VILNIAUS UNIVERSITETAS

Rima Viliūnienė

PACIENTŲ SU AFEKTINIAIS IR NEUROZINIAIS SUTRIKIMAIS GYDYMO PSICHOTERAPIJOS DIENOS STACIONARE EFEKTYVUMAS: LONGITUDINIS TYRIMAS

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, medicina (06B)

Vilnius, 2012

Disertacija rengta 2008 – 2012 metais

Vilniaus universitete

Mokslinė vadovė

Prof. dr. VITA DANILEVIČIŪTĖ

(Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 06B)

TURINYS

PAGRINDINĖS SĄVOKOS IR TRUMPINIAI 7
1. ĮVADAS 9
1.1. Darbo tikslas 12
1.2. Darbo uždaviniai 12
1.3. Darbo mokslinis naujumas 13
1.4. Ginamieji teiginiai 14
2. GYDYMAS PSICHOTERAPIJOS DIENOS STACIONARE 15
3. LITERATŪROS APŽVALGA 21
3.1. Kombinuotas gydymas 21
3.2. Motyvacija gydytis psichoterapiškai 25
3.2.1. Motyvacijos sampratos raida 28
3.2.2. Konstruktas „motyvacija psichoterapijai“ 31
3.2.2.1 Kančia 33
3.2.2.2 Ligos nauda 34
3.2.2.3 Paciento suvokiama psichopatologijos etiologijos samprata 35
3.2.2.4 Pacientų lūkesčiai psichoterapijai ir gydymosi patirtys 36
3.2.3. Motyvacijos įtakos psichoterapijai tyrimų apžvalga 40
3.2.4. Motyvacijos psichoterapijai didinimo galimybės 41
3.2.5. Motyvacijos įvertinimo instrumentai 43
3.3. Psichologinis atsparumas 45
3.3.1. Konstrukto apibūdinimas 45
3.3.2. Atsparumo tyrimai 52
3.3.3. Atsparumo didinimo intervencijos 54
3.3.4. Atsparumo ir bendrųjų psichoterapijos faktorių ryšys 55
3.3.4.1 Tarpasmeniniai ryšiai 55
3.3.4.2 Terapiniai rėmai, taisyklės ir struktūra 56
3.3.4.3 Lūkesčiai ir viltis 56
3.3.4.4 Priskyrimas ir įgūdžiai 56

3.3.4.5 Lankstumas ... 57
3.3.5. Atsparumo matavimo skalės ... 58
4. TYRIMO METODIKA ... 59
4.1. Tyrimo dalyviai ... 59
4.2. Tyrimo kintamieji ir matavimo metodai ... 60
4.2.1. Psichinės būklės sunkumas ... 60
4.2.2. Psichologinis distresas ... 62
4.2.3. Motyvacija psichoterapiniam gydymuisi ... 64
4.2.4. Psichologinis atsparumas ... 66
4.2.5. Sociodemografiniai kintamieji ... 68
4.3. Tyrimo eiga ... 70
4.4. Duomenų statistinė analizė ... 71
5. REZULTATAI ... 75
5.1. Neurozinių ir afektinių sutrikimų grupių palyginimas ... 75
5.1.1. Gydymosi pradžioje ... 75
5.1.2. Gydymosi pabaigoje ... 79
5.1.3. Pakartotinis matavimas ... 82
5.2. Psichoterapinio ir kombinuoto gydymo grupių palyginimas ... 86
5.2.1. Gydymosi pradžioje ... 86
5.2.2. Gydymosi pabaigoje ... 90
5.2.3. Pakartotinis matavimas ... 94
5.3. Pokyčiai per laiką ... 97
5.3.1. Simptomų išraiškos pokyčiai ... 97
5.3.2. Psichologinio distreso pokyčiai ... 100
5.3.3. Motyvacijos psichoterapijai pokyčiai ... 103
5.3.4. Psichologinio atsparumo pokyčiai ... 106
5.4. Demografinių charakteristikų ir kintamųjų ryšys bei palyginimai ... 109
5.4.1. Gydymosi pradžioje ... 109
5.4.2. Gydymosi pabaigoje ... 116
5.4.3. Pakartotinis matavimas ... 122

5.5. Kintamųjų tarpusavio ryšiai 128
5.5.1. Gydymosi pradžioje 128
5.5.2. Gydymosi pabaigoje 131
5.5.3. Pakartotinis matavimas 134
5.6. Kryžminių ankstinių modeliai 137
5.6.1. Ryšių tarp motyvacijos ir simptomų analizė laikui bėgant 141
5.6.2. Ryšių tarp atsparumo ir simptomų analizė laikui bėgant 146
5.7. Pagrindinės ir kontrolinės grupės palyginimas 151
5.7.1. Gydymosi pradžioje 151
5.7.2. Gydymosi pabaigoje 152
5.1.1. Simptomų ir atsparumo pokyčiai laikui bėgant 154
6. REZULTATŲ APTARIMAS 159
6.1. Skirtumai tarp neurozinių ir afektinių sutrikimų grupių 159
6.2. Skirtumai tarp psichoterapinio ir kombinuoto gydymo grupių 161
6.3. Pokyčiai per laiką 165
6.3.1. Simptomų pokyčiai 165
6.3.2. Distreso pokyčiai 168
6.3.3. Motyvacijos pokyčiai 168
6.3.4. Psichologinio atsparumo pokyčiai 170
6.4. Demografinių charakteristikų ir simptomų ryšys bei palyginimai 171
6.4.1. Ryšys su lytimi 171
6.4.2. Ryšys su šeimine padėtimi 172
6.4.3. Ryšys su užimtumu 173
6.4.4. Ryšys su amžiumi 174
6.5. Kintamųjų ryšiai 176
6.5.1. Gydymosi pradžioje 176
6.5.2. Gydymosi pabaigoje 178
6.5.3. Pakartotinis matavimas 179
6.6. Ryšių tarp motyvacijos ir simptomų analizė laikui bėgant 180
6.7. Ryšių tarp atsparumo ir simptomų analizė laikui bėgant 182

6.8. Pagrindinės ir kontrolinės grupių gydymo efektyvumo palyginimas ... 183
7. IŠVADOS ... 184
8. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS ... 186
9. LITERATŪRA ... 187
10. STRAIPSNIAI TYRIMO TEMA ... 213
11. PRANEŠIMAI KONFERENCIJOSE ... 213
PRIEDAI ... 214
1 priedas. Psichoemocinių simptomų anketa (QPASS) ... 215
2 priedas. Klinikinių rezultatų vertinimo anketa (CORE-OM) ... 217
3 priedas. Motyvacijos psichoterapijai anketa (FMP) ... 219
4 priedas. Suaugusiųjų atsparumo skalė (RSA) ... 223

PAGRINDINĖS SĄVOKOS IR TRUMPINIAI

Kombinuotas gydymas - psichoterapijos taikymas kartu su psichotropinių vaistų skyrimu.

Motyvacija - savanoriškos ir valingos paciento pastangos dirbti terapijoje, niekieno neverčiant. Motyvacija taip pat laikoma poreikis ir pastangos keistis, pacientui patiriant psichologinę kančią.

Atsparumas - asmenų gebėjimas išlaikyti santykinai stabilų psichinį funkcionavimą, patiriant nelaimes, sunkumus ar nuolatinius reikšmingus gyvenimo stresorius, o taip pat gebėjimas atsigauti po jų.

Gydymo efektyvumas - statistiškai reikšmingas psichopatologinių simptomų ir distreso sumažėjimas bei pacientų subjektyvios savijautos pagerėjimas.

PDS – psichoterapijos dienos stacionaras

PSC – psichikos sveikatos centras

QPASS - Psichoemocinių simptomų anketa (angl. *The Quick Psycho-Affective Symptoms Sca)* vertintas pacientų psichinės būklės sunkumas.

BPI - Bendras psichopatologijos įvertis. Tai visų QPASS anketos klausimų įverčių suma.

CORE-OM - Klinikinių rezultatų vertinimo anketa (angl. *Clinical Outcomes for Routine Evaluation – Outcome Measure*), kuria vertintas psichoterapijos veiksmingumas, matuojant psichologinio distreso pokyčius.

FMP - Motyvacijos psichoterapijai anketa (vok. *Fragebogenzur Messung der Psychotherapiemotivation*) vertinta pacientų motyvacija psichoterapiniam gydymuisi.

RSA - Suaugusiųjų atsparumo skalė (angl. *Resilience Scale for Adults*) naudota psichologiniam atsparumui įvertinti.

Šeima – tai kartu gyvenantys sutuoktiniai/partneriai/tėvai/vaikai.

TKL – 10 – tarptautinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, dešimtoji redakcija.

Afektiniai sutrikimai (depresija) - depresijos epizodas ir pasikartojantis depresinis sutrikimas; lengvas, vidutinio sunkumo, sunkus be psichozės simptomų, diagnozuotas pagal TLK-10 kriterijus.

Depresiškumas – psichoemocinių simptomų anketos (QPASS) depresiškumo skalės įvertis.

Neuroziniai(nerimo) sutrikimai - mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas, adaptacijos sutrikimas, generalizuotas nerimo sutrikimas, kiti nerimo sutrikimai (F40.1; F41.0; F41.3; F43.1; F44.7), diagnozuoti pagal TLK-10 kriterijus.

Nerimastingumas – psichoemocinių simptomų anketos (QPASS) nerimastingumo skalės įvertis.

***** – reiškia, kad skirtumas tarp nurodytų parametrų yra statistiškai patikimas. Patikimumo lygis nurodytas prieš tai esančioje lentelėje.

1. ĮVADAS

Depresija yra vienas iš dažniausių psichikos sveikatos sutrikimų. Mokslinės literatūros duomenimis nuo 3 iki 17 procentų Europos gyventojų patiria depresinių sutrikimų (Ayuso-Mateos et al., 2001; Paykel et al., 2005). Kitų šaltinių duomenimis depresija ir kitais nuotaikos bei nerimo sutrikimais serga maždaug 20 procentų išsivysčiusių šalių gyventojų. Vyrams rizika susirgti depresija yra maždaug 5 procentai, moterims – 10 procentų (Sveikata et al., 2009). Didžiojoje Britanijoje nuo depresinių sutrikimų gydosi nuo 5% iki 10% žmonių (McMahon et al., 2012). JAV per gyvenimą net 20% moterų ir 12% vyrų serga depresija (Halverson et al., 2012). Lietuvoje 6% kaimo gyventojų nustatyta depresija, vyrams beveik 2 kartus rečiau nei moterims (atitinkamai 4,3% ir 7,8%) (Davidonienė et al., 2012).

Olandų atliktame didelės imties tyrime nustatyta, kad 67% sergančiųjų depresija tuo pat metu pasireiškė ir nerimo sutrikimas, o 75% depresija sergančiųjų anamnezėje aptinkamas nerimo sutrikimas. Iš 63% sergančių nerimo sutrikimais tuo pat metu pasireiškia ir depresija, o sergančių anamnezėje depresija aptinkama 81% pacientų (Lamers et al., 2011).

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) 2004 m. duomenimis, pagal sukeliamą ekonominę naštą depresija užėmė trečią vietą pasaulyje. 2008 m. duomenimis ir Europoje šis susirgimas užėmė trečią vietą. Prognozuojama, kad 2030 m. depresija taps didžiausią ekonominę naštą sukeliančiu susirgimu, aplenkdama net išeminę širdies ligą (WHO, 2008).

Lietuvos valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis (2012 08 25) Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, sergamumas depresija auga. 2007 m. pirmą kartą depresija diagnozuota 1569 pacientams, 2008 m. – jau 1657 pacientams, 2009 m. – 1829 pacientams, 2010 m. – 2167 pacientams, ir tik 2011 m. šis skaičius kiek sumažėjo - depresija pirmą kartą diagnozuota "tik" 1864 pacientams. Analogiška tendencija stebima ir sergamumo (pirmą kartą per metus išaiškintas susirgimas) bei ligotumo (sergančių asmenų skaičius) statistikoje. 2007 m. sergamumas depresija užfiksuotas 46,5/100 tūkstančių gyventojų, ligotumas - 701,6/100 tūkst. gyventojų; 2008 m. sergamumas depresija jau 49,3/100

tūkstančių gyventojų, ligotumas - 742,4/100 tūkstančių gyventojų; 2009 m. sergamumas depresija - 54,8/100 tūkstančių gyventojų, ligotumas - 753,5100 tūkstančių gyventojų; 2010 m. sergamumas depresija pasiekė jau 65,9/100 tūkstančių gyventojų, o ligotumas - 801,3/100 tūkstančių gyventojų ribą. Pažymėtina, kad šių sutrikimų, dažniausiai varginančių darbingo amžiaus (didžiausias sergamumas - 25-44 m.) (Halverson et al., 2012) žmones, gydymas yra ypatingai svarbus.

Nerimo sutrikimų skaičius taip pat linkęs didėti. Lietuvos valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2007 m. nerimo sutrikimais sirgo 5967 žmonės, 2008 m. – jau 5986, 2009 m. – 6245, 2010 m. – 6329, o 2011 m. jau net 6827 žmonės. Moteris nerimo sutrikimai vargina du kartus dažniau, nei vyrus.

Mokslinėje literatūroje daug diskutuojama depresijos bei nerimo sutrikimų gydymo klausimais. Nemaža tyrimų atlikta vertinant medikamentinio, kombinuoto (farmakoterapinio ir psichoterapinio) ir psichoterapinio gydymo efektyvumą, bei lyginant šiuos metodus tarpusavyje. Išsamūs tyrimai, metaanalizės ir diskusijos, kuris gydymas – psichoterapinis, farmakoterapinis ar kombinuotas leidžia pasiekti geriausius depresijos ir nerimo sutrikimų gydymo rezultatus, tęsiasi iki šiol. Daugelio metaanalizių išvada, kombinuotas gydymas yra efektyvesnis už vien psichoterapinį arba farmakoterapinį gydymą (Smits, Hofmann, 2009; Cuijpers et al., 2007a, 2007b, 2007c, 2008a, 2008b, 2008c, 2009, 2010, 2011, 2012; Zobel et al., 2011; Guidi, Fava, 2011; Rafanelli, Fava, 2011; Wolff et al., 2012).

Daugybė tyrimų parodė, kad stresiniai gyvenimo įvykiai padidina psichiatrinių simptomų ir sutrikimų tikimybę (Bebbington et al., 1993; Brown, 1993; Brown et al., 1994; Frank et al., 1994; Kendler et al., 1995).

Psichologinio atsparumo tyrimuose pacientų įvardijami stresoriai (pvz. netektis, lėtinė liga, patirta prievarta) dažnai sutampa su klinikiniuose depresijos tyrimuose minimais stresoriais (Denny et al., 2004; Dumont, Provost, 1999; Werner, Smith, 2001).

Labai svarbus taikinys gydant depresiją, nerimą ir stresines reakcijas yra psichologinio atsparumo augimas. Atsparumas gali būti išmatuojamas ir yra susijęs su bendra sveikatos būkle. Asmenys su psichikos sutrikimais turi žemesnio lygio

atsparumą negu likusi populiacija. Atsparumas yra kintantis ir gali būti pagerintas gydymu. Didesnis atsparumo pagerėjimas atitinka didesnio lygio bendros būklės pagerėjimą (Connor, Davidson, 2003). Atsparumas yra pozityvios psichinės sveikatos pamatas (Persaud, 2001). Bendrosios atsparumo charakteristikos yra pastovesnės, nei psichiatriniai simptomai, todėl jos gali būti itin reikšmingos prognozuojant psichologinį augimą psichoterapijos procese, numatant atkryčio riziką bei paciento gebėjimą įveikti esamus ir būsimus sunkumus.

Suaugęs pacientas, besikreipiantis į psichinės sveikatos specialistus dėl depresinių ar nerimo sutrikimų, kaip taisyklė, jau turi tam tikrą somatinio gydymosi patirtį. Svarbu tai, kad somatinėje medicinoje pacientui dažniausiai suteikiamas pasyvus vaidmuo. Pacientas yra gydymo objektas, kuriam tenka ištverti medicininių priemonių taikymą bei vykdyti specialistų jam keliamus elgesio reikalavimus (pvz.: gerti vaistus, laikytis dietos). Šis paciento-gydytojo santykis yra tipiškas ir yra per ilgą laiką internalizuojamas. Kreipusis į psichiatrą, šis bendravimo modelis dažniausiai yra pakartojamas ir/ar pratęsiamas. Pacientui skiriami vaistai, jisai galbūt siunčiamas pas psichologą, tačiau sėkmingam psichoterapiniam gydymuisi nepakanka tik tiksliai laikytis gydytojo rekomendacijų. Teigiami ir ilgalaikiai psichoterapinio gydymosi rezultatai labiausiai tikėtini yra tuomet, kai pacientas pats aktyviai įsitraukia ir prisideda prie pokyčių (Overholser, 2005; Ryan, Deci, 2008). Pacientai, kurie savo iniciatyva kreipėsi psichoterapinės pagalbos, kurie klausinėjo savo terapeutų apie jų siūlomas paslaugas ir kurie aktyviai formulavo bei siekė terapinių tikslų, sulaukė geresnių rezultatų psichoterapijos metu, nei pasyviai besielgę (Seligman, 1995). Paciento aktyvaus dalyvavimo psichoterapijos metu laipsnis yra vienas iš svariausių gydymo rezultatų pranašų (Orlinsky et al., 1994). Kita vertus, motyvacijos stoka yra viena dažniausių mokslinėje literatūroje minimų pacientų gydymo nutraukimo, terapinio susitarimo nesilaikymo, atkryčio ir kitų neigiamų psichoterapinio gydymo rezultatų priežasčių (Ryan et al., 1995).

Literatūros apie pastarųjų metų tyrimų, skirtų atskleisti motyvacijos svarbą psichoterapiniam gydymui, pavyko rasti ganėtinai mažai. Ši tema, regis, tikrai nėra „ant bangos“. Šiame darbe siekėme išsiaiškinti, ar ir kaip motyvacija

psichoterapijai susijusi su pacientų gydymosi rezultatais struktūruota 6 savaičių trukmės programa psichoterapijos dienos stacionare (PDS).

Psichoterapijos dienos stacionaras yra ypatinga, tarpinė tarp hospitalizacijos ir ambulatorinio gydymo programa. Gydymasis psichoterapijos dienos stacionare apima intensyvią, bet trumpalaikę psichoterapinę ar kombinuotą pagalbą. Dienos stacionare skatinama asmeninė pacientų atsakomybė už savo gydymąsi ir sveikimą, derinamas intensyvus psichoterapinis gydymas su namų darbų užduotimis, išlieka pastovus šeimos dalyvavimas, nenutrūksta socialiniai ryšiai, pacientas patiria mažesnę stigmatizaciją (Zeeck et al., 2005).

1.1. Darbo tikslas

Nustatyti psichoterapijos dienos stacionaro pacientų su neuroziniais ir afektiniais sutrikimais gydymo efektyvumą ir sociodemografinių veiksnių, psichopatologinių simptomų, psichologinio distreso, motyvacijos psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinio atsparumo ryšius bei pokyčius laikui bėgant.

1.2. Darbo uždaviniai

1. Atrinkti ir parengti naudojimui metodikas, tinkamas įvertinti psichopatologinių simptomų išreikštumą, psichologinį distresą, motyvaciją psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinį atsparumą.
2. Palyginti pacientų su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais psichopatologinių simptomų išreikštumą, psichologinį distresą, motyvaciją psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinį atsparumą:
   a) gydymosi PDS pradžioje,
   b) po 6 savaičių gydymosi PDS,
   c) praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS.
3. Palyginti pacientų, kuriems taikytas psichoterapinis bei kombinuotas gydymas psichopatologinių simptomų išreikštumą, psichologinį distresą, motyvaciją psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinį atsparumą:

a) gydymosi pradžioje,
b) po 6 savaičių gydymosi PDS,
c) praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS.

4. Nustatyti pacientų sociodemografinių charakteristikų ryšį su psichopatologinių simptomų išreikštumu, psichologiniu distresu, motyvacija psichoterapiniam gydymuisi ir psichologiniu atsparumu ir palyginti juos:
   a) gydymosi pradžioje,
   b) po 6 savaičių gydymosi PDS,
   c) praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS.
5. Įvertinti simptomų, psichologinio distreso, motyvacijos psichoterapiniam gydymui ir psichologinio atsparumo pokyčius gydymo metu ir stebėjimo laikotarpiu.
6. Palyginti psichoterapiniame dienos stacionare ir psichikos sveikatos centre gydytų pacientų simptomų išreikštumą ir psichologinį atsparumą:
   a) gydymosi pradžioje,
   b) po 6 savaičių gydymosi.

1.3. Darbo mokslinis naujumas

1. Šio darbo metu buvo parengtos naudoti Lietuvoje keturios naujos anketos, skirtos įvertinti pacientų: 1) motyvaciją psichoterapiniam gydymuisi; 2) psichiatrinių simptomų išreikštumą; 3) psichoterapijos rezultatus ir 4) psichologinį atsparumą.
2. Šiame darbe pirmąsyk siekta išsiaiškinti, ar ir kaip pacientų motyvacija psichoterapiniam gydymuisi susijusi su gydymosi rezultatais struktūruota 6 savaičių trukmės programa psichoterapijos dienos stacionare (PDS).
3. Mokslinėje literatūroje, aptariant psichologinio atsparumo pokyčius, jo didinimą, dažniausiai kalbama apie kognityvinę elgesio terapiją ir potrauminio streso sutrikimo gydymą ar jo prevenciją. Duomenų apie psichodinamiškai orientuoto gydymo psichoterapijos dienos stacionare poveikį pacientų, kenčiančių nuo afektinių ir neurozinių sutrikimų, psichologiniam atsparumui rasti nepavyko.

4. Taip pat mums žinomais literatūros duomenimis iki šiol nebuvo tyrinėtos pacientų su afektiniais bei neuroziniais sutrikimais psichologinio atsparumo bei motyvacijos gydytis psichoterapiškai tarpusavio sąsajos bei šių kintamųjų (motyvacijos ir atsparumo) pokyčiai gydymo metu ir stebėjimo laikotarpiu.

1.4. Ginamieji teiginiai

1. Gydymasis psichoterapijos dienos stacionare statistiškai reikšmingai gerina pacientų psichinę būklę, mažiną distresą ir didina psichologinį atsparumą.
2. Psichinė būklė, distresas, motyvacija psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinis atsparumas yra reikšmingai susiję su sociodemografinėmis charakteristikomis.
3. Afektinių ir neurozinių sutrikimų pacientų grupėms gydymosi psichoterapiniame dienos stacionare efektas patikimai nesiskiria.
4. Pacientų su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais gydymo rezultatai psichoterapijos dienos stacionare yra geresni nei pacientų su tais pačiais sutrikimais, gydytų psichikos sveikatos centruose.

2. GYDYMAS PSICHOTERAPIJOS DIENOS STACIONARE

Lietuvoje šiuo metu veikia du analogiškos struktūros psichoterapijos dienos stacionarai. Tai Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro Konsultacinio centro struktūroje veikiantis psichoterapijos dienos stacionaras bei Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Psichofiziologijos ir reabilitacijos institute prie streso ligų skyriaus veikiantis dienos stacionaras, esantis Palangoje.

Psichoterapijos dienos stacionaras buvo įkurtas dar 1990 m. kaip Vilniaus klinikinio psichoterapijos centro dalis, čia gydėsi pacientai iš visos Lietuvos. Ligonių kasų finansuojama galima gydymo trukmė pradžioje buvo net 3 mėnesiai. Nepaisant tikrai gerų gydymo rezultatų (Laurinaitis, 2005), 1998 m. dėl finansinių sumetimų ligonių kasų finansuojama gydymo trukmė sutrumpinta iki 8 savaičių, dar po metų – iki 6 savaičių. Nuo 2004 m. psichoterapijos dienos stacionaras veikia Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centre kaip Konsultacinio centro dalis. Skyrius skirtas žmonėms nuo 18 iki 65 metų amžiaus, kurie pusę dienos gali praleisti užsiėmimuose (dirbama nuo 8 iki 14.30 val. darbo dienomis). 30-ties darbo dienų trukmės gydymas socialiai draustiems pacientams yra apmokamas iš ligonių kasų. Dirbantiems pacientams išduodami nedarbingumo pažymėjimai. Vienu metu skyriuje gali gydytis iki 20 pacientų.

2008 m. Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro psichoterapijos dienos stacionare gydėsi 172 pacientai, 2009 m. - 166 pacientai, 2010 m. – 172 pacientai. 2011 m. psichoterapijos dienos stacionare gydėsi 178 pacientai, iš jų 142 moterys ir 36 vyrai, 107 pacientai šiame skyriuje gydėsi pirmą kartą, 71 jau buvo čia gydęsis anksčiau. 86 (48,3%) pacientams buvo diagnozuoti afektiniai (nuotaikos) sutrikimai, 45 (25,6%) pacientams diagnozuoti neuroziniai sutrikimai, 33 (18,5%) pacientams nustatyti šizofrenijos, šizotipinio ir kliedesinio sutrikimo grupės diagnozės. 133 (75 %) pacientai gydymuisi psichoterapijos dienos stacionare buvo nukreipti iš įvairių psichikos sveikatos centrų, o 45 (25%) pacientai atsiųsti išsyk iš po hospitalizacijos psichiatrijos stacionare.

Žvelgiant iš klinikinio taško, gydymas dienos stacionare, lyginant su hospitalizacija, turi šiuos privalumus: pacientas patiria mažesnę priklausomybę (angl. *dependence*; stiprus paramos ir pagalbos iš kitų poreikis, palaikant savivertę ir

tvarkantis su kasdieniu gyvenimu; (Gabbard et al., 2008) ir regresą (angl. *regression*; grįžimas prie mažiau brandaus psichikos funkcionavimo lygio, pasireiškiantis emocijomis, mąstymu, elgesiu (Gabbard et al., 2008), mažesnę stigmatizaciją. Dienos stacionare skatinama asmeninė pacientų atsakomybė už savo gydymąsi ir sveikimą, derinamas intensyvus psichoterapinis gydymas su namų darbų užduotimis, išlieka pastovus šeimos dalyvavimas, nenutrūksta socialiniai ryšiai. Tuo pačiu psichoterapinis gydymas dienos stacionare labiau sekina ir suteikia mažiau paramos, globos, sudaro mažiau galimybių pabūti vienatvėje, teikia mažiau talpinimo (angl. *containment;* saugiame psichoterapiniame santykyje vykstantis procesas, galimybė pacientui įvairius jam labai nepriimtinus ir gąsdinančius jausmus projektuoti į terapeutą, kuris šiuos jausmus atlaiko, „ištalpina“ savyje, ir grąžina juos pacientui saugiu, padedančiu jam spręsti problemas pavidalu (Gabbard et al., 2008).

Į psichoterapijos dienos stacionarą pacientai dažniausiai yra nukreipiami kolegų psichiatrų, dirbančių psichikos sveikatos centruose. Pacientus į šį skyrių gali nukreipti ir šeimos gydytojai, neurologai, terapeutai.

Pagrindiniai pacientų atrankos kriterijai yra šie:

- amžius nuo 18 iki 65 m.;
- vidutinis ar aukštesnis intelekto lygis;
- motyvacija psichoterapiniam gydymui (ją galima sustiprinti aiškinant pacientui, kas jo laukia, ko galima tikėtis iš tokio gydymo metodo ir pan.);
- sugebėjimas mąstyti ir naudotis psichologinėmis sąvokomis, polinkis analizuoti savo elgesį ir reakcijas;
- sugebėjimas stebėti savo emocinę būklę bei jausmus, „neišveikiant“ jų poelgiais;
- pacientą palaikanti aplinka (palaikantys, padrąsinantys, empatiški, pagarbūs, palankūs pacientui artimi žmonės, pritariantys jo psichoterapiniam gydymuisi (Gabbard et al., 2008);
- sugebėjimas sudaryti ir išlaikyti terapinę sąjungą su terapeutu;

- pacientai, dėl sutrikimo tapę laikinai nedarbingi ir reikalaujantys intensyvios pagalbos;

Psichoterapiniame dienos stacionare gydomi pacientai, sergantys:

- lengva, vidutine depresija;
- nerimo sutrikimais;
- adaptacijos sutrikimais;
- asmenybiniais sutrikimais (išimtis - emociškai nestabilaus ir asocialaus tipo asmenybės sutrikimai);
- somatoforminiais sutrikimais.

Psichoterapijos dienos stacionare neturėtų gydytis asmenys, priklausomi nuo psichoaktyvių medžiagų, kenčiantys nuo sunkių organinių psichikos sutrikimų, asmenys, turintys ryškų įgytą ar įgimtą intelekto deficitą, pacientai, esantys psichozėje, taip pat asmenys su didele savižudybės rizika.

Gydymas šiame dienos stacionare apima intensyvią, bet trumpalaikę 6 savaičių trukmės psichoterapinę (arba kartu ir farmakoterapinę) pagalbą, kurios metu dėl objektyvių priežasčių įmanoma atskleisti tik dalį vidinių paciento sunkumus sukeliančių faktorių bei priežasčių. Siekiant struktūrinių paciento asmenybės pokyčių, didelei daliai pacientų vėliau rekomenduojama tęsti individualią psichoterapiją ambulatoriškai.

Darbas dienos stacionare organizuojamas laikantis šių principų:

- specialistai dirba komandoje, kurią sudaro psichiatras psichoterapeutas, psichologas psichoterapeutas, patyrusi medicinos slaugytoja;
- laikomasi gana griežtų vidaus taisyklių, t.y. darbas vyksta pagal iš anksto numatytą nekintantį grafiką, stebimas pacientų lankomumas;
- skatinamas terapinės bendruomenės gyvenimas, savipagalbos grupės;
- laikomasi visų etikos principų.

Gydymo tikslais naudojami įvairių psichoterapijos krypčių metodai:

Individuali psichodinaminė psichoterapija – psichoterapeutas vienu metu dirba tik su vienu pacientu. Pagal tikslą ji būna *orientuota į problemą* (paciento turimų jėgų mobilizavimas) bei *palaikomoji* (siekis stabdyti paciento būsenos blogėjimą).

Grupinė psichodinaminė psichoterapija – dirbama vienu metu su pacientų grupe. Šis metodas duoda galimybę intensyvaus bendravimo metu pamatyti savo santykius ir reakcijas, įsisąmoninti juos ir išbandyti naujus būdus save atskleisti .

Meno, muzikos, filmų terapija – intervencijos, kurios savo priemonėmis (piešimas, muzikos kūrinio ištraukos klausymas, filmo peržiūra) sudaro galimybę pacientams pasiekti įžvalgą apie jų bendravimo ypatumus, elgesį, emocinius sunkumus ir padeda rasti kelią juos spręsti (Gabbard et al., 2008).

Relaksacija – jos metu mokoma atpalaiduoti raumenis, sureguliuoti kvėpavimą. Atpalaiduodami savo kūną pacientai išmoksta kontroliuoti vidinę įtampą. Vėliau šiuos išmoktus atsipalaidavimo būdus galima panaudoti savo gyvenime.

Psichogimnastika – užsiėmimai, kuriuose per įvairiausius žaidimus, situacijas, vaidybą siekiama pažinti savo emocines reakcijas, mokomasi konstruktyviai išreikšti save ir suprasti kitus.

Paskaitos – pažintiniai ir edukaciniai užsiėmimai pacientams aktualiomis temomis.

Užduočių grupės – bihevioristiniu (desensitizacijos) metodu paremtos užduotys, kurios skiriamos pacientams, atsižvelgiant į jų psichopatologijos ypatumus.

Du kartus per savaitę vyksta pacientų savipagalbos grupės. Atsižvelgiant į paciento būklę, gydytojo sprendimu skiriamas medikamentinis psichotropinis gydymas. Kiekvienos savaitės pabaigoje pacientai ir komandos nariai dalyvauja bendrame terapinės bendruomenės susirinkime. Be TLK – 10 klasifikacijoje esančių diagnozių specialistai formuluoja ir psichodinamines diagnozes. Specialistai įvardija bei vertina pacientų sutrikimus, santykius, dinamiką ir psichoterapinio bei medikamentinio gydymo intervencijas planuoja remdamiesi psichodinaminiu modeliu, postuluojančiu pasąmoninį vidinį konfliktą, perkėlimo, kontraperkėlimo, pasipriešinimo bei gynybos mechanizmų fenomenus, psichikos determinizmo dėsnį, psichikos deficitą, vidinių objektinių ryšių koncepciją ir t.t. Šio modelio skirtumus nuo kitų psichoterapijos krypčių apibūdina šie požymiai (Shedler, 2010):

- Psichodinaminė psichoterapija išskirtinį dėmesį skiria afektams ir emocijų raiškai, skatina tyrinėti ir analizuoti visą paciento emocijų skalę. Psichoterapeutas padeda pacientui apibūdinti ir suteikti žodžius jausmams, tarp jų ir prieštaringiems, trikdantiems, gąsdinantiems, taip pat ir tiems jausmams, kurių pacientas negalėjo atpažinti arba pripažinti. Laikomasi nuomonės, kad intelektualinė įžvalga nesutampa su emocine įžvalga, kuri paliečia gilesnius lygius ir lemia pokyčius.
- Psichodinaminiai psichoterapeutai kartu su pacientais aktyviai tyrinėja jų pastangas išvengti nepriimtinų minčių ir jausmų. Žmonės, sąmoningai ir nesąmoningai, daro labai daug, kad išvengtų trikdančių patyrimo aspektų.
- Psichodinaminiai psichoterapeutai siekia pastebėti, identifikuoti ir suprasti pasikartojančias temas ir modelius paciento mąstyme, jausmuose, savivokoje, santykiuose ir gyvenimo patirtyje, ir terapiniame santykyje.
- Psichodinaminis psichoterapeutas tyrinėja ankstyvąją patirtį, ryšį tarp praeities ir dabarties, ir siekia suprasti kaip praeitis „pasireiškia“ dabartyje. Pasikartojančių temų ir modelių nustatymas susijęs su nuostata, kad praeities patirtis, ypač ankstyvoji patirtis su prieraišumo objektais, veikia mūsų santykį su dabartimi bei jos patyrimą.
- Psichodinaminė psichoterapija itin pabrėžia paciento ryšius ir tarpasmeninę patirtį (objektinius ryšius ir prieraišumą). Tiek adaptyvūs, tiek neadaptyvūs asmenybės ir savivokos aspektai atsiskleidžia prisirišimo santykiuose.
- Psichoterapeuto ir paciento santykis savaime yra svarbus tarpasmeninis ryšys, galintis tapti ypač reikšmingu ir emociškai svarbiu. Tarpasmeninių temų pasikartojimas terapiniame ryšyje suteikia unikalią galimybę jas tyrinėti ir suprasti *in vivo.*
- Psichodinaminė psichoterapija skatina pacientus laisvai kalbėti bet ką, kas ateina į galvą. Pacientui kalbant, mintys natūraliai aprėpia įvairias psichinio gyvenimo sritis: troškimus, baimes, fantazijas, sapnus ir svajones (kurių dauguma pacientų net nebuvo mėginę išreikšti žodžiais). Visa ši medžiaga yra turtingas informacijos šaltinis apie tai, kaip pacientas mato save ir kitus, kaip

interpretuoja ir įprasmina patyrimą, ar kokiu būdu jis trukdo sau patirti daugiau gyvenimo džiaugsmo ir prasmės.

Psichodinaminės psichoterapijos tikslas – ne tik sumažinti ligos simptomus, bet ir paskatinti pozityvius paciento psichologinius gebėjimus ir surasti resursus jiems įgyvendinti.

3. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1. Kombinuotas gydymas

„Net pačių veiksmingiausių gydymo metodų efektyvumas yra ribotas – padeda daugeliui, bet ne visiems pacientams, koks bebūtų jų sutrikimas“
(Kraemer et al., 2002)

Depresijos, kaip ir nerimo sutrikimų gydymo efektyvumui paskirta daugybė tyrimų ir lėšų. Šiame darbe nebus aptariami farmakologinio gydymo ypatumai. Remiantis klinikine tradicija, teigiama, kad depresijų ir nerimo sutrikimų gydyme psichotropinių vaistų ir psichoterapijos derinys duoda geresnį efektą, negu vien tik psichoterapinis ar vien tik medikamentinis gydymas. Tačiau tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai ir tapatūs, tad tyrimai bei metaanalizės šioje srityje tęsiami ir toliau, lyginant gydymo efektyvumo ryšį su būklės sunkumu, psichoterapijos trukme bei kitais svarbiais aspektais. Šiame skyriuje apžvelgsime svarbiausius ir naujausius šios srities tyrimus.

2004 m. paskelbta metaanalizė, nagrinėjusi 1998-2002 metais publikuotus straipsnius apie depresijos gydymo efektyvumą. Buvo lygintas antidepresantų ir kombinuoto (psichoterapija su antidepresantais) gydymo efektyvumas depresiniam sutrikimui. Apžvelgta 16 tyrimų, kur 932 pacientai gydyti farmakoterapiškai, 910 pacientų gydyti kombinuotai. Metaanalizės išvada – pacientų, gydytų kombinuotu būdu, būklė pagerėjo ženkliai labiau, nei gydytų vien farmakoterapiškai. Ilgai trunkančiame depresijos gydyme kartu vykstanti psichoterapija dar prisideda prie to, kad pacientai nenutraukia gydymo (Pampanola et al., 2004). Kitos metaanalizės rezultatai pakartojo dvi pagrindines paskutiniųjų 25 metų psichoterapinio depresijos gydymo tyrimų išvadas. Psichoterapija ir farmakoterapija taikomos atskirai veikia beveik vienodai gerai trumpalaikiam (12-20 sav. trukmės) depresijos gydymui, bet nė viena jų neapsaugo nuo remisijų (de Maat et al., 2006). Olandų mokslininkai 2007 m. paskelbė 1980-2005 metais atliktų tyrimų, kur buvo lyginamas psichoterapinis ir kombinuotas suaugusiųjų depresijos gydymas, apžvalgą. Metaanalizė apėmė 7 tyrimus,

vertinusius 903 pacientus. Gydymo pabaigoje vidutinio sunkumo depresijos kombinuoto gydymo rezultatai buvo statistiškai reikšmingai geresni, nei psichoterapinio gydymo (47% ir 34%, $p = 0.001$). Kombinuotas gydymas buvo statistiškai reikšmingai efektyvesnis ir užsitęsusios depresijos atvejais (48% ir 32%, $p < 0.001$). Lengvos depresijos atveju skirtumas nebuvo toks reikšmingas (42% ir 37%, $p = 0.29$) (De Maat et al., 2007). 2009 m. publikuotoje 1966-2008 metais atliktų 25 tyrimų, vertinusių 2036 depresija sergančių pacientų gydymą, apžvalgoje buvo lyginamas psichoterapinis ir kombinuotas gydymas. Autoriai daro išvadą, kad kombinuotas gydymas leidžia pasiekti geresnius gydymo rezultatus, nei vien psichoterapinis gydymas (Cuijpers et al., 2009).

Atskiros mokslininkų grupės detaliai tyrinėja įvairius su gydymo efektyvumu susijusius aspektus. Nustatyta, kad kombinuota terapija duoda geresnį efektą gydant pacientus su pasikartojančiu depresiniu sutrikimu ambulatoriškai (Maina et al., 2007). Kita tyrėjų grupė, lyginusi užsitęsusios depresijos 12 savaičių trukmės gydymo duomenis (per kiek laiko pasiekiama remisija taikant gydymą antidepresantais (n = 218), psichoterapija (n = 216), ir jų kombinacija (n = 222)), padarė išvadą, kad kombinuotas depresijos gydymas antidepresantais su psichoterapija leido pasiekti greitesnę remisiją užsitęsusios depresijos gydyme (Manber et al., 2008). Tyrėjų komanda, vertinusi pacientų gydymo programą, kur psichoterapija derinta su farmakoterapija ir lyginta su vien farmakoterapiniu gydymu sunkesniems depresiškiems pacientams, padarė išvadą, kad hospitalizuotų pacientų trumpalaikės psichoterapijos kartu su farmakoterapija gydymo programa yra pranašesnė už įprastai taikomą gydymą. Pacientams su sunkesniais depresijos epizodais tai gali būti tinkamesnis gydymo būdas (Schramm et al., 2007, 2008).

Tyrime, lyginusiame depresijos su asmenybės sutrikimu ir be asmenybės sutrikimo farmakoterapijos ir kombinuoto gydymo rezultatus, aptikta, kad kombinuota psichoterapija buvo ženkliai efektyvesnė už farmakoterapiją, gydant depresiškus pacientus su asmenybės sutrikimu. Depresiškiems pacientams be asmenybės sutrikimo kombinuota psichoterapija nebuvo efektyvesnė už farmakoterapiją (Kool et al., 2007).

Išvadą, kad kombinuotas depresijų gydymas yra efektyvesnis už vien psichoterapinį arba farmakoterapinį gydymą, patvirtino ir kitos tyrėjų grupės (Smits, Hofmann, 2009; Zobel et al., 2011; Guidi, Fava, 2011; IsHak ir kt., 2011; Rafanelli, Fava, 2011; Cuijpers et al., 2007a, 2007b, 2007c, 2008a, 2008b, 2008c, 2009, 2010, 2011, 2012; Wolff et al., 2012).

Vertindami trumpalaikės psichodinaminės psichoterapijos ir įprasto medikamentinio gydymo rezultatus, gydant pacientus su nerimo ir depresiniais sutrikimais, tyrėjai nustatė, kad trumpalaikė psichodinaminė psichoterapija ženkliai pranašesnė už įprastinį gydymą (Bressi et al., 2010).

Panikos sutrikimas gali būti gydomas farmakoterapiškai, psichoterapiškai ar kombinuotai, tačiau kombinuoto gydymo privalumai dar nėra gerai ištirti. Mokslininkų atliktoje metaanalizėje (21 tyrimas, 1709 pacientai) nustatyta, kad pradinėje ligos gydymo fazėje kombinuotas gydymas buvo pranašesnis už farmakoterapiją ar psichoterapiją. Vėliau, tęsiant gydymą, psichoterapinis gydymas buvo tiek pat efektyvus, kaip ir kombinuota terapija, abu jie buvo efektyvesni už vien farmakoterapiją (Furukawa et al., 2006, 2007).

Gydymo procese yra svarbu tai, kokiam gydymo būdui pacientas teikia pirmenybę – psichoterapiniam ar medikamentiniam. Mokslinių tyrimų duomenimis, pacientai mieliau renkasi psichoterapiją (Iacoviello et al., 2007). Iš 220 pacientų su lengva ir vidutine depresija 64% pasirinko psichoterapinį gydymą, farmakologinį gydymą rinkosi tik 36% pacientų (Chilvers et al., 2001). Atlikus palyginimą tarp farmakologiškai bei trumpalaike psichodinamine palaikomąja psichoterapija (8 sesijos) gydytų ūmios depresijos fazės pacientų, paaiškėjo, kad 8 savaičių gydymo pabaigoje abiejose grupėse stebimas panašus simptomų sumažėjimas, tačiau pacientai kaip priimtinesnį rinkosi psichoterapinį gydymo būdą (Dekker et al., 2008).

Dar vienas svarbus sėkmingo gydymo kriterijus – siekti, kad kuo mažiau pacientų savavališkai nutrauktų gydymą. Nustatyta, kad gydymą dažniau meta farmakologiškai, negu psichoterapiškai gydomi pacientai (De Maat et al., 2006).

Pacientų su panikos sutrikimu metaanalizėje išaiškinta, kad apie 20% pacientų savo noru nutraukia farmakoterapiją, lyginant su psichoterapiją nutraukusiais tik 5% pacientų (Gould et al., 1995).

Tyrimai rado, kad mažėjant depresijos simptomų, gerėja pacientų socialinio funkcionavimo rodikliai. Šie rodikliai ženkliai labiau pagerėjo gydomų kombinuotos terapijos grupėje (Molenaar et al., 2007).

Dar viena svarbi gydymo efektyvumo tyrimų kryptis - gydymo trukmės bei pasiekto gydymo rezultato santykis. Nustatyta, kad po 8 sesijų maždaug 50% pacientų būklė ženkliai pagerėjo, o po 26 sesijų būklė pagerėjo net apie 75% pacientų (Howard et al., 1986). Šią tyrimų kryptį tęsia kiti autoriai. Nustatyta, kad ribotas psichoterapijos sesijų skaičius kartu su farmakoterapija duoda geresnius depresija sergančių pacientų gydymo rezultatus, negu vien farmakoterapija. Ir vidutinio sunkumo, ir sunkios depresijos atveju pokyčiai parodė, kad bent aštuonių sesijų trukmės trumpos psichodinaminės palaikomosios psichoterapijos jau yra tinkamas pasirinkimas (Dekker et al., 2005). Kito tyrimo metu buvo tirti ambulatoriškai gydomi pacientai su depresiniu sutrikimu, ir buvo palyginta, ar 16 sesijų trumpalaikės psichodinaminės palaikomosios psichoterapijos kartu su farmakoterapija efektyviau mažina depresijos simptomus ir gerina socialinį funkcionavimą, nei 8 tokios pat psichoterapijos sesijos kartu su farmakoterapija. Nustatyta, kad socialinis funkcionavimas ženkliai pagerėjo abiejose grupėse. Gydymo pabaigoje nerasta jokio aiškaus skirtumo tarp grupių (Molenaar et al., 2011).

Atokūs rezultatai (pakartotinis matavimas) (angl. f*ollow-up*). Empirinių tyrimų duomenys yra pakankamai aiškūs: paprastai klientų būklė nelinkusi/neturi tendencijos gerėti pasibaigus terapijai (hipotetinis „miegaliaus“ efektas), bet jie nelinkę ir laipsniškai blogėti (Lambert, Ogles, 2004). Šie duomenys nėra vienareikšmiai. Kiti tyrėjai nustatė, kad pacientų, kurie daugiau pasiekė terapijos metu, būklė linkusi toliau gerėti, ir pasibaigus jai, o tuo tarpu, pacientų, kurie terapijos metu pasiekė nedaug, būklė pasibaigus psichoterapiniam gydymui linkusi palaipsniui blogėti (Nicholson, Berman, 1983). Šie duomenys sutampa su kito tyrimo išvadomis, teigiančiomis, kad pacientų, kurių būklė pastebimai pagerėjo

terapijos pradžioje, sėkmingai gerėjo ir toliau, o pacientų, kurių būklė pradžioje rodė tik nežymų pagerėjimą, buvo labiau linkusi terapijos procese pablogėti Jei paciento simptomai pablogėja, tai leidžia numatyti, kad jie ir toliau blogės ar pacientas iškris iš psichoterapijos (Lambert, 2007).

Tiriant trumpalaikės dinaminės psichoterapijos efektyvumą gydant depresiją ir lyginant sėkmingai dinamine psichoterapija su farmakoterapija, arba vien farmakoterapija 6 mėnesius gydytų pacientų atkryčių dažnį praėjus 48 mėnesiams po gydymo pabaigos, nustatyta, kad pacientams, gydytiems kombinuota terapija, užfiksuotas ženkliai mažesnis atkryčių dažnis stebėjimo laikotarpiu (Maina et al., 2009).

Kita mokslininkų grupė tyrinėjo pacientų, dėl depresijos gydytų prieš 5 metus trumpalaike psichodinamine psichoterapija ar kombinuotu gydymu, atkryčius. Mokslininkai nerado reikšmingo skirtumo tarp šių pacientų grupių (Koppers et al., 2011).

3.2. Motyvacija gydytis psichoterapiškai

„Pasirengimas keistis yra vienintelis ir svarbiausias
gydymo efektyvumo faktorius –
net reikšmingesnis, nei pats gydymo būdas.“
(Mintz, 2009)

Atsakymų į klausimus, kas įtakoja ir kas nulemia psichoterapinio gydymo rezultatus, ieškoma jau dešimtmečius. Pastaraisiais metais imta sutarti, kad psichoterapinio gydymo rezultatus labiau lemia bendri veiksniai, kurie pasireiškia visose psichologinių gydymų formose, nei specifinės techninės procedūros, kurios siejamos su atskira psichoterapijos mokykla (Wampold, 2001).

Teigiama, kad psichoterapijos procesą labiausiai įtakoja paciento savybės (40%) ir bendrieji psichoterapijos veiksniai (35%), nemažą įtaką sudaro psichoterapeuto profesinės bei asmeninės savybės (20%) ir tik nedidelė dalis (5%) siejama su psichoterapijos kryptimi, metodu ar technika (Lambert, 2007).

Šias psichoterapijos proceso dalis būtina apibūdinti išsamiau. Svarbios paciento charakteristikos yra šios: emocinė būsena, sutrikimo pobūdis, intelektas, kalbiniai gebėjimai, lytis, amžius, išsilavinimas, darbinė veikla, viltis bei motyvacija psichoterapiniam gydymui. Svarbiomis psichoterapeuto charakteristikomis nurodomi: terapeuto lytis, amžius (ypač santykyje su paciento amžiumi), išsilavinimo pobūdis, jo trukmė, profesinio darbo patirtis, nuolatinės pastangos profesiškai tobulėti bei psichoemocinė terapeuto būklė, jo vertybės (Cooper, 2008). Svarbiausi bendrieji psichoterapijos veiksniai – terapinis aljansas, galimybė patirti katarsį, naujos elgsenos mokymasis, ir teigiami kliento lūkesčiai (Grencavage, Norcross, 1990).

Teigiama, kad sėkmingo psichoterapinio gydymo pagrindas yra motyvacijos arba noro problema, tačiau bendra terapeutų patirtis rodo, kad pacientai ne visuomet yra motyvuoti keistis. Iš tiesų daugelis, jeigu ne didžioji dauguma, pacientų kažkiek priešinasi pokyčiams (Greenberg, 2004; Engle, Arkowitz, 2006; MacKinnon et al., 2006). Kai kurie pacientai yra motyvuoti paviršutiniškai, tačiau po jų motyvuota išore jie aktyviai ginasi nuo ilgalaikių patirties ir elgesio modelių pokyčių. Kiti pacientai demonstruoja paklusnumą, pagrįstą terapeuto ar kitų svarbių jiems asmenų pritarimo troškimu, o ne tikrą asmeninį suinteresuotumą. Dar kiti yra iš viso nemotyvuoti. Kai sistema arba kiti reikšmingi jiems asmenys verčia juos vaikščioti į konsultacijas arba gydytis (Zeldman et al., 2004), pacientams pasikeitimai arba nerūpi, arba jie jaučiasi negalintys jų pasiekti (Bandura, 1997; Vandereycken, 2006). Dalis pacientų yra labai motyvuoti kreiptis psichoterapinės pagalbos, pradėti gydymąsi, turėdami įvairiausių, neretai ir nerealistiškų, lūkesčių, bet tai nebūtinai reiškia, kad jie bus motyvuoti ir tęsti gydymą. Prasidėjus psichoterapiniam procesui ir susidūrus su neišvengiamais sunkumais, pasimato kita reiškinio pusė – pasipriešinimas pokyčiams, nesąmoningai siekiant išlaikyti esamą situaciją. Dėl tokios pacientų motyvacijos įvairovės ir dėl jos didžiulės reikšmės psichoterapiniame gydyme, labai svarbus yra specialisto įgūdis suprasti paciento motyvacijos ir pasipriešinimo pobūdį bei gebėjimas dirbti su jais.

Svarbus psichoterapijos teorinis bei praktinis klausimas yra domėjimasis klientų motyvacija bei noru keistis. Egzistuoja daug veiksmingų metodų ir gydymų, skirtų optimaliai motyvuotiems pacientams, tačiau daugelis pacientų nėra motyvuoti, kai pradeda terapiją (Greenberg, 2004). Dauguma pacientų gydymą pradeda jausdami prieštaringus jausmus bei baimę, kartais net nusivylimą bei beviltiškumą. Manytina, kad dėl žemos motyvacijos daugelis žmonių taip ir neateina į pirmuosius susitikimus (Sheeran et al., 2007), kiti sabotuoja gydymą arba nutraukia jo neužbaigę (Rappaport, 1997; Ogrodniczuk et al., 2005).

Motyvacijos reikšmė psichoterapijoje tyrinėta ne vieną dešimtmetį. Dar 1966 m. vokiečių mokslininkas Krause teigė, kad paciento motyvacija gydytis yra gyvybiškai svarbus gydymo rezultatą įtakojantis faktorius (Krause, 1966). Mokslinės literatūros apžvalgoje konstatuoja, kad motyvacijos stoka yra viena iš dažniausiai straipsniuose minimų pacientų gydymo nutraukimo/metimo, terapinio susitarimo nesilaikymo, atkryčio ir kitų neigiamų psichoterapinio gydymo rezultatų priežasčių (Ryan et al., 1995).

Motyvaciją tyrinėti sunku dėl kelių priežasčių.

Pirma, motyvacija yra nepastovi. Kai kurie pacientai, buvę gerai motyvuoti psichoterapijos pradžioje, greitai praranda motyvaciją psichoterapijai prasidėjus, tuo tarpu kiti, pradžioje buvę nemotyvuoti, tampa daug labiau motyvuoti po kelių terapijos sesijų.

