., net ir be fizinio aktyvumo pradėdavau dažnai kvėpuoti ar pritrūkdavo oro).	0	1	2	3
5. Buvo sunku atrasti jėgų ką nors veikti.	0	1	2	3
6. Buvau linkęs (-usi) perdėtai reaguoti į situaciją.	0	1	2	3
7. Jaučiau drebulį (pvz., rankų).	0	1	2	3
8. Jaučiausi psichologiškai išsekęs (-usi).	0	1	2	3
9. Jaudinausi dėl situacijų, kuriose galiu supanikuoti ir apsikvailinti.	0	1	2	3
10. Jaučiau, kad neturiu ko laukti ateityje.	0	1	2	3
11. Pastebėdavau, kad pradedu jaudintis.	0	1	2	3
12. Buvo sunku atsipalaiduoti.	0	1	2	3
13. Jaučiausi nusiminęs (-usi).	0	1	2	3
14. Buvo sunku pakęsti, kai kiti mane sutrukdydavo.	0	1	2	3
15. Jaučiausi arti panikos ribos.	0	1	2	3
16. Niekas manęs nedomino.	0	1	2	3
17. Jaučiausi mažai ko vertas (-a).	0	1	2	3
18. Jaučiausi gana lengvai suerzinamas (-a).	0	1	2	3
19. Jaučiau savo širdies plakimą nesant fizinio aktyvumo (pvz., jaučiau padažnėjusį širdies ritmą, ritmo sutrikimą).	0	1	2	3
20. Jaučiau baimę be aiškos priežasties.	0	1	2	3
21. Jaučiau, kad gyvenimas yra beprasmiškas.	0	1	2	3

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Sutinku dalyvauti Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto ir LMTA Menų (šokio-judesio) terapijos II-ojo kurso studentės Agnės Ščiukaitės kiekybiniame ir kokybiniame tyrime: “Šokio-judesio terapijos patyrimas ir poveikis nerimo sutrikimą turintiems suaugusiems”.

Tyrimo duomenų rinkimo būdai: pusiau struktūruotas interviu, klausimynai ir pulso dažnio matavimas. Jūsų dalyvavimo tyrime trukmė: 10 terapijos sesijų, trunkančių po 1 val. 15 min.

Interviu bus įrašomas į diktofoną.

Jūsų asmens duomenys bus konfidencialūs. Tyrime bus užtikrinamas dalyvių anonimiškumas ir konfidencialumas, interviu metu, klausimynais, pulso matuokliu surinkti ir analizės metu apibendrinti duomenys bus naudojami tik tyrimo tikslais.

Turėsiu galimybę atsisakyti dalyvauti tyrime bet kuriuo momentu iki interviu pradžios ir per tris dienas po interviu.

(Vardas, Pavardė, parašas)

Jeigu iškiltų klausimų, kreiptis į Agnę Ščiukaitę, +37064475155

__Agnė Ščiukaitė _____ (Tyrėjo vardas, pavardė ir parašas)

PUSIAU STRUKTŪRUOTO INTERVIU KLAUSIMAI

1. Prisiminkite save prieš pirmąją ŠJT sesiją – kaip jautėtės ateidama į terapiją?
2. Kokius lūkesčius ar baimes turėjote prieš pradėdama ŠJT?
3. Kaip jautėtės per pirmąją ŠJT sesiją? Ar buvo dalykų, kurie jus nustebino ar paliko stiprų įspūdį?
4. Kaip per terapiją keitėsi jūsų suvokimas apie savo kūną ir judesius? Ar pastebėjote fizinės įtampos pokyčių?
5. Ar tam tikri pratimai buvo ypatingai naudingi mažinant įtampą kūne?
5. Kaip keitėsi jūsų jausmai terapijos metu? Ar pastebėjote skirtumą nuo pradžios iki dabar?
8. Ar terapijos metu kilo specifinių vaizdinių, prisiminimų ar refleksijų? Jei taip, kokie jie buvo?
Galbūt išvelgiate tam tikras sąsajas su savo dabartine būseną?
9. Ar ŠJT padėjo geriau suprasti savo emocijas ir nerimą? Jei taip, kaip? Ar pastebėjote, kad kai kurie pratimai ar užduotys ypač padėjo valdyti ir suprasti nerimą?
10. Kaip ši terapija paveikė jūsų požiūrį į nerimo simptomus?
11. Dar kartą prisiminkite save prieš pirmąją ŠJT sesiją ir dabar, po viso terapijos ciklo. Ar pastebite savyje pokyčių? Jei taip, kokių?
12. Kas jums buvo labiausiai naudinga ŠJT?
13. Ar yra dalykų, kurie terapijos metu buvo sudėtingi ar kėlė nepatogumą?
14. Ar rekomenduotumėte ŠJT kitiems, turintiems nerimo sutrikimų? Kodėl?