Antra, motyvaciją tirti trukdo motyvacijos sąvokos neapibrėžtumas. 1873 m. kai terminas „*motivation*“ buvo pirmąsyk užrašytas (Harper, 2001), niekas neįtarė, kokius metodologinius ir terminologinius sunkumus sukels mėginimai apibrėžti šią sąvoką. Ir praėjus šimtmečiui, anot pirmojo Penguin psichologijos žodyno (Reber, 1985), *motyvacija* tapo “ypatingai svarbiu, bet sunkiai apibrėžiamu terminu”. Šiame kontekste nebestebina, kad *motyvacijos psichoterapijai* sąvoka irgi apgaubta nuviliančios sumaišties.

Tarptautinių žodžių žodyne (2002) motyvacija apibrėžiama kaip:

1) elgesio, veiksmų, veiklos skatinimo procesas, kurį sukelia įvairūs motyvai ar jų visuma; 2) psichoanalizės sąvoka: vidiniai veiksniai, nesąmoningi troškimai, nerealizuoti tikslai, lemiantys žmogaus elgesį, veiklą.

Profesinėje literatūroje motyvacija įvardijama kaip savanoriškos ir valingos paciento pastangos, niekieno neverčiant, dirbti terapijos metu. Motyvacija laikomas ir poreikis keistis, pacientui patiriant psichologinę kančią.

Mokslinės literatūros apie motyvaciją psichoterapijai apžvalga išryškino keletą svarbių dalykų:

- specializuotų publikacijų apie motyvaciją *psichoterapijai, psichoterapiniam gydymui* (anglų kalba) yra negausu, darytina prielaida, kad tyrimai, susiję su motyvacija psichoterapijai pastaruoju metu yra gerokai mažiau aktualūs.
- publikacijose klausimo „Ar pacientas galės dalyvauti terapijoje taip, kad galėtų pajusti naudą?“ sprendimui skirtingi autoriai dažnai naudoja skirtingas sąvokas. Dažniausiai naudojamos tokios sąvokos: „psichoterapijos motyvacija“, „kančios sukeltas spaudimas“ „kančia“, „pacientų lūkesčiai terapijos atžvilgiu“.

3.2.1. Motyvacijos sampratos raida

Jau 1905 m. Z. Freud kalbėjo apie kontraindikacijas psichoanalizei. Jis teigė, kad psichoanalizė netinka pacientams, “kurie jausdami kančią nejaučia poreikio terapijai ir kreipiasi vien dėl to, kad yra spaudžiami savo artimųjų“.

Klausimą, kas žmones motyvuoja keistis, itin aktyviai imta gvildenti apie 1970-uosius metus (Mischel, 1973; Bandura, 1977a; Bandura, 1977b; Meichenbaum, 1977). Tačiau motyvacijos svarba psichoterapijai sistemingai tyrinėta nebuvo. A. Raskin tyrė pacientų, kurie terapeutų nuomone turėjo didelę motyvaciją psichoterapijai, grupes. Mokslininkas nustatė penkis kintamuosius, reikšmingai susijusius su terapeuto apibūdinimu „labai motyvuotas terapijai pacientas“. „Pacientai, kuriuos terapeutai laiko labiau motyvuotais, yra labiau mėgstami, turi bent vidurinį ar profesinį išsilavinimą“. Pasak autoriaus, motyvaciją nulemia ir žmogaus darbo pobūdis, ir savo psichikos problemų suvokimas. Pacientus mažai motyvuotais, psichoterapeutai laiko žmones, kurie tikisi savo problemų somatinio gydymo (Raskin, 1961). Vėlesni tyrėjai išvystė psichologinį motyvacijos psichoterapijai modelį, pagal kurį paciento lūkesčiai užima svarbiausią vietą psichoterapijos procese. Jie išskyrė 3 sąlygas, lemiančias motyvaciją psichoterapijai:

1. Pacientas turi pats, be terapeuto pagalbos, įvertinti, kad jo dabartinė situacija nepriimtina.
2. Pacientas turi tikėtis, kad sprendžiant savo problemas, gaus kompetentingą pagalbą.
3. Pacientas turi tikėtis, kad reikalavimai, su kuriais jis susidurs terapijos metu, bus jam įveikiami.

Šių sąlygų reikšmė apibūdinama taip: „išvardintos sąlygos nereiškia, jog jos yra psichoterapijos pagrindas, tačiau be šių sąlygų, žmogus negali būti motyvuotas terapijai. Tuomet, kai minėtos sąlygos yra išpildytos, potencialus pacientas ima ieškoti tinkamo terapeuto (Krause, 1966).

Autorius teigia, kad pacientui suvokiamą terapijos naudą sudaro lūkesčių iš terapijos (pvz.: simptomų išnykimas) ir kainos (pinigai, sunaudotas laikas, sąmoningos pastangos sesijose, su terapijos procesu susiję emociniai išgyvenimai ir kt.) santykis. Pacientas, kuriam šis santykis bus teigiamas, pradės terapiją. Jeigu terapijos metu paciento vertinimai pasikeis, jis terapiją nutrauks. Šis motyvacijos modelis atspindi kongnityvinio turinio svarbą (jo pobūdį), į kurį pacientas atsižvelgia priimdamas sprendimą. Mintis, jog emociniai ir iracionalūs aspektai gali sąlygoti motyvaciją terapijai, neplėtojama. Aptariamas modelis leidžia įvairiausius aspektus, kurie mums gali būti svarbūs, suskirstyti į sąvokas – kaina/nuostolis ir nauda. Pvz.: kančios sumažėjimas laikomas naudingu, o antrinės ligos naudos praradimas dėl terapinio pagerėjimo laikomas nuostoliu.

Vėliau buvo išskirtas emocinis (afektinis) motyvacijos psichoterapijai komponentas ir pateikta tokia diferenciacija:

a) paciento suvokimas, dėl ko būtent šiuo momentu jis kreipiasi į gydytoją-psichoterapeutą, ko jis tikisi iš gydymo. Motyvacija atskleidžia racionalų paciento pasiruošimą aktyviai dalyvauti vidiniame pasikeitime;
b) tyrėjo nustatytas subjektyvus įspūdis apie paciento kančią, turint omenyje paciento emocinį santykį su kančia ir norą ją pakeisti (Muck, Paal, 1968).

Pirmąjį sisteminį motyvacijos psichoterapijai apibrėžimą pateikė P. Sifneos, išryškindamas šiuos aspektus:

1) gebėjimą pripažinti, kad simptomai savo pobūdžiu yra psichologiniai;

2) tendenciją pateikti sąžiningą ir tikrovišką pasakojimą kartu su
3) introspekcija/savistaba;
4) pasiryžimą aktyviai dalyvauti gydyme ir keistis, tyrinėti bei eksperimentuoti;
5) smalsumą ir norą suprasti save;
6) realistiškus lūkesčius dėl terapijos rezultatų ir
7) gebėjimą protingai aukotis (Sifneos, 1971, 1978).

Vėlesni autoriai, tyrinėję Sifneoso septynis motyvacijos psichoterapijai komponentus, nustatė, kad keturi iš jų: motyvacija keistis, realistiški lūkesčiai, motyvacija įžvalgai, psichologinės priežasties pripažinimas, pasižymi reikšminga prognostine verte trumpalaikės dinaminės psichoterapijos rezultatams (Høglend, 1996).

Aštuoniasdešimtaisiais praeito šimtmečio metais psichoterapeutų W. Millerio ir S. Rollnicko sukurtas motyvacinis interviu (angl. *Motivational Interview - MI*) pabrėžia motyvacijos svarbą keitimosi procesui. Šis metodas buvo kurtas darbui su pacientais, turinčiais priklausomybių, tačiau vėliau jis imtas plačiai naudoti visur, kur ambivalentiškumas ir motyvacija yra pagrindiniai keitimąsi sąlygojantys veiksniai (Miller, Rollnick, 2002; Engle, Arkowitz, 2006; Arkowitz et al., 2008).

Aštuoniasdešimtaisiais–devyniasdešimtaisiais praėjusio amžiaus metais pasirodė daug straipsnių motyvacijos psichoterapijai tema. Dauguma publikacijų buvo skirta darbo su pacientais, turinčiais priklausomybių, problemoms, tačiau aptariamas ir kitokių problemų varginamų psichoterapinių pacientų gydymas (cit. pagal Drieschner, 2005).

Nepaisant didžiulio susidomėjimo motyvacija, pats jos terminas aiškesniu netapo. Praėjus dvidešimčiai metų po pirmojo bandymo paaiškinti motyvacijos terminą, konstatuojamas faktas, kad „ką reiškia terminas *paciento motyvacija* netapo nė trupučio aiškiau“ (Rosenbaum, Horowitz, 1983). Išskirtina apžvalga, kurioje mokslininkas sukritikavo tuo metu vyraujančią *paciento savybės/bruožo* motyvacijos koncepciją, vedusią link paciento kaltinimo nesistengiant ir nebandant sustiprinti jo motyvacijos (Miller, 1985). Vėlesnėje literatūroje aiškiai vyrauja požiūris, kad motyvacija yra paciento būsena, kuri svyruoja ir gali būti įtakojama gydymo

proceso metu. Taigi, apgailestavimai dėl termino neaiškumo, motyvacijos sąvokos problemų aptinkami kone kiekviename straipsnyje apie motyvaciją (Veith, 1997).

Šiuolaikinės motyvacijos psichoterapijai koncepcijos yra daugialypės ir susijusios su kognityviniu-bihevioristiniu bei psichodinaminiu požiūriais (Krause, 1966; Zimmer, 1983; Meichenbaum, Turk, 1987; Schneider et al., 1989; Høglend, 1996; Valbak, 2004). Kognityviniuose bihevioristiniuose modeliuose pagrindiniais motyvacijos psichoterapijai veiksniais laikomi: pacientų subjektyvi ligos etiologija, kančios dydis, pradiniai gydymo lūkesčiai, išlaidų ir gautos naudos santykis, trikdžių analizė, sėkmės perspektyva ir nauda iš ligos.

Savarankiško apsisprendimo teorija (angl. *Self-determination theory, SDT*) (Deci, Ryan, 1985, 2000) pateikia dar vieną motyvacijos sąvokos paaiškinimą, akcentuojant bendrus gydymo rezultatus prognozuojančius veiksnius (Markland et al., 2005; Sheldon et al., 2003). Pagrindinė savęs apibrėžimo teorijos koncepcija yra autonominė motyvacija. Manoma, kad žmonės yra autonomiškai motyvuoti, kai jie save patiria kaip laisvai pasirinkusius savo tikslus ir jaučia, kad pasirinkimas kyla iš jų pačių. Priešingai, žmonės patiria kontroliuojamą motyvaciją, kai jie jaučia, kad jų pasirinkimas kilo ne iš jų pačių, bet atspindi vidinį (pvz., kaltė) ar išorinį (pvz., kitų reikalavimai) spaudimą (Zuroff et al., 2007).

Profesinėje literatūroje sutinkamas dar vienas klinikinės imties motyvaciją psichoterapijai nusakantis modelis - vengiančioji motyvacija (angl. *avoidant motivation*). Pagrindiniai šios teorijos autoriai - Higgins (1997), Elliott & Friedman (2007).

3.2.2. Konstruktas „motyvacija psichoterapijai“

Psichopatologija gali pradėti vystytis kai žmogui nepavyksta patenkinti savo psichologinių poreikių, kenčia jo gerovė (Flanagan, 2010). Poreikiai įvardijami patys įvairiausi: savivertės, prieraišumo, malonumo ir kt. Savęs suvokimas, pasitikėjimas savimi, savigarba turi didžiulį poveikį paciento motyvacijos dinamikai. Nelaimingumas ir frustracijos blokuoja motyvacijos procesą. Ypač svarbus yra paciento supratimas apie terapinę situaciją.

Pacientų motyvaciją įtakoja: patiriama kančia, pozityvus patyrimas (viltis, palengvėjimas), pokyčių baimė, terapinis ryšys (noras užmegzti terapinį santykį). Kančia gali būti veikiama ir kitų faktorių: psichinės būsenos pablogėjimo (psichopatologijos pasireiškimas), savo kitoniškumo (nenormalumo) patyrimo, bejėgiškumo išgyvenimo (Schulte, Eifert, 2002).

Svarbus motyvaciją psichoterapiniam gydymui įtakojantis faktorius - suvokiama gydymosi kaina. Akivaizdžiausi jos aspektai yra pinigai ir laikas, tačiau dažnai svarbesne tampa psichologinė kaina - nemalonių emocijų patyrimas, skausmingos patirtys, susijusios su gydymo intervencijomis, taip pat ir su terapeuto klaidomis (Krause, 1966), gyvenimo būdo pokyčiai, taip pat ir malonumą teikusio elgesio nutraukimas (Meichenbaum, Turk, 1987), socialinis bendraamžių spaudimas, jų nepritarimas psichoterapijai (Dahle, 1995; Meichenbaum, Turk, 1987; Miller, 1991). Pasitenkinimą keliantys aspektai, pvz., patirtis, kad tavęs rimtai klauso, tu rūpi, taip pat priskiriami psichoterapijos kainos grupei ir lemia motyvaciją gydymuisi.

Kitas faktorius, veikiantis motyvaciją psichoterapijai – ligos nauda (materiali, ar psichologinė - dėmesys, parama, apsauga) (Schulte, Eifert, 2002).

Motyvacija visada yra individo vidinių poreikių ir įvairių aplinkos elementų, veikiančių individo vidinę būseną, „produktas".

Motyvacija psichoterapijai yra tarpusavyje susijusių emocinių ir kognityvinių procesų rezultatas (Schneider et al., 1989).

Sutrikimo patyrimo ir elgesio aspektų atžvilgiu reikšmingos yra kančios ir ligos naudos sąvokos Šie labai emociškai reikšmingi aspektai skatina pacientą susikurti jo sutrikimą sukėlusių priežasčių aiškinimosi modelį, kurį įtakoja sutrikimo tipas ir psichopatologijos etiologijos samprata. Psichopatologijos sampratą sąlygoja kognityviniai veiksniai, kuriuos įtakoja ir emociniai procesai (pvz.: išankstiniai nusistatymai, socialiniai stereotipai) (Schneider et al., 1989). Kiti motyvaciją psichoterapijai sąlygojantys veiksniai yra paciento gydymosi patirtis įvairiais gydymo būdais bei jo gydymosi lūkesčiai (Cooper, 2008).

3.2.2.1 Kančia

Z. Freudas dar 1905 m. savo darbuose kalbėdamas apie indikacijas ir kontraindikacijas psichoanalizei, teigė, kad psichoanalizė "yra nenaudotina tiems, kurie jausdami kančią nejaučia poreikio terapijai, ir kreipiasi vien dėl to, kad yra spaudžiami savo artimųjų.<...> Kitas terapijos variklis yra paciento kančia ir dėl jos kylantis noras pasveikti <...> bet varomoji jėga (kančia) turi būti išlaikyta iki gydymo pabaigos; kiekvienas pagerėjimas ją sumažina". Kančiai tenka prognostinis vaidmuo, nes su sutrikimu susijusi kančia suteikia pacientui motyvą dalyvauti varginančioje psichoterapijoje (Künzel, 1979). Tyrėjai sutaria, kad kančios lygmuo yra pagrindinis tyrimo motyvaciją lemiantis veiksnys (Krause, 1966; Miller, 1985; Raskin, 1961; Schneider, Klauer, 2001). Kančią tiesiogiai gali kelti psichopatologiniai simptomai, tiek ir netiesioginiai dalykai, pvz. kaltė, gėda, baimė dėl kurios nors gyvenimo srities pablogėjimo, socialiniai ar ekonominiai tam tikros problemos padariniai (Gerdner, Holmberg, 2000; Krampen, 1989; Tierney, McCabe, 2002).

Išsamiai ši tema išnagrinėta F. Heiglio darbuose. Jis tyrinėjo kančią kaip terapijai naudingą elementą; pristatydamas ją kaip svarbų indikacinį kriterijų. Mokslininko teigimu, „norint sužinoti prognozę, verta išsiaiškinti, ar pacientas kenčia dėl savo problemų, simptomų ir jų objektyvių pasekmių, ar dėl subjektyvios savo simptomų reikšmės. <...> Visada aiškinantis apie kančią, reikia išsiaiškinti, ką simptomas reiškia pačiam pacientui" (Heigl, 1976). Vertindamas pagerėjimo psichoterapinio gydymo procese galimybes, autorius ypač akcentuoja kančios pobūdį, jos stiprumą bei kokio psichikos sutrikimo fone ji atsirado. Tinkamumo gydymui kriterijus šiuo atveju yra ne tik kančios buvimas, bet ir specifinio sutrikimo buvimas, kuris yra prieinamas terapiniam procesui (Heigl, 1976, 1978).

Psichoanalitikų teigimu, pacientams su priklausomybėmis kančios spaudimas yra sumažėjęs, tuo pačiu pasunkėja galimybės psichoterapiniam gydymui. „Turintys priklausomybių dažnai savo simptomus sieja su intensyviais pasitenkinimo jausmais ir bijo, kad psichoterapijos metu šis pasitenkinimas bus

arba atimtas, arba laikomas abejotinu (mažintinu)“ (cit. pagal Schneider et al., 1989).

Profesinėje literatūroje kalbant apie kančios spaudimo sąvoką, kaip apie sudedamąją motyvacijos psichoterapijai dalį, laikomasi nuostatos, kad kančios spaudimas yra vienas svarbiausių kriterijų, rodančių paciento pasiryžimą ir įsipareigojimą prisiimti psichoterapijos reikalavimus.

3.2.2.2 Ligos nauda

Psichoanalitinės teorijos teigimu, pacientui psichikos sutrikimo buvimas sukelia ne tik kančią, bet dėl šio sutrikimo jis gauna ir nenuginčijamą naudą, ką apibendrintai vadiname ligos nauda. Psichoanalizėje remiantis neurozių modeliu skiriama pirminė ir antrinė ligos nauda.

Pirminė ligos nauda yra „motyvacija neurozei“ (Laplanche, Pontalis, 1977). Neurozė – tai kompromiso susidarymas tarp vienas kitam prieštaraujančių polinkių. Neurozė apibūdinama kaip gynyba nuo nenorimų impulsų (varų) pasireiškimo, ji gali būti suprantama kaip „pabėgimas į ligą“.

Z. Freudo varų teorijos požiūriu psichikos sutrikimų priežastimi yra intrapsichiniai konfliktai. Konfliktai tarp id varų, atskirų ego struktūrų, superego ir realybės, aplinkos reikalavimų yra neišvengiami ir nuolatiniai. Jeigu ego struktūra ir funkcija yra pakankamai brandi ir efektyvi, o id, superego ir išorinės realybės spaudimas ne per stiprus, šiems konfliktams randami kompromisiniai sprendimai ir psichika išlieka dinaminėje pusiausvyroje. Tačiau ego gali būti nepilnavertis dėl sutrikimų jo vystymosi metu, superego reikalavimai gali būti per daug griežti ir rigidiški, o išorinės realybės įvykiai nepakeliamai sunkūs. Tuomet ego nebepajėgia palaikyti sveikos dinaminės pusiausvyros ir vystosi psichikos sutrikimų simptomai. Simptomai individui suteikia palengvėjimą, nes sumažina psichinę įtampą ir kompromiso būdu, panaudojant gynybos mechanizmus ar formuojant simptomus, sprendžia vidinį konfliktą.

Taigi, pirminė ligos nauda susijusi su asmenybės emocine sritimi. Tuo tarpu antrinė ligos nauda suprantama kaip papildomų privalumų gavimas. Juos asmuo dėl ligos gauna iš savo aplinkos (pvz.: atleidimas nuo apsunkinančių

užduočių, didesnis dėmesingumas, pašalpų gavimas). Antrinės gydymo naudos dydis priklauso nuo sutrikimo pobūdžio, paciento požiūrio į jį bei aplinkinių reakcijos į sergantįjį.

Kalbėdami apie pirminę ligos naudą, turime omenyje intrapsichinę naudą bei jos (naudos) psichodinaminę intrapsichinę funkciją; antrinė nauda susijusi su išorine nauda bei socialine funkcija.

Diskusijoje apie psichoanalizės kontraindikacijas, ligos naudą apibūdino taip: "Kai kurie pacientai pragyvena iš savo neurozės. Jie sudaro įspūdį, jog be savo neurozės negali gyventi. Laiku tai supratus galima sutaupyti daug energijos" (Fenichel, 1983).

Gaunant didelę ligos naudą, ilgainiui ji tampa paciento asmenybės ir bendravimo su aplinka tarpusavio dalimi. Patiriama ligos nauda sąlygoja pasipriešinimą psichoterapinėms intervencijoms, skatinančioms pokyčių atsiradimą.

Žvelgiant iš motyvacijos požiūrio taško, galima teigti, kad didelė ligos nauda sumažina motyvaciją psichoterapijai, o didesnis kančios spaudimas (atsižvelgiant į kokybinius kančios skirtumus) padidina motyvaciją.

3.2.2.3 Paciento suvokiama psichopatologijos etiologijos samprata

Psichopatologijos etiologijos samprata – sąvoka, aiškinanti paciento suvokimą apie jo ligos kilmę. Tai paciento bandymai kognityviai suvokti sutrikimą ir svarstymas, su kuo sutrikimas gali būti susijęs. Paciento kognityvinis ligos suvokimo būdas, galvojimas apie ją sukėlusias priežastis stipriai įtakoja jo lūkesčius adekvačiai terapijai ir pasirengimą joje dalyvauti (Linden, 1982). Psichopatologijos sampratą veikia ir paciento asmenybės savybės, sutrikimo pobūdis (įtakoja priežasčių priskyrimą), bei psichosocialinė aplinka, kurioje pasireiškė liga.

Atlikus ligos kontrolės suvokimo tyrimus, skirtus nustatyti subjektyvią elgesio prognozę ir ateities lūkesčius, sulaukta nevienareikšmių rezultatų. Vieni tyrėjai teigia, kad kontrolės jausmo stoka susijusi su neigiamais emociniais patyrimais - baimės, beviltiškumo, bejėgiškumo jausmais bei prislėgta nuotaika (Hasenbring, 1987). Anot kitų autorių, ligos priskyrimas vidinėms

(priklausančioms nuo žmogaus) ar išorinėms (nepriklausančioms nuo jo) priežastims įvairuoja skirtingose ligos proceso fazėse. Ligos atsiradimo priskyrimas vidinėms priežastims nurodo lengvesnį pažeidžiamumą. Tolimesnėje ligos eigoje šis priskyrimas sukelia palengvėjimą, nes yra susijęs su įsitikinimu, jog ligą galima kontroliuoti (Broda, 1987). Dar kiti tyrėjai įžvelgė ryšį tarp suvokto ligos sunkumo ir galimybės kontroliuoti ligą. Jų teigimu, kuo stipresnis įsitikinimas, kad liga yra sunki, juo mažesnis gebėjimas ją kontroliuoti. Daroma išvada, kad menkas ligos kontrolės suvokimas gerina pasirengimą gydytis (Künzel, 1979). Tačiau buvo manančių ir priešingai. Anot jų, stiprią motyvaciją psichoterapijai nurodo, ligos priskyrimas vidinėms priežastims (Halder, 1977).

Psichopatologijos etiologijos sampratos pobūdis veikia paciento gydymosi lūkesčius ir tam tikromis aplinkybėmis veikia jo kančios dydį. Taigi, paciento problemos sprendimo lūkesčiai stipriai susiję su jo psichopatologijos etiologijos samprata (Linden, 1982; Plaum, 1968).

Psichopatologijos etiologijos samprata pacientui padeda sutrikimą jam priimtinu būdu integruoti į savęs suvokimą, gali tarnauti ir kaip psichologiškai atpalaiduojanti priemonė, pvz., jei manoma, kad sutrikimą sukėlė išorinės priežastys arba kalti tretieji asmenys.

Apibendrinant reiktų konstatuoti, kad psichopatologijos etiologijos samprata arba ligos priežasčių priskyrimas veikia motyvaciją psichoterapijai. Psichologinių veiksnių, įtakojusių ligos atsiradimą, įvertinimas ir vidinių individo savybių atpažinimas sąlygoja stiprią motyvaciją psichoterapijai. Reikšmingas yra ir suvokimas, kad žmogus pats gali bent kiek įtakoti ligos atsiradimą bei jos eigą.

3.2.2.4 Pacientų lūkesčiai psichoterapijai ir gydymosi patirtys

Paciento lūkesčiai jam tinkamo gydymo atžvilgiu glaudžiai susiję su jo ankstesnio gydymosi patirtimi ir vyraujančiu požiūriu į ligą. Lūkesčius įtakoja ir paciento mąstymas apie sutrikimo priežastis, visuomenėje paplitęs požiūris į analogiškų sutrikimų priežasčių aiškinimą, gydymo būdus. Pacientai iš ankstesnio gydymosi patyrimo dažniausiai yra internalizavę pasyvų savo vaidmenį gydymo proceso metu, ir į psichoterapiją ateina labiau tikėdamiesi „būti pagydyti“, negu

„gydytis“. Neretai atėjimas į psichoterapijos dienos stacionarą yra dar vienas gydančio psichiatro ar šeimos gydytojo nurodymo vykdymas.

„Lūkesčių psichoterapijai nereikėtų traktuoti kaip atskiros visuomenės sveikatos sistemos dalies. Psichoterapija, nesvarbu kurios krypties, savo vystymosi istorija ir dabartine organizavimo forma yra glaudžiai susijusi su somatine medicina“ (Halder, 1977).

Psichikos ligų stigmatizacija apsunkina tinkamesnių lūkesčių psichoterapijai formavimąsi. Į somatinį gydymą orientuotiems pacientams gali iškilti nerealūs (per dideli) lūkesčiai, susiję su terapijos rezultatais, ir jie gali kelti problemų terapiniam procesui. Nustatyta, kad simptomų sumažėjimui pasiekti tinkamiausi yra vidutiniai lūkesčiai. Tyrime dalyvavę pacientai su padidintais ar sumažintais lūkesčiai psichoterapijos pabaigoje pajuto tik nežymų pagerėjimą. Remiantis šio tyrimo rezultatais darytina išvada, kad nerealūs lūkesčiai skatina pacientus nusivilti ir netgi nutraukti terapiją (Goldstein, 1961). Tyrėjai teigia, kad ypač dažnai terapiją nutraukia pacientai iš žemesnių socialinių sluoksnių ir menko išsilavinimo. Jų teigimu, terapija nutraukiama dėl pajamų, specifinių verbalinių sugebėjimų, žinių apie psichoterapiją stokos ir apskritai požiūrio į psichoterapiją. Šios grupės pacientai retai suvokia savo ligos psichologines priežastis, jie linkę konfliktus „apvilkti“ somatinių nusiskundimų „drabužiais“. Šių pacientų aplinkoje retai kas palaiko jų tolimesnį dalyvavimą psichoterapijoje, todėl jie nepasižymi aukšta motyvacija psichoterapijai. Retais atvejais šios grupės motyvuotų pacientų lūkesčiai būna orientuoti į medicininį modelį, jie tikisi aktyvaus terapeuto dalyvavimo ir koncentravimosi į esamus nusiskundimus (Graupe, 1978). Tačiau kiti autoriai neatskleidė esminių skirtumų tarp skirtingų socialinių sluoksnių pacientų lūkesčių psichoterapijai (Ruff, 1987; Schneider, 1989).

Ne viena mokslininkų grupė mėgino rasti atsakymą į klausimą, ar psichoterapijos procese pacientų terapijos rezultatų lūkesčiai, viltis (Glass et al., 2001), tikėjimas (Wampold, 2001) yra susiję su terapijos rezultatais? Mokslininkai teigia, kad susiję (Snyder et al., 1999). Nustatyta, kad paciento tikėjimas nulemia net 15 proc. psichoterapijos efektyvumo (Assay, Lambert, 1999). Pacientai, labiau tikintys terapijos procesu, linkę pasiekti geresnių rezultatų nei skeptiškai

psichoterapijos atžvilgiu nusiteikę pacientai (Glass et al., 2000; Beutler et al., 2006). Šią lūkesčių ir rezultatų sąsaja patvirtinta ne vieno tyrimo (Snyder et al., 1999). Nustatyta, kad pacientų būklė labiausiai pagerėja per pirmąsias kelias terapijos savaites, fiksuojamas pastebimas būklės pagerėjimas po pradinės įvertinimo sesijos ar vien tik po pasiūlymo gydytis psichoterapiškai. Tokie pagerėjimai sunkiai paaiškinami vien psichoterapeutų taikomais metodais ar santykiu, kurį jie sukuria su pacientu, ypač jei pacientas dar net nepradėjęs terapijos. Labiau tikėtina, kad šie rezultatai rodo tai, kad kai kuriems pacientams vien žinojimas, jog jie pradės psichoterapinį gydymą, jau yra didžiulė psichologinė nauda (Frank, Frank, 1993). Šią išvadą pagrindžia ir teiginys, kad kai kuriems pacientams nemažą dalį jų kančios sudaro tai, kad jie jaučiasi beviltiškai negalėdami ištrūkti iš savo sunkumų (Teasdale, 1985). Taigi, vilties patyrimas gali būti be galo svarbus pirmasis žingsnis sveikimo kelyje.

Realistiški, optimistiški lūkesčiai sietini su geru psichoterapijos gydymo rezultatu ir psichine sveikata. Ypač aukšti pozityvūs lūkesčiai sietini su prastesniu terapijos rezultatu (Piper et al., 1998). Daugelio terapeutų patirtis rodo, kad aukšti pozityvūs lūkesčiai dažnai susiję su prastesniais terapijos rezultatais.

Tyrimų duomenimis, pacientai, turėję santykinai aiškų supratimą apie psichoterapijos procesą, jų pačių vaidmenį bei tikslus terapijoje, buvo linkę gauti daugiausia naudos iš psichoterapijos, tuo tarpu pacientai, turėję prieštaringą savo vaidmens supratimą buvo gynybiškesni, ne tokie produktyvūs ir mažiau patenkinti (Bednar et al., 1974).

Pacientai, kurie savo problemų priežastis matė labiau kaip psichologines, ir kurie tikėjo, kad psichoterapija jiems padės, pastebimai labiau įsitraukė į terapiją pirmosiomis psichoterapijos sesijomis. Galiausia, pacientai, kurie tikėjo, kad psichoterapija gali jiems padėti, pasiekė geresnių gydymosi rezultatų (Gaston et al., 1989).

Motyvacija psichoterapijai glaudžiai susijusi su psichologiniais ligos suvokimo modeliais, taip pat ir su gydymosi patirtimis. Patirties pobūdį galima suskirstyti į nuosavas, tiesiogines ir netiesiogines patirtis. Netiesioginė patirtis

susijusi su žiniasklaida (radijumi, televizija, spauda) bei perduota per trečius asmenis (pažįstamus, draugus, šeimos narius ar gydytojus, psichologus ir kt.).

Šios patirtys, jeigu jos pozityvios, įtakoja pacientų sutrikimo vertinimą, didina jų lūkesčius, gerina požiūrį į gydymą ir motyvaciją specifiniam gydymo metodui.

Apibendrinant - motyvacija psichoterapijai yra palaipsniui besiformuojantis požymis, kuriam būdingi skirtingi afektiniai ir kognityviniai komponentai, tarpusavyje sąveikaujantys ir veikiantys motyvaciją.

Sąvokos „kančios spaudimas“ ir „ligos nauda“ atstovauja pirminius motyvacijos psichoterapijai afektinius komponentus. Abu šie komponentai gali būti apibūdinami vienu terminu „ligos patyrimas“. Ligos patyrimas leidžia daryti prielaidą, kad individas yra susirūpinęs savo psichika ir/arba psichikos būsenos sutrikimu ir kad galiausiai prasidės ligos perdirbimo procesas. Ligos perdirbimo dėka galima suprasti individo prisitaikymo procesus, kurie padeda atstatyti individualios pusiausvyros jausmą, kurių pagrindas yra sutrikimo suvokimas arba patyrimas. Į tai įeina afektiniai ir kognityviniai procesai bei elgesio pasekmės (Heim et al., 1983).

Ligos patyrimas, kančios spaudimas motyvuoja pacientą keisti savo elgesį ar savijautą. Tarp kančios spaudimo ir ligos naudos yra stiprus ryšys. Patirtas kančios spaudimas įtakoja ligos naudos suvokimą ir atvirkščiai. Subjektyvi kančios spaudimui priskiriama reikšmė priklauso nuo sutrikimo sukeltos ligos naudos. Ligos perdirbimo procese jie pastoviai keičiasi, dėl ligos pobūdžio (simptomų pagerėjimo, pablogėjimo), adaptacijos proceso, įtakos iš išorės. Pasikeitimai skatina naujai įvertinti kančios spaudimą arba ligos naudą.

Svarbūs gydymosi motyvacijos aspektai yra: patologijos suvokiamų etiologinių priežasčių koncepcija, požiūris į priemones reikalingas pokyčiams, patirties pobūdis ir informacijos paieška. Paciento požiūris į jo kančią ir gydymosi alternatyvas įtakoja informacijos paiešką. Rastos ir suvoktos informacijos pobūdis dažnai pakeičia arba įtvirtina tam tikras paciento pažiūras ir lūkesčius.

3.2.3. Motyvacijos įtakos psichoterapijai tyrimų apžvalga

Kaip minėta, paciento dalyvavimo psichoterapijoje pobūdis yra labai stipriai susijęs su būsimais gydymo rezultatais (Orlinsky et al., 1994). Tyrimų duomenimis, net 67% iš vertinusių save kaip prisiėmusius aktyvų vaidmenį psichoterapijoje toliau tęsė gydymą po 6 savaičių, lyginant su 28% pacientų, atsakomybę už terapiją atidavusių savo psichoterapeutams (Heine, Trosman, 1960). Nustatyta stipri koreliacija tarp motyvacijos psichoterapijai laipsnio ir terapijos rezultato (McCallum, Piper, 1999). Kiti autoriai nurodo, kad pacientai, kurie noriau prisiima kliento rolę ir bendradarbiauja su savo psichoterapeutais, (reguliariai lankosi, atlieka namų darbus, atkakliai dirba terapijos metu), pasiekia geresnių rezultatų (Orlinsky et al., 2004; Tryon, Winograd, 2002). Specializuotos literatūros apžvalgoje nurodo 14 tyrimų, kuriuose aptikta teigiama koreliacija tarp motyvacijos psichoterapijai ir pasiektų rezultatų, 13 tyrimų, kuriuose nerasta jokio ryšio, ir tik vieną tyrimą, kuriame rasta neigiama koreliacija (Orlinsky et al., 2004).

Pacientų „atvirumas“, kaip priešprieša gynybiškumui, pasirodė pakankamai stiprus pozityvaus psichoterapijos rezultato pranašas (Orlinsky et al., 2004).

Profesinėje literatūroje, kurioje aptariamos pacientų psichoterapinio gydymo būtinosios sąlygas, teigiama, kad būtini racionalus įžvalgumas bei emocinis kančios pajautimas. Tik būdami abu kartu jie sąlygoja teigiamą gydymo prognozę. Į šią motyvacijos psichoterapijai koncepciją įeina kognityviniai bei emociniai ligos suvokimo komponentai.

Manoma, kad psichoterapinių pacientų motyvacinės ypatybės atlieka pagrindinį vaidmenį, kai jie (pacientai) priima siuntimą psichoterapijai (Speckens et al., 1995; Schneider, Klauer, 2001), gydymo režimo laikymuisi ir gydymo rezultatams (cit. pagal Cooper 2008). Tyrime su stacionare besigydančių psichoterapinių pacientų imtimi nustatyta, kad teigiamą gydymo rezultatą prognozuoja du motyvacijos psichoterapijai aspektai – didelis atvirumas psichoterapijai ir ligos psichologinės priežastinės atribucijos. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad pradinė motyvacija psichoterapijai ir gydymo rezultatai yra reikšmingai susiję. Akivaizdus, iki gydymo pradžios buvęs paciento atvirumas psichoterapijai

vaidina esminį vaidmenį jo sugebėjimams gauti naudos iš psichoterapijos. Rezultatai patvirtina lūkesčius, kad psichologinė savo ligos etiologijos samprata ir ženklus bendras atvirumas psichoterapijai iki gydymo pradžios sąlygoja labiau teigiamus gydymo rezultatus (Schneider et al., 2001).

Regis, šie motyvacijos psichoterapijai kintamieji taip pat yra įtakojami sociodemografinių veiksnių: amžiaus, lyties ir išsilavinimo laipsnio, nors empiriniai tyrimai nėra vienprasmiški. Kai kuriuose tyrimuose jaunesni pacientai, moteriškos lyties pacientai arba pacientai, turintys aukštesnį išsilavinimo laipsnį, pasirodė pasižymintys didesnėmis psichosocialinėmis priežastinėmis ligos atribucijomis, didesniais psichoterapinio gydymo lūkesčiais ir bendrai aukštesne motyvacija psichoterapijai (Luborsky et al., 1971; Schneider et al., 1990; Peters et al., 2000).

Buvo nustatyta, kad motyvacinės ypatybės koreliuoja su amžiumi, simptomų lygiu ir psichosocialine padėtimi (Luborsky et al., 1971; Schneider et al., 1990; Speckens et al., 1995; Peters et al., 2000).

Pacientai, kurie teikia pirmenybę psichoterapiniam gydymui, prisiima aktyvesnį vaidmenį gydyme ir pasižymi labiau psichosocialiniu požiūriu į simptomus, buvo reikšmingai jaunesni, aukštesnio išsilavinimo laipsnio ir pažymėjo didesnį psichologinį distresą. Be to, tyrimo rezultatai atskleidė, kad pacientai, siekiantys neįgalumo pašalpos, yra mažiau atviri psichoterapijai, pažymi labiau medicininio gydymo lūkesčius ir pasižymi aukštesniu kančios laipsniu.

3.2.4. Motyvacijos psichoterapijai didinimo galimybės

Analizuojant motyvacijos psichoterapijai reiškinį, reikia atsižvelgti į tai, jog ji bėgant laikui keičiasi priklausomai nuo sąlygų ar jos pačios pokyčių. Motyvacija atsiranda palaipsniui ir ją galima aktyviai veikti keičiant atitinkamas sąlygas. Savęs suvokimas, pasitikėjimas savimi, savigarba turi didžiulį poveikį paciento motyvacijos dinamikai. Kitą vertus, nelaimingumas ir frustracijos blokuoja motyvacijos procesą. Taip pat labai svarbus yra paciento supratimas apie terapinę situaciją.

1960 m. buvo pradėtos kurti ir įvertintos įvadinės intervencijos, skirtos motyvuoti ir paruošti pacientus psichoterapijai (Truax, Wargo, 1969; Garfield,

1994). Rezultatai apie jų efektyvumą buvo prieštaringi. Psichoanalizėje ir psichodinaminėje psichoterapijoje motyvaciniai tikslai paprastai yra priskiriami pradiniam pokalbiui kaip „bandomoji psichoterapija“ (Schepank, 1988). Kiti autoriai sistemingai aptarinėjo psichosocialinį motyvacijos gydymui pagrindą ir sukūrė specifines intervencijas, įtakojančias gydymo laikymąsi (Meichenbaum, Turk, 1987).

Kokia yra tokių motyvacinių įvadinių intervencijų kūrimo prasmė? Įvadinės intervencijos turėtų būti nukreiptos į žinių apie psichoterapiją, jos principus ir tikslus suteikimą. Svarbiausi šių intervencijų dalykai turėtų būti kognityvinių įsitikinimų pokyčiai bei stereotipų pataisymas ir baimingo nerimavimo sumažinimas, kurį galima pasiekti daugiausia afektinės patirties būdu.

Kokios yra intervencijos, skirtos pakeisti nerealistiškiems ar pasyviai orientuotiems gydymo lūkesčiams bei nepalankioms prielaidoms apie psichoterapijos ir terapijos rezultatus? Siekiant padidinti gydymo motyvaciją į somatizaciją linkusiems pacientams, pirmiausia yra būtina suformuoti gerą terapinę darbinę sąjungą. Taip pat ypatingai svarbu suteikti informaciją apie gydymo principus, tikslus ir realistiškus rezultatus, rimtai priimti pacientų nusiskundimus, nagrinėti jų subjektyvų ligos modelį bei ligos patirtį ir bendradarbiaujant su pacientais susitarti dėl gydymo tikslų (Meichenbaum, 1987; Sack et al., 1999; Rief et al., 2002; Breisacher et al., 2003).

Motyvacija psichoterapijai yra svarbus kriterijus, į kurį reikėtų atsižvelgti nustatant gydymosi indikacijas. Paciento gydymas metodu, kuriam jis nėra visai ar pilnai motyvuotas, gali per daug iš jo pareikalauti ir paskatinti priešlaikinį terapijos nutrūkimą. Tokiu atveju pacientas susiduria su neigiamomis psichoterapijos pasekmėmis:

- esamų simptomų pablogėjimas
- naujų simptomų atsiradimas (simptomų pasireiškimo pobūdžio pasikeitimas)
- piktnaudžiavimas terapija (gyvenimas terapijoje)
- paciento neracionalių tikslų nusistatymas (jis persistengia)
- nusivylimas terapija, terapeutu (pasitikėjimo praradimas) (Strupp, 1977).

Reikėtų įvertinti ne tik gydymosi lūkesčių ir motyvacijos psichoterapijai išreikštumą, bet ir jų priimtinumą, kad būtų išvengta nerealistiškų lūkesčių, nusivylimų, kurie skatina terapijos nutraukimą. Ryšio tarp motyvacijos psichoterapiniam gydymuisi ir gydymosi efektyvumo tyrime nustatyta, kad pacientai su stipriai išreikšta motyvacija dažniau nutraukė terapiją. Manoma, kad taip atsitiko dėl perdėtų pacient7 lūkesčių (Ruff, 1987).

Tyrimų duomenimis, 5–10% pacientų būklė psichoterapijos procese pablogėja (Lilienfeld, 2007), lyginant su mažiau nei 5% pablogėjimu nepsichoterapinėje grupėje (Lambert, Ogles, 2004). Apie 20% pacientų pažymi, jog tam tikri dalykai terapijoje jiems buvo skausmingi (Levy, 1996). Kitame tyrime atskleidžiami klientų pažeminimo, apleistumo/paliktumo, manipuliavimo, traumavimo bei terapeutų emocinio jų išnaudojimo jausmai (Bates, 2006). Šie pacientai po terapijos jautėsi blogiau, nei ateidami į ją. Remiantis atliktų tyrimų duomenimis mokslininkai daro išvadą, kad psichoterapija gali pakenkti ir, deja, pakenkia daliai tų, kuriems ketina padėti (Lambert, Ogles, 2004).

3.2.5. Motyvacijos įvertinimo instrumentai

Motyvacijos įvertinimui bei tyrimams naudojama labai daug būdų, kuriuos galima suskirstyti į dvi pagrindines grupes:

- **išreikštiesiems/deklaruojamiesiems** (angl. *implicit*) motyvams tyrinėti plačiai naudojama TAT (angl. *Thematic Apperception Test* - TAT) projekcinė metodika, kadangi pasąmoniniai motyvai negali būti tiriami tiesiogiai, prašant pacientų užpildyti savęs vertinimo anketą (angl. *self-report*) (Morgan, Murray, 1935). Ši TAT metodika labiau tinkama klinikinimas tyrimams, ir nenaudotina rutiniškai dėl vertinimo normų stygiaus, ir abejotino ar nežinomo pakartotinio tyrimo patikimumo (Lilienfeld et al., 2000). Pastaraisiais metais atsirado keletas alternatyvų tyrinėti išreikštuosius/deklaruojamuosius (angl. *implicit*) motyvus. Viena iš jų - 2004 m. sukurtas IAT (angl. *Implicit Association Test* - IAT) (Greenwald et al., 1998). Tačiau šis testas dėl per didelio imlumo laikui nėra patogus kasdieniniam ar rutininiam naudojimu.

- **neišreikštieji/nedeklaruojamieji** (angl. *explicit*) motyvacijos kintamieji gali būti tiriami naudojant klausimynus. Paprasčiausias klausimynas įvairioms motyvacijos psichoterapijai dimensijoms tirti yra pacientų motyvacijos terapijai skalė (Patient Motivation for Therapy Scale – PMTS) (Pelletier et al., 1997). Šios skalės teorinis pagrindas – savarankiško apsisprendimo teorija (angl. *Self-determination theory* – SDT) (Deci, Ryan, 1985, 2000). Kiekviena motyvaciją paaiškinanti teorija turi ne po vieną klausimyną. Jų įvairovė leidžia įvertinti skirtingus motyvacijos kintamųjų aspektus, pvz., motyvacijos sričių įvertinimo skalė (angl. *Motivational Areas Rating Scal* – MARS) (Sarracino, Dazzi, 2007).

1989 m. buvo pristatytas teorinis motyvacijos psichoterapijai modelis, pagrįstas keturiomis skirtingomis koncepcijomis: a) Z. Freud idėja apie kančios sukeliamą įtampą kaip motyvaciją psichoterapijai, b) koncepcija apie pirminę ir antrinę naudą kaip kliūtį psichoterapijai, c) paciento subjektyvi ligos etiologija (t.y. asmeninį požiūrį į jo/jos ligos pobūdį, priežastis ir raidą) ir d) vidines bei išorines priežastines charakteristikas/savybes kaip paciento emocinės nuostatos ir kognityvinio apmąstymo apie jo psichologinį sutrikimą su iš to einančiais lūkesčiais terapijai. Remiantis šiuo modeliu, 1989 metais buvo sukurta Motyvacijos psichoterapijai anketą iš 47 klausimų (vok. *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation* – FMP) (Schneider, Basler, Beisenherz, 1989). Ši anketa, kaip turinti ryšį su psichodinamine paradigma, ir buvo pasirinkta naudoti mūsų atliekamame tyrime.

Anketą sudaro keturios skalės:

- kančios, į kurią įeina klausimai, matuojantys kančios sukeltą įtampą, taip pat ir antrinę naudą;
- etiologijos, kuri atspindi paties asmens supratimą apie jo simptomų kilmę;
- lūkesčių, kur siekiama išsiaiškinti paciento nuostatas ir lūkesčius apie somatinius ir psichoterapinius gydymo būdus;
- atvirumo psichoterapijai, kuri vertina paciento psichoterapinę patirtį ir požiūrį į psichoterapiją.

Anketos autorių teigimu, motyvacija psichoterapijai kyla iš afektinių komponentų (kančios, nauda iš ligos dydis), kognityvinių kintamųjų (subjektyvi

etiologija, gydymo lūkesčiai), bei iš bendro požiūrio į psichoterapiją ir jos patirties. Atvirumas terapijai suprantamas kaip požiūrio kintamasis, apimantis praeities ir netiesioginę patirtis, susijusias su psichoterapija, bei prielaidas apie psichoterapijos rezultatus psichologinių ir psichosomatinių simptomų atžvilgiu.

3.3. Psichologinis atsparumas

„Atsparumas yra pozityvios psichinės sveikatos pamatas“
(Persaud, 2001)

3.3.1. Konstrukto apibūdinimas

Psichologinio atsparumo ir apsauginių faktorių tema ne vieną dešimtmetį domina tyrėjus. Psichologinio atsparumo sąvoka jau aptinkama 1970-ųjų metų psichiatrų, tyrinėjusių vaikus, kurie atrodė sąlyginai nepažeisti nepalankių gyvenimo įvykių, publikacijose. Gerokai vėliau, plėtojant tyrimus bei jų metodikas, atsparumo tyrinėjimai perkelti ir į suaugusiųjų imtis (Bonanno, 2007; Hjemdal et al., 2006; Friborg et al., 2003a, 2003 b, 2004, 2005, 2006, 2009, Jowkar, 2010). Tyrėjams pastebėjus, kad kai kurie asmenys, susidūrę su nepalankiomis aplinkybėmis, geba susitvarkyti ir išgyventi geriau už kitus, atsparumo tyrimai susikoncentravo į faktorius ir charakteristikas, kurie padeda asmeniui susidoroti su nelaimėmis. Kiti tyrėjai fokusavosi į atsparumo, kaip apsauginio faktoriaus nuo psichikos sutrikimų išsivystymo, reikšmę. Paskutiniais dešimtmečiais vis dažniau ieškoma ne vien vidinių, bet ir išorinių apsauginių žmogaus faktorių, padedančių užtikrinti geresnę sveikatą, lengvesnį prisitaikymą prie greitai besikeičiančių situacijų ir aplinkos.

Ne kiekvienam žmogui, patiriančiam gyvenime didelius sunkumus, išsivysto psichikos liga. Šis pastebėjimas skatina ieškoti atsakymo į klausimą, ką vieni žmonės turi tokio, kas padeda jiems išlikti sveikais net ir sudėtingose gyvenimo situacijose, ir ko stokoja antri, patekusieji į panašiai sudėtingas situacijas, kurių subjektyviai vertinama psichikos sveikata yra labiau pažeidžiama (Crowley et al., 2003).

Per daugiau nei 30 metų sukaupta nemažai empirinių duomenų apie atsparumą, tačiau jie dažnai padriki ir prieštaringi. Tai lemia ir aiškios teorinės sampratos nebuvimas. Teorinis psichologinio atsparumo sąvokos modelis dar tik kuriamas, daugelis jo sąvokų labai nevienareikšmiškos (Giedraitytė, Bieliauskaitė, 2006).

Pažymėtinas dar vienas svarbus pradinis, labiau gal kalbinis aspektas. Sudėtinga rasti tikslų lietuvišką termino resilience atitikmenį, kas sumažintų nesusipratimų ir klaidingų interpretacijų galimybę kolegų tarpe. „*Resilience*“ apibrėžiama kaip procesas, o žodis *„atsparumas“* to neišreiškia. (*daugiau* – Giedraitytė, Bieliauskaitė, 2006). Palikdami kitiems darbuotis tiksliausio lietuviško termino sukūrime, šiame darbe „*resilience“* vadinamas atsparumu. Šis terminas, nors ir nepakankamai tikslus, jau yra įprastas. Svarbu atsparumo tiesiogiai netapatinti su bruožu, prisimenant, kad atsparumas yra įveikos procesas. Tad tinkamiau vartoti „atsparus prisitaikymas“, o ne „atsparus žmogus“ (Sroufe, 1997; Rutter, 1999; Howard et al., 1999; Luthar et al., 2000).

Augantį susidomėjimą psichologiniu atsparumu skatina galimybė nustatyti ir įvertinti potencialius apsauginius veiksnius ir mechanizmus, padedančius išvengti tokių psichiatrinių sutrikimų, kaip pavyzdžiui, depresija, susidūrus su reikšmingais gyvenimo stresais. Visuotinai priimta fokusuotis į simptomų išreikštumą arba sergamumą, nors gyvenimo kokybės klausimai jau įtraukiami į daugelį tyrimų. Augantis sveikatinimo programų susidomėjimas atsparumu ir gerbūviu atspindi integruojantį požiūrį į gydymą ir profilaktiką, nes tokiu būdu siekiama išlaikyti pusiausvyrą tarp patologijos ir pažeidžiamumo akcentavimo, pabrėžiant apsauginius mechanizmus ir teigiamą adaptaciją. Šiame tyrime susidomėjome atsparumu, nes jo pokyčiai susijęs ir su depresijos bei nerimo išsivystymu bei šių sutrikimų gydymo rezultatais.

Taigi, kas yra tas atsparumas ir kaip geriau jį apibūdinti: kaip procesą, asmenybės bruožą, dinaminį raidos vyksmą, rezultatą ar viską vienu metu?

Pirmiausia atsparumo apibrėžimai buvo formuluojami kaip *asmens savybės*. Pvz.: asmenys, kurie nepaisant ilgalaikio streso, nelaimės ar blogo elgesio, išlaiko

normalią raidą, dažnai yra vadinami „atspariais“ (Rutter, 1985; Zimrin, 1987; Cowen, Work, 1988; Egeland et al., 1993; Block, Kremen, 1996).

Kiti autoriai atsparumą apibūdino kaip individualų skirtumą, savybę arba gebėjimą sėkmingai įveikti pokyčius ar nesėkmes. Jų apibrėžime atsparūs asmenys pasitiki savimi, žino savo stiprybes ir trūkumus. Atsparūs asmenys pasižymi adaptyviu elgesiu, ypatingai socialinio funkcionavimo, emocinės būsenos ir somatinės sveikatos srityse (Wagnild, Young, 1993) ir yra linkę mažiau pasiduoti ligoms (Caplan 1990; O'Connell, Mayo 1988).

Atsparumu vadinamas gebėjimas atsigauti nuo fizinių, emocinių, finansinių ar socialinių sunkumų. Buvimas atspariu rodo, kad asmuo, susidūręs su tragedija, trauma, nelaime, sunkumais ir nuolatiniais reikšmingais gyvenimo stresoriais, pasižymi gebėjimu prisitaikyti.

Terminas „atsparumas“ atspindi asmenų gebėjimą išlaikyti santykinai stabilų psichinį funkcionavimą įvykių eigoje (King et al., 1998). Atsparumu vadinamas "atsigavimas“ nuo nelaimės. Būti atspariu reiškia ne atkurti ankstesnę faktinę savo gyvenimo padėtį, grįžtant atgal prie tokios, kokia ji buvo, bet labiau tai, kas jį užgrūdina, ko žmogus išmoksta susidorodamas su nelaimės pokyčiais, pakeisdamas juos į gera (Dryden, Gordon, 1994).

Atsparumas, kaip žmogaus asmenybės dalis, laikui bėgant vystosi ir keičiasi per nuolatinę patirtį su fizine ir socialine aplinka (Glantz, Johnson, 1999; Hegney et al., 2007). Atsparumas turėtų būti suvokiamas kaip dinaminis procesas, kurį įtakoja gyvenimo įvykiai ir sunkumai (Grotberg 2003; Hardy et al., 2004). Atsparumas buvo iš naujo apibrėžtas kaip dinamiškas, kintantis procesas. Šis apibrėžimas paskatino atsparumu pagrįstų intervencijų plėtotę ir paskatino šių intervencijų rezultatų tyrimus (Luthar, 2000).

Dauguma tyrėjų pripažįsta Luthar, Cicchetti ir Becker pasiūlytą psichologinio atsparumo apibrėžimą: „Atsparumas yra dinamiškas pozityvaus prisitaikymo procesas esant reikšmingai nepalankioms aplinkybėms“ (Luthar et al., 2000). Šiame apibrėžime svarbūs keli aspektai:

1. Atsparumas yra ne statinis individo bruožas, savybė ar būsena, o ***dinamiškas procesas***, kurio metu išlaikoma teigiama adaptacija ir veiksmingos įveikos

strategijos susidūrus su nelaime (Luthar et al., 2000). Šis dinamiškas procesas apima žmogaus vidinius gebėjimus bei stiprybes ir išorinius išteklius, pavyzdžiui, sveiką šeimos aplinką (Reich, Zautra et al., 2010).

2. Kad galėtume kalbėti apie atsparumą, būtinas susidūrimas su nepalankiu, raidai kliudančiu ar pavojingu kontekstu. **Nepalankios sąlygos ar rizika** (angl. *risk, adversity*) yra vienas esminių atsparumo apibrėžimo kriterijų. Jei rizikos poveikio nėra, negalime kalbėti ir apie atsparumą. Tik tada, kai egzistuoja sisteminė grėsmė, mes galime būti užtikrinti, kad asmuo naudojo būtinas stiprybes, išteklius ir gebėjimus, kurių pasekmė buvo trumpalaikė arba ilgalaikė lanksti adaptacija ir augimas. Tik esant stresui, mes galime nustatyti, kad asmuo neturi pakankamų atsparumo išteklių kiekio ar tipų, kad ir kokie jie būtų, arba juos turi, bet jam nepavyko sėkmingai jų įgyvendinti, todėl pasekmės buvo prastos (Reich, Zautra et al., 2010).
3. **Palankių išeičių pasiekimas**.

Atsparumas yra dinamiškas procesas, kuomet patiriamos didžiulės nelaimės ar traumos metu pasireiškia asmens pozityvūs adaptaciniai įgūdžiai (Luthar, 2000). Tai gebėjimo įveikti stresą matas (Connor, 2006). Atsparūs asmenys turi visapusišką gebėjimą prisitaikyti įvairiose darbo ir socialinėse situacijose, išsaugant psichologinę ir fizinę sveikatą. Atsparumas apima ne tik svarbius psichologinius įgūdžius ar gebėjimus, bet ir asmens gebėjimus naudotis šeimos, socialinėmis ir išorinėmis paramos sistemomis siekiant geriau įveikti stresą.

Paprastai atsparumas reiškia polinkį atsigauti, atsitiesti arba atsistatyti (Garmezy, 1991). Juo apibūdinamas gebėjimas išsaugoti gerą funkcionavimą ir palankias reakcijas, nepaisant rimtų traumų arba ilgalaikių stresinių situacijų. Sąvoka apima ir prognozuojamus procesus, dėl kurių įmanoma sėkminga adaptacija ir įgūdžių išlaikymas (Masten et al., 1990).

Sprendžiant apie psichinį atsparumą būtina įvertinti du esminius požymius.

Pirmas jų yra **atsistatymas** (angl. *recovery*) arba tai, kaip žmogui pavyksta atsitiesti ir visiškai atsistatyti po stresinio įvykio (Masten, 2004; Rutter, 1987).

Psichiniu atsparumu pasižymintys žmonės turi stipresnį gebėjimą pakankamai greitai atgauti fiziologinę, psichologinę ir socialinių ryšių pusiausvyrą ir grįžti į pradinę būseną.

Antras, ne mažiau svarbus požymis yra **ištvermė/gebėjimas ištverti** (angl. *sustainability*) susidūrus su nepalankiomis sąlygomis (Bonanno, 2004). Vertinant šį psichinio atsparumo aspektą keliame klausimą, kaip žmogui sekasi išsaugoti sveikatą ir psichologinę gerovę susidūrus su besikeičiančia ar sudėtinga aplinka. Šioje srityje viena iš atsparumą tiriančių krypčių siekia atskirti gebėjimą atsistatyti ir gebėjimą ištverti. Psichinės sveikatos atsistatymą iliustruoja grįžimo į ikistresinį depresijos lygį trukmė. Psichinės sveikatos gebėjimą išlikti rodo energijos išsaugojimas ir galimybės tęsti svarbius įsipareigojimus darbe ir šeimoje tuomet, kai stresas kelia adaptacijos sunkumų (Sanders et al., 2008).

Dar vienas klausimas, kuris nagrinėjamas beveik visų atsparumo tyrėjų - ar atsparumas yra anksčiau egzistavusių kintamųjų bei procesų rezultatas (angl. *outcome*), ar atsparumas yra **procesas** (angl. *process*), kuris yra teigiamo prisitaikymo priežastis? Šie svarstymai lėmė mažiausiai du skirtingus atsparumo supratimus. Viena vertus, sėkminga adaptacija laikoma tiesiogiai priešinga prastai psichinei sveikatai (Sroufe, 1997). Kita vertus, atsparumas laikomas kažkuo daugiau nei tiesiog patologijos nebuvimu, kadangi adaptacijos procesas gali paskatinti ir psichologinį augimą (Carver, 1998), naujų gebėjimų raidą ar naują požiūrį į gyvenimą (Werner, Smith, 2001).

Atsparumą apibūdina santykinai geros pasekmės išgyvenus situacijas, kurios dažniausiai siejamos su psichopatologijos pasirodymo rizika (Luthar, Cicchetti et al., 2000; Masten, Reed, 2002; Rutter, 2000). Deja, šis apibrėžimas apima tik galutines pasekmes, bet ne tai, kas jas lemia. Dauguma longitudinių psichinio atsparumo tyrimų skirti nustatyti charakteristikas, lemiančias geras pasekmes, o ne patį procesą.

Norėdami įjungti numatymo galimybę ir sudaryti sąlygas tirti procesą, atsparumą turėtume apibrėžti kaip **apsauginius veiksnius**, procesus ir mechanizmus, kurie lemia geras pasekmes, nepaisant patirtų stresorių, dažniausiai siejamų su psichopatologijos pasirodymo rizika (Hjemdal et al., 2006).

Su suaugusiųjų atsparumu įprastai buvo siejama daug asmens veiksnių arba bruožų/savybių. Labai svarbiais laikomi teigiami tarpasmeniniai santykiai, socialinis bendravimas, noras padėti kitiems. Tarpasmeniniai santykiai apima bendravimą su šeima, draugais, kolegomis ir kitais pažįstamais, suteikiantį malonumą, kartais mainais į psichologinę ar fizinę pagalbą. Įsitraukimas į tarpasmeninius santykius ir veiklą gaunant ar suteikiant pagalbą veikia kaip psichologinė apsauga prieš stresą, nerimą ar depresiją. Tarpasmeniniai ryšiai asmenims taip pat padeda įveikti praradimus, išlaikyti priklausymo jausmą ir sustiprina savivertę bei savęs efektyvumą (Resnick et al., 2010).

Ypatingai svarbiais veiksniais arba bruožais/savybėmis laikomas sugebėjimas nusistatyti tikslus ir imtis žingsnių šiems tikslams pasiekti; sugebėjimas išlaikyti perspektyvą; aukšta savivertė (skirtingai nuo savęs efektyvumo, savivertė atspindi kaip žmogus pats įvertina savo vertę. Asmenys, turintys teigiamą savivertę, save priima, mėgsta ir nebūna sau „per griežti“, jie yra linkę būti atspariais ir psichologiškai sėkmingais (Byles, Pachana, 2006); aukštas savo paties efektyvumo įvertinimas (savęs efektyvumas yra įsitikinimas savo gebėjimu suorganizuoti ir įvykdyti veiksmų seką norint pasiekti konkretų rezultatą, ir todėl jis yra tiesiogiai susijęs su atsparumu); ryžtas ir dvasingumas, kurie apima gyvenimo prasmę, religingumą arba tikėjimą aukštesne jėga; kūrybingumas, gebėjimas naudotis humoru, smalsumas, pokyčių (fizinių ir psichinių) priėmimas, teigiamo požiūrio išlaikymas, gebėjimą nustatyti ir naudotis ištekliais, apsisprendimas, optimizmas. Atsparumas smarkiai susijęs su pozityviu afektu, kuris, savo ruožtu, tiesiogiai susijęs su asmens saviverte (Boardman et al., 2008; Bonanno et al., 2007; Hegney et al., 2007; Kinsel 2005; Tedeschi, Kilmer 2005).

Tyrimai patvirtina, kad savęs reguliavimo įgūdžiai yra labai svarbūs prognozuojant atsparumą. Tyrėjai, peržvelgę sąrašą veiksnių, dažniausiai siejamų su atspariu funkcionavimu, pastebėjo, jog visi jie nurodo tam tikrus savireguliacijos aspektus (pvz., planavimas, emocijų reguliavimas, prieraišumo suformavimas, ryšių su bendraamžiais užmezgimas, santykiai su bendruomene). Taigi, savęs reguliavimo procesai yra išskirtinai reikšmingi kalbant apie atsparumą (Masten, 2004).

Atlikti tyrimai patvirtina, kad geram prisitaikymui labai svarbus yra ryšys su kitais žmonėmis (Howard et al., 1999; Masten, 2004; Cicchetti, Rogosh, 1997). Atsparūs asmenys, susidūrę su stresais, dažnai naudojasi šiais palankiais asmeniniais gebėjimais ir nuostatomis: prosocialia elgsena, empatija, jie jaučiasi galintys kontroliuoti ir įtakoti įvykius savo gyvenime, turi teigiamą savęs vaizdą ir optimistiškai žvelgia į ateitį (Werner, Smith, 1992; Cederblad et al., 1993; Cederblad, 1996; Blum, 1998). Be to, atspariems žmonėms būdingas stiprus gebėjimas tvarkyti savo gyvenimą (Clausen, 1993). Savo ruožtu, šios asmeninės nuostatos ir polinkiai neretai lemia palaikančius santykius su šeimos nariais ir draugais. Priešingai, daugelio pacientų patiriamas socialinės paramos trūkumas iš esmės susijęs su jų negebėjimu suteikti abipusę socialinę paramą aplinkiniams (Kringlen, 1990). Pažymėtina, kad atsparūs žmonės geba psichologiškai atsitraukti nuo rūpesčių, kuriuos jiems kelia psichinių sutrikimų turintys tėvai (Watt, 1995). Paprastai šie žmonės, lyginant su labiau sutrikusiais, vertina ryšius su broliais ir seserimis, teikiančiais jiems ypač svarbų emocinį palaikymą (Werner, Smith, 1992). Šie žmonės daugiau stengiasi ir spręsdami santuokos problemas (Werner, Smith, 2001). Akivaizdu, kad atsparumas neapsaugo nuo nepalankių gyvenimo įvykių, tačiau atsparūs asmenys su stresu tvarkosi funkcionaliau ir lanksčiau. Šie gebėjimai formuojasi ankstyvajame amžiuje, kai vystosi saugus prieraišumas prie globėjų, kuris savo ruožtu reikšmingai sumažina psichinių sutrikimų tikimybę vėlesniame amžiuje (Svanberg, 1998).

Asmuo, pasižymintis aukštu atsparumu, ne tik lengviau išgyvena stresines situacijas, bet ir ieško jų, kelia sau iššūkius, vietoj to, kad jų vengtų (Werner-Wilson et al., 2000). Psichologiškai atsparus žmogus save ir aplinką suvokia kitaip nei neatsparus. Jis pasitiki savo jėgomis, nevengia iššūkių, bando juos įveikti (Florian et al., 1995).

Keturis dešimtmečius trukę ilgalaikiai tyrimai, pvz. Kauai (Werner, 1989, 1993, 2001) ar Lundby tyrimas (Cederblad, 1996) išryškino keletą svarbių ypatumų, būdingų atspariems žmonėms, gebantiems įveikti sudėtingas gyvenimo situacijas. Lyginant su stipriau pažeidžiamais asmenimis, jie yra lankstesni ir vienu metu naudojasi keliais gynybiniais įveikos šaltiniais – tiek juose pačiuose, tiek

esančiais aplinkoje. Kai kurie autoriai (Werner, 1989; Rutter, 1990; Werner, 1993; Garmezy, 1993) šiuos gynybinius veiksnius klasifikuoja tokiu būdu:

- psichologiniai asmens ypatumai;
- šeimos parama ir tarpusavio ryšiai;
- išorinės paramos struktūros.

Taigi, apibendrinant galime teigti, kad atsparumas yra daugiafaktorinė sąvoka (Luthar et al., 1993). Jis apima ne tik svarbius psichologinius įgūdžius ar gebėjimus, bet ir individo mokėjimą pasinaudoti šeimos, socialinės aplinkos ar išorinėmis paramos (pvz., psichologinės pagalbos tarnybos) struktūromis, efektyviau tvarkantis su stresu.

3.3.2. Atsparumo tyrimai

Mokslininkai psichologinį atsparumą sieja su daugeliu reiškinių, dažniausiai su geresne psichikos sveikata. Nustatyta, kad psichologinis atsparumas neigiamai siejasi su asmens nerimastingumu, pažemėjusia nuotaika ir suicidiniais ketinimais (Miller, Chandler, 2002). Taip pat reikšminga sąsaja su fizine sveikata. Psichologinis atsparumas teigiamai siejasi su geresne besigydančių moterų fizine sveikata ir geresnėmis sveikimo tendencijomis (Heckman, Clay, 2005). Tyrimas atliktas su sveikais, dirbančiais 22-64 metų asmenimis atskleidė, kad psichologinis atsparumas susijęs su didesniu gebėjimu įveikti stresą, sveikatai palankia elgsena. Psichologiškai atsparūs žmonės subjektyviai geriau vertina tiek fizinę, tiek psichinę sveikatą (Nowack, 1989).

Psichologinis atsparumas gali silpnėti arba stiprėti gyvenimo eigoje, kiekvienas žmogus priklausomai nuo jo gyvenimiškos patirties gali turėti skirtingą atsparumo lygį (Smith, 1999). Tyrimai įrodo, kad psichologinis atsparumas gali būti padidintas pozityvių patyrimų ir vėlesniame amžiuje. Pavyzdžiui, teigiami tarpasmeniniai santykiai gali padėti sumažinti neigiamų patyrimų praeityje pasekmes (MacDermid et al., 2008).

Rečiau tyrinėjami vyrų ir moterų atsparumo skirtumai, tačiau yra duomenų, kad atsparios moterys linkusios tiek gauti, tiek teikti daugiau socialinės paramos (Werner, Smith, 2001).

Pastarųjų 20 metų tyrimai parodė, kad atsparumas yra daugiamatė ypatybė, kuri kinta priklausomai nuo situacijos, laiko, amžiaus, lyties ir kultūrinės kilmės, individualumo, bei įvairių gyvenimo aplinkybių (Garmezy, 1985; Garmezy, Rutter, 1985; Rutter et al., 1985; Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Werner, Smith, 1992).

Hjemdal, Friborg ir kolegų 2006 m. atlikto tyrimo, kurio tikslas buvo nustatyti, ar sveiki tiriamieji, turintys aukštą atsparumą, patirs mažiau psichiatrinių simptomų, susidūrę su stresiniais gyvenimo įvykiais, lyginant su sveikais tiriamaisiais, turinčiais žemesnius atsparumo rodiklius, rezultatai rodo, kad aukštesnius atsparumo skalės rodiklius turinčių individų psichiatrinių simptomų lygis iš esmės nepakito, jiems patyrus stresinius gyvenimo įvykius. Tai patvirtina, kad šie įvykiai neturėjo neigiamos įtakos tiems, kurie turėjo daugiau apsauginių resursų. Kita vertus, žemesnius atsparumo skalės rodiklius turintiems tiriamiesiems pasireiškė daugiau psichiatrinių simptomų po stresinių įvykių (naudota Atsparumo skalė suaugusiems (Resilience Scale for Adults) (Friborg, Hjemdal, 2003).

Kitas tyrimas parodė, kad asmens socialinė kompetencija reikšmingai lemia prieinamą socialinę paramą ir santykių kokybę bei atskleidė, kad asmenims, gebantiems geriau planuoti, būdinga mažesnė depresijos išsivystymo rizika (Nezlek, 2001). Psichologiškai sveikesni asmenys paprastai veiksmingiau įgyvendina savo planus nei pažeidžiami asmenys.

Savo darbe pasirenkant tirti pacientų atsparumą, rėmėmės tyrėjų duomenimis, kad psichologinis atsparumas gali būti svarbus taikinys gydant depresiją, nerimą ir stresines reakcijas. Atsparumas yra išmatuojamas ir susijęs su bendra sveikatos būkle. Asmenys su psichikos sutrikimais turi žemesnio lygio atsparumą negu likusi populiacija. Atsparumas yra kintantis ir gali būti pagerintas gydymu. Didesnis atsparumo pagerėjimas atitinka didesnio lygio bendros būklės pagerėjimą (Connor, Davidson, 2003).

Atsparumas gali būti vienas iš kertinių apsauginių faktorių prieš depresiją ir kitus psichikos sutrikimus.

3.3.3. Atsparumo didinimo intervencijos

Atsparumo didinimo intervencijos yra orientuotos į tris sritis:

1) asmens charakterio bruožų (galios, optimizmo ir fizinio tvirtumo) vystymą;
2) socializacijos praktikos gerinimą;
3) savęs efektyvumo, savivertės ir motyvacijos per tarpasmeninę sąveiką bei patirtį stiprinimą (Resnick, 2010).

Mokslininkų teigimu, jei yra resursų, prisitaikymas paprastai išlieka geras net veikiant lėtiniams ir stipriems stresoriams (Masten et al., 1999). Masten vadovaujama tyrėjų grupė tyrė ir vertino atsparumo kelią suaugus (Masten et al., 2004). Rezultatai atskleidė, jog atsparumo trajektorija išlieka pastovi ir vyresniame amžiuje, ją lemia resursų turėjimas (planingumas, motyvacija, emocinė ir elgesio autonomija, sugebėjimas įveikti stresą keliančias situacijas bei turėjimas žmonių, į kuriuos galima kreiptis pagalbos). Mokslininkų (Masten et al., 1999; 2004) tyrimų duomenys patvirtina, jog atsparumas yra santykinai **pastovus** konstruktas.

Socialinės kompetencijos ir ateities planavimo skatinimas gali sumažinti pažeidžiamumą žmonėms, turintiems psichologinių problemų atsiradimo/išsivystymo riziką (Hjemdal, Friborg, 2006).

Daugybės randomizuotų kontroliuojamų tyrimų rezultatai rodo, kad psichologinę savijautą ir atsparumą galima skatinti specifinėmis intervencijomis, didinančiomis teigiamą savivertės, nuolatinio augimo ir raidos jausmą, įsitikinimą, kad gyvenimas yra tikslingas ir prasmingas, kokybiškų santykių su kitais palaikymą, gebėjimą veiksmingai tvarkyti savo gyvenimą ir ryžto jausmą. Po gydymo tokia terapija aukštos rizikos populiacijoje buvo įrodytas sumažėjęs pažeidžiamumas depresiškumui ir nerimui (Fava, Tomba, 2009).

Atsparumą gerina bei psichikos sutrikimų pasireiškimo galimybę mažina ir nespecifinės intervencijos – pvz., reguliarūs aerobikos užsiėmimai (Viliūnienė, Hilbig et al., 2012).

3.3.4. Atsparumo ir bendrųjų psichoterapijos faktorių ryšys

Turint pakankamai daug empirinių duomenų, giliau įvertinus riziką ir pažeidžiamumą galima lengviau numatyti ateityje gresiančius psichiatrinius sutrikimus, tačiau to nepakanka apibūdinti konkrečių atvejų įvairovę. Atsparumo sąvoka išsiplėtė iki koncepcijos, apimančios daugelį apsauginių veiksnių ir procesų, padedančių išsaugoti psichinę sveikatą nepaisant sunkių aplinkybių, kurios reikšmingai didina psichopatologijos riziką.

Klinikinėje praktikoje psichoterapinis gydymas dažniausiai skirtas didinti gebėjimą ištverti stresinius gyvenimo įvykius arba pakoreguoti būdus, kuriais tvarkomasi sudėtingose aplinkybėse.

3.3.4.1 Tarpasmeniniai ryšiai

Psichiniu atsparumu pasižymintys asmenys neretai turi tokių socialinių ir problemų sprendimo gebėjimų, kurių dėka socialinėse situacijose jie dažniau susilaukia teigiamų reakcijų (Wolin, Wolin, 1993). Daugelis pacientų turi sunkumų socialinėse sąveikose. Vienas iš galimų psichoterapijos tikslų galėtų būti išplėsti ir pagerinti socialinius paciento įgūdžius. Tam gali padėti tiek tiesioginė patirtis terapiniame santykyje, tiek aktyvus paskatinimas dalyvauti socialinėse sąveikose už terapijos ribų (Grencavage, Norcross, 1990). Jei pacientai terapijos metu pagerina savo gebėjimus pasinaudoti teigiama savo socialinės aplinkos parama, tai gerokai padidina jų atsparumo lygį.

Bendrųjų veiksnių ir atsparumo tyrimai rodo, kad žmonės turi poreikį išreikšti savo neigiamus jausmus. Jausmų išraiška leidžia geriau suvokti ir integruoti situacijos prasmę. Pacientai skiriasi pagal tai, ar jie turi asmenų, kuriems galėtų išsakyti savo mintis ir verbalizuoti savo patyrimą. Ši aplinkybė dažniausiai skiria psichoterapijos pacienus ir psichiškai atsparius individus. Nustatyta, kad pastarieji turi mažiausiai vieną svarbų žmogų, kuris domisi jų gyvenimu (Luthar, 1991) ir suteikia galimybę dalintis išgyvenimais.

3.3.4.2 Terapiniai rėmai, taisyklės ir struktūra

Mokslinėje literatūroje apie psichinį atsparumą teigiama, kad taisyklės ir struktūra yra svarbūs apsauginiai veiksniai. Neretai matome, kad pacientų kasdieniniam gyvenimui būdingas tvarkos ir pastovios struktūros trūkumas. Tyrėjai akcentuoja, kad pacientų gyvenimui būtina sugrąžinti struktūrą (Hjemdal 2009).

Taisyklės ir struktūra turi tą patį teigiamą poveikį tiek psichoterapijos klientams, tiek psichiškai atspariems asmenims. Tiek terapijoje, tiek psichiniu atsparumu pasižyminčiose šeimose struktūra ir nuspėjami rėmai leidžia numatyti tarpasmenines reakcijas, todėl lengviau į jas atsižvelgti. Situacijos yra lengviau nuspėjamos ir saugesnės. Daugumai klientų saugumo pojūtis ir galimybė numatyti yra vieni svarbiausių terapinių veiksnių.

3.3.4.3 Lūkesčiai ir viltis

Esminis bendrasis terapinis veiksnys – psichoterapeuto gebėjimas sužadinti ir palaikyti teigiamus pacientų lūkesčius ir viltį (Arkowitz, 1997; Grencavage, Norcross, 1990). Tiek bendrųjų veiksnių, tiek psichinio atsparumo samprata apima teigiamų lūkesčių ir vilties sąvokas. Psichoterapeutai siekia sužadinti ir suteikti tikrovišką pacientų viltį ir lūkesčius (Engle, Arkowitz, 2006), būdingus atspariems žmonėms (Gilgun et al., 1993). Psichoterapijos metu terapeutas stengiasi keisti pacientų požiūrį, akcentuodamas teigiamus įvykius ir poslinkius.

3.3.4.4 Priskyrimas ir įgūdžiai

Priskyrimas (angl. *attribution*) – taipogi labai svarbus veiksnys. Pagrindinis apsauginis atsparumo veiksnys – kontrolės suvokimas arba vidinis kontrolės lokusas (Luthar, 1991; Valentine, Feinauer, 1993). Atsparūs asmenys dažniausiai teigiamus įvykius ir pasekmes sieja su savo pastoviais įgūdžiais ir gebėjimais. Tokiu būdu stiprėja įsitikinimas, kad jie gali kontroliuoti arba daryti poveikį svarbioms situacijoms arba įvykiams. (Kobasa, 1985). Tikėjimas asmeniniais gebėjimais keičia

jausmus ir įsitikinimus apie savo kompetentingumą (Werner, 1995). Savo ruožtu tai stiprina pasitikėjimą savimi, savigarbą ir skatina imtis iniciatyvos už asmeninį gyvenimą, kas itin būdinga atspariems žmonėms (Felsman, Vaillant, 1987; Gilgun et al., 1993; Valentine, Feinauer, 1993). Priskyrimo pobūdis gali padėti atlaikyti neigiamą poveikį, susidūrus su neigiamu patyrimu ar įvykiais, kadangi jie aiškinami kaip susiję su nepastoviomis, situacinėmis priežastimis, o ne su asmeniniais gebėjimais. Jei pacientas susieja sėkmę su savo asmeninėmis savybėmis ir pastangomis, veikiausiai tai lemia ilgalaikius teigiamus psichoterapijos rezultatus. Jeigu sėkmė siejama išskirtinai su išorinėmis sąlygomis, pavyzdžiui, su psichoterapeutu, klientui pritrūksta būtino pasitikėjimo savo gebėjimais pačiam tvarkytis su naujais iššūkiais.

Psichoterapeutai dažnai skatina pacientus išmėginti naują elgesį tiek terapijoje, tiek už jos ribų (Grencavage, Norcross, 1990). Tokiu būdu jie skatina naujų socialinių ir kitų įgūdžių formavimą. Pacientai gali išmokti įgūdžių, kurie apsaugo nuo psichiatrinių simptomų atsiradimo (Gillham et al., 1995; Jaycox et al., 1994). Teigiama, kad atsparūs asmenys dažnai praeityje būna išgyvenę situacijas, kurios padėjo sustiprinti socialinius ir kitus jų įgūdžius (Werner, 1993).

3.3.4.5 Lankstumas

Pacientui įvaldžius naujus įgūdžius, jis gali naudotis platesniu įveikos strategijų diapazonu, tampa lankstesnės jo pastangos kognityviškai, socialiai prisitaikyti, tvarkytis su emocinėmis būsenomis ir surasti palankesnį situacijos vertinimą. Toks lankstumas gerokai sumažina psichiatrinių problemų atsiradimą (Gillham et al., 1995; Jaycox et al., 1994). Tad galime teigti, kad sėkminga psichoterapija gali padidinti klientų lankstumą ir tokiu būdu sustiprinti jo psichinį atsparumą

Apibendrinant - psichoterapinė pagalba dažniausiai teikiama tiems, kuriems teko išgyventi stresinius gyvenimo įvykius ar situacijas, sukėlusius jų psichologines problemas. Apskritai, būtent stresinių situacijų ar įvykių patyrimas iš dalies ir lemia psichologinių problemų atsiradimą. Kita vertus, tam tikra grupė žmonių, pasižyminčių psichiniu atsparumu, taip pat gali patirti sunkius stresinius

įvykius ar situacijas, tačiau geba juos įveikti ir išvengia psichologinių problemų. Ši grupė neretai nesiskiria gyvenimo patirtimi, tačiau jai būdingos visiškai kitos streso pasekmės. Galima spėti, kad psichiškai atsparūs asmenys pasižymi labai gerais įveikos gebėjimais, tuo tarpu klinikinės imties žmonės sunkiai tvarkosi su savo problemomis. Svarbu tai, kad atsparumo tyrimai neapsiriboja individualiais gebėjimais ar ypatumais, bet apima ir tarpasmeninius aspektus. Tam tikri aplinkos veiksniai lemia ir palaiko šios grupės žmonių palankią adaptaciją.

Nors atsparumas yra individo kaip asmens atsakas, jo raidą gali paskatinti arba jai pakenkti individo gyvenamoji aplinka, palaikančių draugų turėjimas arba smurto patyrimas iš partnerio. Taigi, atsparumą suprasti geriausiai atsižvelgiant į platesnį individo gyvenimo kontekstą, o ne susitelkiant į vien tiktai vidinius veiksnius, paciento optimizmą arba savidiscipliną. Atsparumo supratimas buvo panaudotas sukuriant programas, kuriose žmonės mokomi nuostatų ir įgūdžių, padėjusių jiems geriau įveikti kasdienio gyvenimo sunkumus. Išmokti įgūdžiai bei koreguotos nuostatos taip pat veikia kaip pasiruošimas ateityje būsiančioms neišvengiamoms nelaimėms. (Dryden, Gordon, 1994).

3.3.5. Atsparumo matavimo skalės

Deja, neturime daug skalių, vertinančių daugiafaktorinius atsparumo aspektus. Dauguma atsparumo skalių ignoruoja socialinius ir šeiminius atsparumo aspektus (Connor ir Davidson CD-RISC, 2003), Atsparumo skalė (Wagnild, Young, 1993) arba Trumpoji atsparios įveikos skalė (Sinclair, Wallston, 2004).

Savo tyrime mes pasirinkome daugiafaktorinę skalę, leidžiančią matuoti suaugusiųjų atsparumo charakteristikas ir nustatyti viduasmeninius ir išorinius apsauginius faktorius - Suaugusiųjų atsparumo skalę (*Resilience Scale for Adults* – RSA) (Hjemdal et al., 2009; Friborg et al., 2003, 2005). RSA sudaro 33 klausimai, kurie apima šešis atsparumo faktorius:

- savęs suvokimo,
- ateities planavimo,
- struktūravimo stiliaus,
- socialinės kompetencijos,

- šeimos sutelktumo,
- socialinių išteklių.

Šie šeši anketos faktoriai atspindi dažniausiai minimą atsparumo charakteristikų klasifikaciją:

a) individualios charakterio savybės;
b) šeimos parama ir ryšiai;
c) išorinės paramos sistemos

(Garmezy, 1983; Berndt, Ladd, 1989; Felsman, 1989; Werner, 1989, 1993; Werner, Smith, 1982, 1992).

RSA validacijos tyrimai patvirtino šių faktorių patikimumą tarp psichiatrinių ambulatorinių pacientų ir sveikos kontrolinės grupės (Friborg et al., 2003), tarp gerai adaptuotų ir labiau pažeidžiamų asmenybių profilių (Friborg et al., 2005). Be to, šie faktoriai pasižymi patikimomis koreliacijomis su konvergentiniais ir divergentiniais psichologiniais konstruktais (Friborg et al., 2003, 2005; Friborg, Hjemdal, 2004).

4. TYRIMO METODIKA

4.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimas pradėtas 2010 10 mėn., baigtas 2012 06 mėn.

Tyrimui buvo gautas Lietuvos bioetikos komiteto leidimas Nr. 158200-10-237-056LP27 (2010-10-06) bei leidimo papildymas Nr. 158200-237-PP1 (2011-02-09).

Pagrindinę tiriamųjų grupę sudarė Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro Konsultacinio centro psichoterapijos dienos stacionare besigydantys pacientai. Tyrime buvo siūloma dalyvauti visiems, kas atitiko pasirinkimo kriterijus. Tyrimo dalyvių tinkamumo kriterijai:

- pacientas gydosi psichoterapiniame dienos stacionare,
- paciento amžius nuo 18 m. iki 60 m.;
- pacientui diagnozuotas neurozinis ar afektinis sutrikimas;
- pacientas šio tyrimo metu kitame tyrime nedalyvauja.

Duomenims analizuoti naudotos imties dydis – 95 pacientai. Amžius – nuo 18 iki 60 metų; amžiaus vidurkis – 33,4 metai. Grupėje buvo 77 (81%) moterys ir 18 (19%) vyrų.

Kontrolinę grupę sudarė pacientai, besigydantys VšĮ Karoliniškių poliklinikos, VšĮ Žirmūnų psichikos sveikatos centro, VšĮ Šeškinės poliklinikos, VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos šeimos medicinos centro ir UAB Širvintų psichikos sveikatos centruose ir sutikę dalyvauti tyrime. Tyrimo dalyvių tinkamumo kriterijai:

- pacientas gydosi ambulatoriškai psichikos sveikatos centre,
- paciento amžius nuo 18 m. iki 60 m.;
- pacientui diagnozuotas neurozinis ar afektinis sutrikimas bei gydytojo jam paskirtas psichofarmakologinis gydymas;
- pacientas šio tyrimo metu kitame tyrime nedalyvauja.

Duomenims analizuoti naudotos imties dydis – 30 pacientų. Amžius – nuo 18 iki 60 metų; amžiaus vidurkis – 41,4 m. Grupę sudarė 4 (13,3%) vyrai ir 26 (86,7%) moterys.

4.2. Tyrimo kintamieji ir matavimo metodai

4.2.1. Psichinės būklės sunkumas

Psichinės būklės sunkumas vertintas **Psichoemocinių simptomų anketa *QPASS*** (angl. *The Quick Psycho-Affective Symptoms Scan;* Lownsdale, 2007; 1 priedas). Šiame tyrime, vertindami simptomų išreikštumą, naudojome tris (iš 8) šios anketos skales: depresiškumo, nerimastingumo bei pykčio.

1. **Depresiškumo** skalė apima 26 klausimus apie blogą nuotaiką, liūdesį, vienišumą, psichinės veiklos sulėtėjimą, patiriamus sunkumus protiniame darbe, neigiamą savęs ir situacijų vertinimą, psichinį ir fizinio nuovargio išgyvenimą, susidomėjimo veikla ir/ar žmonėmis praradimą, nebegalėjimą patirti malonumo.

2. **Nerimastingumo** skalė apima 29 klausimus apie patirtą nuogąstavimą, blogas nuojautas, baimingumą, tarpasmeniniuose santykiuose išgyvenamą nerimą, įtampą, kitus emocinius ir fiziologinius nerimo išraiškos požymius/simptomus.
3. **Pykčio** skalė apima 28 klausimus apie paciento pasipiktinimą neteisingu kitų jo vertinimu ar elgesiu su juo; apie patirtus sudirgimo, pykčio, įsiūčio jausmus; apie viduje jaučiamą, bet niekaip neišreiškiamą pyktį kitiems; išgyvenamą, įsižeidimą, apmaudą; savo pykčio išraišką žodžiais (kritikuojant, užsipuolant, užgauliojant) ar veiksmais (durų trankymas, daiktų stumdymas, mėtymas, gadinimas).

Anketą sudaro 105 klausimai ir teiginiai; pacientui reikia pažymėti tiksliausiai jo būseną per pastarąsias septynias dienas, įskaitant ir tyrimo dieną, nusakantį atsakymą. Vertinama Likerto skale nuo 0 (niekada) iki 4 (nuolat). Skalių įverčiai lygūs jų klausimų įverčių sumai.

Bendras psichopatologijos įvertis BPI – tai visų klausimų įverčių suma. Kuo aukštesnis BPI įvertis, tuo pacientas sunkesnės psichinės būklės.

Pagrindinių skalių ir bendro vertinimo patikimumo rezultatai visais trimis matavimais pateikti 1 lentelėje. Rezultatai liudija, kad visos šio klausimyno naudotos skalės patikimos ir tinkamos naudoti. Siekdami patikrinti, ar QPASS klausimyno teiginiai gali sudaryti atskirus konstruktus, atlikome kiekvieno konstrukto principinių komponenčių faktorių analizę su Varimax sukiniu. Rezultatai parodė, kad visos imties duomenys tinka faktorių analizei: KMO kiekvieno atskiro faktoriaus svyravo nuo 0,82 iki 0,84 (KMO koeficientas turėtų būti 0,60 ir daugiau (Pallant, 2003)). Faktorių analizės rezultatai liudija, kad teiginiai sudaro atskirus faktorius. Faktorių svoriai depresyvumo skalėje svyruoja nuo 0,47 iki 0,72, nerimo skalėje – nuo 0,54 iki 0,77 ir pykčio skalėje nuo 0,51 iki 0,75.

1 lentelė. Psichoemocinių simptomų anketos (QPASS) skalių vertinimo patikimumo rezultatai

Skalės	Teiginių skaičius	Cronbacho alfa			
		Mūsų tyrimo (N=95)			Lowsdale, 2007 (N=386)
		T1	T2	T3	
Depresiškumas	26	0,936	0,950	0,953	0,95
Nerimastingumas	29	0,934	0,943	0,943	0,95
Pyktis	28	0,932	0,935	0,930	0,94
BPI	105	0,972	0,974	0,979	-

Gautas metodikos autorių sutikimas vertimui į lietuvių kalbą bei licenzija naudoti anketą šiam tyrimui atlikti. Anketos vertimą iš anglų į lietuvių kalbą atliko ekspertų grupė.

4.2.2. Psichologinis distresas

Pacientų išgyvenamas psichologinis distresas matuotas **Klinikinių rezultatų vertinimo anketa** CORE-OM (angl. *Clinical Outcomes for Routine Evaluation – Outcome Measure*; 2 priedas). Tai psichoterapijos veiksmingumui vertinti skirtas instrumentas, matuojantis psichologinio distreso kitimo lygį (Barkham et al., 2005, 2006).

Kurdami anketą, autoriai kėlė sau tikslą parengti nemokamą, nesudėtingą, teorija paremtą instrumentą, kuris įgalintų jautriai vertinti ir silpną, ir sunkų distresą, fiksuoti ir pozityvius aspektus, ir patologinius simptomus, ir galėtų būti naudojamas tiek tyrimuose, tiek praktikoje (Barkham et al., 2006). CORE-OM anketa matuoja šiuos patiriamo distreso kintamuosius (Evans et al., 2000):

1. **Subjektyvi gerovė**. 4 teiginiai apie subjektyvų asmeninės savijautos vertinimą bei optimistišką požiūrį į ateitį. („Jaučiuosi gana patenkintas savimi“; „Į savo ateitį žvelgiau optimistiškai“)
2. **Problemos/simptomai**. 12 teiginių, iš kurių 4 apie patiriamus depresinius simptomus, 4 apie nerimo, 2 apie skundus fizine sveikata ir 2 apie traumą. („Visiškai neturėjau energijos ir noro ko nors imtis“, „Mane vargino skausmai ir kitokie fiziniai negalavimai“)

3. **Funkcionavimas**. 12 teiginių, iš kurių 4 yra apie bendrą funkcionavimą, 4 – apie artimus ryšius ir 4 apie socialinius santykius. ("Sugebėjau padaryti beveik viską, ką reikėjo", "Su kitais žmonėmis buvau irzlus")
4. **Rizika**. 6 teiginiai, iš kurių 4 apie riziką sau (savęs žalojimas, savižudybė), 2 apie riziką kitiems (agresija prieš kitus). („Kūriau planus pasitraukti iš gyvenimo", „Gąsdinau kitą žmogų arba jam grasinau")

Anketą sudaro 34 teiginiai. Pacientui reikia pažymėti tiksliausiai jo būseną per paskutines septynias dienas nusakantį atsakymą. Vertinama Likerto skale nuo 0 (nė karto) iki 4 (dažniausiai arba nuolat). Skalių įverčiai lygūs jų klausimų įverčių sumai. Visų šios anketos klausimų įverčių suma atspindi **bendrą psichologinio distreso lygį**. Kuo aukštesnis bendras įvertis, tuo pacientas blogiau vertina savo savijautą. Kuo aukštesni skalių vertinimai, tuo prastesnė pacientų savijauta – tuo sunkesnį distresą pacientai išgyvena.

Pagrindinių skalių ir bendro vertinimo patikimumo rezultatai visais trimis matavimais pateikti 3 lentelėje. Rezultatai liudija, kad visos šio klausimyno naudotos skalės patikimos ir tinkamos naudoti. Siekdami patikrinti, ar CORE-OM klausimyno teiginiai gali sudaryti atskirus konstruktus, atlikome kiekvieno konstrukto principinių komponenčių faktorių analizę su Varimax sukiniu. Rezultatai parodė, kad visos imties duomenys tinka faktorių analizei: KMO kiekvieno atskiro faktoriaus svyravo nuo 0,67 iki 0,82. Faktorių analizės rezultatai liudija, kad teiginiai sudaro atskirus faktorius. Faktorių svoriai gerovės skalėje svyruoja nuo 0,67 iki 0,86, problemų skalėje – nuo 0,59 iki 0,81, funkcionavimo skalėje – nuo 0,66 iki 0,72 ir rizikos skalėje nuo 0,45 iki 0,85.

2 lentelė. Klinikinių rezultatų vertinimo anketos (CORE-OM) skalių vidinio suderinamumo rezultatai

Skalės	Teiginių skaičius	Cronbacho alfa						
		Mūsų tyrimo (N=95)			LT klinik. imtis (N=39)	LT neklinik imtis (N=133)	UK* klinik. imtis (N=890)	UK* neklinik. imtis (N=1106)
		T1	T2	T3				
Gerovė	4	0,731	0,806	0,804	0,81	0,73	0,75	0,77
Problemos	12	0,871	0,916	0,923	0,86	0,86	0,88	0,90
Funkcionavimas	12	0,819	0,831	0,837	0,82	0,81	0,87	0,86
Rizika	6	0,719	0,706	0,694	0,67	0,57	0,79	0,79
Bendras įvertis	34	0,928	0,941	0,948	0,93	0,92	0,94	0,94

*Evans, 2002

Gautas metodikos autorių leidimas testą versti į lietuvių kalbą, sutikimas naudoti tyrimui. Anketos vertimą iš anglų į lietuvių kalbą atliko ekspertų grupė. Atlikta instrumento validizacija (Viliuniene, Evans et al., 2012).

4.2.3. Motyvacija psichoterapiniam gydymuisi

Motyvacija psichoterapiniam gydymuisi matuota **Motyvacijos psichoterapijai anketa FMP** (vok. *Fragebogenzur Messung der Psychotherapiemotivation*, Schneider, Klauer, 2001; 3priedas).

Anketoje išskiriamos keturios skalės:

1. **Kančios.** Sudaro 11 teiginių (pvz., „Kai kurie žmonės mano, kad aš iš tikrųjų nesergu“), kurie nustato su simptomais susijusią kančią ir ligos antrinės naudos kiekį. Didelis taškų skaičius rodo didelę kančią ir mažą naudą iš ligos. (Ši skalė labiau nustato afektinį motyvacijos komponentą, o likusios - kognityvinį).
2. **Etiologijos.** 8 teiginių skalė (pvz., „Mano gyvenimo įpročiai stipriai prisidėjo prie sveikatos sutrikimų“) atspindi paciento nuostatas apie numanomus jo ligą sukėlusius veiksnius (labiau psichosocialinės ar fizinėmis/somatinėmis priežastys). Didelis taškų skaičius rodo paciento labiau psichologinį jo simptomų kilmės suvokimą.
3. **Lūkesčių** skalė siekia išaiškinti paciento nuostatas ir lūkesčius apie somatinius ir psichoterapinius gydymo būdus. 8 teiginių skalė (pvz., „Psichoterapinis

gydymas gali padėti man suprasti ir fizinius mano nusiskundimus“) leidžia vertinti ir palyginti paciento gydymo medicininiu (pvz., gydymo medikamentais, chirurgija) ir psichoterapiniu būdu lūkesčius, kad sumažės negalavimai. Didelis taškų skaičius būdingas tiems pacientams, kuriems yra svarbesni psichoterapiniai gydymo būdai.

4. **Atvirumo psichoterapijai** 20 teiginių skalė vertina paciento psichoterapinę patirtį ir požiūrį į psichoterapiją. (pvz., “Psichoterapinis gydymas gali būti vertinga patirtis asmenybės tobulėjimui“). Didelis taškų skaičius atspindi palankų požiūrį į psichoterapiją apskritai.

Visą anketą sudaro 47 teiginiai; pacientui reikia pažymėti labiausiai su jo nuomone ar patirtimi sutampantį atsakymą. Vertinama Likerto skale nuo 1 (visiškai sutinku) iki 5 (visiškai nesutinku). Skalių įverčiai lygūs jų klausimų įverčių sumai.

Visų šios anketos klausimų įverčių suma atspindi **bendrą motyvaciją** psichoterapiniam gydymuisi. Kuo aukštesnis bendras įvertis, tuo labiau pacientas motyvuotas gydytis psichoterapiškai.

Pagrindinių skalių ir bendro vertinimo patikimumo rezultatai visais trimis matavimais pateikti 2 lentelėje. Rezultatai liudija, kad visos šio klausimyno naudotos skalės pakankamai patikimos ir tinkamos naudoti. Siekdami patikrinti, ar FMP klausimyno teiginiai gali sudaryti atskirus konstruktus, atlikome kiekvieno konstrukto principinių komponenčių faktorių analizę su Varimax sukiniu. Rezultatai parodė, kad visos imties duomenys tinka faktorių analizei: KMO kiekvieno atskiro faktoriaus svyravo nuo 0,63 iki 0,70. Faktorių analizės rezultatai liudija, kad teiginiai sudaro atskirus faktorius. Faktorių svoriai patyrimo skalėje svyruoja nuo 0,53 iki 0,72, etiologijos skalėje – nuo 0,49 iki 0,78, lūkesčių skalėje – nuo 0,56 iki 0,61 ir atvirumo skalėje – nuo 0,55 iki 0,73.

3 lentelė. Motyvacijos psichoterapijai anketos (FMP) skalių vidinio suderinamumo rezultatai

Skalės	Teiginių skaičius	Cronbacho alfa			
		Mūsų tyrimo (N=95)			Schneider ir Klauer, 2001 (N=464)
		T1	T2	T3	
Kančia	11	0,691	0,750	0,697	0,76
Etiologija	8	0,702	0,792	0,702	0,71
Lūkesčiai	8	0,697	0,762	0,707	0,81
Atvirumas	20	0,697	0,726	0,712	0,86
Bendras įvertis	47	0,703	0,783	0,737	0,91

Gautas metodikos autorių leidimas versti anketą į lietuvių kalbą, sutikimas naudoti tyrimui. Anketos vertimą iš anglų į lietuvių kalbą atliko ekspertų grupė.

4.2.4. Psichologinis atsparumas

Psichologiniam atsparumui matuoti naudota **Suaugusiųjų atsparumo skalė RSA** (angl. *Resilience Scale for Adults*, Hjemdal et al., 2001, Friborg ir kt., 2003, 2005; 4 priedas). Skalė apima šešis atsparumo faktorius:

1. **Savęs suvokimas**. 6 teiginių subskalė matuoja savivertės, asmeninių sugebėjimų suvokimo, savęs efektyvumo, simpatijos sau, vilties, ryžtingumo ir realistiško gyvenimo supratimo laipsnį. („Kai atsitinka kas nors nenumatyta, visada randu sprendimą“)
2. **Ateities planavimas**. 4 teiginių subskalė leidžia įvertinti asmeninės struktūros faktorius. Ji matuoja gebėjimą palaikyti dienotvarkę, planuoti ir organizuoti, apima dalykus, susijusius su teigiama savos ateities perspektyva, tikėjimu sėkmės galimybe ir gebėjimu planuoti į priekį bei suformuluoti aiškius tikslus, kurie yra pasiekiami. („Net sunkiose situacijose aš laikausi įprastos dienotvarkės“)
3. **Struktūravimo stilius**. 4 teiginiai apie laiko planavimą, įprastinių kasdienių taisyklių turėjimą, apie planingą tikslo siekimą. („Kai imuosi naujų sumanymų, man patinka turėti kruopštų planą“)

4. **Socialinė kompetencija**. 6 teiginiai apie paciento asmeninį savęs suvokimą, jo gebėjimus pradėti veiklą, gerus bendravimo įgūdžius ir lankstumą bei supratingumą socialinėse situacijose, gebėjimą užmegzti naujas draugystes ir laisvai jaustis socialinėje aplinkoje, taip pat prosocialaus sąveikos stiliaus buvimą ar nebuvimą. Savęs kaip socialiai tinkamo ir kompetentingo asmens matymas, kas yra svarbi socialinių santykių bei socialinių tinklų kūrimo ir palaikymo sąlyga, galinti išplėsti socialinės paramos šaltinius (Berndt, Ladd, 1989; Felsman, 1989; Werner, 1985; Werner, Smith, 1982, 2001). („Aš lengvai užmezgu draugystę“)
5. **Šeimos sutelktumas**. 6 teiginiai apie konfliktų, bendradarbiavimo, paramos, lojalumo ir stabilumo šeimoje kiekį. („Sunkiais laikotarpiais mano šeima pozityviai vertina ateitį“)
6. **Socialiniai ištekliai**. 7 teiginiai apie socialinės paramos buvimą ir tiriamojo gebėjimą ja pasinaudoti. Apima išorinę, draugų ir giminaičių paramą, santykių artumą ir paties asmens gebėjimą suteikti paramą. („Mane padrąsina artimi draugai/šeimos nariai“)

Visą anketą sudaro 33 teiginiai. Pacientui reikia pažymėti tiksliausiai jo įprastinę arba paskutiniojo mėnesio savijautą nusakantį atsakymą. Vertinama Likerto skale nuo 1 iki 7. Skalių įverčiai lygūs jų klausimų įverčių sumai.

Bendras psichologinio atsparumo įvertis – tai visų klausimų įverčių suma. Kuo aukštesnis bendras įvertis, tuo didesniu psichologiniu atsparumu pasižymi pacientas.

Pagrindinių skalių ir bendro vertinimo patikimumo rezultatai visais trimis matavimais pateikti 4 lentelėje. Rezultatai liudija, kad visos šio klausimyno naudotos skalės patikimos ir tinkamos naudoti. Siekdami patikrinti, ar RSA klausimyno teiginiai gali sudaryti atskirus konstruktus, atlikome kiekvieno konstrukto principinių komponenčių faktorių analizę su Varimax sukiniu. Rezultatai parodė, kad visos imties duomenys tinka faktorių analizei: KMO kiekvieno atskiro faktoriaus svyravo nuo 0,67 iki 0,85. Faktorių analizės rezultatai liudija, kad teiginiai sudaro atskirus faktorius. Faktorių svoriai savęs suvokimo skalėje svyruoja nuo 0,60 iki 0,76, ateities planavimo skalėje – nuo 0,77 iki 0,86,

socialinės kompetencijos skalėje – nuo 0,65 iki 0,87, šeimos sutelktumo skalėje nuo 0,73 iki 0,83, socialinių išteklių skalėje – nuo 0,58 iki 0,87 ir struktūravimo stiliaus skalėje – nuo 0,59 iki 0,77.

4 lentelė. Psichologinio atsparumo anketos (RSA) skalių vidinio suderinamumo rezultatai

Subskalės	Teiginių skaičius	Cronbacho alfa				
		Mūsų tyrimo (N=95)			Lietuviškos versijos (N=346)	Hjemdal, Friborg, 2006 (N=201)
		T1	T2	T3		
Savęs suvokimas	6	0,739	0,784	0,806	0.847	0,81
Ateities planavimas	4	0,834	0,859	0,920	0.851	0,78
Socialinė kompetencija	6	0,756	0,734	0,771	0.790	0,75
Šeimos sutelktumas	6	0,831	0,849	0,820	0.839	0,79
Socialiniai ištekliai	7	0,765	0,872	0,817	0.841	0,77
Struktūravimo stilius	4	0,703	0,792	0,807	0.621	0,67
Bendras įvertis	33	0,812	0,861	0,890	0.906	0,88

Gautas metodikos autorių leidimas skalę versti į lietuvių kalbą, sutikimas naudoti tyrimui. Vyksta skalės validizacijos procesas.

4.2.5. Sociodemografiniai kintamieji

Iš medicininės dokumentacijos ir apklausiant pacientus buvo surinkti šie pagrindinės grupės pacientų socialiniai demogafiniai duomenys: amžius, lytis, TLK-10 diagnozė, išsilavinimas, užimtumas, duomenys apie šeiminę padėtį, gydymosi istorija, medikamentų vartojimas.