ŠJT sesijų programa

Sesijos nr.	Tema/Tikslas	Eiga
1 sesija	Susipažinimas: kvėpavimo, kūno pojūčių, judėjimo tyrinėjimas	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate, vardo pasakymas bei lūkesčių išreiškimas Apšilimas: -Įsižeminimo pratimai ir kvėpavimo pratimai -Vaikščiojimas po erdvę, lėtas vaikščiojimas, sutelkiant dėmesį į kūno svorio perkėlimą, tempo keitimas nuo 1 iki 10, pasirinkimas individualaus maloniausio greičio. -5 juslių aktyvinimas -Saugios vietos ieškojimas erdvėje -Kūno džiazas Pagrindinė dalis: -Dviejų kūno dalių judėjimas/santykio kūrimas -Judėjimas erdvėje su maloniausiu judesiu -Judėjimas erdvėje „lasvai” naudojant kuo mažiau raumenų įtempo ir judėjimas „suvaržytai” naudojant kuo daugiau raumenų įtempo (metaforų naudojimas). -Vaikščiojimas erdvėje: kai vienas dalyvis sustoja ir kiti sustoja, kai vienas pradeda eiti ir kiti pradeda eiti. -Pasirinkimas dviejų žmonių ir vaikščiojimas erdvėje tokiu pat atstumu nuo abiejų žmonių. -Įtempimas kūno dalių ir atpalaidavimas (progresyvi raumenų relaksacija) Uždarymas: -Verbalinė refleksija rate

2 sesija	Ribų patyrimas ir jų įtvirtinimas	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate išsirenkant simbolinę kortelę Apšilimas: -Kvėpavimo pratimai -Įsižeminimo pratimai -Kūno skenavimas -Minimalaus judesio pastebėjimas kūne -Judėsio išplėtimas: mažas, vidutinis, didelis -Judėsio atspindėjimas rate -Vaikščiojimas erdvėje švelniai padedant kojas, letai, švelniai, įsivaizduojant vandenį, stuburo pajautimas, judesiai su stuburu. -Vaikščiojimas spaudžiant pėdas į žemę, trypiant, sukuriant ritmą -Kratymas skirtingų kūno dalių -Sustojimas ir pojūčių stebėjimas - po kūno dalių kratymo, koks kvėpavimas, koks širdies plakimas, pakvietimas pastebėti: kokie pojūčiai kyla kai sulėtina kvėpavimą Pagrindinė dalis: -Saugios vietos erdvėje ieškojimas -Savo kūno dalių lietimasis, pastebėjimas, kur prasideda aš ir kur prasideda pasaulis, ieškojimas maloniausio prisilietimo -Kinesferos patyrimas kaip asmeninės ribos -Įsivaizdavimas, jog turime teptukus ant plaštakų ir pėdų ir norime užpildyti savo erdvę tam tikra spalva (pakvietimas įsivaizduoti spalvą) -Pakvietimas patyrimui, kokiais judesiais norisi nubrėžti asmeninę erdvę -Kvėpavimas, stuburas ir žemė kaip atramos brėžiant ribą -Ėjimas erdvėje su savo asmenine riba -Einant šalia kito dalyvio atspindėjimas -Improvizacinis judesys Uždarymas: -Verbalinė refleksija rate
----------	---	--

3 sesija	Ryšio su kitais kūrimas	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate, dviejų simbolinių kortelių išsirinkimas kaip jaučiuosi dabar ir kaip norėčiau jaustis Apšilimas: -Ritmo kūrimas sakant vardus rate -Ėjimas ir ritmo trypimas -Ėjimas vedant skirtingoms kūno dalims -Kūno juslių aktyvinimas Pagrindinė dalis: -Pasisveikinimas su žmonėmis erdvėje -Porose šalia šokant atspindėjimas -Priešais šokant atspindėjimas -Verbalinė refleksija rate
4 sesija	Saugumo stiprinimas	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate Apšilimas: -Judėjimas erdvėje, išsiražymas, išsijudinimas, kūno pojūčių pastebėjimas -Kvėpavimo ir įsižeminimo pratimai -Kūno skenavimas Pagrindinė dalis: -Saugi kūno vieta, judėjimas iš saugios kūno vietos -Piešimas „Saugumas“ -Piešinio pratęsimas erdvėje -Susiradimas saugios vietos, atsigulimas, judesio inkaras Uždarymas: -Piešinio užbaigimas -Verbalinė refleksija rate