Pagrindinės grupės tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos:

	Pagrindinė gr.
LYTIS	
Mot.	77 (81%)
Vyr.	18 (19 %)
AMŽIUS	
Metai	18 – 60
Vidurkis	33.4 ± 10.4
IŠSILAVINIMAS	
Vidurinis	29 (30.5%)
Profesinis	8 (8.5%)
Aukštasis	58 (61%)
VEIKLA	
Moskleivis/studentas	20 (21.1%)
Dirba	54 (56.8%)
Registruotas DB	21 (22.1%)
GYVENA	
Su šeima	65 (68.4%)
Vieni	30 (31.6%)
LIGOS TRUKMĖ IKI GYDYMOSI PDS	
Iki mėnesio	11 (11.6%)
Iki metų	51 (53.7%)
Daugiau nei metai	31 (32.6%)
DIAGNOZĖS	
Neuroziniai sutrikimai, iš jų:	**30 (31.6%)**
Mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas	*15 (50%)*
Adaptacijos sutrikimai	*7 (23.3%)*
Generalizuotas nerimo sutrikimas	*3 (10%)*
Kita (F40.1, F41.3, F41.0, F43.1, F44.7)	*5 (16.7%)*
Afektiniai sutrikimai, iš jų:	**65 (68,4%)**
Depresijos epizodas	*14 (21,5%)*
Pasikartojantis depresinis sutrikimas	*51 (78,5%)*
GYDYMAS	
Psichoterapinis	14 (14,7%)
Psichoterapinis ir farmakoterapinis	81 (85,3%)

Kontrolinės grupės tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos:

LYTIS	
Mot.	26 (86,7%)
Vyr.	4 (13,3%)
AMŽIUS	
Metai	18 – 60
Vidurkis	41,4 ± 11,9
LIGOS TRUKMĖ IKI GYDYMOSI PDS	
Iki mėnesio	5 (16,7%)
Iki metų	25 (83.3%)
DIAGNOZĖS	
Afektiniai sutrikimai, iš jų:	30 (100%)
Pasikartojantis depresinis sutrikimas	30 (100%)
GYDYMAS	
Psichofarmakoterapinis	30 (100%)

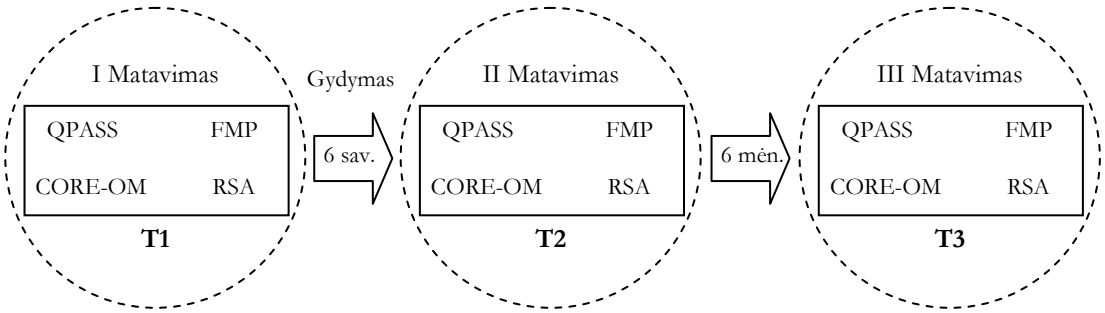
4.3. Tyrimo eiga

Pagrindinės grupės (psichoterapinio dienos stacionaro, PDS) pacientai buvo tiriami, naudojant keturias anksčiau aprašytas anketas:

1. Psichinės būklės sunkumas (simptomų išraiška) vertintas simptomine QPASS anketa;
2. Psichologinis distresas vertintas CORE-OM anketa;
3. Motyvacija psichoterapiniam gydymuisi vertinta FMP anketa;
4. Psichologinis atsparumas vertintas RSA anketa.

Buvo atlikti trys matavimai:

1. Gydymo pradžioje (pirmas matavimas, T1) – per pirmąsias dvi gydymosi PDS dienas.
2. Gydymo pabaigoje (antras matavimas, T2) – pas paskutiniąsias dvi gydymosi PDS dienas.
3. Pakartotinis matavimas (trečias matavimas, T3) – praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi PDS pabaigos.



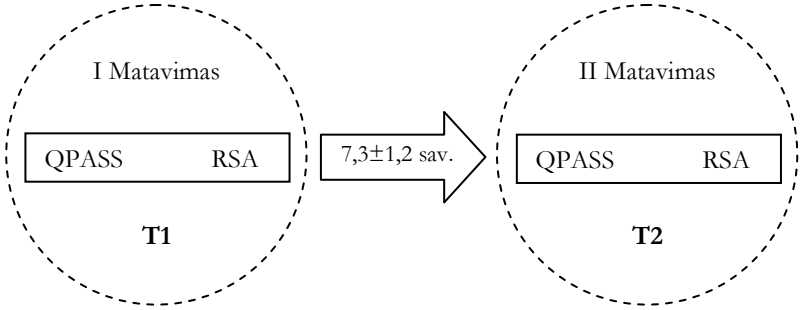
1 schema. Pagrindinės grupės tyrimo schema

Kontrolinės grupės (psichikos sveikatos centro, PSC) pacientai buvo tirti, naudojant dvi anketas:

1. Psichinės būklės sunkumas (simptomų išraiška) vertinta simptomine QPASS anketa;
2. Psichologinis atsparumas vertintas RSA anketa.

Buvo atlikti du matavimai:

1. Pirmas, T1 – atvykus įprastinio vizito pas psichiatrą;
2. Antras, T2 – atvykus sekančio vizito pas psichiatrą (po ~1, 5 mėnesio).



2 schema. Kontrolinės grupės tyrimo schema

4.4. Duomenų statistinė analizė

Surinktiems duomenims apdoroti buvo naudojami SPSS 20 ir Mplus 5.0 programiniai paketai. Tolydžių požymių atitiktis normaliam pasiskirstymui tikrinta Kolmogorovo-Smirnovo testu. Visi duomenų analizėje naudoti kintamieji buvo normaliai pasiskirstę, išskyrus rizikos skalę. Ši skalė, kintamasis visais trimis matavimais buvo transformuotas pagal kintamojo formos formules. Tad

transformavus šį kintamąjį duomenų analizei buvo naudoti tik parametrinės statistikos metodai.

Norint įvertinti skirtumus tarp atskirų grupių ar matavimų, naudoti metodai, kurie skirti palyginti vidurkius. Norėdami palyginti kintamuosius tarp dviejų grupių (pvz., skirtingą gydymą gavusių pacientų grupės), naudojome Stjudento nepriklausomų imčių t testą. Norėdami nustatyti skirtumus tarp dviejų matavimo etapų (pvz., prieš gydymą ir po jo), naudojome Stjudento porinių imčių testą. Norėdami nustatyti skirtumus tarp trijų matavimo etapų (prieš gydymą, po gydymo ir dar po 6 mėnesių), naudojome blokuotų duomenų dispersinę analizę (angl. *repeated measures ANOVA*). Blokuotų duomenų dvifaktorinė dispersinė analizė taikyta norint įvertinti ar skirtumai tarp vertintų matavimų gali būti lemiami atskiro faktoriaus, pvz., priklausymo vienai ar kitai grupei. Taikant dispersinę analizę naudojamas F – Fišerio testas, kuris yra skirtas įvertinti ar laukiamos kintamojo reikšmių vidurkiai tarp nustatytų grupių tarpusavyje skiriasi. Fišerio testas lygina sisteminę ir nesisteminę duomenų dispersiją. Tai testas, kuris tik nurodo skirtumus, tačiau neįvardina, kurios grupės skiriasi tarpusavyje. Grupių skirtumus tarpusavyje dispersinės analizės metu nurodo post hoc (aposterioriniai) kriterijai. Šiame darbe naudotasi Bonferoni post hoc kriterijumi. Šis kriterijus skirtas imčių lyginimų vidurkių skirtumų statistiniam reikšmingumui nustatyti. Šis kriterijus mažiau jautrus duomenų nenormalumui, palyginti su kitais post hoc kriterijais. Taikant Stjudento kriterijų ir dispersinę analizę remtasi tikslia p reikšme skirtumo tarp požymių statistiniam reikšmingumui nustatyti. Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu esant 95 proc. tikimybei tada, kai $p \leq 0,05$, o esant 99 proc. tikimybei, kai $p \leq 0,01$.

Taip pat taikant Stjudento kriterijų skaičiuotas efekto dydis (Cohen d), kuris pateikiamas kaip pokyčių stiprumo matas. Efekto dydis parodo objektyvų pokyčių reikšmingumą, t. y. kiek stiprūs yra randami skirtumai, ar jie nėra atsitiktiniai, o iš tikro egzistuoja. Cohen d dydžio interpretacijos: iki 0,2 – mažas; iki 0,5 – vidutinis; virš 0,8 – didelis stiprumas (Cohen, 1988). Taikant dispersinę analizę skaičiuotas taip pat efekto dydis – eta kvadratu, kuris taip pat parodo objektyvų pokyčių reikšmingumą. Cohen (1988) pateiktos eta kvadratu efekto

dydžio interpretacijos: iki 0,02 – mažas; iki 0,13 – vidutinis; virš 0,14 – didelis stiprumas.

Ryšių įvertinimui buvo naudotos koreliacijos. Norint nustatyti ryšius tarp duomenų analizėje naudotų kintamųjų kiekvienam etape arba tarp etapų, taikyta Pearsono koreliacija. Norėdami nustatyti visų darbe naudotų kintamųjų ryšius su demografiniais kintamaisiais, taikėme Pearsono koreliaciją intervaliniams duomenims (pvz., amžius) ir Spearmano koreliaciją kategoriniams duomenims (pvz., išsilavinimas). Ryšių įvertinimo statistiniam reikšmingumui nustatyti remtasi tikslia p reikšme. Ryšio stiprumas laikytas statistiškai reikšmingu esant 95 proc. tikimybei tada, kai $p \leq 0,05$, o esant 99 proc. tikimybei, kai $p \leq 0,01$.

Norėdami įvertinti ryšius tarp QPASS klausimyno atskirų skalių (simptomų) motyvacijos ir motyvacijos psichoterapijai ar psichologinio atsparumo laikui bėgant, naudojome struktūrinių lygčių modeliavimą su Mplus 5.0 programiniu paketu (Muthén & Muthén, 2010). Testavome kryžminį ankstinių (angl. *cross-lagged*) modelį. Kryžminių ankstinių modelis leidžia įvertinti ryšius laikui bėgant ir tuo pačių atsako į klausimą apie pokyčius per tam tikrus laiko intervalus bei ryšių tarp kintamųjų kryptingumą, kontroliuojant kintamųjų ryšį vienu ir tuo pačiu matavimu (Curran, 2000). Tokie modeliai tai tarsi regresijų ir koreliacijų metodai, kurie atliekami vienoje ir toje pačioje analizėje. 31 pav. pavaizduotas koncepcinis modelis įvertinti ryšiams tarp motyvacijos ir gydymo efektyvumo. 32 pav. pavaizduotas koncepcinis modelis įvertinti ryšiams tarp psichologinio atsparumo ir gydymo efektyvumo. Iš viso buvo testuojama 22 modeliai, nes turėjom keturias skales vertinančias gydymo efektyvumą (depresija, nerimas, pyktis, bendra psichopatologija), keturias skales vertinančias pacientų motyvaciją (ligos kančios patyrimas, ligos paaiškinimas arba etiologija, bendri lūkesčiai terapijai, atvirumas psichoterapijai) ir septynias skales psichologinio atsparumo (savęs suvokimas, ateities planavimas, socialinė kompetencija, struktūravimo stilius, šeimos sutelktumas, socialiniai ištekliai ir bendras psichologinis atsparumas). Tokiame modelyje kiekvienas kintamasis (pvz., depresija antru matavimu), kuris matuotas vėlesniu matavimu, yra nuspėjamas to paties kintamojo iš ankstesnio matavimo (pvz., depresija pirmu matavimu) bei nuspėjamas kito

kintamojo iš ankstesnio matavimo, kurio poveikį norime įvertinti (pvz., bendrų lūkesčių terapijai įvertinimas pirmu matavimu). Tuo pačiu matavimu turimi kintamieji yra susiję koreliaciniais ryšiais (pvz., depresija ir bendrų lūkesčių psichoterapijai įvertinimas pirmu matavimu). Struktūrinis kryžminis ankstinių modelis buvo įvertintas trimis tinkamumo kriterijais: CFI (Palyginimo indeksas) (Bentler, 1980), RMSEA (Aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida; (Browne & Cudeck, 1993) ir TLI (Tucker-Lewis indeksas) (Tucker & Lewis, 1973). CFI ir TLI indeksų reikšmės didesnės už 0,90 liudija apie adekvatų modelio atitikimą duomenims (Bentler & Bonett, 1980); reikšmės didesnės už 0,95 liudija apie gerą atitikimą (Hu & Bentler, 1998). RMSEA reikšmės žemesnės už 0,08 reprezentuoja pakankamą aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaidą; reikšmės mažesnės už 0,05 liudija apie gerą modelio tikimą duomenims (Browne & Cudeck, 1993).

5. REZULTATAI

5.1. Neurozinių ir afektinių sutrikimų grupių palyginimas

5.1.1. Gydymosi pradžioje

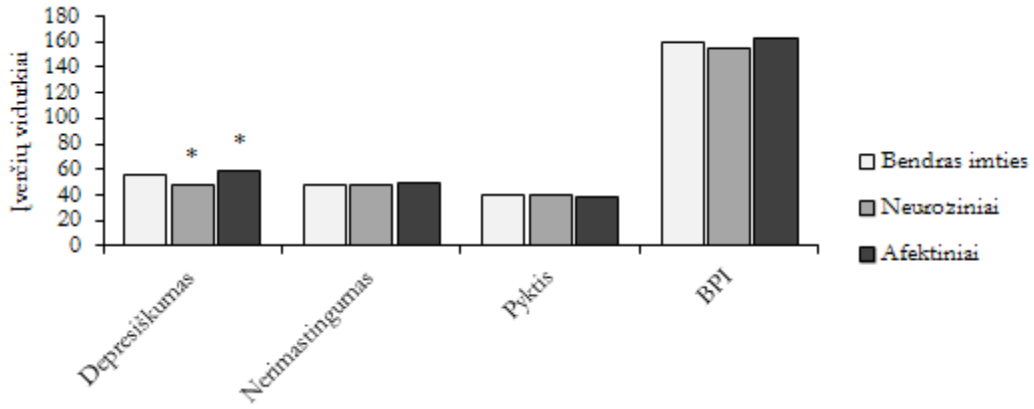
Siekdami įvertinti afektiniais ir neuroziniais sutrikimais sergančių asmenų **simptomų struktūrą** gydymosi PDS pradžioje, QPASS anketa įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis Stjudento t testu) atskirus rodiklius tarp dviejų grupių – neuroziniais ir afektiniais sutrikimais sergančių pacientų. Šių grupių simptomų išraiškos įvertinimų vidurkiai gydymosi PDS pradžioje pateikti 5 lentelėje (taip pat lentelėje pateikti ir bendri visos imties vidurkiai palyginimui).

5 lentelė. Simptomų (QPASS) įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	**Bendras imties**		**Neuroziniai**		**Afektiniai**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**	**Vid**	**SN**		
Depresiškumas T1	54,92	19,48	47,93	19,73	58,55	18,78	2,46	**0,016**
Nerimastingumas T1	48,13	21,76	48,13	21,78	48,68	22,39	0,11	0,914
Pyktis T1	39,16	18,65	39,83	20,15	38,66	18,49	-0,27	0,787
BPI T1	159,72	58,94	154,80	60,42	161,96	59,75	0,53	0,599

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Rezultatai liudija, kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant depresiškumą - 1 pav. matome, kad afektiniais sutrikimais sergančiųjų depresiškumas buvo reikšmingai aukštesnis. Nerimastingumo ir pykčio įverčiai gydymo pradžioje buvo labai panašūs ir sergančiųjų afektiniais, ir neuroziniais sutrikimais.



1 pav. Simptomų įverčių vidurkiai gydymo pradžioje ir jų palyginimas

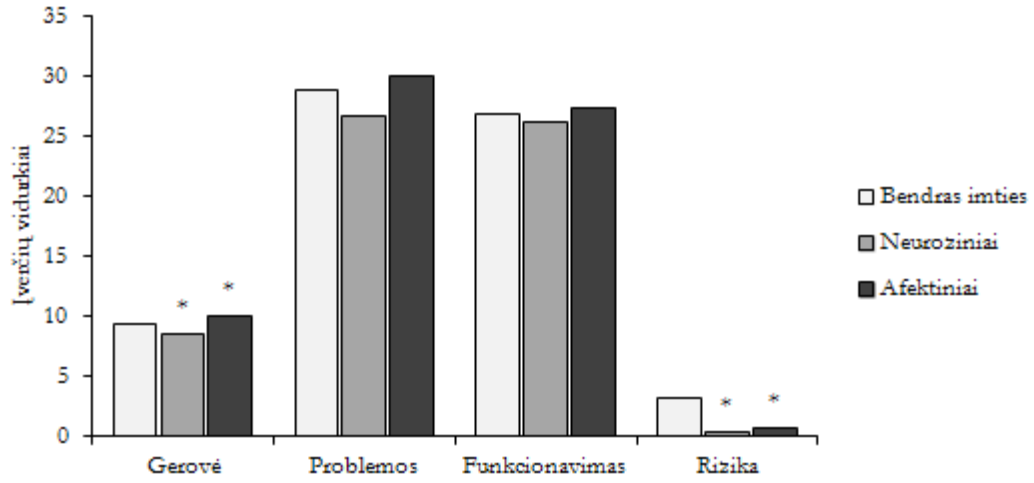
CORE-OM anketa įvertinus psichologinio **distreso** rodiklius tarp asmenų, sergančių afektiniais ir neuroziniais sutrikimais (6 lentelė), matome, kad šie asmenys skirtingai vertina savo patiriamą gerovę ir riziką.

6 lentelė. Psichologinio distreso (CORE-OM) įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	**Bendras imties**		**Neuroziniai**		**Afektiniai**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**	**Vid**	**SN**		
Gerovė T1	9,38	3,48	8,47	3,11	9,98	3,48	1,98	**0,050**
Problemos T1	28,85	9,23	26,67	9,56	29,98	8,99	1,59	0,116
Funkcionavimas T1	26,94	8,65	26,13	9,06	27,35	8,09	0,63	0,529
Rizika T1	3,18	3,45	0,36	0,41	0,63	0,62	2,18	**0,032**
Bendras T1	65,65	21,03	60,73	20,84	68,42	20,67	1,63	0,106

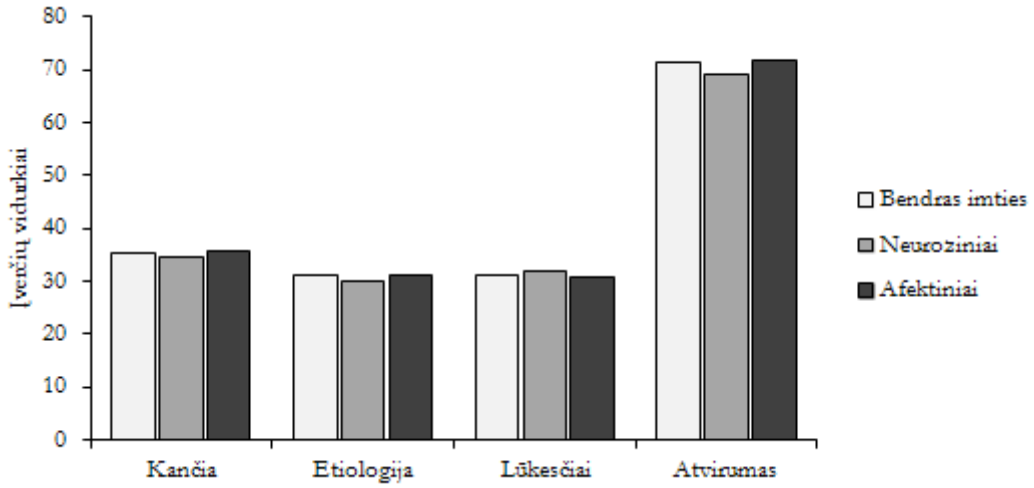
Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Reikšmingumo lygmenys nėra dideli, skirtumus galime matyti 2 pav. Afektinių sutrikimų grupės pacientų gerovės vertinimai buvo reikšmingai aukštesni, kas liudija apie prastesnę gerovę, taip pat jie reikšmingai aukščiau vertina riziką.



2 pav. Psichologinio distreso įverčių vidurkiai prieš gydymą ir jų palyginimas

FMP anketa vertinant **motyvaciją** tarp asmenų, sergančių afektiniais ir neuroziniais sutrikimais, 3 pav. matome, kad šios grupės nesiskyrė tarpusavyje vertinant kančios, etiologijos, lūkesčių, atvirumo ar bendrą motyvacijos įvertį gydymo pradžioje.



3 pav. Motyvacijos įverčių vidurkiai gydymo pradžioje ir jų palyginimas

7 lentelė. Motyvacijos psichoterapijai (FMP) įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Kančia T1	35,28	5,57	34,40	6,07	35,79	5,41	1,09	0,281
Etiologija T1	31,08	4,35	30,13	4,58	31,32	4,24	1,21	0,232
Lūkesčiai T1	31,09	4,00	31,73	3,54	30,68	4,32	-1,15	0,255
Atvirumas T1	71,35	7,10	69,17	6,02	71,86	7,63	1,67	0,098
Bendras T1	168,80	12,52	165,43	12,57	169,64	12,73	1,47	0,146

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

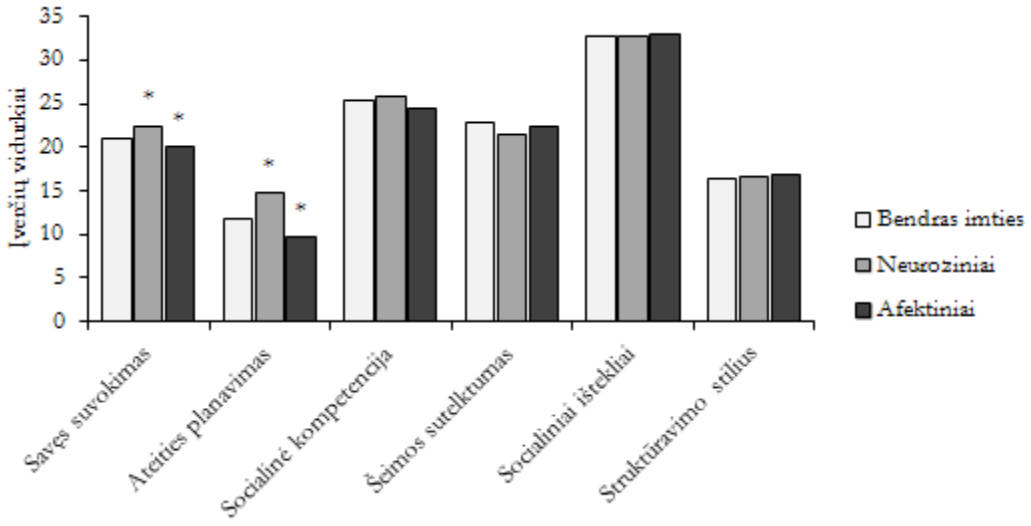
Vertinant psichologinio **atsparumo s**kirtumus tarp asmenų, sergančių afektiniais ir neuroziniais sutrikimais (8 lentelė), matome, kad asmenys skiriasi pagal savęs suvokimą ir ateities planavimą.

8 lentelė. Psichologinio atsparumo (RSA) įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Savęs suvokimas T1	21,04	5,54	22,48	5,27	19,98	5,23	-2,08	**0,041**
Ateities planavimas T1	11,68	6,33	14,69	5,78	9,62	5,56	-3,89	**0,000**
Socialinė kompetencija T1	25,30	8,30	25,93	7,91	24,53	8,51	-0,74	0,464
Šeimos sutelktumas T1	22,81	8,77	21,52	8,75	22,48	9,05	0,47	0,641
Socialiniai ištekliai T1	32,81	8,77	32,76	8,03	32,95	8,99	0,09	0,925
Struktūravimo stilius T1	16,48	5,52	16,52	5,30	16,82	5,59	0,24	0,812
Bendras T1	128,88	26,11	133,89	23,77	125,62	24,17	-1,50	0,137

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

4 pav. matome, kad asmenys su afektiniais sutrikimais reikšmingai prasčiau suvokė save, taip pat jie ne taip gerai planavo ateitį, kaip neuroziniais sutrikimais sergantys asmenys.



4 pav. Psichologinio atsparumo įverčių vidurkiai ir jų palyginimas

Taigi, gydymo pradžioje pacientai su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais tarpusavyje skyrėsi. Afektinių sutrikimų grupės asmenys labiau pabrėžė depresijos simptomus, jie prasčiau save suvokė ir blogiau planavo ateitį, turėjo didesnius rizikos įvertinimus ir jie prasčiau vertino savo gerovę (aukštesni balai), palyginti su neurozinių sutrikimų grupės asmenimis. Tiek afektinių sutrikimų, tiek neurozinių sutrikimų grupių pacientai, pradėdami gydymąsi PDS, pasižymėjo panašia motyvacija psichoterapiniam gydymuisi.

5.1.2. Gydymosi pabaigoje

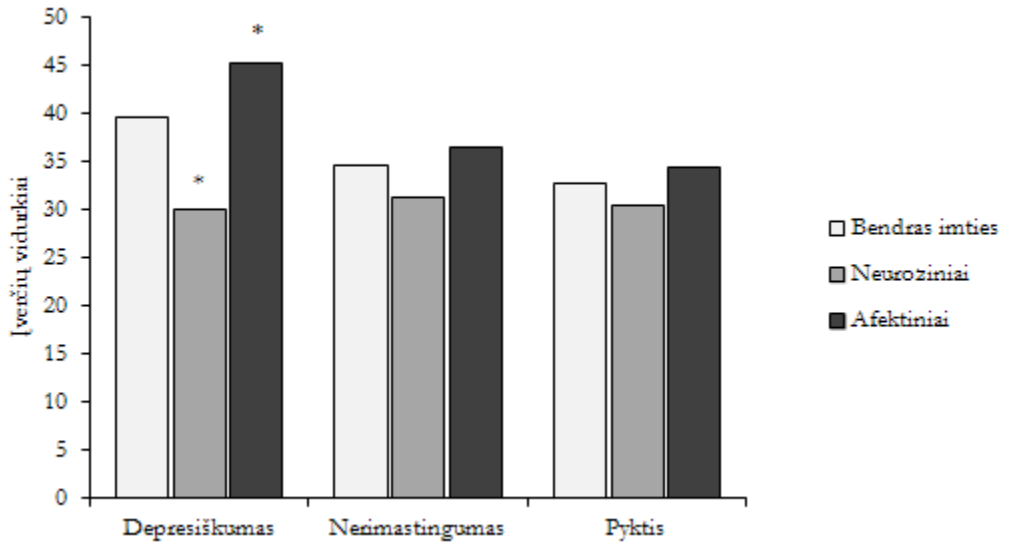
Norėdami įvertinti afektiniais ir neuroziniais sutrikimais sergančių asmenų simptomų struktūrą gydymosi PDS pabaigoje, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis Stjudento t testu) atskirus rodiklius po šešių savaičių gydymosi tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų grupių. 9 lentelėje pateikti **simptomų** išreikštumo įvertinimai.

9 lentelė. Simptomų (QPASS) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Depresiškumas T2	39,58	20,43	30,03	15,21	45,29	21,41	3,83	**0,000**
Nerimastingumas T2	34,52	19,73	31,27	16,69	36,39	21,03	1,15	0,252
Pyktis T2	32,74	17,41	30,43	19,14	34,49	17,14	1,01	0,320
BPI T2	120,26	57,99	105,23	51,70	128,91	60,63	1,81	0,073

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Rezultatai liudija, kad panašiai, kaip ir pirmu matavimu gydymo pradžioje, egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant depresiškumą. 5 pav. matome, kad afektiniais sutrikimais sergančiųjų depresiškumas vėl buvo aukštesnis. Bet nerimastingumas ir pykčio įverčiai labai panašūs ir sergančiųjų afektiniais, ir neuroziniais sutrikimais.



5 pav. Simptomų įverčiai ir jų palyginimas po gydymosi PDS

Įvertinus psichologinio **distreso** rodiklius tarp asmenų, sergančių afektiniais ir neuroziniais sutrikimais (10 lentelė), matome, kad nebuvo jokių statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pacientų.

10 lentelė. Psichologinio distreso (CORE-OM) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Gerovė T2	7,12	3,62	6,23	3,65	7,79	3,59	1,90	0,061
Problemos T2	22,10	10,45	19,20	10,39	23,63	10,33	1,89	0,062
Funkcionavimas T2	19,29	7,90	17,90	7,95	20,13	8,06	1,23	0,224
Rizika T2	1,83	2,60	1,37	2,59	2,21	2,71	1,40	0,164
Bendras T2	50,34	22,00	44,70	22,31	53,75	22,12	1,80	0,075

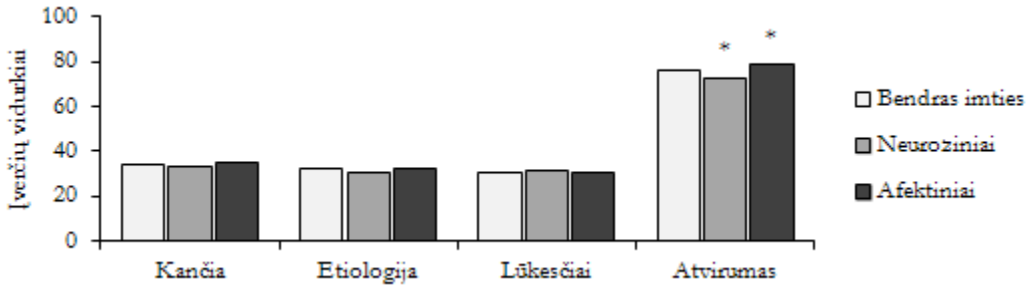
Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Vertinant **motyvaciją** iš karto po gydymosi tarp asmenų, sergančių afektiniais ir neuroziniais sutrikimais (11 lentelė), matome, kad asmenys skyrėsi tarpusavyje tik pagal atvirumą ir bendrą motyvacijos įvertį, tačiau vertinant kančios patyrimo, etiologijos ir lūkesčių įverčius iš karto po gydymo, asmenys tarpusavyje nesiskyrė (6 pav.).

11 lentelė. Motyvacijos (FMP) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Kančia T2	34,17	5,81	32,93	5,87	35,32	5,76	1,82	0,072
Etiologija T2	32,00	5,06	30,77	6,54	32,59	4,05	1,60	0,114
Lūkesčiai T2	30,91	4,53	31,07	4,97	30,82	4,45	-0,23	0,816
Atvirumas T2	76,44	8,43	72,57	9,25	78,41	7,55	3,16	**0,002**
BPI T2	173,52	15,38	167,33	17,73	177,14	13,03	2,93	**0,004**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus



6 pav. Motyvacijos psichoterapijai įverčiai po gydymo PDS

Vertinant psichologinio **atsparumo** skirtumus tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų grupių (12 lentelė), matome, kad asmenys skiriasi tik pagal ateities planavimą.

12 lentelė. Psichologinio atsparumo (RSA) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	**Bendras imties**		**Neuroziniai**		**Afektiniai**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**	**Vid**	**SN**		
Savęs suvokimas T2	22,73	6,13	23,67	5,42	21,66	6,45	-1,45	0,151
Ateities planavimas T2	14,10	6,69	16,63	6,87	11,98	6,01	-3,24	**0,002**
Socialinė kompetencija T2	27,08	7,88	27,80	7,63	26,00	8,14	-0,99	0,321
Šeimos sutelktumas T2	22,46	8,83	22,30	8,94	22,61	8,97	0,15	0,880
Socialiniai ištekliai T2	34,13	9,61	34,60	9,81	33,69	9,67	-0,41	0,682
Struktūravimo stilius T2	16,81	5,15	16,37	4,72	17,38	5,22	0,88	0,380
Bendras T2	137,15	29,44	141,37	30,50	133,11	28,70	-1,24	0,217

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Afektiniais sutrikimais sergantys asmenys ne taip gerai planavo ateitį, kaip neuroziniais sutrikimais sergantys asmenys.

Tad **pasibaigus** šešių savaičių **gydymuisi PDS**, afektiniais sutrikimais sergančiųjų depresiškumas vėl buvo aukštesnis, palyginus su neurozinių sutrikimų pacientų grupe. Afektiniais sutrikimais sergantys asmenys buvo atviresni psichoterapijai pasibaigus gydymuisi PDS. Vėl stebima, kad afektiniais sutrikimais sergantys asmenys ne taip gerai planavo ateitį, kaip neuroziniais sutrikimais sergantys asmenys.

5.1.3. Pakartotinis matavimas

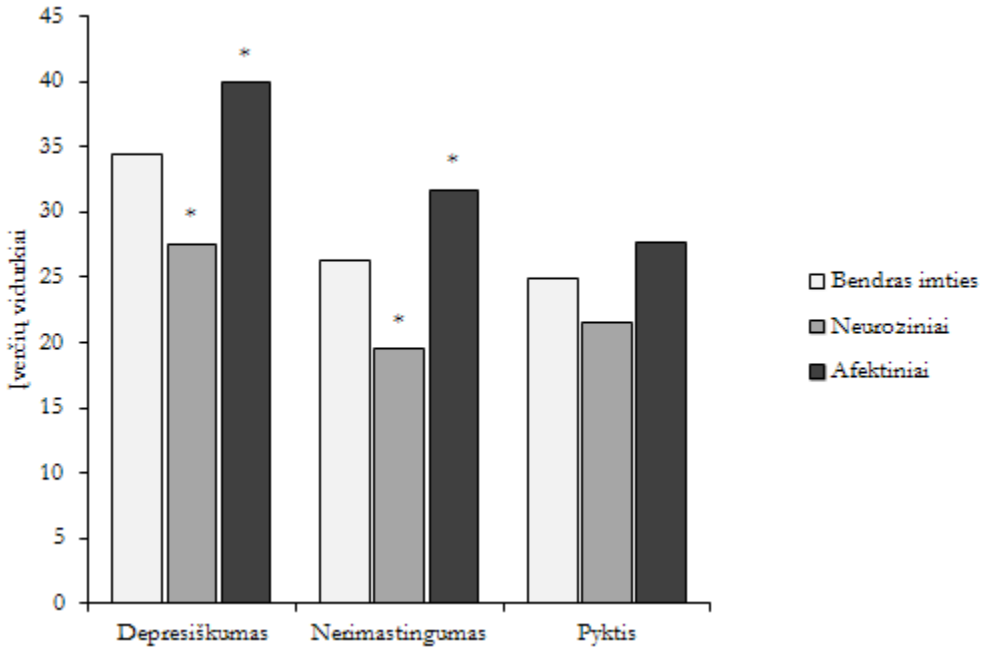
Norėdami įvertinti afektiniais ir neuroziniais sutrikimais sergančių asmenų simptomų struktūrą praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi PDS pabaigos, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis Stjudento t testu) atskirus rodiklius po šešių mėnesių po gydymo PDS tarp dviejų grupių (afektiniais ir neuroziniais sutrikimais sergančių žmonių). 13 lentelėje pateikti **simptomų** įverčių vidurkiai.

13 lentelė. Simptomų (QPASS) įverčių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Depresiškumas T3	34,48	21,31	27,56	14,64	39,95	23,17	2,08	**0,043**
Nerimastingumas T3	26,32	19,89	19,50	14,41	31,68	21,33	2,19	**0,033**
Pyktis T3	24,89	16,97	21,56	15,90	27,74	18,13	1,24	0,221
BPI T3	94,76	60,29	76,50	46,75	109,39	65,10	1,91	0,060

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Iš rezultatų 7 pav. matome, kad egzistuoja statistiškai reikšmingi skirtumai vertinant depresiškumą ir nerimastingumą. Afektiniais sutrikimais sergančiųjų šie įverčiai vėl buvo aukštesni. Pykčio įverčiai labai panašūs ir afektinių, ir neurozinių sutrikimų grupėse.



7 pav. Simptomų įverčių vidurkiai ir jų palyginimas

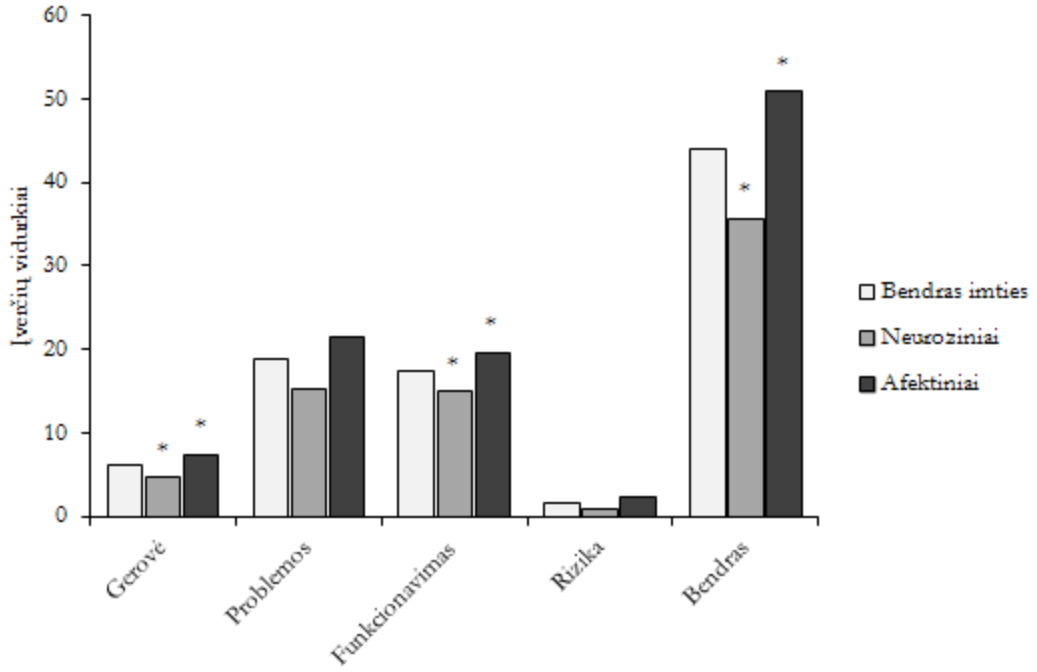
Įvertinus psichologinio **distreso** rodiklius tarp afektiniais ir neuroziniais sutrikimais sergančių asmenų (14 lentelė), nustatėme tam tikrus skirtumus tarp šių grupių.

14 lentelė. Psichologinio distreso (CORE-OM) įverčių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Gerovė T3	6,23	3,91	4,67	2,74	7,45	4,13	2,59	**0,012**
Problemos T3	18,74	11,19	15,28	7,19	21,50	12,23	1,99	0,051
Funkcionavimas T3	17,48	8,21	14,94	7,42	19,68	8,40	2,04	**0,046**
Rizika T3	1,63	2,75	0,83	1,94	2,26	3,09	1,79	0,078
Bendras T3	44,08	23,64	35,72	17,18	50,89	25,11	2,31	**0,024**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Matome (8 pav.), kad afektinių sutrikimų pacientų grupė praėjus pusei metų po gydymo aukščiau įvertino savo gerovę, funkcionavimą ir bendrą distresą, lyginant juos su neuroziniais sutrikimais sergančiais asmenimis.



8 pav. Psichologinio distreso įverčių vidurkiai ir jų palyginimas

Vertinant **motyvaciją** po gydymo PDS praėjus šešiems mėnesiams (15 lentelė), matome, kad sergantys asmenys tarpusavyje skyrėsi tik kančios patyrimo įvertinimais, tačiau atvirumo, etiologijos ir lūkesčių įverčiai praėjus po gydymo šešiems mėnesiams nesiskyrė.

15 lentelė. Motyvacijos (FMP) įverčių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Kančia T3	31,34	6,33	29,00	3,91	32,82	6,95	2,17	**0,035**
Etiologija T3	30,01	5,46	29,50	5,14	30,05	5,88	0,34	0,734
Lūkesčiai T3	30,67	4,11	31,28	3,68	30,73	4,20	-0,47	0,639
Atvirumas T3	73,89	10,02	72,78	10,11	74,21	10,27	0,49	0,626
Bendra T3	165,44	21,20	162,56	16,78	167,00	23,60	0,72	0,477

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Vertinant psichologinio **atsparumo** skirtumus tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų grupių asmenų (16 lentelė), vėl, kaip ir antru matavimu, matome skirtumus ateities planavimo vertinimuose.

16 lentelė. Psichologinio atsparumo (RSA) įverčių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Bendras imties		Neuroziniai		Afektiniai		t	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
Savęs suvokimas T3	23,85	6,51	25,61	5,05	22,18	6,50	-1,96	0,054
Ateities planavimas T3	16,51	7,16	20,50	3,41	13,95	7,37	-3,58	**0,001**
Socialinė kompetencija T3	26,76	7,85	27,06	6,12	25,50	8,39	-0,70	0,486
Šeimos sutelktumas T3	25,00	8,75	26,06	9,08	24,45	8,74	-0,64	0,528
Socialiniai ištekliai T3	35,60	8,65	36,56	8,55	34,95	9,22	-0,62	0,536
Struktūravimo stilius T3	18,31	6,20	19,22	4,99	18,53	6,67	-0,39	0,696
Bendras T3	145,86	31,07	155,00	26,40	139,18	31,78	-1,83	0,073

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Afektiniais sutrikimais sergantys asmenys ne taip gerai planavo ateitį, kaip neuroziniais sutrikimais sergantys asmenys ir praėjus šešiems mėnesiams po gydymo.

Taigi, **praėjus pusei metų po gydymo pabaigos** afektiniais sutrikimais sergančiųjų nerimastingumas ir depresiškumas buvo aukštesni. Tačiau pykčio įverčiai labai panašūs abiejose pacientų grupėse. Afektiniais sutrikimais sergantys asmenys aukščiau vertino kančios patyrimą, jų gerovės vertinimas aukštesnis, kas liudijo apie prastesnę jų gerovę. Taip pat šių asmenų funkcionavimo ir bendro

psichologinio distreso įverčiai buvo didesni, kas liudijo apie prastesnį jų funkcionavimą ir savijautą. Afektiniais sutrikimais sergantys asmenys ne taip gerai planavo ateitį, kaip neuroziniais sutrikimais sergantys asmenys ir praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi PDS.

5.2. Psichoterapinio ir kombinuoto gydymo grupių palyginimas

5.2.1. Gydymosi pradžioje

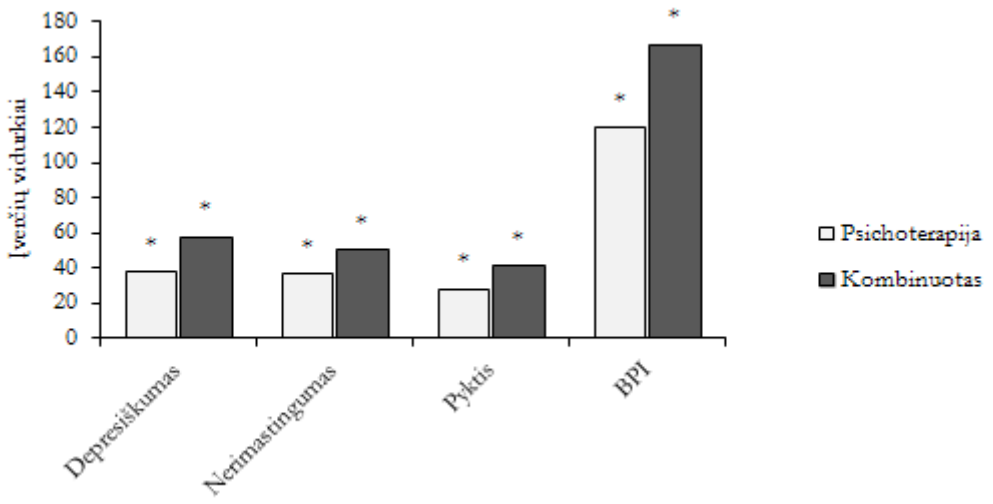
Vertindami simptomų struktūrą gydymosi pradžioje, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis Stjudento t testu) atskirus rodiklius tarp dviejų skirtingai gydytų pacientų grupių - psichoterapinio ir kombinuoto gydymo grupių. Pacientų, kurie gydėsi skirtingai, **simptomų** išraiškos įvertinimai gydymo pradžioje pateikti 17 lentelėje. Gauti rezultatai rodo, kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai vertinant visus simptomus.

17 lentelė. Simptomų (QPASS) įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Depresiškumas T1	37,71	17,09	57,89	18,37	3,83	**0,000**
Nerimastingumas T1	36,43	19,45	50,15	21,61	2,22	**0,029**
Pyktis T1	28,29	15,42	41,04	18,59	2,42	**0,017**
BPI T1	119,50	49,92	166,67	57,83	2,87	**0,005**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Matome (9 pav.), kad pacientai, gydyti kombinuotu būdu, išsiskyrė aukštesniais depresijos, nerimo ir pykčio įverčiais gydymo pradžioje palyginti su pacientais, kurie gydėsi psichoterapiškai. Bendras kombinuotu būdu gydytų pacientų simptomų įvertinimas buvo aukštesnis, palyginus su psichoterapiškai gydytų pacientų.



9 pav. Simptomų įverčių vidurkiai ir jų palyginimas

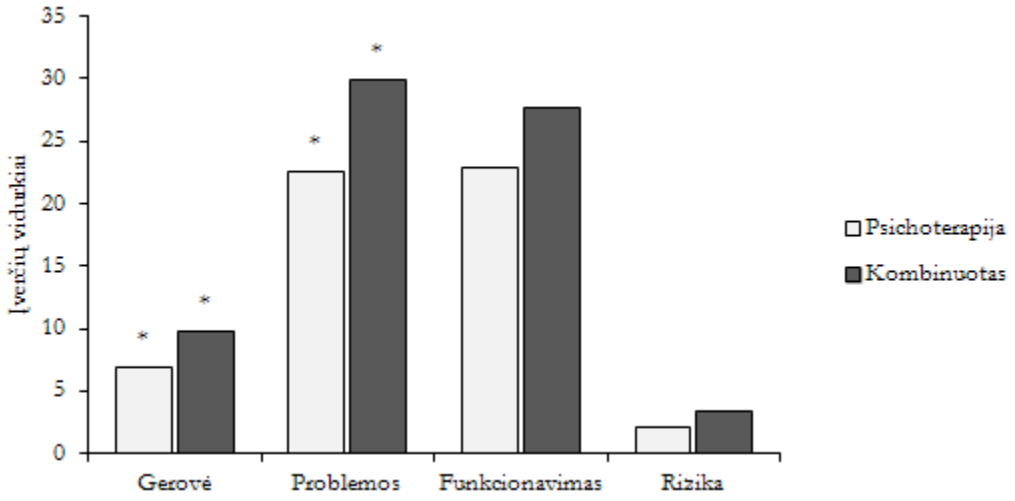
Įvertinus psichologinio **distreso** rodiklius tarp skirtingo gydymo grupių (psichoterapija ir kombinuotas) gydytų asmenų (18 lentelė), matome, kad asmenys skyrėsi pagal patiriamą gerovę, problemas ir bendrą distreso įvertinimą.

18 lentelė. Psichologinio distreso (CORE-OM) įverčių vidurkiai gydymosi PDS pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Gerovė T1	6,93	2,43	9,81	3,47	2,98	**0,004**
Problemos T1	22,57	8,73	29,95	8,92	2,86	**0,005**
Funkcionavimas T1	22,93	8,41	27,64	8,55	1,91	0,060
Rizika T1	2,07	2,40	3,37	3,58	1,31	0,194
BPI T1	51,86	18,48	68,06	20,61	2,75	**0,007**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Matome (10 pav.), kad asmenys, kurie gydėsi psichoterapiškai, pažymėjo reikšmingai mažiau problemų, jų gerovė subjektyviai buvo vertinama kaip geresnė (žemi vertinimo balai) nei asmenų, kurie gydėsi kombinuotai.



10 pav. Psichologinio distreso įverčių vidurkiai ir jų palyginimas

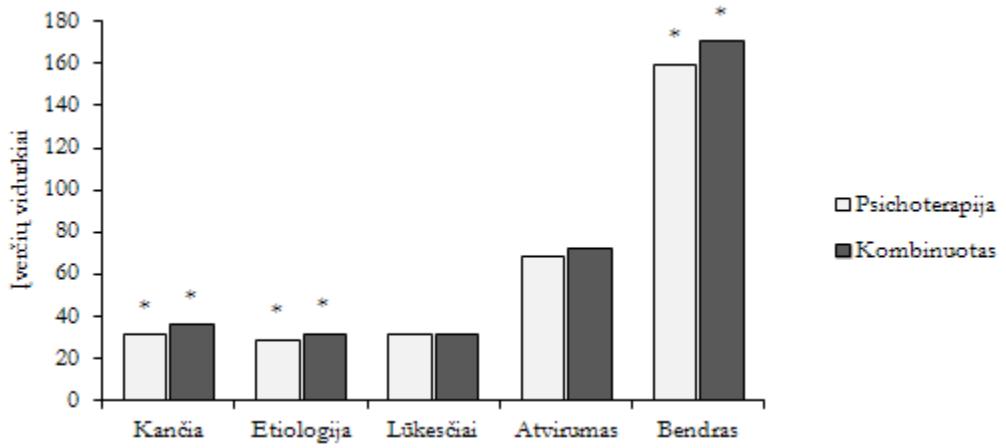
Vertinant **motyvaciją** tarp skirtingai besigydžiusių asmenų, (19 lentelė), matome, kad asmenys reikšmingai skyrėsi vertinant kančios patyrimo, etiologijos ir bendrą įvertį gydymo pradžioje.

19 lentelė. Motyvacijos psichoterapijai (FMP) įverčių vidurkiai gydymosi pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Kančia T1	31,00	5,19	36,01	5,32	3,27	**0,002**
Etiologija T1	28,79	5,04	31,48	4,12	2,18	**0,031**
Lūkesčiai T1	31,71	3,52	30,99	4,09	-0,63	0,533
Atvirumas T1	68,07	6,92	71,92	7,02	1,89	0,061
Bendras T1	159,57	11,79	170,40	12,01	3,12	**0,002**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Pacientai, kurie gydėsi vien psichoterapiškai, reikšmingai žemiau vertino ligos kančios patyrimą, etiologiją, bei turėjo žemesnį bendrą motyvacijos įvertinimą, negu kombinuotu būdu gydyti pacientai. Grupės nesiskyrė pagal atvirumo psichoterapijai ir lūkesčių gydymo pradžioje vertinimus, kaip matome iš 11 pav.



11 pav. Motyvacijos įverčių skirtumai ir jų palyginimas tarp grupių

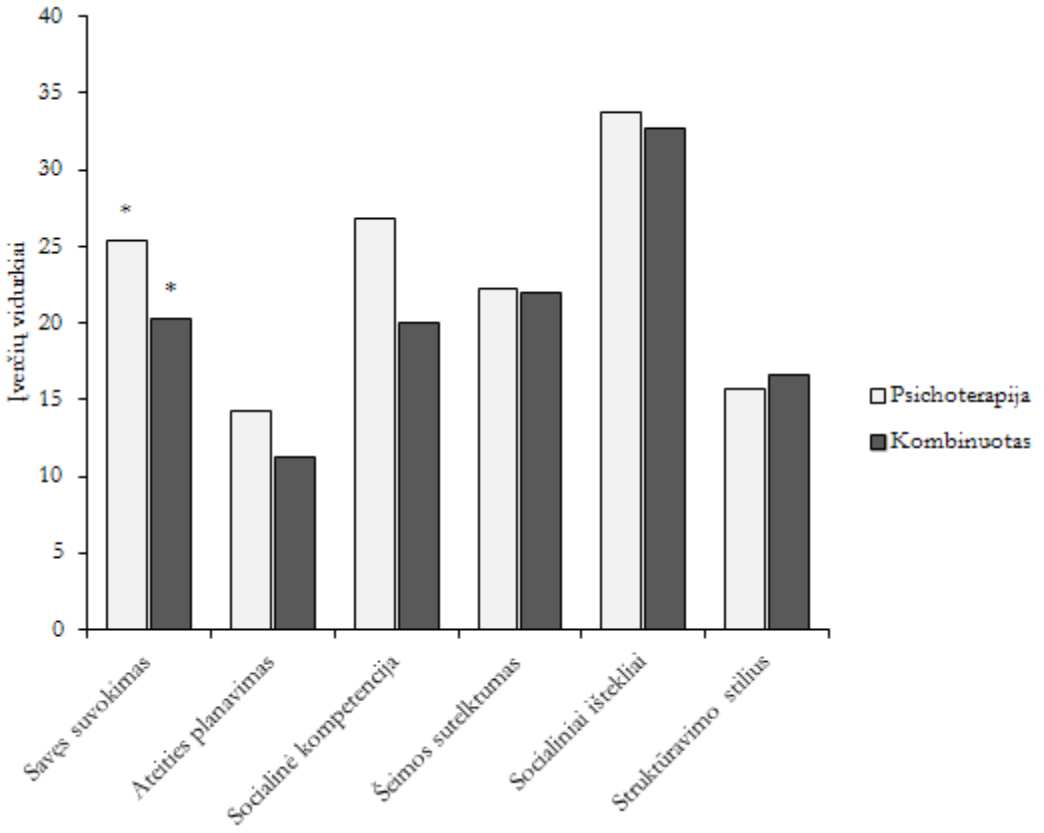
Vertinant psichologinio **atsparumo** skirtumus tarp skirtingai besigydžiusių asmenų (20 lentelė), matome, kad asmenys reikšmingai skyrėsi pagal savęs suvokimą.

20 lentelė. Psichologinio atsparumo (RSA) įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Savęs suvokimas T1	25,43	4,50	20,27	5,36	-3,39	**0,001**
Ateities planavimas T1	14,29	5,46	11,21	6,39	-1,69	0,094
Socialinė kompetencija T1	26,79	8,02	20,04	8,37	-0,73	0,471
Šeimos sutelktumas T1	22,29	9,93	22,01	8,90	-0,11	0,918
Socialiniai ištekliai T1	33,71	7,51	32,65	9,01	-0,42	0,677
Struktūravimo stilius T1	15,71	4,83	16,62	5,65	0,56	0,574
Bendras T1	138,21	22,86	127,23	26,43	-1,46	0,148

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Tik psichoterapiškai gydęsi asmenys gydymo pradžioje reikšmingai geriau suvokė save palyginti su kombinuoto gydymo grupės pacientais. Tačiau, kaip matome 12 pav., gydymo pradžioje tarp skirtingą gydymą gavusių asmenų nesiskyrė ateities planavimas, socialinė kompetencija, šeimos sutelktumas, socialiniai ištekliai ar struktūravimo stilius.



12 pav. Psichologinio atsparumo įverčiai ir jų palyginimas

Apibendrinant, pacientai, gydęsi psichoterapiškai, buvo mažiau depresiški, ne tiek nerimastingi ar pikti gydymo pradžioje, palyginti su likusiais pacientais. Taip pat psichoterapiškai gydęsi pacientai žemiau vertino ligos patyrimą, etiologiją, bei turėjo žemesnį bendrą motyvacijos psichoterapijai įvertinimą. Šie asmenys pažymėjo turintys mažiau problemų, jie geriau suvokė save ir jų gerovė gydymo pradžioje buvo aukštesnė nei asmenų, kurie gydėsi kombinuotai.

5.2.2. Gydymosi pabaigoje

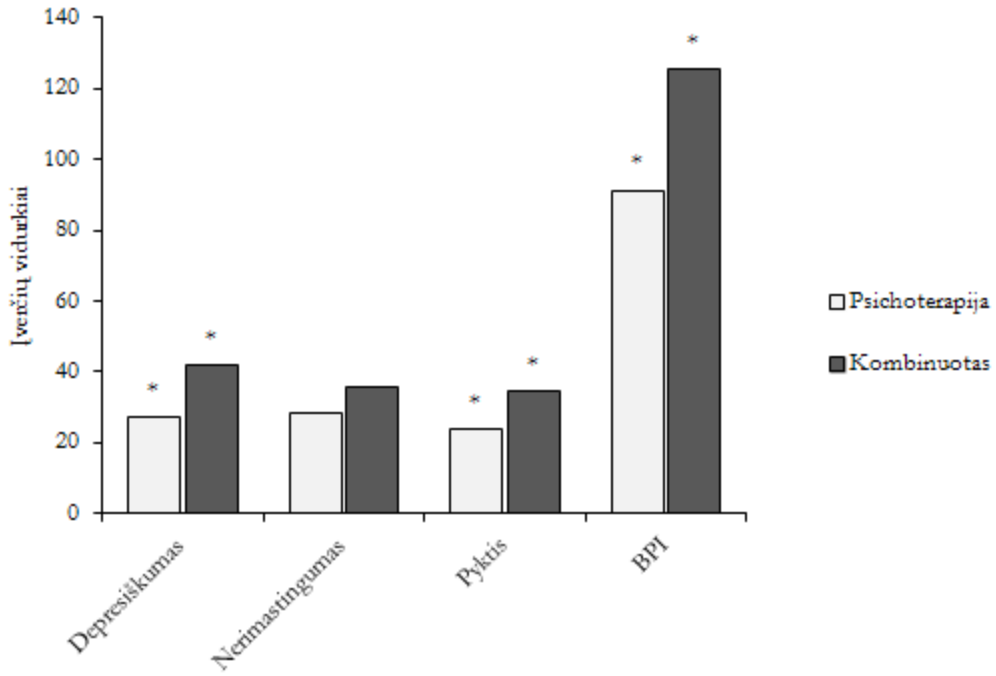
Vertinat visų sergančiųjų simptomų struktūrą po šešių savaičių gydymosi PDS, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis Stjudento t testu) atskirus rodiklius tarp dviejų gydymo grupių – psichoterapinio ir kombinuoto gydymo. Skirtingo gydymo pacientų grupėse **simptomų** išreikštumo įverčiai po gydymo PDS pateikti 21 lentelėje.

21 lentelė. Simptomų (QPASS) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Psichoterapija		Kombinuotas		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
Depresiškumas T2	27,14	12,06	41,73	20,85	2,54	**0,013**
Nerimastingumas T2	28,57	14,64	35,54	20,38	1,22	0,224
Pyktis T2	23,79	14,07	34,30	17,54	2,12	**0,036**
BPI T2	91,14	38,63	125,28	59,46	2,07	**0,041**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Matome (13 pav.), kad aptikti statistiškai reikšmingi skirtumai vertinant simptomus. Kombinuotai gydęsi pacientai buvo labiau depresiški ir pikti iš karto po gydymo PDS. Kombinuotai gydytų pacientų bendras simptomų įvertis buvo aukštesnis, palyginti su psichoterapinio gydymo pacientų grupės įverčiais.



13 pav. Simptomų įverčių vidurkiai ir jų palyginimas po gydymo PDS

Įvertinus psichologinio **distreso** rodiklius tarp skirtingo gydymo grupių asmenų (22 lentelė), matome, kad asmenys nesiskiria pagal patiriamą gerovę, problemas, funkcionavimą, riziką ir bendrą distreso įvertinimą.

22 lentelė. Psichologinio distreso (CORE-OM) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Gerovė T2	5,79	3,02	7,35	3,68	1,49	0,137
Problemos T2	17,57	8,71	22,88	10,56	1,77	0,079
Funkcionavimas T2	16,86	6,38	19,72	8,09	1,25	0,213
Rizika T2	0,64	0,84	2,04	2,74	1,88	0,064
Bendras T2	40,86	16,65	51,98	22,48	1,77	0,081

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

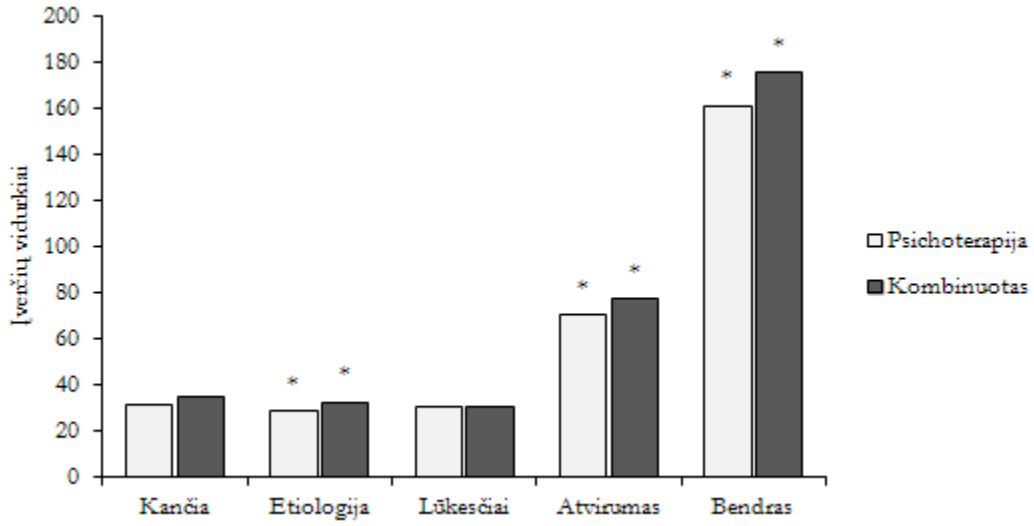
Vertinant **motyvaciją** tarp skirtingo gydymo grupių asmenų (23 lentelė), matome, kad asmenys skyrėsi tarpusavyje vertinant etiologijos, atvirumo ir bendrą motyvacijos įvertį po gydymosi PDS.

23 lentelė. Motyvacijos psichoterapijai (FMP) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Kančia T2	31,43	5,88	34,64	5,70	1,94	0,056
Etiologija T2	28,57	7,73	32,59	4,25	2,84	**0,005**
Lūkesčiai T2	30,64	5,31	30,95	4,42	0,23	0,816
Atvirumas T2	70,57	11,71	77,46	7,35	2,94	**0,004**
Bendras T2	161,21	19,08	175,64	13,69	3,42	**0,001**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Matome (14 pav.), kad pacientai, kurie gydėsi psichoterapiškai, reikšmingai žemiau vertino ligos etiologiją ir atvirumą psichoterapijai, bei turėjo žemesnį bendrą motyvacijos įvertinimą. Abiejų gydymosi grupių pacientai nesiskyrė kančios patyrimu ir lūkesčiais gydymo pradžioje.



14 pav. Motyvacijos įverčių vidurkiai ir jų palyginimas po gydymo PDS

Vertinant psichologinio **atsparumo** skirtumus tarp skirtingo gydymo grupių asmenų (24 lentelė), matome, kad asmenys nesiskyrė pagal jokius atsparumo kriterijus (savęs suvokimą, ateities planavimą, socialinę kompetenciją, šeimos sutelktumą, socialinius išteklius ar struktūravimo stilių) po gydymosi PDS.

24 lentelė. Psichologinio atsparumo (RSA) įverčių vidurkiai po 6 savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Savęs suvokimas T2	25,21	5,74	22,29	6,13	-1,66	0,100
Ateities planavimas T2	15,00	6,70	13,94	6,71	-0,55	0,586
Socialinė kompetencija T2	28,36	7,56	26,85	7,96	-0,66	0,512
Šeimos sutelktumas T2	20,36	9,82	22,83	8,66	0,97	0,336
Socialiniai ištekliai T2	34,07	10,46	34,14	9,53	0,02	0,982
Struktūravimo stilius T2	14,57	5,32	17,20	5,05	1,78	0,078
Bendras T2	137,57	34,71	137,07	28,69	-0,06	0,954

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Apibendrinant, pacientai, kurie gydėsi vien psichoterapiškai, buvo mažiau depresiški ar pikti ne tik gydymo pradžioje, bet ir pasibaigus šešių savaičių gydymuisi, palyginti su kombinuotos gydymo grupės pacientais. Psichoterapinio

gydymo grupės pacientai žemiau vertino ligos etiologiją ir atvirumą psichoterapijai. Tačiau abiejų gydymosi grupių pacientai nesiskyrė pagal patiriamą gerovę, problemas, funkcionavimą, riziką bei psichologinio atsparumo aspektus.

5.2.3. Pakartotinis matavimas

Vertinat visų psichoterapinio ir kombinuoto gydymo sergančiųjų asmenų **simptomų** struktūrą po 6 mėn. po gydymosi PDS, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis Stjudento t testu) atskirus rodiklius tarp dviejų gydymo grupių – psichoterapinio ir kombinuoto gydymo. 25 lentelėje pateikti simptomų išraiškos įverčių vidurkiai skirtingo gydymo grupių pacientų, praėjus po gydymo šešiems mėnesiams. Nenustatyta jokių statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant simptomus. Tad egzistavę skirtumai ankstesniais matavimas nestebimi trečio matavimo metu.

25 lentelė. Simptomų (QPASS) įverčių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	**Psichoterapija**		**Kombinuotas**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
Depresiškumas T3	31,40	19,93	35,08	21,70	0,49	0,621
Nerimastingumas T3	24,00	19,22	26,77	20,17	0,40	0,690
Pyktis T3	21,00	16,71	25,63	17,07	0,79	0,434
BPI T3	85,10	58,41	96,61	61,02	0,55	0,584

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Įvertinus psichologinio **distreso** rodiklius tarp skirtingo gydymo grupių asmenų (26 lentelė), matome, kad pacientai nesiskyrė pagal patiriamą gerovę, problemas, funkcionavimą, riziką ir bendrą distreso įvertinimą praėjus po gydymo 6 mėnesiams.

26 lentelė. Psichologinio distreso (CORE-OM) įvečių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Psichoterapija		Kombinuotas		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
Gerovė T3	6,00	3,49	6,27	4,02	0,20	0,844
Problemos T3	17,60	9,97	18,96	11,48	0,35	0,728
Funkcionavimas T3	15,50	7,15	17,87	8,40	0,83	0,408
Rizika T3	1,70	2,50	1,62	2,82	-0,09	0,930
Bendras T3	40,80	21,18	44,71	24,23	0,48	0,636

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Vertinant **motyvaciją** tarp skirtingo gydymo grupių asmenų (27 lentelė), matome, kad nėra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių – pacientai nesiskyrė kančios patyrimu, etiologija, lūkesčiais ir atvirumu psichoterapijai praėjus pusei metų po gydymo.

27 lentelė. Motyvacijos psichoterapijai (FMP) įverčių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Psichoterapija		Kombinuotas		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
Kančia T3	29,50	4,33	31,69	6,62	1,01	0,320
Etiologija T3	29,00	3,46	30,21	5,77	0,64	0,525
Lūkesčiai T3	31,50	3,89	30,53	4,17	-0,68	0,500
Atvirumas T3	75,00	5,27	73,67	10,72	-0,38	0,705
Bendras T3	165,00	11,50	165,52	22,68	0,07	0,944

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

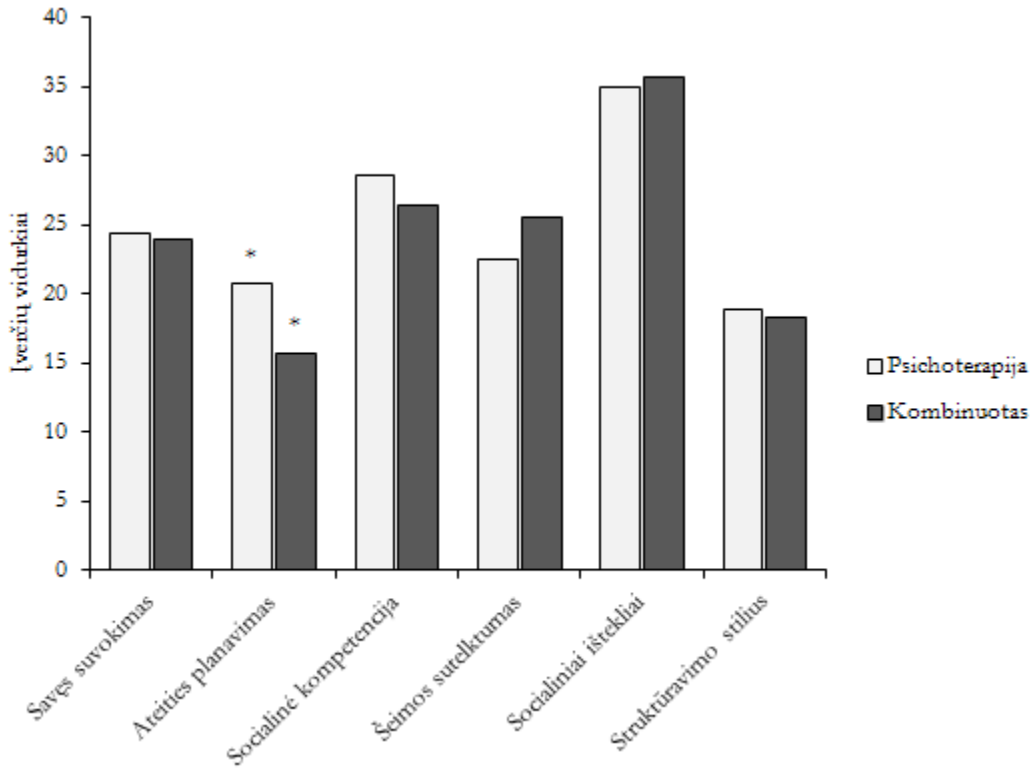
Vertinant psichologinio **atsparumo** skirtumus tarp skirtingo gydymo grupių asmenų (28 lentelė), matome, kad asmenys po 6 mėnesių po gydymosi PDS skyrėsi savo ateities planavimu.

28 lentelė. Psichologinio atsparumo (RSA) įverčių vidurkiai po 6 mėnesių po gydymosi PDS bei jų palyginimas

Skalė	Psichoterapija		Kombinuotas		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
Savęs suvokimas T3	24,30	4,76	23,88	6,84	-0,18	0,855
Ateities planavimas T3	20,70	4,37	15,69	7,34	-2,91	**0,008**
Socialinė kompetencija T3	28,50	6,04	26,42	8,16	-0,76	0,448
Šeimos sutelktumas T3	22,50	10,59	25,48	8,39	0,99	0,328
Socialiniai ištekliai T3	35,00	8,55	35,71	8,74	0,24	0,814
Struktūravimo stilius T3	18,80	5,73	18,21	6,34	-0,27	0,786
Bendras T3	149,80	27,73	145,09	31,87	-0,44	0,665

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

15 pav. matome, kad psichoterapiškai besigydžiusių pacientų ateities planavimas buvo aukštesnis, palyginti su kitais pacientais. Tačiau nenustatėme reikšmingų skirtumų, vertinant savęs suvokimą, socialinę kompetenciją, šeimos sutelktumą, socialinius išteklius ar struktūravimo stilių.



15 pav. Atsparumo įverčių vidurkiai ir palyginimas

Tad **praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi PDS pabaigos**, skirtingo gydymo grupių pacientai nesiskyrė pagal savo depresiškumą, nerimastingumą ar pyktį. Tad egzistavę skirtumai ankstesniais matavimas nebestebimi po pusės metų. Skirtingo gydymo grupės pacientai nesiskyrė kančios patyrimu, etiologija, lūkesčiais ir atvirumu psichoterapijai, taip pat jie nesiskyrė pagal patiriamą gerovę, problemas, funkcionavimą, riziką ir bendrą distreso įvertinimą praėjus po gydymo 6 mėnesiams. Tačiau psichoterapiškai besigydžiusių pacientų ateities planavimas buvo aukštesnis ir po pusės metų po gydymosi PDS, palyginti su kitais pacientais.

5.3. Pokyčiai per laiką

5.3.1. Simptomų išraiškos pokyčiai

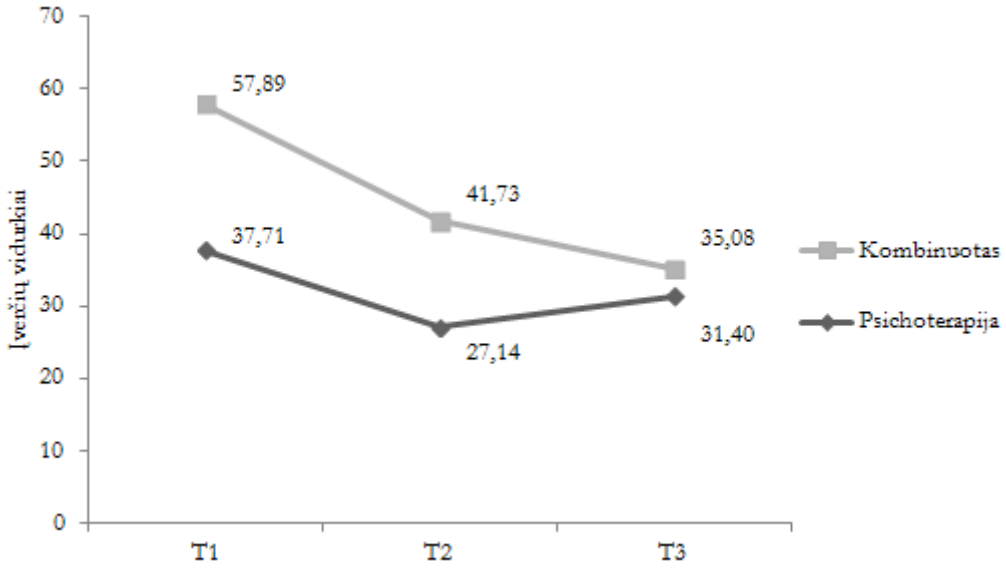
Ar gydymo efektyvumas skyrėsi skirtingais matavimais? Ar buvo skirtumų tarp trijų matavimų, tikrinome naudodamiesi blokuotų duomenų dispersine analize (ANOVA testu). Grupių tarpusavio skirtumus vertinome, remdamiesi Bonferoni post hoc (aposterioriniais) kriterijais. Kaip matome iš tyrimo rezultatų, pateiktų 29 lentelėje, gydymo efektyvumas, kuris išreiškiamas **simptomų** mažėjimu, laikui bėgant statistiškai reikšmingai kito, tai yra per gydymą ir po gydymo depresiškumo, nerimastingumo, pykčio ir bendri simptomai statistiškai reikšmingai mažėjo. Vadinasi, pacientų būklė laikui bėgant statistiškai pagerėjo. Paskutiniame stulpelyje pateiktas efekto dydis, kuris liudija, kiek stiprūs randami skirtumai, tai yra ar jie nėra atsitiktiniai, o iš tikro egzistuoja. Efekto dydis dažnai pateikiamas kaip stiprumo matas (Cohen (1988) pateiktos eta kvadratu efekto dydžio interpretacijos: iki 0,01 – mažas; iki 0,13 – vidutinis; virš 0,14 – didelis stiprumas).

29 lentelė. Simptomų įverčių vidurkiai skirtingais matavimais bei jų palyginimas

Skalė	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	F	p	Efekto dydis
Depresiškumas T1	52,90	19,87	27,70	**0,000**	0,48
Depresiškumas T2	38,21	21,20			
Depresiškumas T3	34,48	21,31			
Nerimastingumas T1	43,90	21,85	22,72	**0,000**	0,43
Nerimastingumas T2	31,95	19,93			
Nerimatingumass T3	26,31	19,89			
Pyktis T1	38,12	19,57	8,85	**0,000**	0,23
Pyktis T2	29,25	16,87			
Pyktis T3	25,23	16,89			
BPI T1	148,92	58,16	28,01	**0,000**	0,48
BPI T2	111,52	60,26			
BPI T3	94,76	60,29			

Pastaba. T1 - pirmas matavimas, T2 - antras matavimas, T3 – trečias matavimas. Efekto dydis – eta kvadratu, F – Fišerio testas

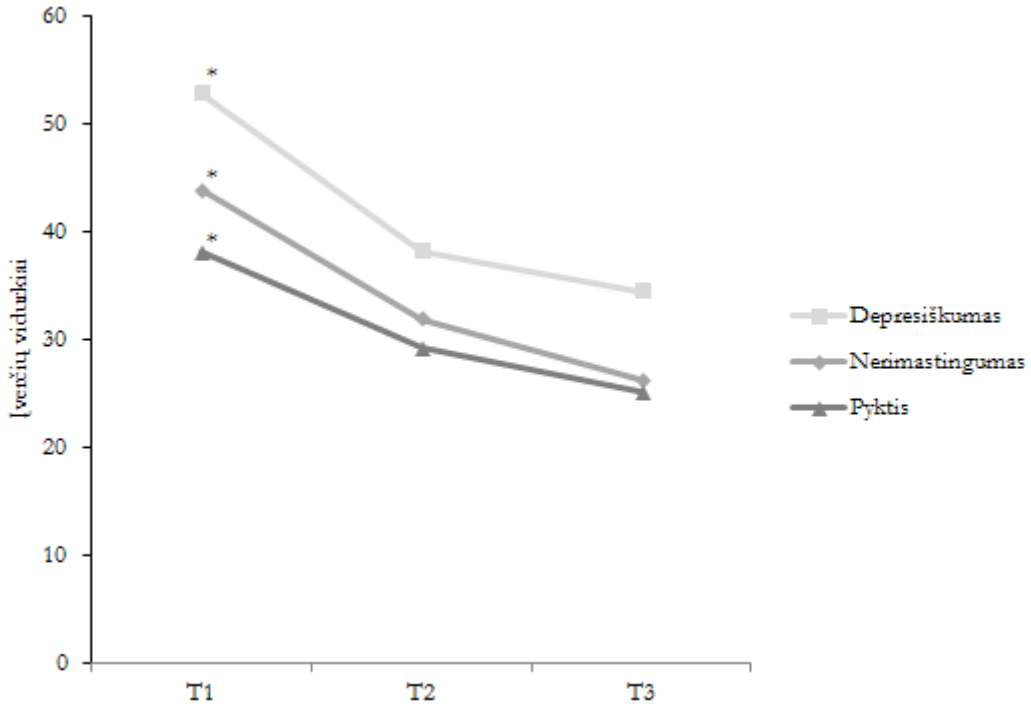
Iš rezultatų, pateiktų 29 lentelėje, matome, kad depresiškumas stipriausiai išreikštas buvo gydymo pradžioje ir jis skyrėsi palyginti su depresiškumu po šešių savaičių gydymo ar po šešių mėnesių. Depresiškumas iš karto po gydymo ir praėjus kuriam tai laikui po gydymo nesiskyrė (17 pav.). Norėdami įvertinti ar pokyčiai skyrėsi skirtingiems asmenims, pagal jų diagnozes ar pagal gydymo būdą, tai yra ar gydymo būdas ir susirgimas galėjo turėti reikšmės pokyčiams per laiką, naudojome blokuotų duomenų dvifaktorine dispersine analize (ANOVA). Rezultatai liudija, kad depresiškumo pokyčiai skirtingi asmenims, kurie gavo skirtingą gydymą (F = 3,55, p = 0,035). Pirmu ir antru matavimu depresiškumo pokyčiai panašūs tarp skirtingo gydymo grupių asmenų (abiejų grupių mažėjo proporcingai), tačiau trečio matavimo depresiškumo stiprumas skyrėsi (16 pav.). Taigi, praėjus 6 mėnesiams po gydymo, psichoterapiškai gydytų pacientų depresiškumas kilo ir pasiekė kombinuotai gydytų pacientų būklę. Kas liudija, kad psichoterapinio gydymo efektyvumas praėjus pusei metų po gydymo mažesnis, palyginti su kombinuoto gydymo pacientų grupe (nes psichoterapija gydytų pacientų depresiškumas didėja). O afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių depresiškumo pokyčiai panašūs (F = 2,51, p = 0,091).



16 pav. Depresiškumo pokyčiai pagal gydymą

Nerimastingumo stiprumas kito tarp visų matavimų (žr. 17 pav.). Nerimastingumas labiausiai išreikštas buvo gydymo pradžioje, paskui silpnėjo. Nerimastingumo pokyčiai panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,10, p = 0,340). Taip pat šių simptomų pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 2,08, p = 0,135).

Pykčio simptomų išraiška didžiausia gydymo pradžioje ir ji skiriasi palyginti su pykčio išraiška po šešių savaičių gydymo ar po šešių mėnesių pakartotinio matavimo. (žr. 17 pav.). Pykčio, kaip ir depresiškumo, stiprumas iš karto po gydymo ir praėjus 6 mėnesiams po gydymo PDS nesiskyrė. Pykčio simptomų pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,89, p = 0,416). Ir psichoterapiškai ir kombinuotai gydytų pacientų pykčio simptomų išreištumas panašūs. Pykčio simptomų pokyčiai panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 1,14, p = 0,327).



17 pav. Simptomų pokyčiai

Bendras simptomų įvertinimo stiprumas skiriasi tarp visų matavimų (žr. 21 pav. 108 psl.). Stipriausi simptomai buvo išreikšti gydymo pradžioje, paskui silpnėjo. Bendrų simptomų išraiškos pokyčiai panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,71, p = 0,190). Taip pat bendrų simptomų pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 2,06, p = 0,138).

5.3.2. Psichologinio distreso pokyčiai

Ne tik simptomų išreikštumas kito laikui bėgant, bet kartu kito ir pacientų patiriamas distresas (30 lentelė). Pacientų gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įvertinimai laikui bėgant statistiškai reikšmingai mažėjo, kas reiškia, kad pacientų jaučiamas distresas sumažėjo ir jų subjektyviai jaučiama savijauta statistiškai reikšmingai pagerėjo.

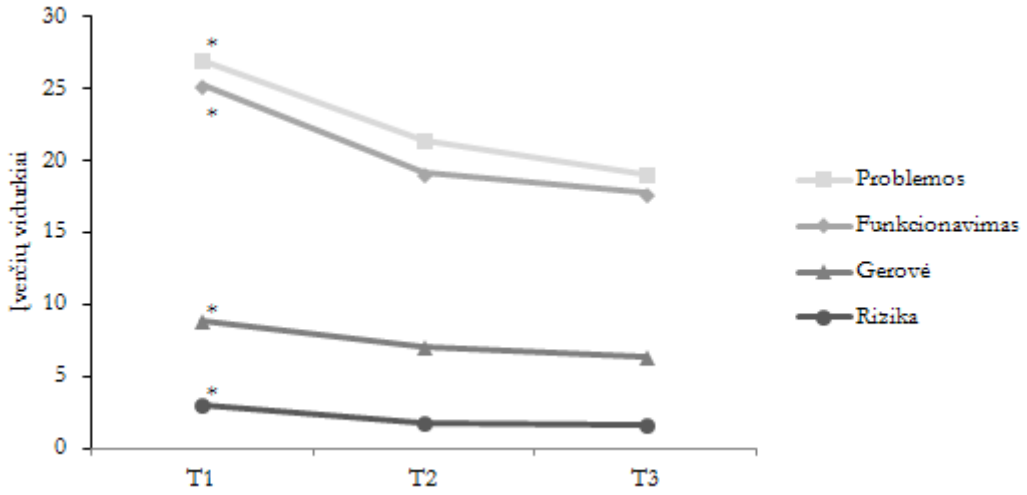
30 lentelė. Psichologinio distreso įvertinimų vidurkiai skirtingais matavimais bei jų palyginimas

Skalė	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	F	p	Efekto dydis
Gerovė T1	8,84	3,22	15,24	**0,000**	0,34
Gerovė T2	7,08	3,47			
Gerovė T3	6,30	3,91			
Problemos T1	26,97	9,19	19,93	**0,000**	0,40
Problemos T2	21,34	10,74			
Problemos T3	19,00	11,09			
Funkcionavimas T1	25,21	8,88	19,48	**0,000**	0,39
Funkcionavimas T2	19,13	7,56			
Funkcionavimas T3	17,72	8,06			
Rizika T1	3,05	3,73	4,31	**0,018**	0,13
Rizika T2	1,82	2,53			
Rizika T3	1,66	2,76			
Bendras T1	61,53	21,18	16,67	**0,000**	0,36
Bendras T2	49,38	21,79			
Bendras T3	44,67	23,37			

Pastaba. T1 - pirmas matavimas, T2 - antras matavimas, T3 – trečias matavimas. F – Fišerio testas. Efekto dydis – eta kvadratu.

Gauti rezultatai rodo, kad pacientų gerovė prasčiausia (aukšti balai) buvo gydymo pradžioje ir jos išraiška skyrėsi palyginti su gerove po šešių savaičių gydymosi PDS ar po 6 mėnesių pakartotinio matavimo (žr. 18 pav.). Gerovės patyrimas iš karto po gydymo ir praėjus 6 mėnesiams po gydymo nesiskyrė. Gerovės pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,35, p = 0,268). Gerovės pokyčiai panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 2,51, p = 0,091). Pacientų problemos buvo didžiausios gydymo pradžioje ir jų išraiška skyrėsi palyginti su problemų įverčių vidurkiais po šešių savaičių gydymo ar po 6 mėnesių pakartotinio matavimo (žr. 18 pav.). Problemų stiprumas iš karto po gydymo ir praėjus 6 mėnesiams po gydymo nesiskyrė. Problemų pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,90, p = 0,159). Problemų pokyčiai panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 1,78, p = 0,179). Funkcionavimas taip pat prasčiausias (aukšti balai) buvo gydymo pradžioje ir jo stiprumas skyrėsi palyginti su funkcionavimo įverčių

vidurkiu po šešių savaičių gydymo ar po 6 mėnesių pakartotinio matavimo (žr. 18 pav.). Funkcionavimo išraiška iš karto po gydymo PDS ir praėjus 6 mėnesiams po gydymo nesiskyrė. Funkcionavimo pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,31, p = 0,738). Funkcionavimo pokyčiai panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,91, p = 0,411). Rizikos įverčiai taip pat didžiausi buvo gydymo pradžioje ir jos stiprumas skyrėsi palyginti su įverčiais po šešių savaičių gydymo ar su įverčiais po 6 mėnesių pakartotinio matavimo (žr. 18 pav.). Rizikos stiprumas iš karto po gydymo ir praėjus 6 mėnesiams po gydymo nesiskyrė. Rizikos pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,89, p = 0,417). Rizikos pokyčiai panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,52, p = 0,596).



18 pav. Psichologinio distreso pokyčiai

Ta pati tendencija stebima ir kalbant apie bendrą distreso įvertinimą, kuris prasčiausias (aukšti balai) gydymo pradžioje ir bendro distreso įverčių vidurkiai skyrėsi nuo įverčių po šešių savaičių gydymo PDS ar po 6 mėnesių pakartotinio matavimo (žr. 21 pav. 108 psl.). Distreso įverčių vidurkiai iš karto po gydymo ir praėjus kuriam laikui po gydymo reikšmingai nesiskyrė. Distreso pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,33, p = 0,274). Savijautos pokyčiai panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 1,13, p = 0,331).

5.3.3. Motyvacijos psichoterapijai pokyčiai

Duomenys, pateikti 31 lentelėje, rodo, kad per laiką kito pacientų **motyvacija** psichoterapiniam gydymuisi. Ligos kančios patyrimas, nuostatos apie ligos etiologiją, atvirumas laikui bėgant statistiškai reikšmingai pakito, o bendri lūkesčiai terapijai reikšmingai nesikeitė. Rezultatai liudija, jog paciento nuostatos apie numanytus jo ligą sukėlusius veiksnius ir atvirumas buvo didžiausi iš karto po gydymo, o praėjus šešiems mėnesiams po gydymo jie sumažėjo. Pacientų ligos kančios patyrimas mažėjo bėgant laikui. Taigi, laikui bėgant kito ne tik gydymo efektyvumas, bet ir tam tikri motyvacijos psichoterapijai aspektai.

31 lentelė. Motyvacijos psichoterapijai įverčių vidurkiai skirtingais matavimais bei jų palyginimas

Skalė	**Vidurkis**	**Standartinis nuokrypis**	**F**	**P**	**Efekto dydis**
Kančia T1	34,61	5,27	7,34	**0,001**	0,20
Kančia T2	33,23	6,16			
Kančia T3	31,34	6,32			
Etiologija T1	30,45	4,52	3,78	**0,028**	0,11
Etiologija T2	31,55	4,69			
Etiologija T3	30,02	5,46			
Lūkesčiai T1	31,30	4,25	0,60	0,550	0,02
Lūkesčiai T2	31,05	4,27			
Lūkesčiai T3	30,67	4,11			
Atvirumas T1	70,36	7,23	15,81	**0,000**	0,35
Atvirumas T2	76,18	7,77			
Atvirumas T3	73,89	10,02			
Bendras T1	166,68	12,31	6,56	**0,003**	0,18
Bendras T2	171,97	13,82			
Bendras T3	165,44	21,20			

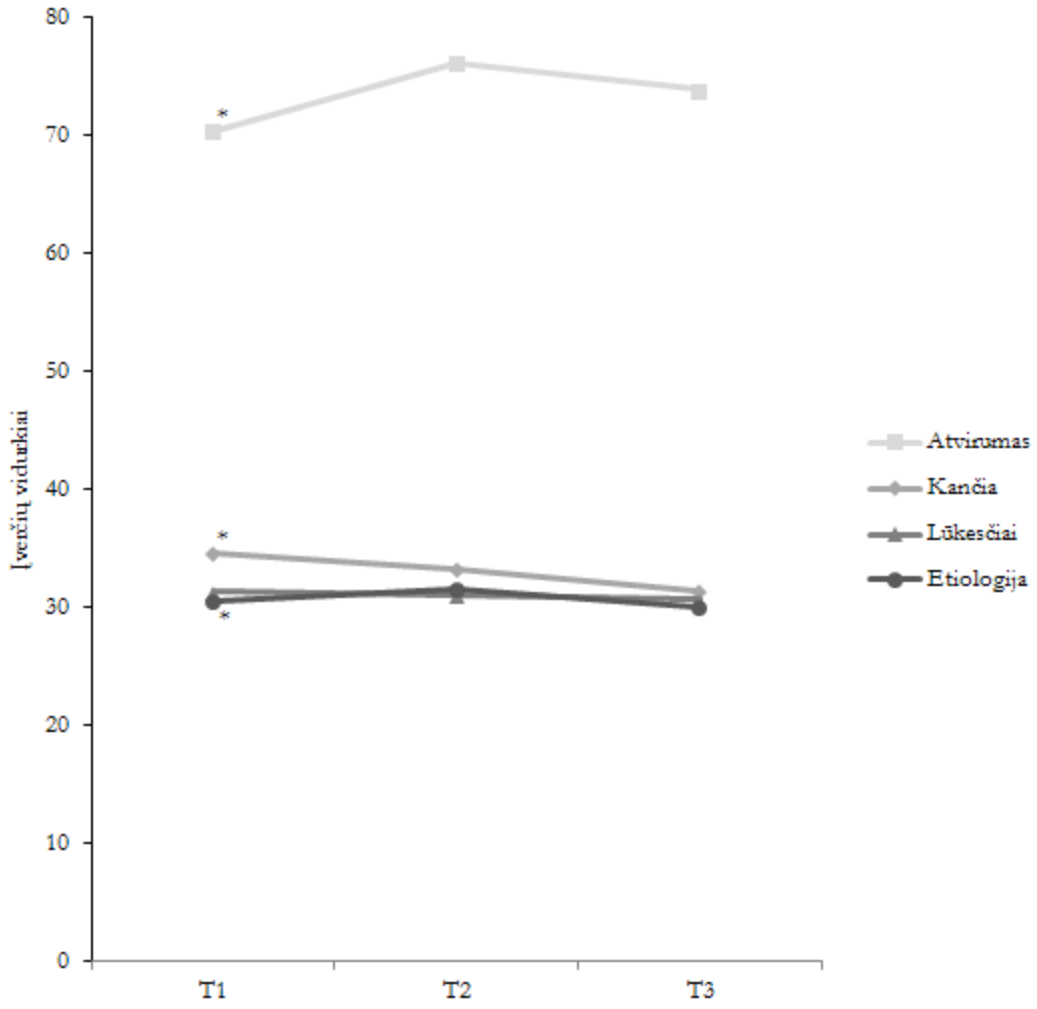
Pastaba. T1 - pirmas matavimas, T2 - antras matavimas, T3 – trečias matavimas. F – Fišerio testas. Efekto dydis – eta kvadratu.

Gauti rezultatai rodo, kad pacientų kančios laipsnis kito tarp matavimų (žr. 19 pav.). Stipriausiai kančia buvo patiriama gydymo pradžioje, paskui silpnėjo. Ligos kančios patyrimo pokyčiai panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,88, p = 0,419). Taip pat ligos kančios patyrimo pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,40, p = 0,674).

Pacientų nuostatos apie numanytus jo ligą sukėlusius etiologinius veiksnius taip pat kito laikui bėgant (žr. 19 pav.). Pacientai linkę keisti nuostatas po gydymo, tačiau nuostatos gydymo pradžioje ir praėjus šešiems mėnesiams po gydymo buvo panašios. Nuostatų kitimas apie ligos etiologiją panašus asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,57, p = 0,568). Taip pat ligos etiologijos pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,30, p = 0,744).

Pacientų lūkesčiai psichoterapijai nekito laikui bėgant (žr. 19 pav.). Lūkesčiai psichoterapijai buvo panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,17, p = 0,845). Taip pat lūkesčiai psichoterapijai laikui bėgant buvo panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,33, p = 0,722).

Atvirumas psichoterapijai žemiausias buvo gydymo pradžioje ir jis skyrėsi palyginti su atvirumu po šešių savaičių gydymo ar po 6 mėnesių savo stiprumu (žr. 19 pav.). Atvirumas psichoterapijai iš karto po gydymo ir praėjus 6 mėnesiams po gydymo nesiskyrė. Atvirumas psichoterapijai buvo panašus asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,14, p = 0,326). Taip pat atvirumas psichoterapijai laikui bėgant buvo panašus ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,15, p = 0,862).



19 pav. Motyvacijos psichoterapijai pokyčiai

Bendri motyvacijos psichoterapijai įverčiai skyrėsi laikui bėgant (žr. 21 pav. 108 psl.). Gydymo pradžioje ir po gydymo praėjus šešiems mėnesiams šie įverčiai nesiskyrė, tačiau jie buvo skirtingi nuo įverčių, gautų iš karto po gydymo (kurie buvo didžiausi, palyginti su kitais matavimais). Bendra motyvacija psichoterapijai buvo panaši asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,25, p = 0,293). Taip pat motyvacija psichoterapijai laikui bėgant buvo panaši ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,13, p = 0,875).

5.3.4. Psichologinio atsparumo pokyčiai

Rezultatai liudija, kad ir psichologinis atsparumas ir atskiri jo aspektai laikui bėgant kito (32 lentelė). Pacientų savęs suvokimo, ateities planavimo, šeimos sutelktumo, struktūravimo stiliaus įvertinimai laikui bėgant statistiškai reikšmingai padidėjo, kas reiškia, kad psichologinis atsparumas statistiškai reikšmingai pagerėjo.

32 lentelė. Atsparumo įvertinimų vidurkiai skirtingais matavimais bei jų palyginimas

Skalė	**Vidurkis**	**Standartinis nuokrypis**	**F**	**p**	**Efekto dydis**
Savęs suvokimas T1	21,80	5,56	3,28	0,045	0,10
Savęs suvokimas T2	23,13	5,76			
Savęs suvokimas T3	23,87	6,53			
Ateities planavimas T1	12,71	6,35	8,61	0,001	0,24
Ateities planavimas T2	14,74	6,69			
Ateities planavimas T3	16,24	7,19			
Socialinė kompetencija T1	25,31	8,56	1,94	0,154	0,06
Socialinė kompetencija T2	26,62	7,49			
Socialinė kompetencija T3	26,63	7,84			
Šeimos sutelktumas T1	22,24	9,41	5,38	0,007	0,16
Šeimos sutelktumas T2	22,44	8,74			
Šeimos sutelktumas T3	25,09	8,15			
Socialiniai ištekliai T1	33,28	8,71	2,66	0,078	0,08
Socialiniai ištekliai T2	34,87	8,61			
Socialiniai ištekliai T3	35,45	8,66			
Struktūravimo stilius T1	16,82	5,79	3,41	0,040	0,11
Struktūravimo stilius T2	16,92	5,14			
Struktūravimo stilius T3	18,37	6,29			
Bendras T1	131,37	27,26	6,08	0,004	0,17
Bendras T2	137,97	28,38			
Bendras T3	145,07	30,71			

Pastaba. T1 - pirmas matavimas, T2 - antras matavimas, T3 – trečias matavimas. F – Fišerio testas. Efekto dydis – eta kvadratu.

Matome, kad pacientų savęs suvokimas pagerėja po gydymo ir jis skyrėsi praėjus po gydymo šešiems mėnesiams nuo pradinio savęs suvokimo, kuris buvo

matuojamas prieš gydymą (žr. 20 pav.). Savęs suvokimas iš karto po gydymo ir po gydymo praėjus šešiems mėnesiams nesiskyrė. Savęs suvokimo pokyčiai panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 2,18, p = 0,122). Taip pat savęs suvokimo pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,08, p = 0,927).

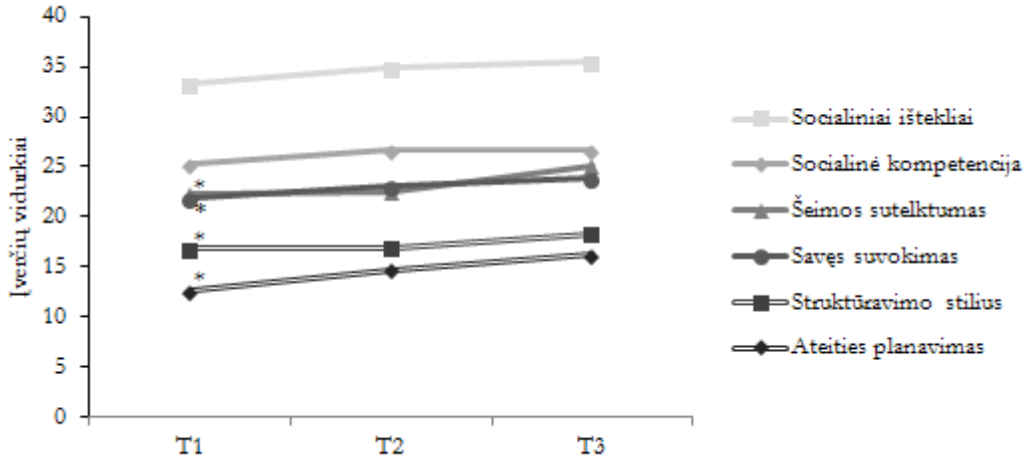
Ateities planavimas skyrėsi tarp visų matavimų (žr. 20 pav.). Silpniausias jis buvo gydymo pradžioje, paskui stiprėjo. Ateities planavimo pokyčiai panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,88, p = 0,419). Taip pat ateities planavimo pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,55, p = 0,580).

Socialinė kompetencija nesiskyrė tarp trijų matavimų (žr. 20 pav.). Laikui bėgant ji labai mažai kito. Ar gali būti, kad skirtingų pacientų socialinė kompetencija skyrėsi laikui bėgant ir vienų kito labiau, o kitų visai nekito? Socialinės kompetencijos pokyčiai panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,42, p = 0,660). Taip pat socialinės kompetencijos pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 1,74, p = 0,186). Šeimos sutelktumas stipriausias buvo po gydymo praėjus šešiems mėnesiams ir jis skyrėsi palyginti su šeimos sutelktumo gydymo pradžioje ir po šešių savaičių gydymo PDS (žr. 20 pav.). Šeimos sutelktumas prieš gydymą ir iš karto po gydymo nesiskyrė. Šeimos sutelktumo pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,88, p = 0,419). Šeimos sutelktumo pokyčiai buvo panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,18, p = 0,840).

Socialiniai ištekliai, kaip ir socialinė kompetencija nesiskyrė tarp trijų matavimų (žr. 20 pav.). Laikui bėgant ji labai mažai kito. Socialinių išteklių pokyčiai buvo panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 1,21, p = 0,305). Taip pat šių išteklių pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,26, p = 0,772).

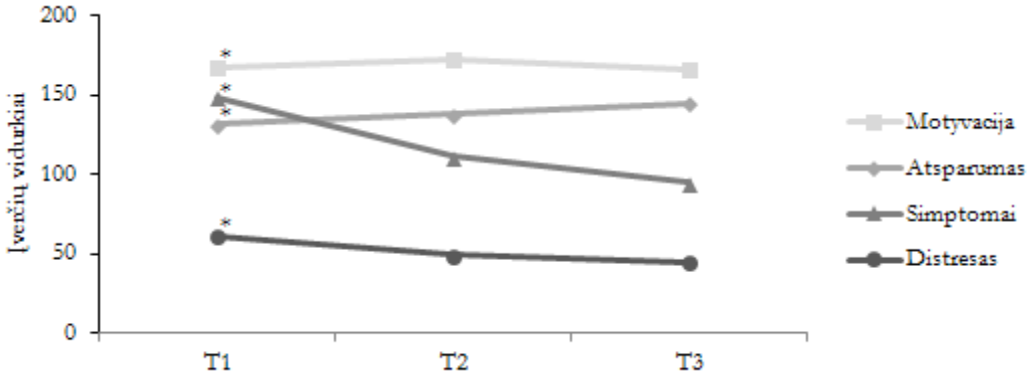
Struktūravimo stilius stipriausias buvo po gydymo praėjus šešiems mėnesiams ir jis skyrėsi palyginti su struktūravimo stiliumi gydymo pradžioje ir po šešių savaičių gydymo (žr. 20 pav.). Struktūravimo stilius prieš gydymą ir iš karto po gydymo nesiskyrė. Struktūravimo stiliaus pokyčiai nesiskyrė asmenims, kurie

gydėsi skirtingai (F = 1,24, p = 0,296). Šio stiliaus pokyčiai panašūs tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,59, p = 0,557).



20 pav. Psichologinio atsparumo pokyčiai

Bendras psichologinis atsparumas skyrėsi tarp visų matavimų (žr. 21 pav.). Žemiausias jis buvo gydymo pradžioje, paskui statistiškai reikšmingai padidėjo. Psichologinio atsparumo pokyčiai panašūs asmenims, kurie gydėsi skirtingai (F = 0,35, p = 0,707). Taip pat psichologinio atsparumo pokyčiai panašūs ir tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų asmenų grupių (F = 0,46, p = 0,634).



21 pav. Skalių bendrųjų įverčių pokyčiai

Apibendrinant, galima teigti, kad egzistuoja nemažai pokyčių per laiką. Pacientų simptomai mažėja, jų savijauta gerėja, gerėja kartu ir psichologinis

atsparumas, tačiau kartu mažėja ir motyvacija psichoterapijai. Skirtingas pacientų gydymas turi lemiamą reikšmę tik depresijos pokyčiams per laiką. Tačiau asmenų skirtingos diagnozės neturi lemiamos reikšmės pokyčiams.

5.4. Demografinių charakteristikų ir kintamųjų ryšys bei palyginimai

5.4.1. Gydymosi pradžioje

Siekiant įvertinti sergančių asmenų simptomų struktūros stacionarinio ar kombinuoto gydymo pradžioje skirtumus pagal atskiras demografines charakteristikas, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis nepriklausomų imčių Stjudento t testu ir vienfaktorine blokuotų duomenų analize (ANOVA)) atskirus rodiklius tarp dviejų ar daugiau grupių. 33 lentelėje pateikti gydymo efektyvumo **vyrų ir moterų** įvertinimai gydymo pradžioje.

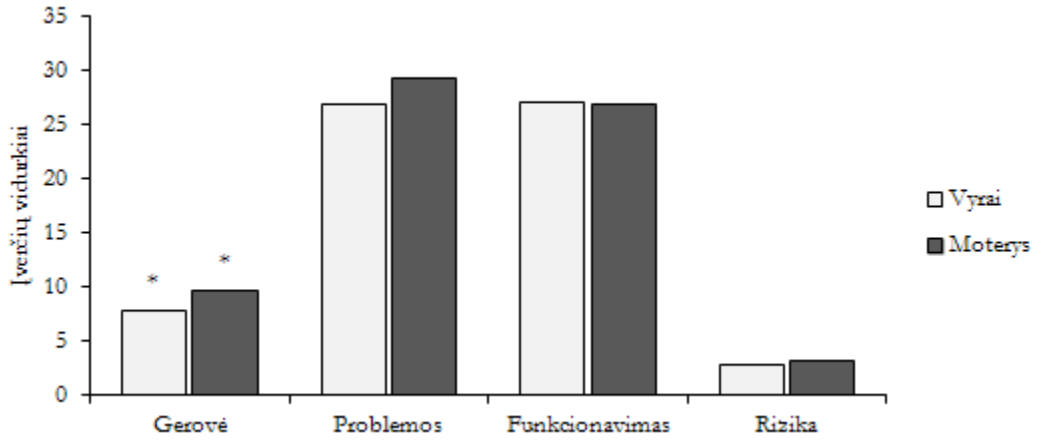
33 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai gydymosi PDS pradžioje bei jų palyginimas tarp vyrų ir moterų

Skalė	**Vyrai**		**Moterys**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T1	47,39	21,18	56,68	18,77	-1,84	0,068
Nerimastingumas T1	40,50	22,96	49,91	21,23	-1,67	0,099
Pyktis T1	37,61	21,27	39,52	18,11	-0,39	0,698
BPI T1	144,22	69,41	163,34	56,11	-1,24	0,217
DISTRESAS						
Gerovė T1	7,83	3,11	9,75	3,48	-2,14	**0,035**
Problemos T1	26,94	9,67	29,30	9,13	-0,97	0,332
Funkcionavimas T1	27,06	7,76	26,91	8,89	0,07	0,948
Rizika T1	2,83	2,96	3,23	3,57	-0,47	0,637
Bendras T1	61,89	20,63	66,54	21,15	-0,84	0,402
MOTYVACIJA						
Kančia T1	34,28	5,52	35,51	5,59	-0,84	0,402
Etiologija T1	29,06	5,43	31,56	3,95	-2,25	**0,027**
Lūkesčiai T1	31,28	4,14	31,05	3,99	0,21	0,831
Atvirumas T1	68,83	6,48	71,94	7,15	-1,68	0,095
Bendras T1	163,44	11,93	170,05	12,39	-2,05	**0,043**

Skalė	Vyrai		Moterys		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T1	22,59	5,98	20,70	5,41	1,28	0,205
Ateities planavimas T1	12,29	4,99	11,54	6,62	0,44	0,660
Socialinė kompetencija T1	22,06	8,06	26,03	8,23	-1,80	0,074
Šeimos sutelktumas T1	18,24	9,53	22,92	8,72	-1,96	0,052
Socialiniai ištekliai T1	30,65	9,20	33,29	8,66	-1,12	0,264
Struktūravimo stilius T1	16,88	4,77	16,40	5,70	0,33	0,744
Bendras T1	122,71	23,85	130,26	26,53	-1,08	0,283

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus; T1 - pirmas matavimas

Matome, kad nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant tam tikrus motyvacijos ir psichologinio distreso aspektus. Moterys gydymo pradžioje statistiškai reikšmingai aukščiau įvertino gerovės skalę, kas liudija apie jų prastesnę patiriamą gerovę (aukšti balai žymi prastą gerovę) palyginti su vyrais (22 pav.). Moterys taip pat turėjo aukštesnius ligos etiologijos bei bendrą motyvacijos psichoterapijai įvertinimą. Visi kiti aspektai gydymosi PDS pradžioje buvo panašūs tarp vyrų ir moterų.