5 sesija	Minčių ir judesio ryšys	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate su upių kortelėmis, išsirinkti upę, kuri labiausiai atspindi dabartinę būseną Apšilimas: -Vaikščiojimas erdvėje, judėjimas kaip pasirinkta upė, leidimas sau keisti upę -Susiradimas saugios vietos erdvėje -Davo kūno lytėjimas skirtingu stiprumu -Vaikščiojimas erdvėje, įsivaizdavimas, kad einame per ledą, per molį, šokinėjimas per balas -Juslių tyrinėjimas, kontakto su kitais dalyviai atradimas, pasisveikinimas judesiu Pagrindinė dalis: -Vaikščiojimas porose (uždėjus ranką ant peties arba tiesiog už žmogaus) ir eisenos atkartojimas -Šokis galvojant apie neutralią mintį -Šokis galvojant apie neigiamą mintį -Šokis galvojant apie teigiamą mintį (kvėpavimai rate tarp šių trijų dalių) Uždarymas: -Verbalinė refleksija rate
6 sesija	Pykčio, galios ir vidinio resurso išraiška	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate Apšilimas: -Įsižeminimo ir kvėpavimo pratimai -Dabartinės emocijos išraiška per improvizacinį judesį -Vaikščiojimas erdvėje Pagrindinė dalis: -Judėjimas porose, judesių atspindėjimas sumažinant ir padidinant juos -Pyktį sukėlusios situacijos atsiminimas, pykčio per kūną išraiška -Galios pajutimas kūne per raumenis, galios gyvūno šokis -Galios judesių pasidalinimas rate -Kūno dalių kratymas Uždarymas: -Verbalinė refleksija rate

7 sesija	Nerimo tyrinėjimas	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate Apšilimas: -Dabartinės emocijos išraiška per improvizacinį judesį -Kūno skenavimas Pagrindinė dalis: -Judėjimas trijose skirtingose erdvėse- mažoje, vidutinėje, didelėje -Judėjimas porose trijose skirtingose erdvėse- mažoje vidutinėje didelėje -Kūno metafora per statulos formavimą porose (nerimo statula ir judėjimas, žmogaus be nerimo statula ir judėjimas) -Piešimas Uždarymas: -Verbalinė refleksija rate
8 sesija	Ryšio užmezgimas su nerimo patyrimu per metaforą	Įvadas: -Skarelės išsirinkimas- dabartinės būsenos metafora, verbalinis pasidalinimas rate Apšilimas: -Kvėpavimo pratimai, įsižeminimo pratimai -Improvizacinis judėjimas erdvėje su skarele -Judėjimas erdvėje su skirtingomis kokybėmis Pagrindinė dalis: -Išsirinkimas skarelės, kuri asocijuojasi su nerimu -Ryšio užmezgimas su skarele (nerimo metafora) -Piešimas Uždarymas: -Verbalinė refleksija rate
9 sesija	Nerimas kūne	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate išsirenkant simbolinę kortelę Apšilimas: -Kvėpavimo pratimai, įsižeminimo pratimai -Ranka į ranką (palaikymas) -Dabartinės emocijos išreiškimas per improvizacinį judesį Pagrindinė dalis: -Judėjimas erdvėje su dėmesiu į odą, raumenis ir kaulus

		-Kūno piešimas ir pažymėjimas kur jaučiamas nerimas -Improvizacinis judesys tyloje poroje, pasidalinimas porose -Kūno nupiešimas ir pažymėjimas kur po judėjimo jaučiamas nerimas Uždarymas: -Verbalinė refleksija rate
10 sesija	Terapinio proceso integracija: „Kelionė laiku	Įvadas: -Verbalus pasidalinimas rate išsirenkant simbolinę kortelę Apšilimas: -Įsižeminimo pratimai ir kūno skenavimo pratimai -Kūno dalių kratymas -Atramų kūne pajautimas -Judėjimas įkvepiant, sustojimas iškvepiant -Dabartinės emocijos išreiškimas per improvizacinį judesį -Judėsio atspindėjimas rate Pagrindinė dalis: -Grupės dalyvės vardo nupiešimas judesiu erdvėje, judėjimas kaip dovanos skirimas (dvi grupės) -Judėjimas erdvėje (Praeitis laikas prieš terapiją, terapijos pradžia, terapijos įpusėjimas, terapijos pabaiga, ateitis) Uždarymas: -Piešimas ir verbalinė refleksija rate