22 pav. Vyrų ir moterų psichologinio distreso skirtumai gydymosi PDS pradžioje

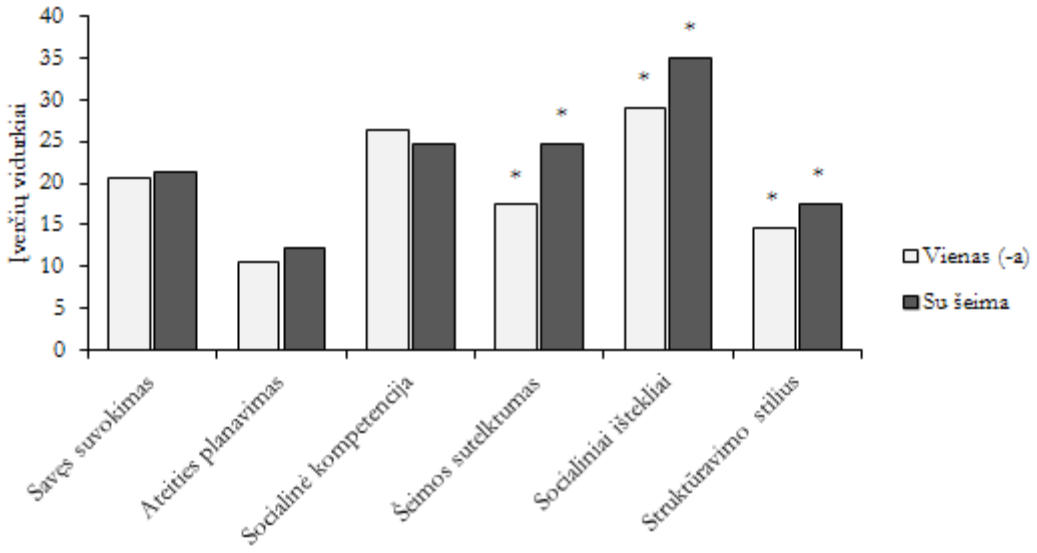
Norėdami įvertinti ar asmens **šeiminė padėtis** gali sietis su tam tikrais gydymosi aspektais, palyginome dviejų grupių, tų, kurie gyvena vieni ir kurie gyvena su šeima, rezultatus (34 lentelė).

34 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai gydymosi PDS pradžioje bei jų palyginimas pagal asmens šeiminę padėtį

Skalė	Vienas(-a)		Su šeima		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T1	54,74	20,51	55,02	19,03	-0,07	0,948
Nerimastingumas T1	45,29	22,02	49,78	21,62	-0,97	0,334
Pyktis T1	39,29	16,58	39,08	19,89	0,05	0,960
BPI T1	157,11	56,54	161,23	60,70	-0,33	0,744
DISTRESAS						
Gerovė T1	9,74	3,74	9,17	3,33	0,77	0,443
Problemos T1	29,83	8,94	28,27	9,42	0,79	0,432
Funkcionavimas T1	28,03	8,78	26,29	8,58	0,94	0,348
Rizika T1	3,91	3,78	2,75	3,20	1,60	0,113
Bendras T1	68,74	21,08	63,81	20,96	1,10	0,274
MOTYVACIJA						
Kančia T1	35,46	5,93	35,17	5,39	0,24	0,808
Etiologija T1	32,09	3,83	30,50	4,55	1,73	0,086
Lūkesčiai T1	32,03	3,71	30,55	4,10	1,76	0,082
Atvirumas T1	71,75	7,54	71,12	6,89	0,41	0,681
Bendras T1	171,31	11,37	167,33	13,02	1,51	0,136
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T1	20,69	5,74	21,26	5,45	-0,48	0,631
Ateities planavimas T1	10,48	6,01	12,36	6,45	-1,37	0,175
Socialinė kompetencija T1	26,43	8,22	24,62	8,34	1,02	0,311
Šeimos sutelktumas T1	17,41	8,76	24,78	8,04	-4,10	**0,000**
Socialiniai ištekliai T1	29,11	8,06	35,03	8,49	-3,32	**0,001**
Struktūravimo stilius T1	14,69	5,25	17,57	5,44	-2,51	**0,014**
Bendras T1	117,71	25,26	135,62	24,43	-3,38	**0,001**

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus; T1 - pirmas matavimas

Matome, kad buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant psichologinio atsparumo aspektus (23 pav.). Asmenys, kurie gyvena su šeima, turėjo aukštesnius šeimos sutelktumo, socialinių išteklių, struktūravimo stiliaus ir bendro psichologinio įvertinimo įverčius. Visi kiti aspektai gydymo pradžioje buvo panašūs tarp asmenų, kurie gyvena vieni ir kurie gyvena su šeima.



23 pav. Psichologinio atsparumo skirtumai pagal šeiminė padėtį

Taip pat palyginome asmenis, kurie užsiima skirtinga **veikla** (moksleiviai/studentai, dirbantys asmenys ir nedirbantys asmenys). Rezultatai liudija (35 lentelė), kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai vertinant tam tikrus motyvacijos, savijautos ir psichologinio atsparumo aspektus.

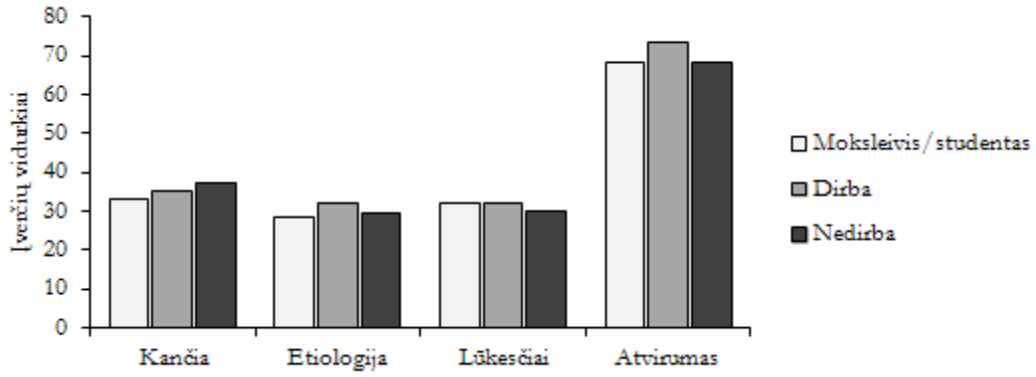
35 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai gydymosi PDS pradžioje bei jų palyginimas pagal asmenų veiklą

Skalė	**Moksleivis / studentas**		**Dirba**		**Nedirba**		**F**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI								
Depresiškumas T1	46,33	21,20	57,48	18,03	55,21	20,79	2,32	0,104
Nerimatingumas T1	39,78	16,91	51,55	20,84	45,58	26,70	2,23	0,113
Pyktis T1	34,72	20,54	41,36	16,53	36,63	22,56	1,09	0,340
BPI T1	141,06	57,40	168,33	54,92	151,06	69,34	1,75	0,179
DISTRESAS								
Gerovė T1	9,38	3,48	9,81	3,47	10,05	3,14	4,52	**0,013**
Problemos T1	25,00	7,67	30,10	9,25	28,47	9,88	2,08	0,131
Funkcionavimas T1	23,35	8,65	27,47	8,42	28,53	7,38	1,93	0,151
Rizika T1	3,18	3,45	3,34	3,67	2,68	2,81	0,26	0,773
Bendras T1	56,24	21,26	68,09	20,89	66,63	19,91	2,17	0,120

Skalė	Moksleivis / studentas		Dirba		Nedirba		F	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
MOTYVACIJA								
Kančia T1	33,06	5,64	35,40	5,44	37,00	5,46	2,43	0,094
Etiologija T1	28,72	4,25	32,26	3,94	29,74	4,54	6,33	**0,003**
Lūkesčiai T1	32,06	4,32	32,21	3,56	29,84	4,83	1,49	0,231
Atvirumas T1	68,44	6,66	73,21	7,29	68,42	4,96	5,60	**0,005**
Bendras T1	162,28	10,40	172,07	12,39	165,00	11,77	5,84	**0,004**
ATSPARUMAS								
Savęs suvokimas T1	22,29	5,18	20,95	5,75	20,21	5,29	0,65	0,523
Ateities planavimas T1	15,06	5,24	11,53	6,83	9,11	4,22	4,31	**0,016**
Social. kompetencija T1	24,59	8,50	26,32	8,05	22,89	8,73	1,30	0,278
Šeimos sutelktumas T1	18,35	7,91	22,30	9,16	24,63	8,83	2,30	0,106
Socialiniai ištekliai T1	33,18	9,92	32,65	8,74	32,95	8,26	0,03	0,974
Struktūravimo stilius T1	15,82	5,22	16,70	5,58	16,42	5,83	0,16	0,849
Bendras T1	129,29	25,11	129,65	27,09	126,21	25,11	0,12	0,884

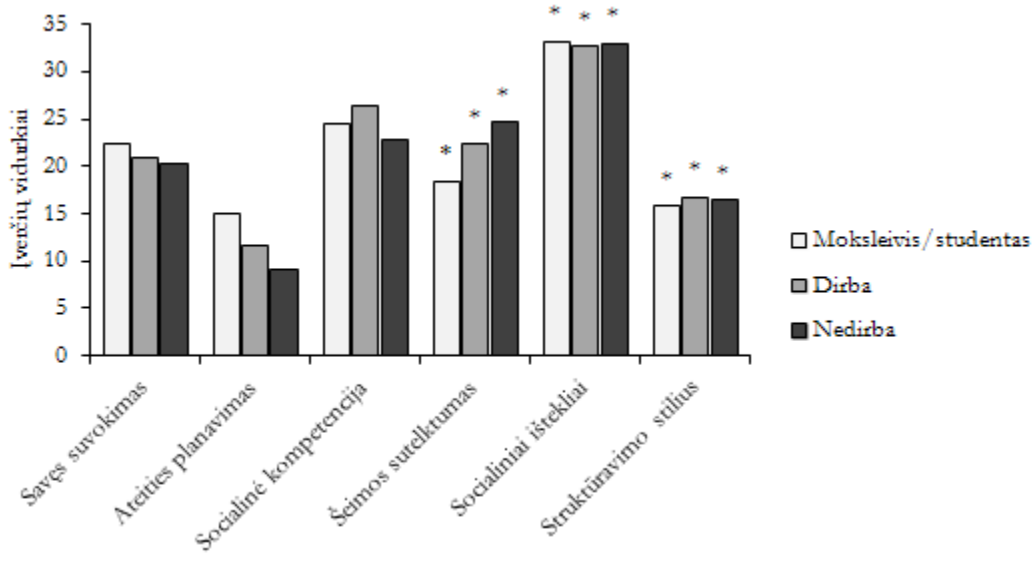
Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, F – Fišerio testas; T1 - pirmas matavimas

Matome, kad iš motyvacijos psichoterapijai kintamųjų skyrėsi etiologijos, atvirumo ir bendras motyvacijos psichoterapijai įvertinimas (24 pav.). Dirbančių asmenų atvirumo psichoterapijai įvertinimas buvo aukščiausias ir skyrėsi nuo nedirbančių ir moksleivių/studentų. Moksleivių/studentų ir nedirbančių asmenų atvirumo įvertinimai reikšmingai nesiskyrė. Pagal ligos etiologijos ir bendrą motyvacijos įvertinimą dirbantys asmenys, kurių įvertinimai aukščiausi, skyrėsi nuo moksleivių/studentų, kurių įvertinimai buvo žemiausi. Tačiau moksleivių/studentų ir nedirbančių arba dirbančių ir nedirbančių įvertinimai reikšmingai nesiskyrė.



24 pav. Motyvacijos psichoterapiniam gydymui skirtumai pagal tiriamųjų veiklą

Taip pat skyrėsi pacientų išgyvenama gerovė, kur radome, kad moksleiviai/studentai čia skyrėsi nuo visų kitų. Jų gerovė buvo žemiausiai vertinama, kas liudijo apie gerą gerovę palyginti su dirbančiais ir nedirbančiais asmenimis. Moksleiviai/studentai taip pat skyrėsi pagal ateities vertinimą (žr. 25 pav.), kur jų įvertinimai buvo aukščiausi ir kas liudijo, kad jie geriau, palyginti su nedirbančiais ir dirbančiais, vertino savo ateitį. Tarp nedirbančių ir dirbančių nei gerovės, nei ateities planavimo vertinimuose reikšmingų skirtumų nebuvo.



25 pav. Psichologinio atsparumo skirtumai pagal tiriamųjų veiklą

Rezultatai rodo (36 lentelė), kad **amžius** siejosi su atvirumu psichoterapijai ir šeimos sutelktumu gydymosi PDS pradžioje (įvertinimui

naudotas Spearman koreliacijos koeficientas). Kuo vyresnis asmuo, tuo jis labiau buvo motyvuotas psichoterapijai ir tuo patyrė didesnį šeimos sutelktumą. Asmens **išsilavinimas** siejosi taip pat su šeimos sutelktumu ir ligos etiologija. Kuo asmuo turėjo aukštesnį išsilavinimą, tuo šeimos sutelktumas buvo mažesnis ir tuo mažesnis buvo ligos etiologijos įvertis. **Ligos trukmė** neturėjo jokio ryšio su atskirais kintamaisiais gydymosi PDS pradžioje.

36 lentelė. Amžiaus, išsilavinimo ir gydymo trukmės ryšys su visais kintamaisiais gydymo pradžioje

Skalė	**Amžius**	**Išsilavinimas**	**Ligos trukmė**
SIMPTOMAI			
Depresškumas T1	0,05	-0,11	-0,03
Nerimastingumas T1	0,09	-0,05	-0,11
Pyktis T1	0,03	-0,04	-0,05
BPI T1	0,04	-0,08	-0,07
DISTRESAS			
Gerovė T1	0,08	-0,11	0,01
Problemos T1	0,15	-0,16	-0,01
Funkcionavimas T1	0,04	-0,08	0,02
Rizika T1	-0,08	0,11	-0,08
Bendra T1	0,09	-0,09	-0,01
MOTYVACIJA			
Kančia T1	0,15	-0,02	0,01
Etiologija T1	0,08	-0,24*	0,06
Lūkesčiai T1	-0,15	-0,02	-0,03
Atvirumas T1	0,24*	-0,19	0,18
Bendra T1	0,17	-0,19	0,12
ATSPARUMAS			
Savęs suvokimas T1	-0,06	0,04	-0,08
Ateities planavimas T1	-0,19	0,016	-0,14
Socialinė kompetencija T1	0,06	-0,16	0,05
Šeimos sutelktumas T1	0,39***	-0,22*	0,10
Socialiniai ištekliai T1	0,19	0,07	0,05
Struktūravimo stilius T1	0,11	0,06	0,12
Bendra T1	0,20	-0,08	0,03

Pastaba. *** $p < 0,001$; * $p < 0,05$. T1 - pirmas matavimas

Tad gydymo pradžioje buvo tam tikrų skirtumų pagal demografines charakteristikas – tarp vyrų ir moterų, tarp asmenų, kurie gyvena vieni ir su šeima, tarp asmenų, kurie užsiima skirtinga veikla. Taip pat amžius ir išsilavinimas siejamas su tam tikrais aspektais.

5.4.2. Gydymosi pabaigoje

Siekiant įvertinti sergančių asmenų simptomų struktūros stacionarinio ar kombinuoto gydymo pabaigoje skirtumus pagal atskiras demografines charakteristikas, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis nepriklausomų imčių Stjudento t testu ir vienfaktorine blokuotų duomenų analize (ANOVA)) atskirus rodiklius tarp dviejų ar daugiau grupių. 37 lentelėje pateikti gydymo efektyvumo **vyrų ir moterų** įvertinimai po gydymo.

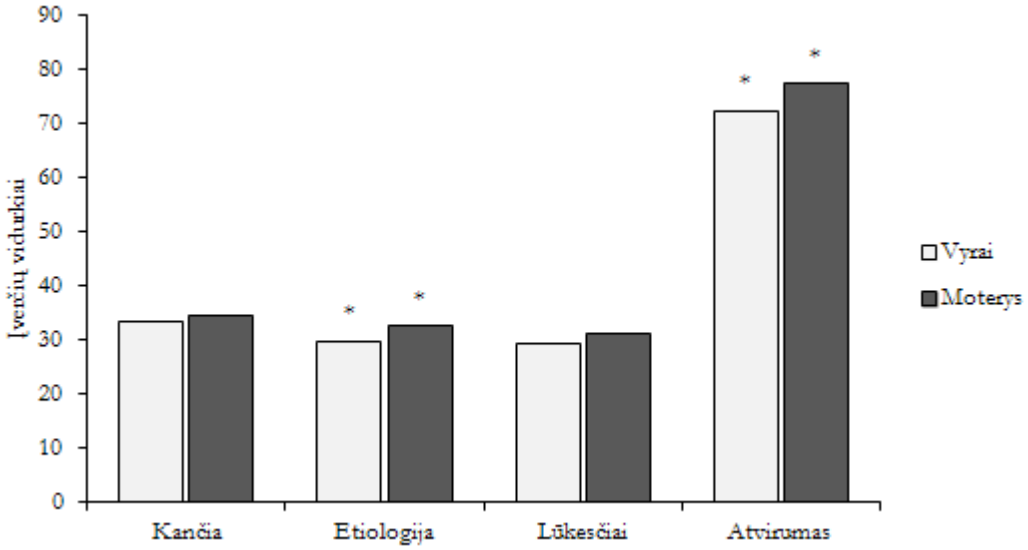
37 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai po šešių savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas tarp vyrų ir moterų

Skalė	**Vyrai**		**Moterys**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T2	33,72	23,49	40,95	19,56	-1,36	0,178
Nerimastingumas T2	30,72	22,13	35,40	19,18	-0,91	0,368
Pyktis T2	30,61	21,55	33,24	16,41	-0,57	0,568
BPI T2	108,22	73,20	123,07	54,03	-0,98	0,331
DISTRESAS						
Gerovė T2	6,17	2,99	7,34	3,73	-1,24	0,218
Problemos T2	20,22	13,15	22,53	9,77	-0,84	0,401
Funkcionavimas T2	19,83	8,02	19,17	7,92	0,32	0,750
Rizika T2	2,00	2,20	1,79	2,70	-0,45	0,653
Bendras T2	48,22	24,62	50,83	21,49	0,32	0,750
MOTYVACIJA						
Kančia T2	33,22	6,74	34,39	5,60	-0,77	0,446
Etiologija T2	29,83	7,06	32,51	4,39	-2,05	**0,043**
Lūkesčiai T2	29,28	4,88	31,29	4,39	1,71	0,090
Atvirumas T2	72,33	10,19	77,40	7,72	-2,35	**0,021**
Bendras T2	164,67	18,11	175,58	14,01	-2,81	**0,006**

Skalė	Vyrai		Moterys		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T2	23,06	7,26	22,65	5,89	0,25	0,802
Ateities planavimas T2	14,11	6,71	14,09	6,72	0,01	0,991
Socialinė kompetencija T2	23,78	6,60	27,84	8,00	-2,00	**0,048**
Šeimos sutelktumas T2	19,94	8,27	23,05	8,89	-1,35	0,180
Socialiniai ištekliai T2	32,67	10,35	34,47	9,47	-0,71	0,477
Struktūravimo stilius T2	17,500	4,81	16,65	5,24	0,63	0,53
Bendras T2	131,06	30,56	138,57	29,19	-0,98	0,33

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus; T2 - antras matavimas

Rezultatai liudija, kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant tam tikrus motyvacijos ir psichologinio atsparumo aspektus. Moterys gydymo pabaigoje, kaip ir gydymo pradžioje, turėjo aukštesnius ligos etiologijos bei bendrą motyvacijos psichoterapijai įvertinimą (žr. 26 pav.).



26 pav. Vyrų ir moterų motyvacijos psichoterapiniam gydymui skirtumai po gydymosi

Nustatėme, kad po gydymo moterų buvo aukštesni atvirumo psichoterapijai ir socialinės kompetencijos įvertinimai. Visi kiti aspektai pasibaigus šešių savaičių gydymui PDS buvo panašūs tarp vyrų ir moterų.

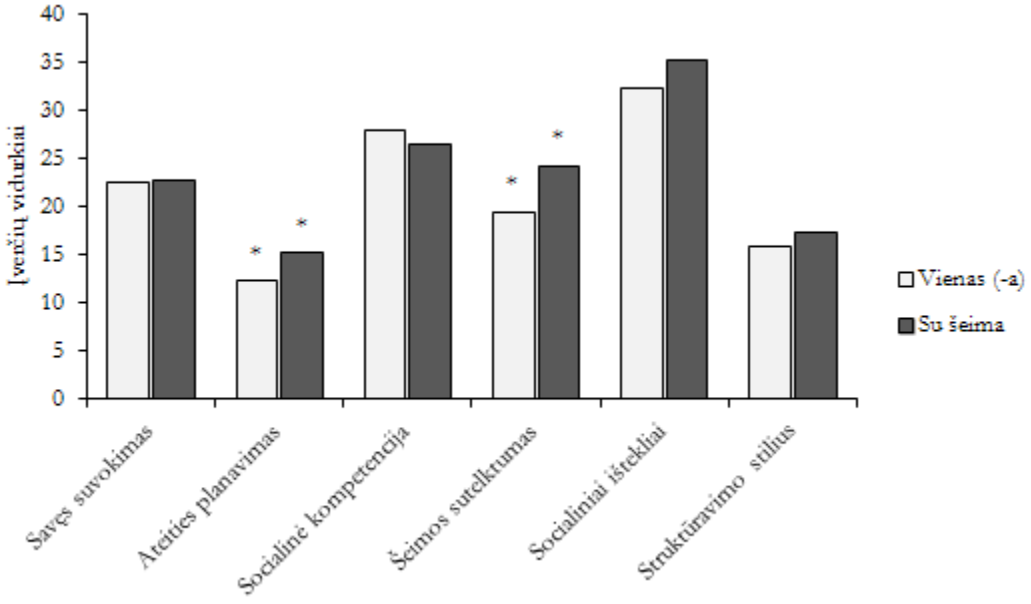
Vertinant ar asmens **šeiminė padėtis** galėjo sietis su tam tikrais aspektais, palyginome dviejų grupių, tų, kurie gyvena vieni ir kurie gyvena su šeima, rezultatus (38 lentelė). Rezultatai liudija, kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant du psichologinio atsparumo aspektus.

38 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai po šešių savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas pagal šeiminę padėtį

Skalė	**Vienas(-a)**		**Su šeima**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T2	36,43	19,64	41,42	20,81	-1,15	0,253
Nerimastingumas T2	31,37	21,74	36,35	18,41	-1,19	0,238
Pyktis T2	28,34	15,61	35,34	18,02	-1,91	0,059
BPI T2	109,77	58,27	126,37	57,43	-1,35	0,180
DISTRESAS						
Gerovė T2	7,29	3,60	7,01	3,66	0,35	0,729
Problemos T2	21,49	10,96	22,45	10,22	-0,43	0,667
Funkcionavimas T2	20,23	7,40	18,75	8,19	0,88	0,382
Rizika T2	2,09	2,97	1,68	2,37	0,73	0,470
Bendras T2	51,09	22,47	49,90	21,90	0,25	0,801
MOTYVACIJA						
Kančia T2	34,09	6,55	34,22	5,39	-0,11	0,916
Etiologija T2	32,14	5,53	31,92	4,83	0,21	0,835
Lūkesčiai T2	32,03	4,13	30,25	4,66	1,87	0,065
Atvirumas T2	77,83	9,87	75,63	7,43	1,23	0,222
Bendras T2	176,09	16,87	172,02	14,37	1,25	0,215
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T2	22,57	6,57	22,81	5,92	-0,19	0,852
Ateities planavimas T2	12,24	6,81	15,15	6,43	-2,07	**0,042**
Socialinė kompetencija T2	27,97	7,95	26,55	7,86	0,85	0,399
Šeimos sutelktumas T2	19,46	8,50	24,22	8,60	-2,61	**0,010**
Socialiniai ištekliai T2	32,31	9,20	35,18	5,12	-1,41	0,162
Struktūravimo stilius T2	15,86	5,13	17,37	5,12	1,37	0,169
Bendras T2	130,06	29,33	141,28	28,96	-1,81	0,073

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus; T2 - antras matavimas

27 pav. matome, kad asmenys, kurie gyvena su šeima, turėjo aukštesnius įverčius šeimos sutelktumo ir ateities planavimo skalėse.



27 pav. Psichologinio atsparumo skirtumai pagal asmenų šeiminę padėtį

Visi kiti aspektai pasibaigus šešių savaičių gydymui PDS buvo panašūs tarp asmenų, kurie gyvena vieni ir kurie gyvena su šeima.

Taip pat vėl palyginome asmenis, kurie užsiima skirtinga **veikla** (moksleiviai/studentai, dirbantys asmenys ir nedirbantys asmenys). Rezultatai liudija (39 lentelė), kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai vertinant tam tikrus savijautos ir psichologinio atsparumo aspektus.

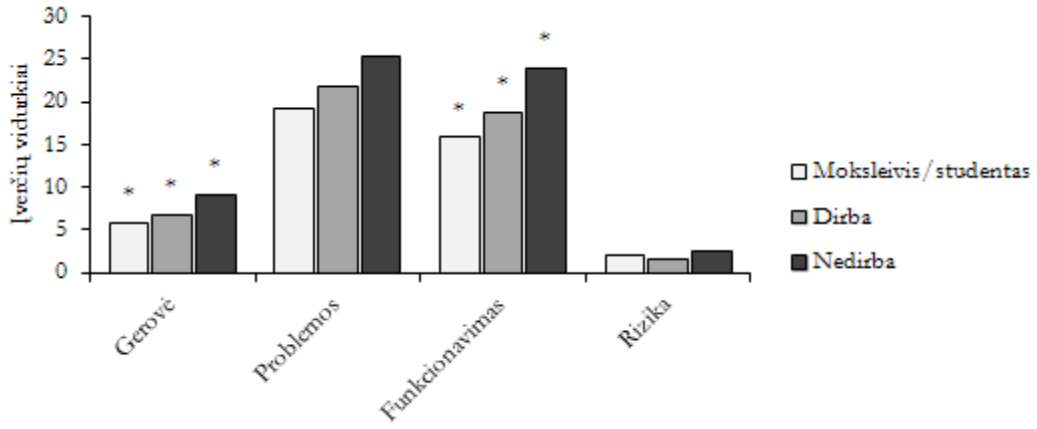
39 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai po šešių savaičių gydymosi PDS bei jų palyginimas tarp skirtinga veikla užsiimančių asmenų

Skalė	**Moksleivis / studentas**		**Dirba**		**Nedirba**		**F**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI								
Depresiškumas T2	32,44	19,00	40,36	18,96	43,95	25,24	1,60	0,208
Nerimastingumas T2	31,94	19,65	35,24	18,98	34,74	22,81	0,19	0,827
Pyktis T2	25,59	13,13	33,88	16,89	35,63	21,17	1,85	0,163
BPI T2	103,44	54,72	122,97	53,46	127,89	72,91	0,98	0,378

Skalė	Moksleivis / studentas		Dirba		Nedirba		F	p
	Vid	SN	Vid	SN	Vid	SN		
DISTRESAS								
Gerovė T2	5,83	3,65	6,84	3,50	9,16	3,29	4,65	**0,012**
Problemos T2	19,28	11,41	21,90	9,37	25,37	12,27	1,62	0,204
Funkcionavimas T2	15,83	7,78	18,84	7,10	23,95	8,58	5,62	**0,005**
Rizika T2	2,17	2,77	1,50	2,22	2,53	3,39	1,31	0,275
Bendras T2	43,11	24,19	49,09	19,33	61,00	24,78	3,47	**0,035**
MOTYVACIJA								
Kančia T2	33,06	5,22	34,40	5,55	34,53	7,18	0,41	0,668
Etiologija T2	29,89	7,21	32,72	4,20	31,79	4,78	2,13	0,114
Lūkesčiai T2	31,72	5,33	30,88	4,60	30,21	3,46	0,51	0,601
Atvirumas T2	73,89	11,20	77,81	8,19	74,68	4,93	2,05	0,135
Bendras T2	168,56	18,39	175,81	14,94	171,21	12,69	1,83	0,167
ATSPARUMAS								
Savęs suvokimas T2	24,33	4,73	22,62	5,98	21,53	7,61	0,99	0,375
Ateities planavimas T2	17,44	7,42	14,40	6,02	10,00	6,06	6,59	**0,002**
Social. Kompetenc. T2	26,94	1,73	27,86	7,96	24,79	8,08	1,09	0,340
Šeimos sutelktumas T2	21,44	8,40	22,97	8,79	21,89	9,65	0,25	0,780
Socialiniai ištekliai T2	36,17	9,87	34,34	9,08	31,53	10,87	1,12	0,331
Struktūrav. stilius T2	16,22	4,89	17,12	5,26	16,42	5,21	0,273	0,762
Bendras T2	142,56	30,10	139,07	27,67	126,16	32,84	1,78	0,174

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, F – Fišerio testas; T2 - antras matavimas

Subjektyviai vertinama gerovė skyrėsi lyginamose grupėse – nedirbančių asmenų gerovė buvo vertinama aukščiausiais balais, kas liudija apie prastą gerovę, palyginti su dirbančiais ir moksleiviais/studentais. Nedirbantys asmenys taip pat skyrėsi savo funkcionavimu (jų vertinimai buvo aukščiausi) ir ateities planavimą (jų vertinimai buvo žemiausi) palyginti su dirbančiais asmenimsi ir mokleiviais/studentais. Pagal bendrą savijautos vertinimą moksleiviai/studentai (jų įvertinimai žemiausi) skyrėsi nuo nedirbančiųjų, kurių įvertinimai buvo aukščiausi (žr. 28 pav.).



28 pav. Psichologinio distreso skirtumai pagal asmenų užimtumą

Rezultatai rodo (36 lentelė), kad **amžius** siejosi su simptomais pasibaigus šešių savaičių gydymuisi PDS. Kuo vyresnis asmuo, tuo aukštesni atskirų simptomų – depresiškumo, nerimastingumo, pykčio įvertinimai ir aukštesnis buvo bendras simptomų įvertinimas. Taip pat amžius siejosi ir su gerove, problemomis ir bendru psichologinio distreso įverčiu. Kuo vyresnis žmogus, tuo aukštesni buvo gerovės, problemų ir bendri savijautos įverčiai, kas liudija, kad vyresni žmonės galėjo mažiau patirti gerovę ir turėti daugiau problemų po gydymo. Amžius taip pat siejosi su lūkesčiais psichoterapijai - kuo vyresnis žmogus, tuo jo lūkesčiai buvo mažesni. Taip pat kuo vyresnis asmuo, tuo jo ateities planavimas buvo silpnesnis. Išsilavinimas siejosi su rizika. Kuo aukštesnis **išsilavinimas**, tuo didesnę riziką asmuo išgyveno. **Ligos trukmė** neturėjo jokio ryšio su kintamaisiais.

40 lentelė. Amžiaus, išsilavinimo ir gydymo trukmės ryšys su visais kintamaisiais po šešių savaičių gydymosi PDS

Skalė	**Amžius**	**Išsilavinimas**	**Ligos trukmė**
SIMPTOMAI			
Depresiškumas T2	0,32**	-0,05	0,12
Nerimastingumas T2	0,23*	0,04	0,01
Pyktis T2	0,30**	-0,05	0,09
BPI T2	0,32**	-0,02	0,09

Skalė	Amžius	Išsilavinimas	Ligos trukmė
DISTRESAS			
Gerovė T2	0,21*	-0,01	0,13
Problemos T2	0,27**	-0,02	0,09
Funkcionavimas T2	0,14	-0,01	0,15
Rizika T2	-0,08	0,25*	0,09
Bendra T2	0,22*	0,01	0,13
MOTYVACIJA			
Kančia T2	0,20	0,08	0,01
Etiologija T2	0,05	-0,05	0,03
Lūkesčiai T2	-0,21*	0,03	0,06
Atvirumas T2	0,09	-0,13	0,16
Bendra T2	0,10	-0,05	0,11
ATSPARUMAS			
Savęs suvokimas T2	-0,13	0,08	0,03
Ateities planavimas T2	-0,25*	0,10	-0,04
Socialinė kompetencija T2	0,01	-0,16	0,14
Šeimos sutelktumas T2	0,16	-0,09	0,15
Socialiniai ištekliai T2	-0,01	0,13	0,07
Struktūravimo stilius T2	0,01	0,04	0,02
Bendra T2	-0,01	0,01	0,07

Pastaba. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. T2 - antras matavimas

5.4.3. Pakartotinis matavimas

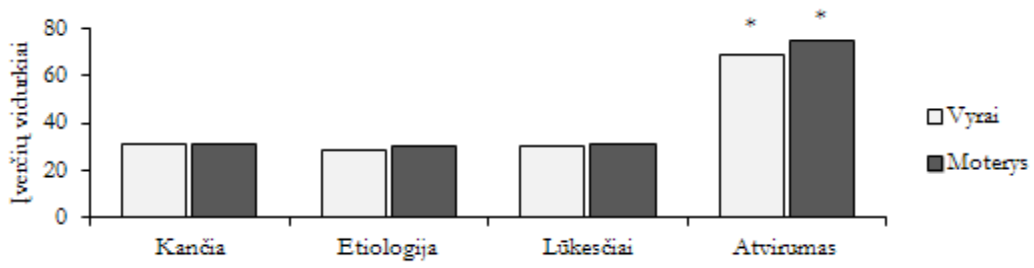
Siekiant įvertinti skirtumus pagal atskiras demografines charakteristikas po gydymo praėjus šešiems mėnesiams, įvertinome ir statistiškai palyginome (naudojantis nepriklausomų imčių Stjudento t testu ir vienfaktorine blokuotų duomenų analize (ANOVA)) atskirus rodiklius tarp dviejų ar daugiau grupių. 41 lentelėje pateikti gydymo efektyvumo **vyrų ir moterų** įvertinimai praėjus po gydymo pusei metų. Rezultatai liudija, kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant atvirumo psichoterapijai įverčius.

41 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai praėjus po gydymosi PDS šešiems mėnesiams bei jų palyginimas tarp vyrų ir moterų

Skalė	**Vyrai**		**Moterys**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T3	34,14	21,00	34,58	21,62	-0,07	0,946
Nerimastingumas T3	26,21	20,01	26,35	20,07	-0,03	0,982
Pyktis T3	23,64	19,35	25,25	16,42	-0,31	0,758
BPI T3	93,71	66,36	95,07	59,15	-0,07	0,942
DISTRESAS						
Gerovė T3	5,71	3,50	6,38	4,05	-0,55	0,583
Problemos T3	17,21	11,80	19,19	11,09	-0,58	0,566
Funkcionavimas T3	17,57	9,64	17,46	7,86	0,05	0,964
Rizika T3	1,36	2,27	1,71	2,89	-0,42	0,677
Bendras T3	41,86	25,42	44,73	23,34	-0,40	0,693
MOTYVACIJA						
Kančia T3	31,07	4,16	31,42	6,87	-0,18	0,859
Etiologija T3	28,79	5,33	30,38	5,50	-0,96	0,342
Lūkesčiai T3	30,00	5,26	30,89	3,75	-0,71	0,480
Atvirumas T3	69,14	9,46	75,27	9,85	-2,07	**0,043**
Bendras T3	159,00	19,24	167,31	21,56	-1,30	0,199
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T3	23,86	6,16	23,98	6,68	-0,06	0,951
Ateities planavimas T3	17,14	6,52	16,32	7,40	0,38	0,709
Socialinė kompetencija T3	25,79	5,78	27,04	8,39	-0,52	0,603
Šeimos sutelktumas T3	23,86	7,56	25,33	9,11	-0,55	0,583
Socialiniai ištekliai T3	35,00	8,80	35,77	8,69	-0,29	0,772
Struktūravimo stilius T3	17,93	5,64	18,42	6,42	-0,26	0,798
Bendras T3	143,57	27,11	146,52	32,37	-0,31	0,758

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus; T3 – trečias matavimas

29 pav. matome, kad moterys praėjus po gydymo pusei metų turėjo aukštesnius atvirumo psichoterapijai įverčius.



29 pav. Vyrų ir moterų motyvacijos psichoterapiniam gydymui skirtumai po stebėjimo laikotarpio

Visi kiti aspektai praėjus šešiems mėnesiams po gydymo buvo panašūs tarp vyrų ir moterų.

Norėdami įvertinti ar asmens **šeiminė padėtis** galėjo sietis su tam tikrais aspektais, palyginome dviejų grupių, tų, kurie gyvena vieni ir kurie gyvena su šeima, rezultatus (42 lentelė). Rezultatai liudija, kad egzistavo statistiškai reikšmingi skirtumai tik vertinant lūkesčius psichoterapijai, šeimos sutelktumą ir socialinius išteklius.

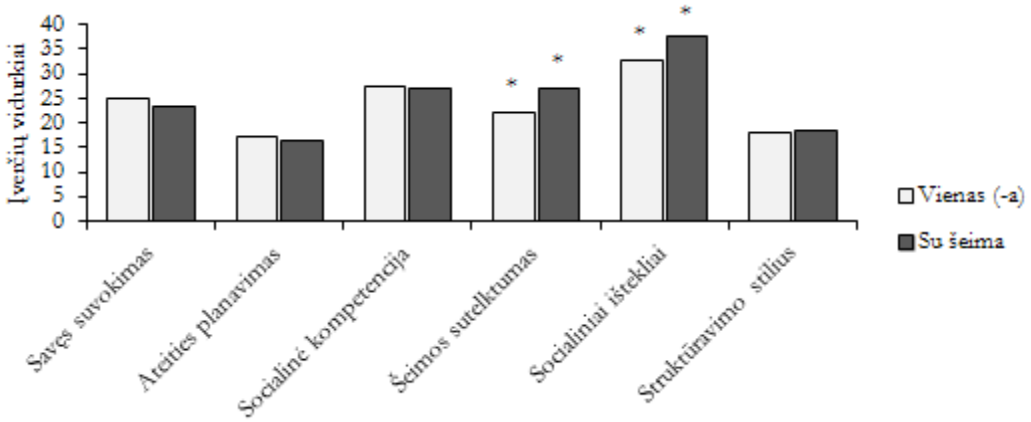
42 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi PDS bei jų palyginimas tarp asmenų, kurie gyvena vieni ir su šeima

Skalė	**Vienas(-a)**		**Su šeima**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T3	30,58	21,79	36,95	20,91	-1,12	0,255
Nerimastingumas T3	23,96	21,86	27,82	18,69	-0,74	0,462
Pyktis T3	23,58	16,61	25,71	17,36	-0,48	0,635
BPI T3	87,21	65,25	99,53	57,32	-0,78	0,438
DISTRESAS						
Gerovė T3	5,92	3,72	6,42	4,07	-0,49	0,625
Problemos T3	17,54	10,97	19,50	11,41	-0,67	0,507
Funkcionavimas T3	18,33	8,48	16,95	8,10	0,65	0,522
Rizika T3	1,58	2,78	1,66	2,76	-0,10	-0,19
Bendras T3	43,38	24,06	44,53	23,69	-0,19	0,854

Skalė	Vienas(-a)		Su šeima		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
MOTYVACIJA						
Kančia T3	30,83	7,20	31,66	5,79	-0,50	0,621
Etiologija T3	30,08	6,43	29,97	4,84	0,08	0,939
Lūkesčiai T3	32,52	3,87	29,58	3,89	2,87	**0,006**
Atvirumas T3	75,38	10,63	72,95	9,64	0,93	0,357
Bendras T3	167,46	27,75	164,16	16,06	0,59	0,555
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T3	25,05	6,82	23,26	6,31	1,05	0,299
Ateities planavimas T3	17,00	7,12	16,21	7,26	0,42	0,680
Socialinė kompetencija T3	27,46	8,73	26,84	7,28	0,56	0,581
Šeimos sutelktumas T3	22,08	10,17	26,84	7,28	-2,15	**0,036**
Socialiniai ištekliai T3	32,58	9,70	37,50	7,43	-2,25	**0,028**
Struktūravimo stilius T3	18,08	5,45	18,45	6,71	-0,22	0,824
Bendras T3	141,54	36,50	148,58	27,27	-0,87	0,389

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus; T3 – trečias matavimas

30 pav. matome, kad asmenys, kurie gyvena su šeima, turėjo aukštesnius šeimos sutelktumo ir socialinių išteklių įvertinimus.



30 pav. Psichologinio atsparumo skirtumai pagal šeiminę padėtį

Asmenys, kurie gyvena vieni, taip pat turėjo aukštesnius lūkesčių psichoterapijai įvertinimus. Visi kiti aspektai, praėjus pusei metų po gydymosi PDS, buvo panašūs tarp asmenų, kurie gyvena vieni ir kurie gyvena su šeima,.

Taip pat palyginome asmenis, kurie užsiima skirtinga **veikla** (moksleiviai/studentai, dirbantys asmenys ir nedirbantys). Rezultatai liudija (43 lentelė), kad neegzistavo statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingų asmenų grupių.

43 lentelė. Kintamųjų įverčių vidurkiai praėjus 6 mėn. po gydymosi PDS bei jų palyginimas tarp asmenų, kurių veikla skirtinga

Skalė	**Moksleivis/ studentas**		**Dirba**		**Nedirba**		**F**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI								
Depresiškumas T3	33,71	18,04	34,84	23,02	34,62	22,44	0,02	0,985
Nerimastingumas T3	25,76	17,32	27,63	20,30	23,85	23,14	0,17	0,843
Pyktis T3	24,18	15,20	26,41	18,93	22,08	14,68	0,31	0,732
BPI T3	95,82	52,41	97,09	65,11	87,62	61,57	0,11	0,892
DISTRESAS								
Gerovė T3	5,59	3,57	6,63	4,07	6,08	4,13	0,39	0,677
Problemos T3	18,94	10,29	19,44	11,77	16,77	11,48	0,26	0,772
Funkcionavimas T3	15,76	7,08	18,78	8,91	16,54	7,82	0,86	0,431
Rizika T3	1,18	2,04	2,09	3,40	1,08	1,32	0,95	0,393
Bendras T3	41,47	21,11	46,94	25,72	40,46	22,21	0,48	0,620
MOTYVACIJA								
Kančia T3	30,82	4,67	30,91	6,97	33,08	6,70	0,61	0,545
Etiologija T3	30,35	4,04	30,59	6,37	28,15	4,47	0,97	0,386
Lūkesčiai T3	31,11	4,34	31,36	4,38	28,54	2,26	2,38	0,102
Atvirumas T3	73,82	8,97	76,13	11,02	68,46	6,64	2,87	0,065
Bendras T3	166,11	21,20	168,00	25,95	158,23	12,87	0,99	0,376
ATSPARUMAS								
Savęs suvokimas T3	24,53	4,99	23,91	7,39	23,31	6,38	0,13	0,881
Ateities planavimas T3	19,12	6,44	16,16	7,69	13,92	5,99	2,09	0,133
Social. kompetenc. T3	26,35	8,40	27,44	8,31	25,62	6,19	0,27	0,762
Šeimos sutelktumas T3	22,94	8,47	26,41	8,72	24,23	9,22	0,93	0,399
Socialiniai ištekliai T3	36,82	8,04	35,91	9,44	33,23	7,41	0,67	0,515
Struktūravimo stilius T3	17,53	5,65	18,63	6,30	18,54	7,05	0,18	0,836
Bendras T3	147,29	27,90	147,94	33,66	138,85	29,60	0,41	0,664

Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, F – Fišerio testas; T3 – trečias matavimas

Rezultatai rodo (44 lentelė), kad **amžius**, kaip ir pasibaigus gydymuisi, siejosi su lūkesčiais. Kuo vyresnis asmuo, tuo lūkesčiai psichoterapijai buvo žemesni. **Ligos trukmė** siejosi su savęs suvokimu, socialiniais ištekliais ir bendru psichologinio atsparumo įvertinimu. Kuo ilgesnė ligos trukmė buvo iki gydymosi, tuo buvo geresnis savęs suvokimas, socialiniai ištekliai ir bendras psichologinis atsparumas.

44 lentelė. Amžiaus, išsilavinimo ir gydymo trukmės ryšys su visais kintamaisiais po gydymo praėjus šešiems mėnesiams

Skalė	**Amžius**	**Išsilavinimas**	**Ligos trukmė**
SIMPTOMAI			
Depresiškumas T3	0,10	0,09	0,04
Nerimastingumas T3	0,13	0,09	-0,02
Pyktis T3	0,01	0,08	-0,13
BPI T3	0,06	0,14	-0,04
DISTRESAS			
Gerovė T3	0,07	0,05	-0,11
Problemos T3	0,06	0,09	-0,04
Funkcionavimas T3	0,09	0,03	-0,11
Rizika T3	0,05	0,08	-0,11
Bendras T3	0,07	0,08	-0,10
MOTYVACIJA			
Kančia T3	0,22	0,02	0,00
Etiologija T3	-0,12	-0,13	0,12
Lūkesčiai T3	-0,32*	-0,01	0,03
Atvirumas T3	-0,11	-0,17	0,17
Bendras T3	-0,08	-0,17	0,13
ATSPARUMAS			
Savęs suvokimas T3	-0,07	-0,05	0,26*
Ateities planavimas T3	-0,25	0,01	0,07
Socialinė kompetencija T3	-0,01	-0,15	0,15
Šeimos sutelktumas T3	0,13	-0,26*	0,15
Socialiniai ištekliai T3	0,01	0,02	0,36**
Struktūravimo stilius T3	0,07	-0,09	-0,01
Bendras T3	0,03	-0,17	0,29*

Pastaba. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. T3 – trečias matavimas

5.5. Kintamųjų tarpusavio ryšiai

5.5.1. Gydymosi pradžioje

Norint įvertinti kintamųjų ryšius vienu matavimu buvo skaičiuojamos Pearsono koreliacijos. 45 lentelėje pateikti rezultatai liudija, kad gydymo pradžioje visi konstruktai tarpusavyje buvo susiję. Kuo aukštesnis simptomų įvertinimas, tuo didesnė motyvacija psichoterapijai, psichologinio distreso įvertinimas ir žemesnis psichologinis atsparumas. Kuo aukštesnė motyvacija psichoterapijai, tuo aukštesni bendri simptomų ir distreso įvertinimai ir tuo žemesnis bendras psichologinis atsparumas. Kuo distresas didesnis, tuo bendra simtomatika ir motyvacija aukščiau vertinama, ir tuo žemesnis atsparumo įvertinimas.

45 lentelė. Skalių bendrų įverčių ryšys gydymo pradžioje (pirmu matavimu)

	BPI	Motyv. bendr.	Distres. bendr.	Atspar. bendr.
BPI	1			
Motyv. bendr.	0,55***	1		
Distres. bendr.	0,83***	0,54***	1	
Atspar. bendr.	-0,37***	-0,31**	-0,56***	1

Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Simpt. bendr. – bendras simptomų įvertinimas, Motyv. bendr. – bendras motyvacijos įvertinimas, Distres. bendr. – bendras distreso įvertinimas, Atspar. bendr. – bendras psichologinio atsparumo įvertinimas.

Išskaidant bendrus konstruktus pagal atskiras subskales (46 lentelė) stebima, kad dauguma subskalių buvo stipriai susijusios. Stipriai susiję tarpusavyje depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis ir didėjant vienam simptomui didėjo ir kiti. Depresiškuams, nerimastinguams ir pyktis siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčiui, didėjo ir gerovės, problemų, funkcionavimo bei rizikos įvertinimai. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su patyrimu ir etiologija. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčiui, didėjo kančios patyrimo ir etiologijos įvertinimai. Aukštesni depresiškumo ir nerimastingumo įvertinimai

susiję su aukštesniais atvirumo psichoterapijos įvertinimais. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su savęs suvokimu. Didėjant šiems simptomams, mažėjo savęs suvokimas. Didėjant depresiškumo ir pykčio įvertinimams mažėjo šeimos sutelktumo ir socialinių išteklių vertinimai. Depresiškumas taip pat buvo susijęs su blogesniu ateities planavimu ir struktūravimo stiliumi. Kiek silpniau buvo susiję motyvacijos psichoterapijai komponentai. Tik atvirumas psichoterapijai nesisiejo su patyrimu. Kančios patyrimas susijęs ne tik su kitais motyvacijos psichoterapijai komponentais, bet taip pat glaudžiai siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant kančios patyrimo įverčiams, didesni buvo ir gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiai. Tačiau didesnis kančios patyrimas buvo susijęs su mažesniais savęs suvokimo, ateities planavimo, šeimos sutelktumo, socialinių išteklių ir struktūravimo stiliumi. Ligos etiologijos didesni įverčiai siejosi su didesniais gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiais, bei mažesniais šeimos sutelktumo ir socialiniais ištekliais. Gerovė, problemos, funkcionavimas ir rizika taip pat labai susiję. Didėjant vienam, didėjo ir kiti. Taip pat didėjant gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiams, mažėjo savęs suvokimas, ateities planavimas, socialiniai ištekliai ir struktūravimo stilius. O didėjant problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiams, mažėjo šeimos sutelktumo įverčiai. Savęs suvokimas labiausiai siejosi su ateities planavimu ir socialine kompetencija. Ateities planavimas ir socialinė kompetencija siejosi su struktūravimo stiliumi.

46 lentelė. Kintamųjų tarpusavio ryšys gydymo pradžioje (pirmu matavimu)

	DEP1	NER1	PYK1	KAN1	ETIO 1	LŪK1	ATV1	GER1	PRO1	FUN1	RIZ1	SUV1	ATPL1	SKO1	ŠSUT1	SOI1	STR1
DEP1	1																
NER1	0,68***	1															
PYK1	0,64***	0,72***	1														
KAN1	0,59***	0,47***	0,43***	1													
ETIO1	0,35***	0,37***	0,32**	0,25*	1												
LŪK1	0,00	-0,01	0,15	-0,30**	-,31**	1											
ATV1	0,23*	0,28**	0,19	-0,07	0,33**	0,28**	1										
GER1	0,74***	0,63***	0,53***	0,63***	0,38***	-0,11	0,18	1									
PRO1	0,77***	0,78***	0,64***	0,60***	0,38***	0,01	0,17	0,73***	1								
FUN1	0,70***	0,56***	0,62***	0,59***	0,22*	0,01	0,16	0,73***	0,73***	1							
RIZ1	0,49***	0,40***	0,45***	0,45***	0,24*	-0,01	0,21*	0,53***	0,49***	0,50***	1						
SUV1	-0,49***	-0,36***	-0,33**	-0,54***	-0,21*	0,22*	-0,06	-0,56***	-0,47***	-0,48***	-0,35**	1					
ATPL1	-0,42***	-0,15	-0,12	-0,42***	-0,13	0,28**	0,02	-0,53***	-0,34**	-0,43***	-0,29**	0,60***	1				
SKO1	-0,10	0,04	-0,15	-0,09	0,01	-0,05	0,20	-0,13	-0,04	-0,19	-0,05	0,24*	0,10	1			
ŠSU1	-0,26*	-0,15	-0,34**	-0,28**	-0,28**	-0,16	0,02	-0,20	-0,24*	-0,33**	-0,21*	0,20	-0,03	0,13	1		
SOI1	-0,21*	-0,09	-0,29**	-0,28**	-0,21*	-0,13	0,07	-0,25*	-0,23*	-0,45***	-0,29**	0,18	0,09	0,32**	0,56***	1	
STR1	-0,29**	-0,04	-0,13	-0,32**	-0,12	0,40	-0,06	-0,31**	-0,31**	-0,29**	-0,29**	0,16	0,29**	0,29**	0,13	0,06	1

Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. DEP – depresiškumas, NER – nerimastingumas, PYK – pyktis, KAN – kančia, ETIO – etiologija, LŪK – lūkesčiai, ATV – atvirumas, GER – gerovė, PRO – problemos, FUN – funkcionavimas, RIZ – rizika, SUV – savęs suvokimas, ATPL – ateities planavimas, SKO – socialinė kompetencija, ŠSU – šeimos sutelktumas, SOI – socialiniai ištekliai, STR – struktūravimo stilius.

5.5.2. Gydymosi pabaigoje

Antrojo matavimo po šešių savaičių gydymosi PDS rezultatai pateikti 47 lentelėje. Rezultatai liudija, kad gydymo pabaigoje jau ne visi konstruktai buvo tarpusavyje susiję. Kuo aukštesnis simptomų įvertinimas, tuo didesnė motyvacija psichoterapijai, bendras distreso įvertinimas ir žemesnis psichologinis atsparumas. Kuo aukštesnė motyvacija psichoterapijai, tuo aukštesni bendri simptomų ir distreso įvertinimai. Motyvacija psichoterapijai ir psichologinis atsparumas nėbebuvo susiję. Kuo distresas didesnis, tuo bendra simptomatika ir motyvacija aukščiau vertinami, ir tuo žemesnis atsparumo įvertinimas.

47 lentelė. Skalių bendrų įverčių ryšys gydymo pabaigoje (antru matavimu)

	BPI	Motyv. bendr.	Distres. bendr.	Atspar. bendr.
BPI	1			
Motyv. bendr.	0,36***	1		
Distres. bendr.	0,83***	0,31**	1	
Atspar. bendr.	-0,50***	-0,13	-0,62***	1

Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. BPI – bendras simptomų įvertinimas, Motyv. bendr. – bendras motyvacijos įvertinimas, Distres. bendr. – bendras distreso įvertinimas, Atspar. bendr. – bendras psichologinio atsparumo įvertinimas

Išskaidant bendrus konstruktus pagal atskiras subskales (48 lentelė) stebima, kad dauguma subskalių, kaip ir pirmu matavimu, buvo stipriai susijusios. Stipriai susiję tarpusavyje depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis, ir didėjant vienam simptomui didėjo ir kiti. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčiui, didėjo ir gerovės, problemų, funkcionavimo bei rizikos įvertinimai. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su kančios patyrimu ir etiologija. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčiui, didėjo kančios patyrimo ir etiologijos įvertinimai. Tačiau depresiškumas, nerimastingumas ar pyktis nesisiejo su lūkesčiais ar atvirumu psichoterapijai. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su savęs suvokimu, ateities

planavimu ir socialiniais ištekliais. Didėjant šiems simptomams, mažėjo savęs suvokimas, ateities planavimas, bei socialiniai ištekliai. Didėjant depresiškumo ir pykčio įvertinimams, mažėjo šeimos sutelktumo vertinimai. Depresiškumas taip pat siejosi su mažesniu sruktūravimo stiliumi ir mažesne socialine kompetencija. Kiek silpniau buvo susiję motyvacijos psichoterapijai komponentai. Kančios patyrimas nesisiejo su etiologija, lūkesčiais ir atvirumu, kai likę trys komponentai tarpusavyje buvo susiję. Kančia glaudžiai siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant kančios patyrimo įverčiams, buvo didesni ir gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiai. Tačiau didesnis kančios patyrimas susijęs su mažesniais savęs suvokimo, ateities planavimo, šeimos sutelktumo, socialinių išteklių ir socialine kompetencija. Ligos etiologijos didesni įverčiai siejami su problemų įverčiais. Gerovė, problemos, funkcionavimas ir rizika buvo labai susiję. Didėjant vienam ir kiti didėjo. Taip pat didėjant gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiams, mažėjo savęs suvokimas, ateities planavimas, socialiniai ištekliai ir šeimos sutelktumas. O didėjant gerovės, funkcionavimo ir rizikos įverčiams, mažėjo socialinė kompetencija. Savęs suvokimas siejosi su savęs suvokimu, ateities planavimu, socialine kompetencija, struktūravimo stiliumi, šeimos sutelktumu ir socialiniais ištekliais. Ateities planavimas siejosi su socialine kompetencija, struktūravimo stiliumi ir socialiniais ištekliais.

48 lentelė. Kintamųjų tarpusavio ryšys antru matavimu (gydymo pabaigoje)

	DEP2	NER2	PYK2	KAN2	ETIO2	LŪK2	ATV2	GER2	PRO2	FUN2	RIZ2	SUV2	ATPL2	SKO2	ŠSU2	SOI2	STR2
DEP2	1																
NER2	0,78***	1															
PYK2	0,67***	0,72***	1														
KAN2	0,64***	0,53***	0,40***	1													
ETIO2	0,24*	0,27***	0,28**	0,17	1												
LŪK2	-0,05	0,05	0,10	-0.12	0,37***	1											
ATV2	0,03	0,07	-0,01	-0,14	0,43***	0,55***	1										
GER2	0,73***	0,59***	0,56***	0,59***	0,16	-0,02	-0,01	1									
PRO2	0,79***	0,78***	0,72***	0,66***	0,29**	-0,02	-0,01	0,78***	1								
FUN2	0,69***	0,59***	0,66***	0,59***	0,11	-0,05	-0,09	0,81***	0,76***	1							
RIZ2	0,51***	0,42***	0,33**	0,56***	0,09	0,04	0,03	0,60***	0,54***	0,51***	1						
SUV2	-0,55***	-0,39***	-0,40***	-0,54***	-0,09	0,16	0,09	-0,54***	-0,49***	-0,42***	-0,48***	1					
ATPL2	-0,59***	-0,40***	-0,40***	-0,55***	-0,04	0,11	0,06	-0,70***	-0,55***	-0,67***	-0,49***	0,60***	1				
SKO2	-0,23*	-0,18	-0,13	-0,29**	0,10	0,15	0,15	-0,20*	-0,11	-0,29**	-0,36***	0,33**	0,21*	1			
ŠSU2	-0,28**	-0,19	-0,30**	-0,33**	-0,19	-0,11	-0,02	-0,25*	-0,34**	-0,35***	-0,38***	0,27**	0,19	0,18	1		
SOI2	-0,34**	-0,26*	-0,33**	-0,43***	-0,30	0,01	0,14	-0,35**	-0,36***	-0,54***	-0,40***	0,44***	0,36***	0,53***	0,64***	1	
STR2	-0,26*	-0,19	-0,08	-0,14	0,16	0,17	0,17	-0,23*	-0,14	-0,13	-0,03	0,34**	0,33**	-0,05	0,08	0,01	1

Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. DEP – depresiškumas, NER – nerimastingumas, PYK – pyktis, KAN – kančia, ETIO – etiologija, LŪK – lūkesčiai, ATV – atvirumas, GER – gerovė, PRO – problemos, FUN – funkcionavimas, RIZ – rizika, SUV – savęs suvokimas, ATPL – ateities planavimas, SKO – socialinė kompetencija, ŠSU – šeimos sutelktumas, SOI – socialiniai ištekliai, STR – struktūravimo stilius.

5.5.3. Pakartotinis matavimas

Trečiojo matavimo, gydymo pabaigos praėjus šešiems mėnesiams, rezultatai pateikti 49 lentelėje. Rezultatai liudija, kad po gydymo praėjus šešiems mėnesiams vėl ne visi konstruktai buvo tarpusavyje susiję. Kuo aukštesnis simptomų įvertinimas, tuo didesnė motyvacija psichoterapijai, bendras distreso įvertinimas ir žemesnis psichologinis atsparumas. Labai glaudžiai siejosi simptomų įvertinimas ir bendras distreso įvertinimas. Motyvacija psichoterapijai siejosi tik su simptomais, tačiau neturėjo ryšio su distresu ar psichologiniu atsparumu. Kuo distresas buvo aukštesnis, tuo bendra simtomatika buvo aukščiau vertinama, ir tuo buvo žemesnis bendras atsparumo įvertinimas.

49 lentelė. Skalių bendrų įverčių ryšys po gydymo praėjus šešiems mėnesiams (trečiu matavimu)

	BPI	Motyv. bendr.	Distres. bendr.	Atspar. bendr.
BPI	1			
Motyv. bendr.	0,32*	1		
Distres. bendr.	0,93***	0,22	1	
Atspar. bendr.	-0,46***	0,01	-0,59***	1

Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. BPI – bendras simptomų įvertinimas, Motyv. bendr. – bendras motyvacijos įvertinimas, Distres. bendr. – bendras distreso įvertinimas, Atspar. bendr. – bendras psichologinio atsparumo įvertinimas

Išskaidant bendrus konstruktus pagal atskiras subskales (50 lentelė) stebima, kad dauguma subskalių, kaip ir pirmu ar antru matavimu, buvo stipriai susijusios. Vėl stipriai susiję tarpusavyje depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis, ir didėjant vienam simptomui didėjo ir kiti. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant depresijai nerimui ar pykčiui, didėjo ir gerovės, problemų, funkcionavimo bei rizikos įvertinimai. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis nesisiejo su jokiais motyvacijos psichoterapijai komponentais. Depresiškumas, nerimastingumas ir

pyktis siejosi su savęs suvokimu ir ateities planavimu. Didėjant šiems simptomams, mažėjo savęs suvokimas bei ateities planavimas. Didėjant depresiškumo ir pykčio įvertinimams mažėjo šeimos sutelktumo vertinimai. Depresiškumas taip pat susijęs su mažesne socialine kompetencija. Kiek silpniau susiję motyvacijos psichoterapijai komponentai. Kančios patyrimas siejosi tik su etiologija, bet neturėjo ryšio su lūkesčiais ir atvirumu. Etiologija, lūkesčiai ir atvirumas tarpusavyje buvo glaudžiai susiję. Kančios patyrimas glaudžiai siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant kančios patyrimo įverčiams didesni buvo ir gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiai. Tačiau didesnė kančia buvo susijusi su mažesniais savęs suvokimo, ateities planavimo, šeimos sutelktumo, socialinių išteklių ir socialine kompetencija. Didesni lūkesčiai psichoterapijai siejosi su didesniais struktūravimo stiliaus įverčiais. Gerovė, problemos, funkcionavimas ir rizika buvo labai susiję. Didėjant vienam ir kiti didėjo. Taip pat didėjant gerovės, problemų, funkcionavimo ir rizikos įverčiams, mažėjo savęs suvokimas ir ateities planavimas. Didėjant funkcionavimo įverčiams, mažėjo socialinė kompetencija, struktūravimo stilius, šeimos sutelktumas ir socialiniai ištekliai. Savęs suvokimas siejosi su ateities planavimu, socialine kompetencija, struktūravimo stiliumi, šeimos sutelktumu ir socialiniais ištekliais. Ateities planavimas siejosi su socialine kompetencija, struktūravimo stiliumi ir šeimos sutelktumu.

50 lentelė. Kintamųjų tarpusavio ryšys trečiu matavimu (po gydymo praėjus šešiems mėnesiams)

	DEP3	NER3	PYK3	KAN3	ETIO3	LŪK3	ATV3	GER3	PRO3	FUN3	RIZ3	SUV3	ATPL3	SKO3	ŠSU3	SOI3	STR3
DET3	1																
NER3	0,87***	1															
PYK3	0,80***	0,80***	1														
KAN3	0,64***	0,56***	0,47***	1													
ETIO3	0,19	0,23	0,21	0,35**	1												
LŪK3	0,07	0,15	0,14	-0,03	0,42***	1											
ATV3	0,03	0,13	0,10	0,15	0,65***	0,46***	1										
GER3	0,81***	0,81***	0,71***	0,63***	0,13	0,13	0,03	1									
PRO3	0,89***	0,90***	0,80***	0,55***	0,19	0,16	0,05	0,86***	1								
FUN3	0,79***	0,72***	0,73***	0,53***	-0,07	0,10	-0,13	0,78***	0,77***	1							
RIZ3	0,62***	0,68***	0,55***	0,38**	0,06	0,22	0,06	0,67***	0,62***	0,57***	1						
SUV3	-0,65***	-0,52***	-0,60***	-0,52***	0,01	0,06	0,16	-0,70***	-0,58***	-0,66***	-0,38**	1					
ATPL3	-0,52***	-0,49***	-0,54***	-0,49***	0,07	0,10	0,18	-0,66***	-0,56***	-0,70***	-0,42**	0,66***	1				
SKO3	-0,28*	-0,21	-0,15	-0,35**	0,04	0,04	0,23	-0,31*	-0,23	-0,43***	-0,22	0,46***	0,34**	1			
ŠSU3	-0,31*	-0,17	-0,26*	-0,31*	-0,01	-0,09	0,12	-0,33**	-0,35**	-0,36**	-0,15	0,45***	0,33**	0,27*	1		
SOI3	-0,21	-0,06	-0,16	-0,26*	-0,09	-0,02	0,24	-0,21	-0,16	-0,37**	-0,03	0,45***	0,20	0,41**	0,61***	1	
STR3	-0,17	-0,09	-0,21	-0,19	0,08	0,38**	0,15	-0,24	-0,16	-0,30*	0,18	0,34**	0,35**	-0,07	0,20	0,14	1

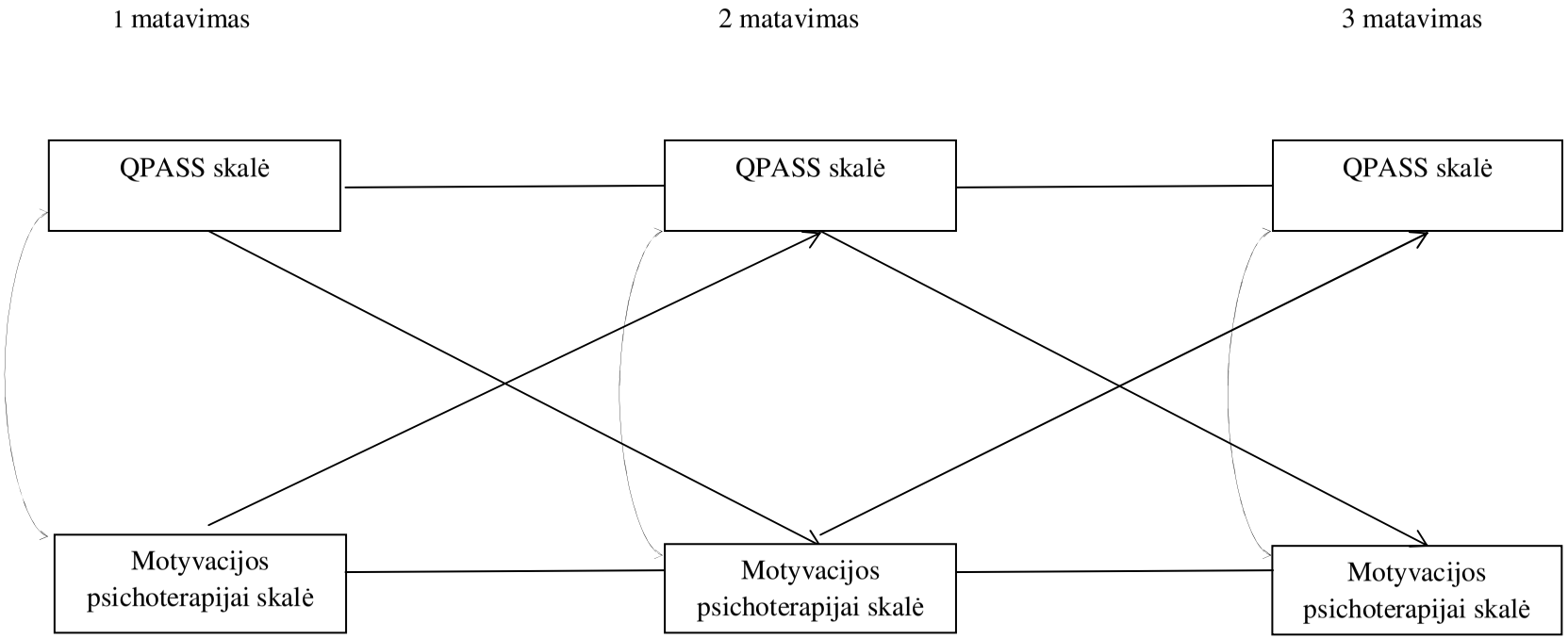
Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. DEP – depresiškumas, NER – nerimastingumas, PYK – pyktis, KAN – kančia, ETIO – etiologija, LŪK – lūkesčiai, ATV – atvirumas, GER – gerovė, PRO – problemos, FUN – funkcionavimas, RIZ – rizika, SUV – savęs suvokimas, ATPL – ateities planavimas, SKO – socialinė kompetencija, ŠSU – šeimos sutelktumas, SOI – socialiniai ištekliai, STR – struktūravimo stilius.

5.6. Kryžminių ankstinių modeliai

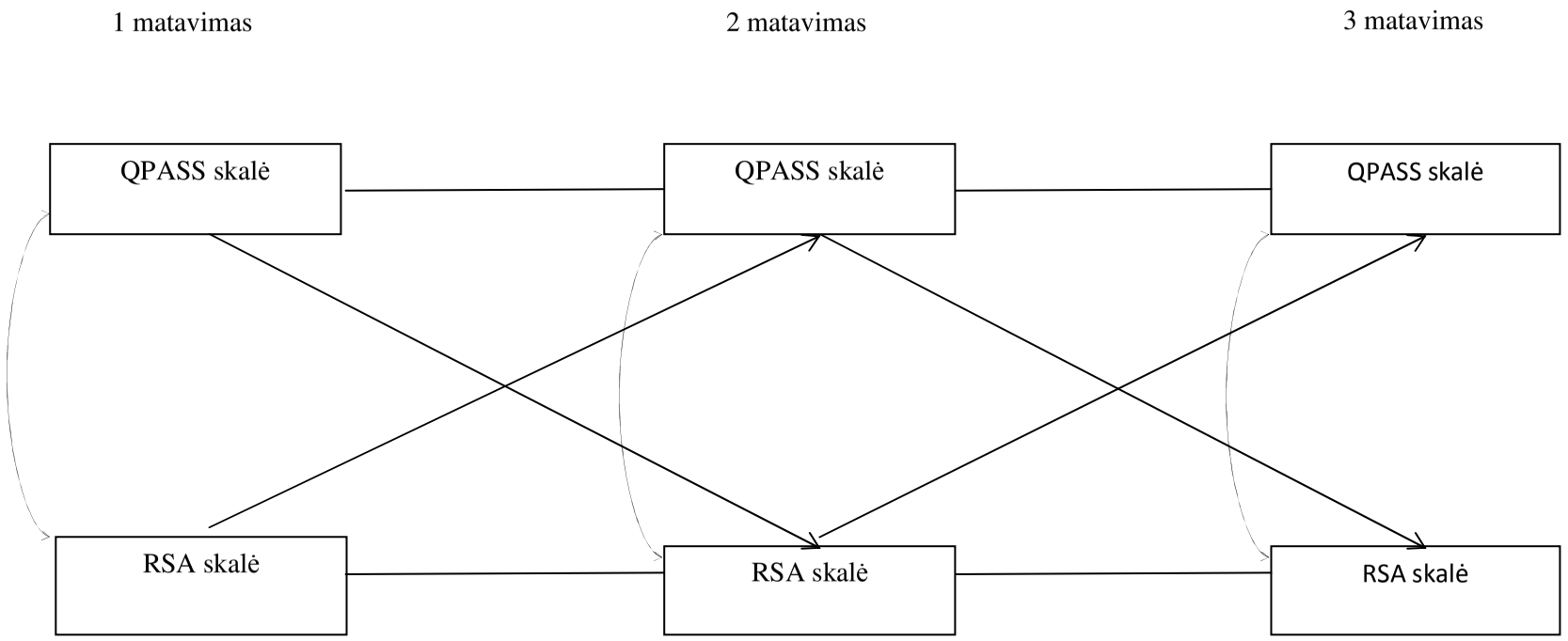
Rezultatai liudija, kad simptomų išreikštumas susijęs su motyvacijos psichoterapijai ir psichologinio atsparumo komponentais tiek vienu matavimu, tiek per laiką. Norėdami įvertinti ryšius tarp motyvacijos, psichologinio atsparumo ir simptomų išreikštumo laikui bėgant, naudojome struktūrinių lygčių modeliavimą. Testavome kryžminį ankstinių (angl. *cross-lagged*) modelį. Kryžminių ankstinių modelis leidžia įvertinti ryšius laikui bėgant ir tuo pačiu atsako į klausimą apie pokyčius per tam tikrus laiko intervalus bei ryšių tarp kintamųjų kryptingumą, kontroliuojant kintamųjų ryšį vienu ir tuo pačiu matavimu (Curran, 2000). Paprasčiau, tokie modeliai - tai tarsi regresijų ir koreliacijų metodai, kurie atliekami vienoje ir toje pačioje analizėje. 31 pav. pavaizduotas koncepcinis modelis įvertinti ryšiams tarp motyvacijos ir simptomų išreikštumo. 32 pav. pavaizduotas koncepcinis modelis įvertinti ryšiams tarp psichologinio atsparumo ir simptomų išreikštumo. Iš viso buvo testuojama 22 modeliai, nes turėjome keturias skales, vertinančias simptomų išreikštumą (depresiškumas, nerimastingumas, pyktis, BPI), keturias skales, vertinančias pacientų motyvaciją (kančia, etiologija, bendri lūkesčiai terapijai, atvirumas psichoterapijai) ir septynias psichologinio atsparumo skales (savęs suvokimas, ateities planavimas, socialinė kompetencija, struktūravimo stilius, šeimos sutelktumas, socialiniai ištekliai ir bendras psichologinis atsparumas). Viename modelyje buvo naudojami du kintamieji, pavyzdžiui, depresiškumas ir kančios patyrimas, kitame modelyje kiti du kintamieji – pvz., depresiškumas ir ligos etiologija. Vietoj 31 pav. nurodytos QPASS skalės naudojome vieną iš keturių gydymo efektyvumą vertinančių aspektų, o vietoj motyvacijos psichoterapijai – vieną iš motyvacijos psichoterapijai aspektų. Vietoj 32 pav. nurodytos QPASS skalės naudojome vieną iš keturių gydymo efektyvumą vertinančių aspektų, o vietoj psichologinio atsparumo – vieną iš psichologinio atsparumo aspektų. Tokiuose modeliuose kiekvienas kintamasis (pvz., depresiškumas antru matavimu), matuotas vėlesniu matavimu, yra nuspėjamas to paties kintamojo iš ankstesnio matavimo (pvz., depresiškumas pirmu matavimu) bei nuspėjamas kito kintamojo iš ankstesnio matavimo, kurio poveikį norime įvertinti (pvz., bendrų lūkesčių terapijai įvertinimas pirmu matavimu). Tuo pačiu

matavimu turimi kintamieji yra susiję koreliaciniais ryšiais (pvz., depresija ir bendrų lūkesčių psichoterapijai įvertinimas pirmu matavimu).

Struktūrinis kryžminis ankstinių modelis buvo įvertintas trimis tinkamumo kriterijais: CFI (Palyginimo indeksas) (Bentler, 1990); RMSEA (Aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida) (Browne & Cudeck, 1993) ir TLI (Tucker-Lewis indeksas) (Tucker & Lewis, 1973). CFI ir TLI indeksų reikšmės didesnės už 0,90 liudija apie adekvatų modelio atitikimą duomenims (Bentler & Bonett, 1980); reikšmės didesnės už 0,95 liudija apie gerą atitikimą (Hu & Bentler, 1998). RMSEA reikšmės žemesnės už 0,08 reprezentuoja pakankamą aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaidą; reikšmės mažesnės už 0,05 liudija apie gerą modelio tikimą duomenims (Browne & Cudeck, 1993).



31 pav. Koncepcinis testuojamas modelis tarp simptomų išreikštumo ir motyvacijos psichoterapijai



32 pav. Koncepcinis testuojamas modelis tarp simptomų išreikštumo ir psichologinio atsparumo

5.6.1. Ryšių tarp motyvacijos ir simptomų analizė laikui bėgant

Siekdami nustatyti koks yra ryšys tarp motyvacijos psichoterapijai ir simptomų išreikštumo laikui bėgant, kai kontroliuojami ankstesni ryšiai tarp jų, testavome modelį, pristatytą 31 pav. Visuose 13 testuojamuose modeliuose vertinant ryšius tarp motyvacijos psichoterapijai ir simptomų išreikštumo, kontroliavome lyties ir amžiaus poveikį. Visų testuotų modelių tinkamumo rodikliai idealiai tinka duomenims ($\chi^2 = 0{,}00$, $p = 0{,}00$, $df = 0$, CFI = 1,00, TLI = 1,00, RMSEA = 0,00). Esant nuliniam laisvės laipsniui (df), modeliai visuomet tinkami duomenims. Modelių rezultatai, pateikti 51 lentelėje. 51 lentelės pirmuose keturiuose stulpeliuose rodo, kad tiek atskiri simptomai, tiek atskiri motyvacijos psichoterapijai aspektai išlieka pakankamai stabilūs laikui bėgant (pvz., standartizuoti depresiškumo autoregresijos koeficientai visuose modeliuose svyravo nuo 0,42 iki 0,52). Matome, kad yra didesnis depresiškumo simptomų stabilumas tarp antro ir trečio matavimų, tačiau nerimastingumo, pykčio ar bendro simptomų įvertinimo didesnis stabilumas yra tarp pirmo ir antro matavimų. Motyvacijos psichoterapijai aspektai taip pat stabilūs laikui bėgant, ypač tarp pirmo ir antro matavimų. Pvz., ligos etiologija turi žemesnius stabilumo koeficientus (standartizuoti koeficientai svyravo nuo 0,27 iki 0,44) atskiruose modeliuose palyginti su simptomų stabilumais. Ligos etiologijos stabilumas tarp antro ir trečio matavimų žemesnis lyginant su stabilumu tarp pirmo ir antro matavimų. Atvirumas psichoterapijai turi stabilumą tarp pirmo ir antro matavimų (standartizuoti koeficientai svyravo nuo 0,34 iki 0,36), tačiau tarp antro ir trečio matavimų stabilumas išnyksta (standartizuoti koeficientai svyravo nuo 0,13 iki 0,14). Tai reiškia, kad atvirumas psichoterapijai gali keistis po gydymo, kai pacientai sugrįžta į savo įprastinį gyvenimą, ir jį gali lemti visai kiti dalykai, kurie nesusijęs su ankstesniu atvirumu psichoterapijai, kurį asmuo turėjo gydymo metu. Gauti rezultatai leidžia manyti, kad pradinis simptomų įvertinimas leidžia prognozuoti vėlesnes simptomų įvertinimo reikšmes. Taip pat ir motyvacijos psichoterapijai, išskyrus atvirumą tarp antro ir trečio matavimo, pradiniai įvertinimai leidžia prognozuoti vėlesnes motyvacijos psichoterapijai įvertinimo reikšmes.

Kryžminė ankstinių analizė padėjo net tik įvertinti simptomų išreikštumo ir motyvacijos psichoterapijai stabilumą, bet ir atsakyti į ryšio krypties klausimą – ar simptomų išreikštumas nulemia motyvaciją psichoterapijai, ar motyvacija psichoterapijai lemia simptomų išreikštumą laikui bėgant. Gauti rezultatai rodo, kad tik vienas motyvacijos psichoterapijai aspektas – kančios patyrimas lemia simptomų išreikštumo, tai yra nerimastingumo pasikeitimą laikui bėgant, tai yra pokyčius tarp antro ir trečio matavimo, pokyčius po gydymo. Tačiau kiti motyvacijos psichoterapijai aspektai nelemia simptomų išreikštumo laikui bėgant.

Rezultatai liudija, kad simptomų išreikštumas gali lemti motyvacijos psichoterapijai aspektus laikui bėgant. Depresiškumo išreikštumas gali nulemti kančios patyrimą ($\beta = 0{,}29$, $p < 0{,}001$), kai yra kontroliuojamas ankstesnis kančios patyrimas. Kuo pacientai labiau depresiški, tuo labiau kenčia tarp pirmo ir antro matavimo, t. y. gydymo metu. Kitas motyvacijos psichoterapijai aspektas - ligos etiologija nulemiamas depresiškumo, nerimastingumo ir pykčio simptomų, nustatytų pirmu matavimu. Kuo pacientui daugiau ir labiau išreikšti depresiškumas, nerimastingumas ar pykčio simptomai, tuo labiau psichologiškai pacientas supranta savo ligos etiologiją. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis nulemia bendrus lūkesčius terapijai. Kuo daugiau ir labiau išreikštų simptomų pacientas turi, tuo lūkesčiai psichoterapijai didėja gydymo metu - tarp pirmo ir antro matavimo. Atvirumas psichoterapijai nėra nulemiamas nei vieno iš simptomų, o taip pat atvirumas psichoterapijai nelemia ir simptomų pasikeitimo per laiką. Simptomų išreikštumas antru matavimu nelemia motyvacijos psichoterapijai pokyčių tarp antro ir trečio matavimo, tai yra po gydymo.

Kokia yra ryšio tarp motyvacijos psichoterapijai ir simptomų išreikštumo kryptis pacientams su skirtingomis diagnozėmis? Norėdami nustatyti ar rezultatai, gauti įvertinus modelius skiriasi tarp pat tikrų pacientų grupių, taikėme tarpgrupinę struktūrinių lygčių modeliavimo analizę. Visi pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes pagal savo diagnozę – neuroziniai sutrikimai (30 pacientų) ir afektiniai sutrikimai (65 pacientai). Vertinant visus 13 modelių tarp dviejų blokų grupių – tarp afektinių ir neurozinių sutrikimų grupių, negavome jokių skirtumų modeliuose, kai modeliai lyginami tarp afektiniais ir neuroziniais sutrikimais

sergančiųjų. Tai liudija, kad šie susirgimai gali turėti panašią eigą, jei kalbama apie motyvaciją psichoterapijai ir simptomus.

Ar skiriasi ryšiai tarp motyvacijos psichoterapijai ir simptomų pacientams, kurie gavo skirtingą gydymą? Ar gydymas gali turėti poveikį motyvacijos ir simptomų išreikštumo ryšiui, ar galime pasakyti, kad vienas gydymo metodas efektyvesnis už kitą? Norėdami nustatyti ar rezultatai, gauti įvertinus modelius skiriasi tarp asmenų, kurie gavo skirtingą gydymą, pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes – pacientai, kurie gydėsi psichoterapiškai gydymą (14 pacientų) ir pacientai, kurie gydėsi kombinuotu būdu (81 pacientas). Vertinant visus 13 modelių tarp grupių išryškėjo tik vienas skirtumas. Modelyje, vertinančiame ryšius tarp depresiškumo ir atvirumo psichoterapijai, nustatyta, kad atvirumas psichoterapijai iš karto po gydymo gali nuspėti depresiškumo išreikštumą praėjus pusei metų po gydymo pacientams, kurie gydėsi psichoterapiniu būdu ($\beta = 0{,}55$, $p < 0{,}001$). Šis ryšys yra teigiamas, o tai liudija, kad tokių pacientų aukštas atvirumas psichoterapijai baigiantis gydymui lemia didesnį depresiškumą praėjus pusei metų po gydymo. Šie rezultatai liudija, kad psichoterapinio gydymo pasekmės skiriasi nuo kombinuoto gydymo pasekmių.

51 lentelė. Standartizuoti kryžminių ankstinių analizės metu vertintų modelių koeficientai

Modelis	**Stabilumas**				**Kryptis**			
	Qpass T1 – Qpass T2	Qpass T2 – Qpass T3	Mot T1 – Mot T2	Mot T2 – Mot T3	Mot T1 – Qpass T2	Mot T2 – Qpass T3	Qpass T1 – Mot T2	Qpass T2 – Mot T3
Dep – Kan	0,42***	0,51***	0,43***	0,37***	0,09	0,08	0,29***	0,11
Dep – Etio	0,46***	0,51***	0,43***	0,31**	0,04	0,11	0,22*	0,14
Dep – Lūk	0,47***	0,52***	0,39***	0,47***	0,07	0,01	0,18*	0,10
Dep – Atv	0,47***	0,53***	0,35***	0,14	-0,01	0,04	0,11	0,11
Ner – Kan	0,53***	0,32**	0,53***	0,60***	0,05	0,33*	0,14	-0,21
Ner – Etio	0,56***	0,35**	0,39***	0,30*	-0,01	-0,04	0,32*	0,04
Ner – Lūk	0,56***	0,35**	0,39***	0,45***	0,08	0,08	0,30**	0,04
Ner – Atv	0,56***	0,37**	0,34***	0,14	-0,01	0,06	0,12	0,01
Pyk – Kan	0,48***	0,25*	0,53***	0,55***	0,08	0,12	0,13	-0,14
Pyk – Etio	0,51***	0,27*	0,44***	0,27*	-0,01	0,10	0,18*	0,05
Pyk – Lūk	0,52***	0,24*	0,36***	0,49***	-0,01	0,14	0,21*	0,06
Pyk – Atv	0,52***	0,34**	0,36***	0,13	-0,03	0,24	0,08	0,02
Bendra – Bendras	0,53***	0,37**	0,38***	0,09	0,03	0,16	0,31***	0,04

Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Qpass T1 – Qpass T2 atskirų klausimynų skalių (depresiškumo, nerimastingumo, pykčio ir bendros psichopatologijos) stabilumas – kaip pirmas matavimas gali nuspėti antrą matavimą, o Qpass T2 – Qpass T3 atskirų klausimynų skalių stabilumas – kaip antras matavimas gali nuspėti trečią matavimą; Mot T1 – Mot T2 motyvacijos psichoterapijai skalių (kančios, etiologijos, lūkesčių, atvirumo) stabilumas – kaip pirmas matavimas gali nuspėti antrą matavimą, o Mot T2 – Mot T3 motyvacijos psichoterapijai skalių stabilumas – kaip antras matavimas gali nuspėti trečią matavimą; Mot T1 – Qpass T2 kaip motyvacijos klausimyno atskiros skalės pirmu matavimu nuspėja simptomus antru matavimu, o Mot T2 – Qpass T3 kaip motyvacijos klausimyno atskiros skalės antru matavimu nuspėja simptomus trečiu matavimu; Qpass T1 – Mot T2 kaip simptomai pirmu matavimu nuspėja motyvaciją psichoterapijai antru matavimu, o Qpass T2 – Mot T3 kaip simptomai antru matavimu nuspėja motyvaciją psichoterapijai trečiu matavimu. Kiekviename modelyje buvo tik du kintamieji – vienas iš Qpass klausimyno, o kitas iš Motyvacijos psichoterapijai klausimyno ir modelyje vertintas šių dviejų kintamųjų stabilumas ir jų gebėjimas nuspėti vienas kitą. Dep – depresiškumas, Ner – nerimastingumas, Pyk – pyktis. Kan – kančia, Etio – etiologija, Lūk – lūkesčiai, Atv – atvirumas

5.6.2. Ryšių tarp atsparumo ir simptomų analizė laikui bėgant

Siekiant nustatyti koks yra ryšys tarp psichologinio atsparumo ir simptomų išreikštumo laikui bėgant, kai kontroliuojami ankstesni ryšiai tarp jų, testavome modelį, pristatytą 32 pav. Visuose 19 testuojamuose modeliuose vertinant ryšius tarp psichologinio atsparumo ir simptomų išreikštumo, kontroliavome lyties ir amžiaus poveikį. Visų testuotų modelių tinkamumo rodikliai idealiai tinka duomenims ($\chi^2 = 0{,}00$, $p = 0{,}00$, $df = 0$, CFI = 1,00, TLI = 1,00, RMSEA = 0,00). Esant nuliniam laisvės laipsniui (df), modeliai visuomet tinkami duomenims. Modelių rezultatai, pateikti 52 lentelėje. 52 lentelės pirmuose keturiuose stulpeliuose rodo, kad tiek atskiri simptomai, tiek atskiri psichologinio atsparumo aspektai išlieka pakankamai stabilūs laikui bėgant. Dauguma simptomų stabilūs tiek tarp pirmo ir antro matavimų, tiek tarp antro ir trečio. Tik pykčio matavimai neturi stabilumo tarp antro ir trečio matavimų modeliuose kartu su savęs suvokimu, ateities planavimu ir socialiniais ištekliais. Psichologinio atsparumo atskiri komponentai gana stabilūs tarp abiejų matavimų, kas leidžia teigti, kad ankstesnis žmogaus psichologinis atsparumą lemia vėlesnį psichologinį atsparumą. Gauti rezultatai leidžia manyti, kad pradinis simptomų įvertinimas leidžia prognozuoti vėlesnes simptomų įvertinimo reikšmes, nepaisant to, kad tarp matavimų yra laiko tarpai. Taip pat ir psichologinio atsparumo pradiniai įvertinimai leidžia prognozuoti vėlesnes psichologinio atsparumo įvertinimo reikšmes.

Ar simptomų išreikštumas nulemia psichologinį atsparumą, ar psichologinis atsparumas lemia simptomų išreikštumą laikui bėgant? Gauti rezultatai rodo, kad tik vienas psichologinio atsparumo aspektas – ateities planavimas lemia simptomų išreikštumo, tai yra pykčio pasikeitimą laikui bėgant, tai yra pokyčius tarp antro ir trečio matavimo, pokyčius po gydymo. Kuo geresnis ateities planavimas iš karto po gydymo, tuo mažesni pykčio įverčiai praėjus pusei metų po gydymo. Tačiau kiti psichologinio atsparumo aspektai nelemia simptomų išreikštumo laikui bėgant.

Rezultatai liudija, kad simptomų išreikštumas, o tiksliau pyktis gali lemti struktūravimo stilių tarp pirmo ir antro matavimo. Kuo didesni paciento pykčio

simptomų įverčiai, tuo prastesnis jų struktūravimo stilius gydymo metu. Jokie kiti simptomai nelemia psichologinio atparumo laikui bėgant.

Kokia yra ryšio tarp psichologinio atsparumo ir simptomų išreikštumo kryptis pacientams su skirtingomis diagnozėmis? Norėdami nustatyti, ar rezultatai, gauti įvertinus modelius, skiriasi tarp pat tikrų pacientų grupių, taikėme tarpgrupinę struktūrinių lygčių modeliavimo analizę (dvi pacientų grupės - neuroziniai sutrikimai (30 pacientų) ir afektiniai sutrikimai (65 pacientai)). Vertinant visus 19 modelių tarp dviejų blokų grupių, afektinių ir neurozinių sutrikimų grupių, negauta jokių skirtumų modeliuose, kai modeliai lyginami tarp afektiniais ir neuroziniais sutrikimais sergančiųjų. Tai liudija, kad šie susirgimai gali turėti panašią eigą, jei kalbama apie psichologinį atsparumą ir simptomų išreikštumą.

Ar skiriasi ryšiai tarp psichologinio atsparumo ir simptomų pacientams, kurie gavo skirtingą gydymą? Ar gydymas gali turėti poveikį atsparumo ir simptomų ryšiui, ar galime pasakyti, kad vienas gydymo metodas efektyvesnis už kitą? Norėdami nustatyti ar rezultatai, gauti įvertinus modelius skiriasi tarp asmenų, kurie gavo skirtingą gydymą, pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes – pacientai, kurie gydėsi psichoterapiniu būdu (14 pacientų), ir pacientai, kurie gydėsi kombinuotu būdu (81 pacientas). Vertinant visus 19 modelių tarp grupių išryškėjo keletas skirtumų. Tik psichoterapiškai besigydžiusiems pacientams nerimastingumas ir pyktis pirmu matavimu lemia mažesnius savęs suvokimo įverčius antru matavimu ($\beta = -0,56$, $p < 0,001$; $\beta = -0,52$, $p < 0,001$, atitinkamai nerimastingumui ir pykčiui), o taip pat nerimastingumas ir pyktis antru matavimu lemia blogesnį savęs suvokimą trečiu matavimu ($\beta = -0,40$, $p < 0,01$; $\beta = -0,49$, $p < 0,001$, atitinkamai nerimastingumui ir pykčiui). Tačiau šis ryšys nėra reikšmingas pacientams, kurie gydėsi kombinuotu būdu. Taip pat pacientams, kurie gydėsi psichoterapiškai, aukštesni nerimastingumo ir pykčio įvertinimai antru matavimu lemia žemesnius struktūravimo stiliaus įvertinimus trečiu matavimu ($\beta = -0,28$, $p < 0,05$; $\beta = -0,22$, $p < 0,05$, atitinkamai nerimastingumui ir pykčiui). Modelyje, vertinančiame ryšius tarp depresiškumo ir savęs suvokimo, nustatyta, kad psichoterapiškai gydytiems pacientams didesni savęs suvokimo vertinimai antru

matavimu lemia žemesnį depresiškumą trečiu matavimu (β = -0,54, p < 0,001). Taip pat modelyje, vertinančiame depresiškumo ir šeimos sutelktumo ryšius, didesni depresiškumo įverčiai antru matavimu šiems pacientams lemia žemesnius šeimos sutelktumo vertinimus trečiu matavimu (β = -0,35, p < 0,01). Įdomu tai, kad pacientams, kurie gydėsi psichoterapiškai, aukštesni ateities planavimo įvertinimai antru matavimu lemia taip pat aukštesnį depresiškumą trečiu matavimu (β = 0,41, p < 0,01), kai pacientams, kurie gydėsi kombinuotai, šis ryšys nėra reikšmingas. Ši tendencija stebima ir modelyje, kur vertinamas bendras psichologinio atsparumo vertinimo ryšys su bendru simptomų vertinimu. Pacientams, kurie gydėsi psichoterapiškai, didesni psichologinio atsparumo vertinimai pirmu matavimu lemia didesnius simptomų vertinimus antru matavimu (β = 0,35, p < 0,05).

52 lentelė. Standartizuoti kryžminių ankstinių analizės metu vertintų modelių koeficientai

Modelis	**Stabilumas**				**Kryptis**			
	Qpass T1 – Qpass T2	Qpass T2 – Qpass T3	RSA T1 – RSA T2	RSA T2 – RSA T3	RSA T1 – Qpass T2	RSA T2 – Qpass T3	Qpass T1 – RSA T2	Qpass T2 – RSA T3
Dep - Savsuv	0,42***	0,55***	0,61***	0,34**	-0,12	0,06	-0,05	-0,20
Dep - Ateitis	0,48***	0,42***	0,57***	0,60***	0,01	-0,18	0,01	0,08
Dep - Sockom	0,48***	0,48***	0,77***	0,54***	0,05	-0,14	0,01	-0,03
Dep - Struk	0,47***	0,54***	0,65***	0,40***	-0,01	0,09	0,16	-0,05
Dep - Šeim	0,44***	0,57***	0,81***	0,51***	-0,11	0,17	0,01	0,01
Dep - Socišt	0,47***	0,56***	0,73***	0,40**	-0,01	0,11	-0,02	-0,03
Ner - Savsuv	0,55***	0,35**	0,65***	0,44***	-0,01	-0,03	0,03	-0,07
Ner - Ateitis	0,56***	0,26*	0,60***	0,57***	0,01	-0,20	0,00	0,05
Ner - Sockom	0,56***	0,33**	0,78***	0,57***	0,06	-0,06	-0,02	0,01
Ner - Struk	0,55***	0,38**	0,62***	0,43***	-0,08	0,10	0,12	0,01
Ner - Šeim	0,54***	0,37**	0,82***	0,50***	-0,09	0,06	0,04	0,05
Ner - Socišt	0,55***	0,36**	0,74***	0,41**	-0,03	0,04	0,01	-0,01
Pyk - Savsuv	0,48***	0,20	0,67***	0,43***	-0,09	-0,18	0,08	-0,11
Pyk - Ateitis	0,50***	0,04	0,58***	0,57***	-0,07	-0,48**	0,04	0,00
Pyk - Sockom	0,52***	0,30*	0,78***	0,61***	0,07	0,02	-0,05	0,11
Pyk - Struk	0,52***	0,32*	0,64***	0,43***	0,04	0,09	-0,16*	0,01
Pyk - Šeim	0,49***	0,33*	0,83***	0,54***	-0,09	0,08	0,03	0,10
Pyk - Socišt	0,51***	0,20	0,75***	0,43**	-0,01	-0,20	0,03	0,02
Bendra - Bendras	0,54***	0,36*	0,67***	0,61***	-0,01	-0,06	0,04	0,06

Pastaba. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Qpass T1-Qpass T2 - atskirų klausimynų skalių (depresiškumo, nerimastingumo, pykčio ir bendros psichopatologijos) stabilumas (kaip pirmas matavimas gali nuspėti antrą matavimą), Qpass T2-Qpass T3 - atskirų klausimynų skalių stabilumas (kaip antras matavimas gali nuspėti trečią matavimą), RSA T1-RSA T2 - psichologinio atsparumo skalių (savęs suvokimas, ateities planavimas, socialinė kompetencija, struktūravimo stilius, šeimos sutelktumas, socialiniai ištekliai) stabilumas (kaip pirmas matavimas gali nuspėti antrą matavimą), o RSA T2-RSA T3 - psichologinio atsparumo skalių stabilumas (kaip antras matavimas gali nuspėti trečią matavimą); RSA T1-Qpass T2 - kaip psichologinio atsparumo atskiros skalės pirmu matavimu nuspėja simptomus antru matavimu, o RSA T2-Qpass T3 - kaip psichologinio atsparumo atskiros skalės antru matavimu nuspėja simptomus trečiu matavimu; Qpass T1-Ats T2 - kaip simptomai pirmu matavimu nuspėja psichologinį atsparumą antru matavimu, o Qpass T2-Ats T3 - kaip simptomai antru matavimu nuspėja psichologinį atsparumą trečiu matavimu. Kiekviename modelyje buvo tik du kintamieji – vienas iš Qpass klausimyno, o kitas iš RSA klausimyno ir modelyje vertintas šių dviejų kintamųjų stabilumas ir jų gebėjimas nuspėti vienas kitą. Dep – depresiškumas, Ner – nerimastingumas, Pyk – pyktis, Savsuv – savęs suvokimas, Ateitis – ateitis planavimas, Sockom – socialinė kompetencija, Struk – struktūravimo stilius, Šeim – šeimos sutelktumas, Socišt – socialiniai ištekliai.

5.7. Pagrindinės ir kontrolinės grupės palyginimas

Norint palyginti dienos stacionare ir psichikos sveikatos centre gydytų pacientų gydymo efektyvumą, pirmiausiai buvo įvertinti pacientų, gydytų psichoterapiniame dienos stacionare (PDS) ir pacientų, gydytų psichikos sveikatos centre (PSC) simptomų (QPASS) ir psichologinio atsparumo (RSA) vertinimai pirmu ir antru matavimu (naudojantis nepriklausomų imčių Stjudento t testu) bei pokyčiai per laiką (naudojantis porinių imčių Stjudento t testu).

5.7.1. Gydymosi pradžioje

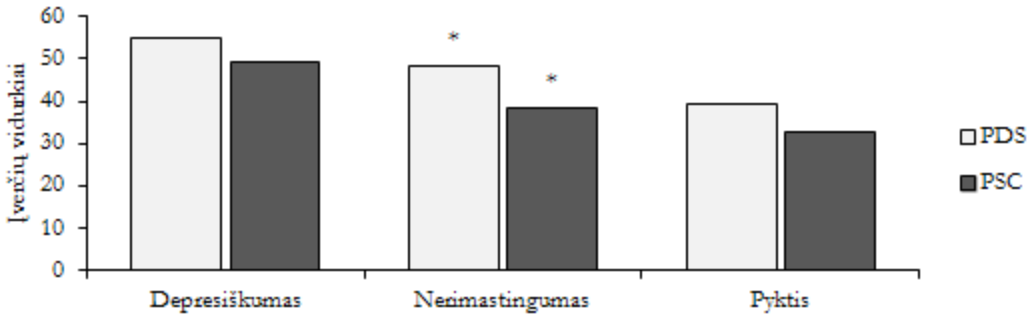
Matome (53 lentelė), kad egzistavo tam tikri statistiškai reikšmingi skirtumai tarp PDS ir PSC pacientų, atliekant pirmąjį matavimą.

53 lentelė. Simptomų įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas tarp PDS ir PSC pacientų

Skalė	**PDS**		**PSC**		**t**	**p**
	Vid	**SN**	**Vid**	**SN**		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T1	54,92	19,47	49,10	17,33	1,46	0,146
Nerimastingumas T1	48,13	21,76	38,20	19,02	2,24	**0,027**
Pyktis T1	39,16	18,65	32,73	14,28	1,73	0,086
BPI T1	159,72	58,93	131,70	45,45	2,39	**0,019**
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T1	21,04	5,54	24,23	6,53	-2,62	**0,010**
Ateities planavimas T1	11,68	6,33	13,60	6,03	-1,46	0,148
Socialinė kompetencija T1	25,30	8,30	26,23	8,57	-0,53	0,596
Šeimos sutelktumas T1	22,05	9,01	28,12	9,97	-3,13	**0,002**
Socialiniai ištekliai T1	32,81	8,77	37,17	9,52	-2,05	**0,022**
Struktūravimo stilius T1	16,48	5,52	18,83	5,30	-2,05	**0,043**
Bendras T1	128,88	26,11	148,20	32,01	-3,33	**0,001**

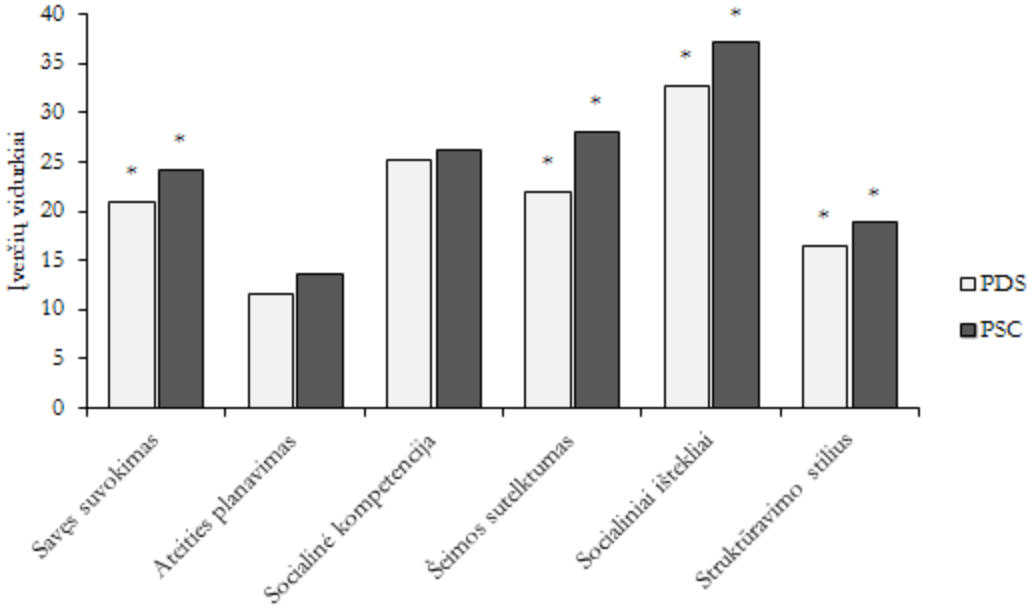
Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Pacientai, kurie buvo gydyti PDS, prieš gydymą buvo labiau nerimastingi ir jų bendras simptomų įvertinimas buvo didesnis (33 pav.).



33 pav. Simptomų įverčių skirtumai tarp PDS ir PSC pacientų

Matome, kad abiejų grupių pacientų psichologinio atsparumo tam tikri komponentai reikšmingai skyrėsi (34 pav.). Gydymo pradžioje PDS pacientų buvo žemesnis savęs suvokimas, šeimos sutelktumas, socialiniai ištekliai, struktūravimo stilius bei bendras psichologinio atsparumo įvertinimas.



34 pav. Atsparumo įverčių skirtumai tarp PDS ir PSC pacientų prieš gydymą

5.7.2. Gydymosi pabaigoje

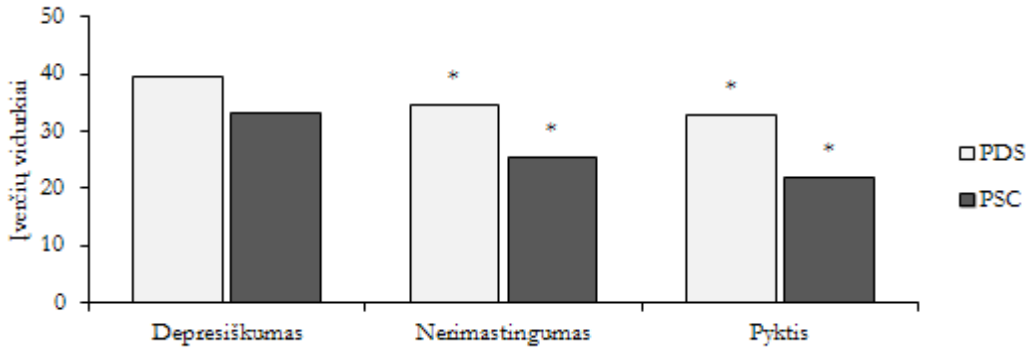
Lyginant PDS ir PSC gydytų pacientų įvertinimus (54 lentelė) antru matavimu, po gydymo, stebima, kad skirtumai tarp pacientų išlieka gana panašūs, kaip ir pirmu matavimu.

54 lentelė. Simptomų įverčių vidurkiai gydymo pradžioje bei jų palyginimas tarp PDS ir PSC pacientų

Skalė	PDS		PSC		t	p
	Vid	SN	Vid	SN		
SIMPTOMAI						
Depresiškumas T2	39,58	20,43	33,10	20,05	1,52	0,131
Nerimastingumas T2	34,52	19,73	25,33	21,47	2,20	**0,030**
Pyktis T2	32,73	17,41	21,83	16,70	3,01	**0,003**
BPI T2	120,25	57,99	88,60	60,10	2,58	**0,011**
ATSPARUMAS						
Savęs suvokimas T2	22,73	6,13	28,20	5,49	-4,37	**0,000**
Ateities planavimas T2	14,10	6,69	16,80	6,13	-1,96	0,051
Socialinė kompetencija T2	27,07	7,88	29,17	8,77	-1,28	0,203
Šeimos sutelktumas T2	22,46	8,83	28,87	8,77	3,47	**0,001**
Socialiniai ištekliai T2	34,01	8,67	38,73	9,04	-2,58	**0,011**
Struktūravimo stilius T2	16,81	5,14	20,07	4,71	-3,08	**0,003**
Bendras T2	137,03	28,79	161,83	31,47	-4,02	**0,000**

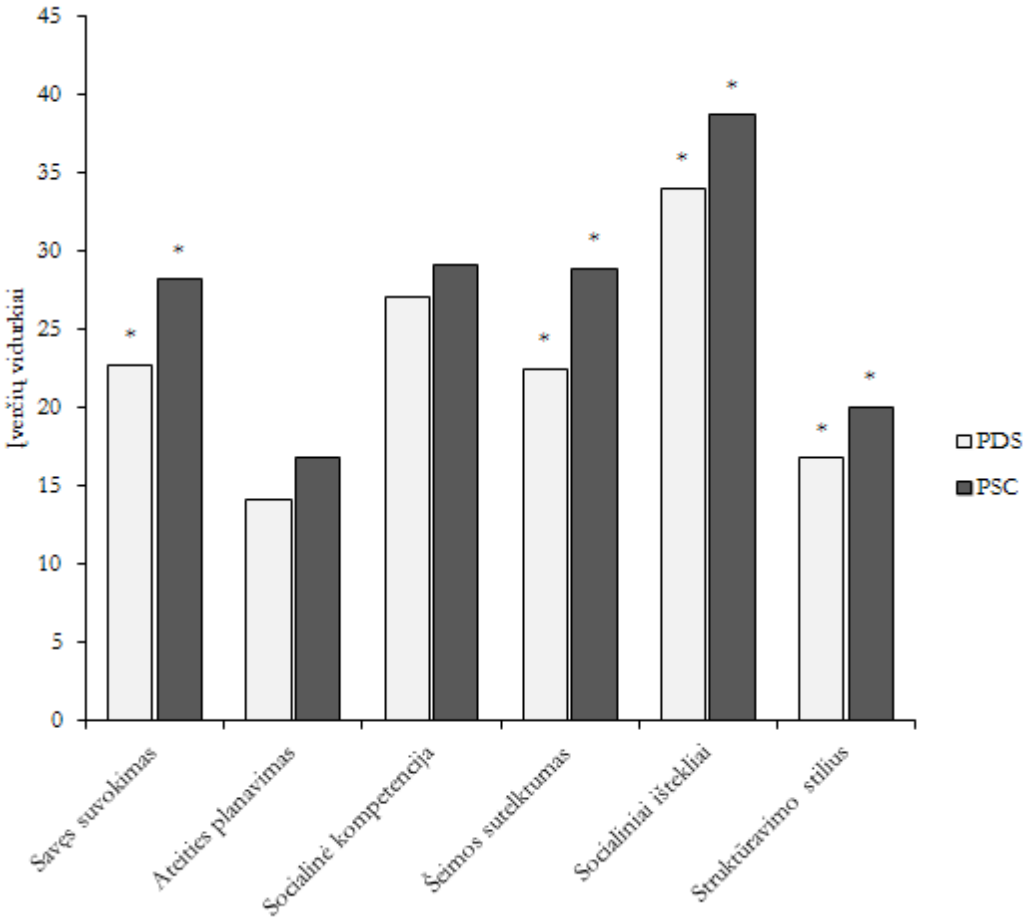
Pastaba. Vid – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, t – Stjudento kriterijus

Pacientai, kurie buvo gydyti PDS, buvo statistiškai reikšmingai labiau nerimastingi ir jų pykčio skalės įverčiai buvo aukštesni, jų bendras simptomų įvertinimas buvo statistiškai reikšmingai didesnis (žr. 35 pav.).



35 pav. Simptomų įverčių skirtumai tarp PDS ir PSC pacientų po gydymo

Po gydymo PDS pacientams išliko statistiškai reikšmingai žemesnis savęs suvokimas, šeimos sutelktumas, socialiniai ištekliai, struktūravimo stilius bei bendras psichologinio atsparumo įvertinimas (žr. 36 pav.).



36 pav. Atsparumo įverčių skirtumai tarp PDS ir PSC pacientų po gydymo

1.1.1. Simptomų ir atsparumo pokyčiai laikui bėgant

Ar simptomai ir psichologinis atsparumas keitėsi laikui bėgant, buvo tikrinama naudojantis porinių imčių Stjudento t testu pirmiau pacientams, kurie buvo gydyti PDS, o tada PSC pacientams. Paskutiniame stulpelyje pateiktas efekto dydis, kuris liudija, kiek stiprūs randami skirtumai, ar jie nėra atsitiktiniai, o iš tikro egzistuoja. Efekto dydis dažnai pateikiamas kaip stiprumo matas. Cohen (1988) pateiktos efekto Cohen d dydžio interpretacijos: iki 0,2 – mažas; iki 0,5 – vidutinis; virš 0,8 – didelis stiprumas.

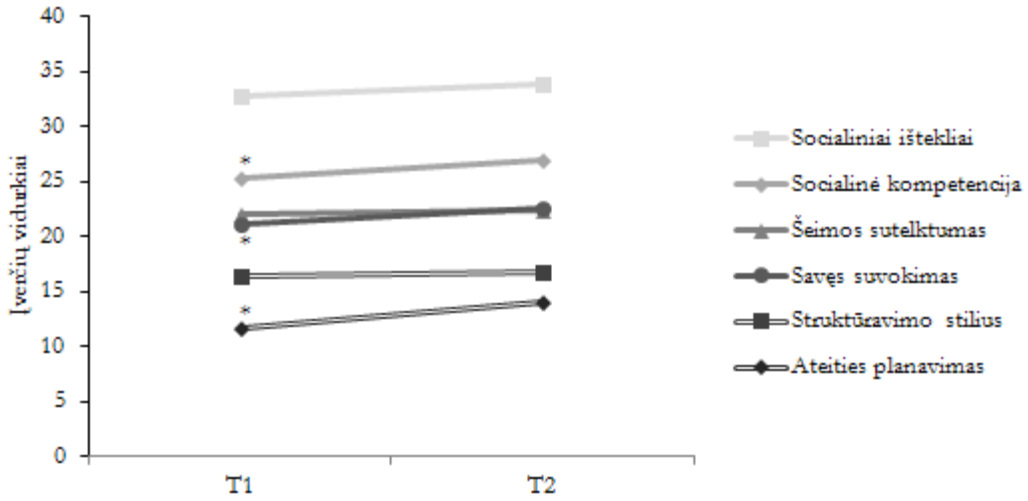
Gauti rezultatai rodo, kad **PDS** pacientai po gydymo buvo statistiškai reikšmingai mažiau depresiški, nerimastingi ir jų pykčio skalės įverčiai buvo statistiškai reikšmingai žemesni (55 lentelė).

55 lentelė. PDS pacientų kintamųjų įverčių vidurkiai skirtingais dviem matavimais bei jų palyginimas

Skalė	**Vidurkis**	**Standartinis nuokrypis**	**t**	**p**	Efekto dydis
SIMPTOMAI					
Depresiškumas T1	54,92	19,48	7,36	**0,000**	0,77
Depresiškumas T2	39,58	20,43			
Nerimastingumas T1	48,13	21,76	6,83	**0,000**	0,66
Nerimastingumas T2	34,52	19,73			
Pyktis T1	39,37	18,63	3,54	**0,001**	0,37
Pyktis T2	32,73	17,41			
BPI T1	159,72	58,93	6,90	**0,000**	0,67
BPI T2	120,26	57,99			
ATSPARUMAS					
Savęs suvokimas T1	21,04	5,54	-2,61	**0,014**	0,26
Savęs suvokimas T2	22,58	6,10			
Ateities planavimas T1	11,68	6,33	-3,18	**0,003**	0,36
Ateities planavimas T2	14,00	6,45			
Socialinė kompetencija T1	25,30	8,30	-3,17	**0,004**	0,21
Socialinė kompetencija T2	26,97	7,93			
Šeimos sutelktumas T1	22,05	9,01	-1,06	0,299	0,04
Šeimos sutelktumas T2	22,41	8,60			
Socialiniai ištekliai T1	32,81	8,77	-1,36	0,183	0,12
Socialiniai ištekliai T2	33,83	8,67			
Struktūravimo stilius T1	16,48	5,52	-2,01	0,054	0,05
Struktūravimo stilius T2	16,77	5,19			
Bendras T1	128,88	26,11	-3,01	**0,005**	0,26
Bendras T2	136,10	28,35			

Pastaba. T1 yra pirmas matavimas, o T2 yra antras matavimas, t – Stjudento kriterijus, Efekto dydis – Cohen d.

Taip pat gauti rezultatai parodė, kad PDS pacientams gydymo metu statistiškai reikšmingai pagerėjo savęs suvokimas, ateities planavimas, socialinė kompetencija, bei bendras psichologinio atsparumo įvertinimas (žr. 37 pav.)



37 pav. PDS pacientų psichologinio atsparumo kitimas gydymo metu

Matome, kad pacientų, kurie buvo gydyti **PSC,** simptomai gydymo metu statistiškai reikšmingai sumažėjo (56 lentelė).

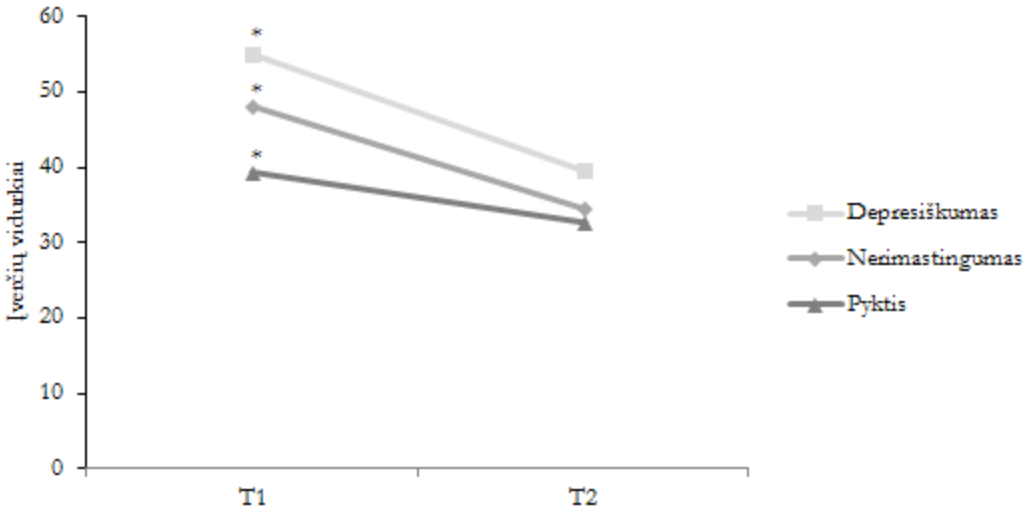
56 lentelė. PSC pacientų kintamųjų įverčių vidurkiai skirtingais dviem matavimais bei jų palyginimas

Skalė	**Vidurkis**	**Standartinis nuokrypis**	**t**	**p**	Efekto dydis
SIMPTOMAI					
Depresiškumas T1	49,10	17,33	3,90	**0,001**	0,85
Depresiškumas T2	33,10	20,05			
Nerimastingumas T1	38,20	19,02	3,09	**0,004**	0,63
Nerimastingumas T2	25,23	21,47			
Pyktis T1	32,73	14,28	4,59	**0,000**	0,70
Pyktis T2	21,83	16,70			
BPI T1	131,70	45,45	3,84	**0,001**	0,81
BPI T2	88,60	60,10			
ATSPARUMAS					
Savęs suvokimas T1	24,23	6,53	-2,62	**0,014**	0,66
Savęs suvokimas T2	28,20	5,49			
Ateities planavimas T1	13,60	6,03	-3,18	**0,003**	0,53
Ateities planavimas T2	16,80	6,13			
Socialinė kompetencija T1	26,23	7,54	-3,17	**0,004**	0,39
Socialinė kompetencija T2	29,17	7,55			

Skalė	**Vidurkis**	**Standartinis nuokrypis**	**t**	**p**	Efekto dydis
Šeimos sutelktumas T1	28,13	9,97	-1,06	0,299	0,08
Šeimos sutelktumas T2	28,87	8,77			
Socialiniai ištekliai T1	37,17	9,52	-1,36	0,183	0,18
Socialiniai ištekliai T2	38,73	9,04			
Struktūravimo stilius T1	18,83	5,30	-2,04	0,054	0,25
Struktūravimo stilius T2	20,07	4,71			
Bendras T1	148,20	32,01	-3,01	**0,005**	0,43
Bendras T2	161,83	31,47			

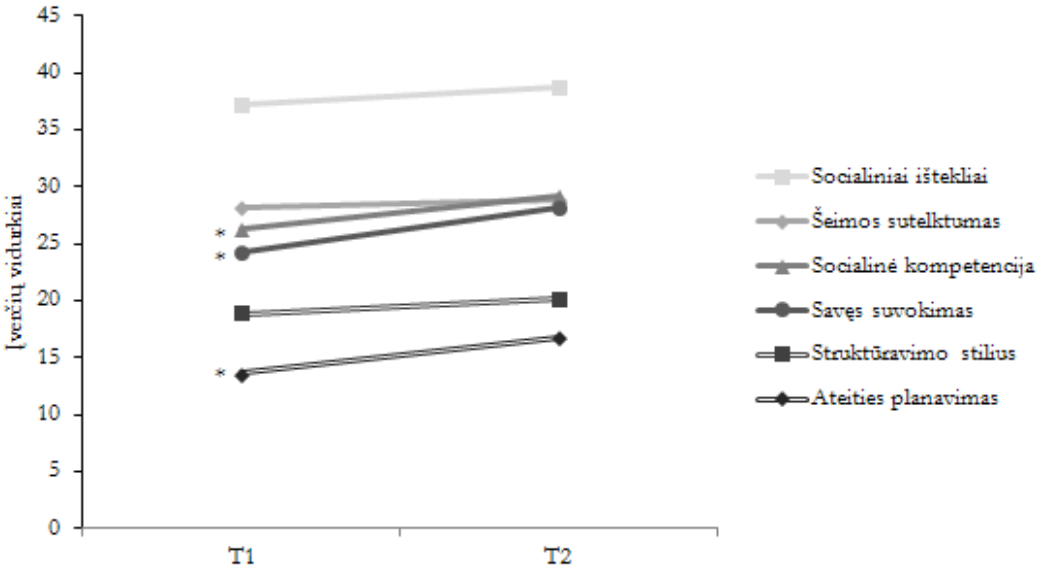
Pastaba. T1 yra pirmas matavimas, o T2 yra antras matavimas, t – Stjudento kriterijus. Efekto dydis – Cohen d.

Praėjus ~1,5 – 2 mėnesiams po pirmojo įvertinimo, PSC pacientai buvo statistiškai reikšmingai mažiau depresiški, nerimastingi ir turėjo mažiau pykčio simptomų (žr. 38 pav.)



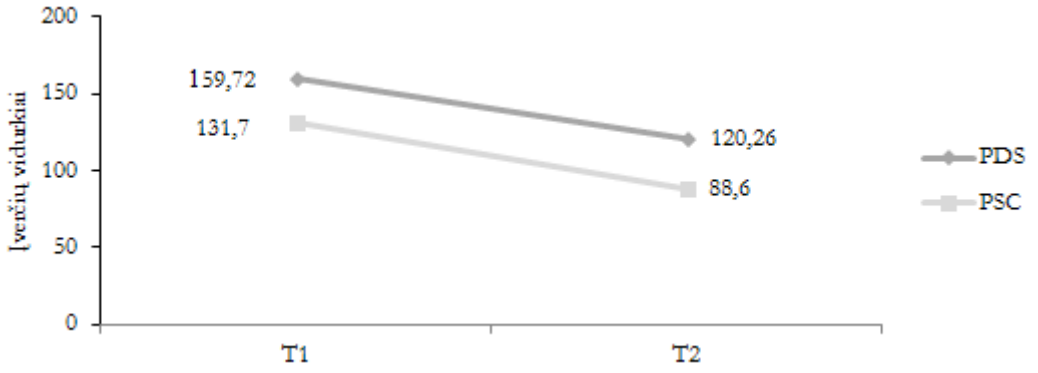
38 pav. PSC pacientų simptomų įverčių kitimai gydymo metu

Gauti rezultatai parodė, kad PSC pacientams po gydymo statistiškai reikšmingai pagerėjo savęs suvokimas, ateities planavimas, socialinė kompetencija, bei bendras psichologinio atsparumo įvertinimas (žr. 39 pav.)



39 pav. PSC pacientų psichologinio atsparumo kitimas gydymo metu

Taigi, gauti rezultatai liudija, kad ir PDS pacientai, ir PSC pacientai po gydymo buvo mažiau depresiški, nerimastingi, jų pykčio skalės įverčiai ir BPI įverčiai buvo statistiškai reikšmingai mažesni (žr. 40 pav.). Taip pat stebima, kad gydymo metu statistiškai reikšmingai pagerėjo savęs suvokimas, ateities planavimas, socialinė kompetencija, bei bendras psichologinio atsparumo įvertinimas.



40 pav. PDS ir PSC pacientų bendrų psichopatologinių simptomų įverčių vidurkių pokyčiai gydymo metu

6. REZULTATŲ APTARIMAS

Rezultatų aptarimo pradžioje būtina paminėti keletą svarbių aspektų apie tiriamuosius. Iš duomenų matome, kad net 65% tiriamųjų sudarė jauno brandaus (20 - 40 metų) amžiaus pacientai, tik kas dešimtas jų kreipėsi per pirmąjį mėnesį nuo skundų atsiradimo ar būklės pablogėjimo, daugiau nei pusei pacientų ateiti gydytis į PDS užtruko iki metų, trečdalis tirtų pacientų į PDS kreipėsi praėjus daugiau nei metams nuo skundų atsiradimo pradžios. 44.2% tirtų pacientų diagnozuotas pasikartojantis depresinis sutrikimas. Žinoma, kad daugelis jų prieš tai buvo gydęsi ambulatoriškai farmakoterapiškai, tačiau nepasiekė pakankamo gydymo efekto. Darytina išvada, kad didžiajai daliai pacientų gydymasis PDS nebuvo pirmas pasirinkimas, o ankstesnis gydymas nedavė laukiamo efekto.

Taigi, didžiąją mūsų tiriamųjų dalį sudaro depresijos mėnesiais kamuojami prieš tai nepakankamai sėkmingai psichofarmakologiškai gydęsi 20 - 40 metų amžiaus pacientai, galiausiai apsisprendę ir atvykę gydymuisi į PDS.

85% visų tirtų pacientų buvo gydomi kombinuotu būdu (psichoterapiškai ir farmakoterapiškai). Kombinuoto gydymo grupėje 22,2% sudarė pacientai su neuroziniais sutrikimais ir 77,8% - su afektiniais sutrikimais. Iš vien psichoterapiškai gydomų pacientų net 86% sudarė asmenys su neurozinių sutrikimų diagnozėmis.

6.1. Skirtumai tarp neurozinių ir afektinių sutrikimų grupių

Pirmiausia siekėme įvertinti, kuo skyrėsi asmenys su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais gydymosi PDS pradžioje, po 6 savaičių gydymosi PDS ir praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS, vertinant psichopatologinių simptomų išreikštumą, distresą, motyvaciją psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinį atsparumą.

Gydymosi pradžioje afektinių sutrikimų grupės pacientai pasižymėjo blogesne psichine būkle ir žemesniu atsparumu – jie reikšmingai labiau pabrėžė depresiškumą, turėjo didesnius rizikos skalės įverčius, prasčiau vertino savo gerovę, prasčiau suvokė save ir blogiau planavo ateitį palyginus su neurozinių sutrikimų pacientų grupe. Nepaisant skirtingo būsenos sunkumo, abiejų grupių pacientai turėjo panašią motyvaciją psichoterapiniam gydymuisi. Šie rezultatai siejasi su J. Nezlekas (2001) tyrimų duomenims, pasak kurių asmenys, turintys aukštesnius ateities planavimo skalės įverčius (geriau planuojantys ateitį) turi mažesnę depresijos išsivystymo riziką. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai atliepia O. Hjemdalis ir O. Friborgas (2006) tyrimo rezultatus, kur teigiama, kad žemesniu atsparumu pasižymintiems asmenims atsiranda daugiau psichiatrinių simptomų, jiems susidūrus su stresu.

Gydymosi pabaigoje afektiniais sutrikimais sergantiesiems išliko aukštesnis depresiškumas, o ateities planavimo įgūdžiai prastesni, tačiau pacientai tapo atviresni psichoterapijai, palyginti su neurozinių sutrikimų pacientų grupe. Šis rezultatas, manome, galėtų būti paaiškintas afektiniais sutrikimais sergančių pacientų ilgesne ir nepakankamai sėkminga medikamentinio gydymosi patirtimi iki patenkant į PDS. Medikamentinio ir psichoterapinio gydymo derinio pagalba pagaliau pasiektas pastebimas būsenos pagerėjimas ir gali būti susijęs su konstatuojamu didesniu atvirumu psichoterapiniam gydymuisi, lyginant su trumpiau sergančiais pacientais.

Praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS, afektiniais sutrikimais sirgusiųjų būsena išliko santykinai blogesnė: jų depresiškumas ir toliau liko aukštesnis, santykinai išaugo ir nerimastingumas. Dėsninga, kad pacientų patiriama kančia buvo didesnė, ir jie subjektyviai prasčiau vertino gerovę. Afektinių sutrikimų grupės pacientų funkcionavimo ir bendri distreso įverčiai buvo didesni negu neurozinių pacientų grupės, kas liudija apie jų prastesnį funkcionavimą ir savijautą. Afektiniais sutrikimais sergantys asmenys ne taip gerai planavo ateitį, kaip sergantieji neuroziniais sutrikimais. O. Hjemdalis, O. Friborgas (2006) savo tyrimo rezultatuose teigia, kad pacientų turimi ateities planavimo įgūdžiai neigiamai koreliuoja su vėliau atsirandančiais psichopatologiniais simptomais.

6.2. Skirtumai tarp psichoterapinio ir kombinuoto gydymo grupių

Siekėme išsiaiškinti, kuo skyrėsi pacientai, kurie gydėsi vien psichoterapiškai ir kurie gydėsi kombinuotu būdu gydymo pradžioje, po 6 savaičių gydymosi PDS ir praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS, vertinant psichopatologinių simptomų išreikštumą, distresą, motyvaciją psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinį atsparumą

Gydymosi pradžioje tik psichoterapiškai gydęsi pacientai pasižymėjo geresne psichine būkle – jų depresiškumas, nerimastingumas ir pykčio skalių įverčiai buvo statistiškai reikšmingai žemesni. Šie pacientai geriau suvokė save ir subjektyviai aukščiau vertino savo gerovę bei pažymėjo turintys mažiau problemų ir geriau vertino savo bendrą savijautą, negu kombinuotu būdu gydęsi pacientai. Vien psichoterapija gydęsi pacientai mažiau jautė ligos keliamą kančią, savo susirgimo kilmę buvo mažiau linkę sieti su psichologiniais veiksniais ir, turėjo žemesnį bendrą motyvacijos psichoterapijai įvertinimą, palyginti su kombinuotu būdu besigydžiusiais pacientais. Apibendrinant darytina išvada, kad mažiau simptomų turintys ir geriau vertinantys savo savijautą pacientai pasižymi žemesne motyvacija psichoterapiniam gydymuisi. Tai patvirtina ir W. Schneideris ir T. Klaueris (2001), teigdami, kad pacientų psichopatologiniai simptomai ir patiriamos problemos didina kančios patyrimą; didėjant simptomų išreikštumui, jų kilmė labiau siejama su psichologinėmis priežastimis.

Gydymosi pabaigoje visiems pacientams reikšmingai sumažėjo depresiškumas, pykčio ir bendrieji psichopatologiniai simptomai. Pacientams, kurie gydėsi psichoterapiškai, buvo mažiau išreikštas depresiškumas ir pykčio simptomai ne tik palyginus su jų būkle gydymo pradžioje, bet ir palyginus juos su pacientais, kurie gydėsi kombinuotai. Kombinuotu būdu besigydžiusiems pacientams nerimastingumas sumažėjo santykinai labiau, negu psichoterapinio gydymo pacientų grupės, ir po gydymo nerimastingumo išraiška tarp šių grupių reikšmingai nebesiskiria. Darytina prielaida, kad kombinuoto gydymo grupės pacientų ženklus nerimo sumažėjimas susijęs su paskirtų medikamentų poveikiu.

Nepaisant pastebimo vien psichoterapiškai besigydžiusių pacientų būklės pagerėjimo, bendra jų motyvacija psichoterapiniam gydymuisi ir atvirumas

psichoterapijai po gydymo augo pastebimai mažiau, nei kombinuoto gydymo grupės pacientų. Dar pažymėtina, kad psichoterapinio gydymo pacientų grupėje ligos etiologijos subjektyviame supratime tampa santykinai mažiau svarbūs psichologiniai faktoriai, nei kombinuotu būdu besigydžiusių pacientų grupės.

Atrodo, paradoksalu, kad gydymo metu pasiekę reikšmingą būsenos pagerėjimą, vien psichoterapiškai gydęsi pacientai tampa mažiau atviri terapijai ir jų ligos supratimas tampa labiau somatinis, nei kombinuoto gydymo grupės pacientų. Siekdami suprasti šį rezultatą, keliame kelias hipotezes:

- Pradinis gydymosi PDS efektas. Visi pacientai išgyvena pradinį nerimą, susijusį su gydymusi: nauja situacija (reikalavimas kasdien atvykti į ligoninę, laikytis dienos stacionaro užsiėmimų grafiko), nauja aplinka (būgštavimai dėl gydymosi "Vasaros gatvėje" stigmatizacijos), gydymo metodas (daug pacientų, grupiniai užsiėmimai). Dalis užsiėmimų, savo ruožtu, taip pat gali provokuoti nerimą. Tyrimo metu pastebėta, kad kombinuoto gydymo grupės pacientams nerimas vaistų dėka mažėja sparčiau, t. y. jie greičiau pajunta gydymo efektą. Vien psichoterapiškai besigydantiems pacientams gydymosi efekto pajutimas užtrunka ilgiau, kas gali paskatinti atsirandantį pasipriešinimą gydymuisi, o tai galėtų paaiškinti atvirumo psichoterapijai pokyčių skirtumus gydymosi metu.
- Universalių psichoterapinių procedūrų sąlygotas būsenos pagerėjimas. Daugelio tyrimų rezultatai rodo, kad betarpiškas bendravimas, išklausymas, normalizavimas, vilties ir bendradarbiavimo skatinimas, mokymas ženkliai įtakoja gydymo rezultatus (Cooper, 2008). Keliame hipotezę, kad pajutę su šiais veiksniais susijusį savo būklės pagerėjimą, pacientai tampa mažiau atviri gilinimuisi į save ir į savo susirgimo psichologinių priežasčių paieškas, tuo labiau, psichoterapijos metu gilinantis į save, palaipsniui ima ryškėti psichodinaminė simptomų prasmė, kas kelia natūralų pasipriešinimą psichologiniam savo susirgimo etiologijos supratimui.
- Psichoterapiškai besigydantiems pacientams nepasitenkinimas gydymusi ir atsirandantis pasipriešinimas gali būti susiję su dienos stacionaro gydymo organizavimo struktūros ypatumais: grupiniai užsiėmimai, galimai patiriama individualaus kontakto stoka bei jausmas, kad „nepakankamai gauna" iš

specialistų. Skirtingai nuo vien psichoterapiškai besigydančiųjų, kombinuoto gydymo grupės pacientai iš gydytojų dar „gauna“ ir vaistus, kurie yra simbolinis gydytojo dalyvavimas paciento gyvenime, net kai jo nėra šalia.

- Psichoterapinio proceso dėsningumų - įžvalgos, perdirbimo, pasipriešinimo – pasireiškimas. Psichoterapijos proceso metu, su psichoterapeuto pagalba pradėjus pacientui tyrinėti save, pasiekiamos įžvalgos (angl. *insight*; tai pasąmoninių modelių atpažinimas, leidžiantis jiems tapti sąmoningais*;* naujas, kitoks patyrimo supratimas (Rosenblatt, 2002)). Įžvalgos leidžia atpažinti neatitikimus tarp senų pasąmoninių elgesio modelių ir dabartinės patirties, kas įtakoja naujų elgesio modelių formavimąsi. Įžvalgos gali sąlygoti pokyčius tiktai tuomet, kai jos pastoviai ir pakartotinai dinamiškai interpretuojamos įvairiuose kontekstuose – t. y. vykstant perdirbimo procesui (angl. *working through*). Tai reiškia, kad norai, baimės, nerimai, fantazijos turi būti pakartotinai įsisąmoninami kiekvieną kartą, kai tik jie iškyla, nesvarbu, tame pačiame ar skirtingame kontekste (Rosenblatt, 2004). Perdirbimo procesas neatsiejamas nuo pasipriešinimo (angl. *resistance*), t. y. paciento viduje vykstančių procesų, skirtų išsaugoti vidinio pasaulio *status quo*, bet tuo pačiu stabdančių psichoterapijos procedūras ir procesus (Andrikienė, Laurinaitis, 2004) Taigi, psichoterapijos proceso metu, pacientui pradėjus tyrinėti save, iškyla daugybė įvairiausių prisiminimų, ankstesnių patirčių ir jausmų, kurie dažniausiai būna skausmingi. Intensyvios trumpalaikės psichoterapijos metu pritrūksta laiko perdirbti šiuos iškilusius dalykus. Žmogui susitikimas su savo išgyvenimais, jausmais, prisiminimais yra skausminga patirtis, kuri „įjungia“ pasipriešinimo fenomeną – pasąmoningas pastangas išlaikyti esamą status quo. Manytina, kad kol asmuo yra psichoterapijos dienos stacionare, šis skausmingas gilinimasis yra dalinai atsveriamas gaunamos paramos ir palaikymo. Išėjus iš PDS galimybių dirbti su profesionalu lieka gerokai mažiau, ir tai gali būti irgi susiję su padidėjusiu pasipriešinimu įžvalgoms. Nepaisant to, atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad pacientai gydymo metu patiria būsenos pagerėjimą. Tačiau jiems pagrįstai gali kilti abejonių, ar išėję iš PDS, sugebės patys vieni produktyviai įsisąmoninti ir perdirbti naujai suvoktus nesąmoningus konfliktus ir simptomų

priežastis. Tikėtina, kad atvirumo psichoterapijai mažėjimas gali būti susijęs su paciento sprendimu, kad šiam etapui jam jau gana gilintis į simptomų prasmę, ligos priežastis ir save. Manytina, kad būtent dėl pasipriešinimo fenomeno pasireiškimo tyrimo rezultatuose ir matome psichoterapinio gydymo pacientų grupės atvirumo psichoterapijai ženkliai mažesnį augimą gydymosi laikotarpiu bei savo sutrikimo kilmės vertinimą labiau somatiškai. Atlikto tyrimo rezultatai neprieštarauja ir W. Schneiderio su T. Klauerio (2001) išvadoms, kurie savo tyrime gautus rezultatus interpretuoja taip: gerėjant pacientų psichinei būklei, mažėjant simptomų išreikštumui, mažėja pacientų patiriama kančia ir simptomų galima kilmė subjektyviai vis mažiau siejama su psichologinėmis priežastimis.

Praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS, psichoterapiškai besigydžiusių pacientų ateities planavimas statistiškai reikšmingai aukštesnis, lyginant su kombinuoto gydymo grupės pacientais.

Pažymėtina, kad pacientai, kurie gydėsi kombinuotu būdu ir pacientai, kurie buvo gydyti vien psichoterapiškai, po šešių mėnesių pagal savo depresiškumą, nerimastingumą, pyktį ir bendrų psichopatologinių simptomų išraišką skyrėsi tik nereikšmingai. Pradedant gydymąsi PDS, kombinuoto gydymosi grupės pacientams buvo žymiai stipriau išreikšti depresiškumo, nerimastingumo ir pykčio simptomai. Gydymo metu depresiškumas ir pykčio simptomai proporcingai mažėjo visiems pacientams. Išsyk po gydymo nerimastingumas ir pykčio simptomai kombinuotos gydymo grupės pacientams išliko reikšmingai stipresni. Nerimastingumas kombinuotos gydymo grupės pacientams mažėjo greičiau, ir jau po gydymo nebeliko skirtumo tarp grupių pagal nerimo išraišką. Tai, kad po gydymo PDS egzistavę depresiškumo ir pykčio išreikštumo skirtumai nebestebimi po pusės metų, reiškia, kad kombinuotos gydymo grupės pacientams šie simptomai labiau mažėjo stebėjimo laikotarpiu, negu psichoterapiškai besigydžiusių pacientų grupėje. Maža to, psichoterapiškai besigydžiusių pacientų grupėje pasibaigus gydymuisi PDS, per 6 mėnesių laikotarpį depresiškumas net padidėjo, pasiekdamas panašų lygį, kaip kombinuoto gydymo pacientų.

Ką tai galėtų reikšti? Darytina prielaida, kad greitesnis simptomų mažėjimas kombinuoto gydymo grupėje susijęs su psichotropinių medikamentų poveikiu. Skirtingam simptomų kitimui per 6 mėnesius po gydymo PDS suprasti keliame hipotezę apie gydymosi schemos pasikeitimo reikšmę. Šiame darbe netyrėme, ar/kaip/kiek gydėsi pacientai, išėję iš PDS. Iš patirties žinoma, kad dauguma vien psichoterapiškai besigydžiusių pacientų, išėję iš PDS, psichoterapijos netęsia, kas reiškia, kad jų gydymas staiga nutrūksta. Tie pacientai, kurie psichoterapiją tęsia ambulatoriškai, patiria staigų gydymo intensyvumo kritimą – nuo šešias savaites kasdien penkias dienas per savaitę trukusių intensyvių, iki penkių valandų per dieną užsiėmimų pereinama prie kartą per savaitę vykstančių 45 – 50 minučių trukmės psichoterapijos sesijų. Dar vienas svarbus, pacientą įtakojantis pokytis – psichoterapeuto pasikeitimas. Praktika rodo, kad pacientai ambulatoriškai dažniausiai dirba su kitu specialistu, o tai reiškia naujo psichoterapinio proceso pradžią. Kombinuotu būdu PDS gydęsi pacientai, baigę gydymąsi, patiria sąlyginai mažesnį pokytį, nes dažniausiai tęsia vaistų vartojimą. Šie mūsų tyrimo rezultatai neprieštarauja Z. Imelo su kolegomis 2008 metais atliktos metaanalizės (28 studijos, 3381 pacientų) rezultatams: lyginant psichoterapiškai dėl depresijos gydytų pacientų grupes su farmakoterapinio depresijos gydymo grupėmis pasibaigus gydymui ir pakartotiniu matavimu, pacientų grupės, tęsiančios medikamentų vartojimą, savo gydymo rezultatais nesiskiria nuo nebesigydančių psichoterapiškai pacientų grupių rezultatų.

6.3. Pokyčiai per laiką

Tyrėme, kaip kito psichopatologinių simptomų, distreso, motyvacijos psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinio atsparumo išreikštumas tyrimo metu

6.3.1. Simptomų pokyčiai

Gydymo PDS procese visi simptomai **(**depresiškumas, nerimastingumas, pykčio ir bendri psichopatologiniai) pacientams su neuroziniais bei afektiniais sutrikimais statistiškai reikšmingai sumažėjo. Depresiškumas sumažėjo labiausiai,

efekto dydis artėja prie didelio - d=0,77; nerimastingumas ir bendras simptomų įvertis sumažėjo panašiai (efekto dydis – vidutinio stiprumo, d=0,66 ir d=0,67). Mažiausiai pakito pykčio įverčiai (mažas efekto dydis, d= 0,37), bet pokyčiai irgi statistiškai reikšmingi. Taigi, gauti rezultatai įtikinamai rodo, kad gydymas PDS yra efektyvus. Pastaraisiais metais kitų mokslininkų atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad psichoterapija yra efektyvus gydymo būdas pacientams su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais, leidžiantis po sąlyginai trumpo gydymo kurso pasiekti ir/ar sugrįžti bendros populiacijos funkcionavimo lygmenį (Wampold, Brown, 2005, Stiles ir kt., 2008, Imel, Malterer, 2008, Baldwin et al., 2009, Minami et al., 2008, 2009, Barber et al., 2012).

Kaip mūsų tyrimo rezultatai atrodo tarp kitų? Metaanalizėje (18 studijų, 1838 tiriamųjų) nustatė, kad vidutinis efekto dydis, nusakantis skirtumą tarp psichoterapinio ir kombinuoto gydymo buvo 0.35 (Cuijpers et al., 2008). 2010 m. publikuotoje metaanalizėje (132 studijos, 10134 tiriamųjų) rasta, kad psichoterapinis gydymas yra tikrai efektyvus (d = 0.40-0.88) (Driessen et al., 2010).

Didžiulėje metaanalizėje **(**1036 straipsniai, nuo 1966 m. iki 2009 m.) nustatyta, kad psichoterapinio depresijų gydymo efekto dydis d=0.23, o kombinuoto depresijų gydymo efekto dydis d=0.45 (Cuijpers et al., 2010). Kitoje metaanalizėje (12 studijų, 570 tiriamųjų) nustatyta, kad psichoterapinis gydymas pasižymi mažu, bet statistiškai reikšmingu depresijų gydymo efektu d = 0.29, o po 12 mėnesių stebėjimo laikotarpio efekto dydis buvo panašus (d = 0.32) (Cuijpers et al., 2011).

Dar vienas labai svarbus mūsų atlikto tyrimo rezultatas – nustatėme, simptomų mažėjimas tęsiasi ir pabaigus gydymą PDS. Praėjus šešiems mėnesiams po gydymo, stebima, kad simptomai statistiškai reikšmingai mažėja ir toliau. Depresiškumo, nerimastingumo ir bendrų psichopatologinių simptomų mažėjimo efekto dydis artimas vidutiniam stiprumui (d=0,48; d=0,43; d= 0,48), ir tik pykčio atveju stebimas mažas efekto dydis (d=0,23). Šie mūsų rezultatai neprieštarauja kitų tyrėjų išvadoms, kad pacientai su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais, kurie gydosi psichoterapiškai, įgyja įvairių naujų įgūdžių, kuriais naudojasi ir pasibaigus

gydymui, bendra jų būklė gali toliau gerėti, net ir po gydymo pabaigos (Shedler, 2010). Pacientai dažnai pažymi, kad gydymosi nauda po gydymo ne tik išlieka, bet ir toliau didėja, net ir po psichoterapijos užbaigimo, ką galime matyti kaip efekto dydžio augimą pasibaigus gydymui (Abbass et al., 2006, Leichsenring, Rabung, 2008, Shedler, 2010, Grant et al., 2012).

Vien psichoterapiškai besigydžiusiems pacientams depresiškumas kinta kitaip - statistiškai reikšmingai sumažėja po gydymo, bet po šešių mėnesių depresiškumas padidėja, beveik pasiekdamas kombinuoto gydymo grupės depresiškumo lygį. Šį rezultatą aiškintume tuo, kad, kaip jau minėta, psichoterapinio gydymo metu pacientai įgyja įvairių naujų įgūdžių, kuriais naudojasi ir pasibaigus gydymui, ir bendra jų būklė gali toliau gerėti, net ir pasibaigus gydymui. Tačiau šešios savaitės psichoterapinio gydymosi mūsų tirtiems pacientams buvo per trumpas laikotarpis, kad įgyti nauji įgūdžiai susiformuotų kaip stabilus naujas elgesio modelis. Pacientai gydymosi metu gauna paramą ir palaikymą, tačiau savistabos įgūdžiai ir gebėjimas tvarkytis su skausmingais išgyvenimais lieka neįtvirtinti dėl proceso trumpumo, todėl žmogus palaipsniui grįžta į ankstesnę pažįstamą homeostazę. Tai patvirtina ir A. Rosenblattas, 2004 m. rašydamas apie aktyvaus praktikavimosi būtinybę pasiektoms įžvalgoms virsti naujais elgesio modeliais – kad įvyktų pokyčiai, įžvalgos turi būti pastoviai ir pakartotinai interpretuojamos įvairiose situacijose. Autorius šiuos procesus aiškina procedūrinės atminties ir su ja susijusio išmokimo palaipsnį keitimą deklaratyviu sąmoningu išmokimu. Kadangi procedūrinė atmintis yra pasąmoninga ir automatinė, keitimasis į sąmoningą deklaratyvųjį išmokimą galimas tiktai pastebint, įvardinant, įsisąmoninant ir aktyviai praktikuojantis. Visiems tiems procesams įvykti reikia laiko ir paciento pastangų (daugiau – Rosenblatt, 2004).

Tyrėjai, ieškodami atsakymo į klausimą, kodėl vieni pacientai stabilų efektą pasiekia greičiau, nei kiti, nesuranda vienareikšmio atsakymo. Dažniausiai mokslininkai prieina nuomonės, kad stabiliems pokyčiams pasiekti reikalingas ilgesnis laikas („kuo ilgesnė psichoterapija, tuo didesni/geresni pokyčiai/rezultatai“) (Lueger et al., 2001; Lutz et al., 2001, 2002; Barkham et al.,

2012; Grissom et al., 2002; Hansen, Lambert, 2003; Feaster et al., 2003; Barkham ir kt., 2006, 2008; Leichsenring, Leibing, 2007; Baldwin, Berkeljon 2009), o kai kurie autoriai (pvz., Lutz et al., 2009, 2012) teigia, kad gydymo pradžioje nustatomų ankstyvųjų pokyčių (atsako į gydymą) dėsningumai itin svarbūs nustatant psichoterapijos trukmę ir nuspėjant gydymo efektyvumą.

6.3.2. Distreso pokyčiai

Pacientų distresas viso tyrimo laikotarpiu statistiškai reikšmingai mažėjo. Gydymo PDS eigoje statistiškai reikšmingai sumažėjo **gerovės** įverčiai (efekto dydis 0,34), kas liudija apie didėjančią pacientų gerovę po gydymo. Sumažėjo ir **problemų** skalės įverčiai, efekto dydis 0,40. Tyrimo metu statistiškai reikšmingai pagerėjo **funkcionavimas,** efekto dydis - 0,39. Ta pati tendencija stebima ir **bendrame savijautos** vertinime, efekto dydis - 0,36. Mažiausias efekto dydis (d=0,13) užfiksuotas rizikos subskalės pokyčiuose, tačiau ir šie pokyčiai statistiškai reikšmingi.

Mūsų tyrime gauti rezultatai neprieštarauja rezultatams, gautiems atlikus panašius tyrimus trumpalaikės psichoterapijos metu pacientams su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais, kurie statistiškai reikšmingus pokyčius aptinka iki šešių mėnesių po gydymo pabaigos (Dowrick et al., 2000; Rumpold et al., 2004).

6.3.3. Motyvacijos pokyčiai

Kančia. Vienas pagrindinių motyvacijos psichoterapijai aspektų yra paciento kančios stiprumas. Vertinant pacientų apklausos anketos duomenis, matome, kad kančios laipsnis gydymo eigoje visiems pacientams statistiškai reikšmingai sumažėjo, tolesnis kančios mažėjimas stebimas ir praėjus pusmečiui po gydymo pabaigos. Efekto dydis 0,2. Pradinis kančios mažėjimas galėtų būti paaiškinamas paciento viltimi sulaukti efektyvios pagalbos ir palengvėjimu, gavus adekvačią bei suprantamą informaciją apie savo ligą, ir būsimą jos gydymą. Gydymosi metu kančios laipsnio mažėjimas, manytina, susijęs su juntamu simptomų mažėjimu.

Etiologija. Visi pagrindinės grupės pacientai iš karto po gydymo buvo reikšmingai labiau linkę vertinti savo ligos etiologiją kaip psichologinę. Šis mūsų rezultatas prieštarauja G. Rumpoldas ir S. Doeringas 2005 metais gautiems rezultatams, kurie teigia, kad pacientams pradėjus patirti mažiau kančios dėl savo simptomų, jų supratimas apie ligos etiologiją gydymo metu tampa mažiau psichologinis. Keliame hipotezę, kad mūsų tirtiems pacientams didėjančiam psichologiniam savo susirgimo kilmės supratimui svarbesniu faktoriumi už kančios sumažėjimą gali būti gautos papildomos žinios apie ligos simptomų sąsajas su psichologiniais veiksniais. Po šešių mėnesių pacientų supratimas apie savo ligos kilmę tampa labiau somatinis. Šių savo rezultatų negalime palyginti su kitų tyrėjų duomenimis, kadangi literatūros apie motyvacijos kitimus po gydymo rasti nepavyko.

Lūkesčiai. Psichoterapinio gydymo lūkesčiai viso gydymo ir stebėjimo laikotarpiu išliko stabilūs, kito nereikšmingai. Profesinėje literatūroje aprašomi didesnių ar mažesnių lūkesčių psichoterapijai gydymui iki kreipimosi ir pasiekto gydymo rezultato ryšiai. Autoriai sutaria, kad didesni lūkesčiai psichoterapijai susiję su geresniais psichoterapinio gydymosi rezultatais, ir kad adekvatūs lūkesčiai psichoterapijai labai svarbūs pradedant gydymąsi (Vetter et al., 2000; Schneider, Klauer, 2001; Timmer et al., 2006). Duomenų, kaip kinta lūkesčiai gydymo proceso metu, rasti nepavyko. Akivaizdu, kad atsakyti į šiuos klausimus teks ateityje, atliekant kokybinius tyrimus.

Atvirumas. Atvirumas psichoterapiniam gydymuisi pacientams su afektiniais sutrikimais ir kombinuotu būdu gydytiems pacientams reikšmingai padidėjo gydymo eigoje. Po šešių mėnesių bendras atvirumas ženkliai sumažėjo. Lieka atviras klausimas, kodėl atvirumas psichoterapijai po gydymo šiai pacientų grupei ėmė reikšmingai mažėti. Kitaip atvirumas kito pacientams su neuroziniais sutrikimais bei vien psichoterapiškai gydytiems pacientams. Šiems pacientams atvirumas statistiškai reikšmingai padidėjo ir gydymo eigoje, ir, po šešių mėnesių tęsėsi tolesnis atvirumo didėjimas. Mūsų gauti rezultatai neprieštarauja G. Rumpoldas ir S. Doeringas (2005) tyrimo rezultatams, kur teigiama, kad gydymo eigoje kančios įverčiai mažėja, o atvirumas psichoterapijai didėja.

Bendra motyvacija. Bendra motyvacija psichoterapiniam gydymuisi statistiškai reikšmingai didėja gydymo eigoje, o pasibaigus gydymui, per šešis mėnesius tampa mažesnė, nei pradėjus gydymą. Tai stebima kombinuotai gydytiems pacientams su neuroziniais bei afektiniais sutrikimais (kaip ir G. Rumpoldo ir S. Doeringo tyrime, nėra skirtumų tarp šių grupių). Turint omenyje, kad simptomai ir toliau mažėja, pasibaigus gydymui, ši tendencija labai nestebina.

Kiek kitaip bendra motyvacija kinta vien psichoterapiškai gydytų pacientų grupėje – ji tolygiai ženkliai didėja visą stebėjimo laikotarpį. Tai gali būti susiję ir su depresijos simptomų grįžimu per šešių mėnesių stebėjimo laikotarpį. Bet vien tuo paaiškinti šių pokyčių negalime. W. Schneiderio 1989 duomenimis motyvacija psichoterapijai specifiškai kinta gydymosi procese. Pokyčiai priklauso nuo paciento bei psichoterapeuto sąveikos bei psichoterapinio proceso ir nuo psichoterapijos aplinkybių.

Tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjami motyvacijos psichoterapiniam gydymuisi pokyčiai praėjus tam tikram laikui po gydymo pabaigos, rasti nepavyko, todėl negalime mūsų tirtų pacientų motyvacijos pokyčių jau pasibaigus gydymui palyginti su kitų tyrimų duomenimis.

6.3.4. Psichologinio atsparumo pokyčiai

Visose pacientų grupėse stebimas pagerėjęs **ateities planavimas.** Ateities planavimu mūsų tyrime laikome pozityvų asmens požiūrį į savo ateitį, tikėjimą savo sėkmės galimybe, gabėjimu planuoti į priekį ir formuluoti sau aiškius tikslus, kurie yra pasiekiami. Ateities planavimas statistiškai reikšmingai didėjo ir gydymo metu, ir pasibaigus gydymui; efekto dydis – 0,24. Analogiški pokyčiai užfiksuoti ir **šeimos sutelktumo** skalės vertinimuose; efekto dydis – 0,16. Socialinė kompetencija, socialiniai ištrekliai, struktūravimo stilius bei savęs suvokimas kito nežymiai. **Bendras psichologinis atsparumas** visose grupėse statistiškai reikšmingai didėjo, visos imties efekto dydis - 0,17. Matome, kad gydymo eigoje mažėjant psichiatrinių simptomų, didėja psichologinis atsparumas, ir ypač gerėja ateities planavimas. Norvegų tyrėjų 2006 m. nustatyta, kad ateities planavimas yra vienas iš dviejų kintamųjų, galinčių nuspėti psichiatrinių simptomų atsiradimą

ateityje stebėjimo laikotarpiu (Hjemdal, Frieborg, 2006). Kitame šio darbo etape mes taip pat tirsime, kaip psichologinio atsparumo kintamieji siejasi su psichopatologinių simptomų išraiška.

6.4. Demografinių charakteristikų ir simptomų ryšys bei palyginimai

Siekėme išsiaiškinti demografinių charakteristikų ir tirtų kintamųjų (simptomų struktūros, distreso, motyvacijos ir psichologinio atsparumo) sąsajas.

6.4.1. Ryšys su lytimi

Mūsų tirtą grupę sudarė 77 (81%) moterys ir 18 (19%) vyrų.

Gydymosi pradžioje moterys išsiskyrė statistiškai reikšmingai aukštesniais gerovės įvertinimais, kas liudija apie prastesnę jų gerovę (aukštesni balai reiškia prastesnę gerovę), palyginti su vyrais. Moterys savo ligos sampratą linkusios reikšmingai labiau sieti su psichologinėmis priežastimis nei vyrai. Moterų bendri motyvacijos psichoterapijai įvertinimai buvo reikšmingai aukštesni. Mūsų tyrimo rezultatai neprieštarauja kitų tyrėjų rezultatams. Nors vieni autoriai teigia, kad motyvacija psichoterapijai nesusijusi su lytimi (Beek, Verheul, 2008), anksčiau kiti autoriai, tirdami psichoterapiškai besigydančius pacientus randa, kad moterys labiau psichologiškai linkusios suprasti savo ligos kilmę ir pasižymi aukštesniais lūkesčiais psichoterapiniam gydymui bei didesne bendra motyvacija (Schneider et al., 1990). Kito tyrimo metu pakartotinai nustatyta, kad moterys labiau linkusios ligos kilmę sau aiškintis psichologinėmis priežastimis (Schneider, Klauer, 2006).

Visi kiti vyrų ir moterų tirti parametrai gydymo pradžioje nesiskyrė.

Gydymosi pabaigoje, kaip ir gydymo pradžioje, moterys išsiskyrė aukštesniais ligos etiologijos bei bendro motyvacijos psichoterapijai įvertinimais negu vyrai. Nustatyta, kad po gydymo moterys pasižymėjo reikšmingai didesniu atvirumu psichoterapijai ir socialine kompetencija nei vyrai. Didesnis moterų atvirumas psichoterapijai, manytina, galėtų būti susijęs ir su sėkminga gydymosi PDS patirtimi. Moterų socialinės kompetencijos padidėjimas galėtų būti susijęs su gydymosi PDS ypatumais – darbas vyksta grupėse, kurios nėra stabilios, t .y . vieni

pacientai, baigę gydymą, išeina, ateina nauji. Terapinės bendruomenės aplinka papildomai provokuoja ir inicijuoja naujų pažinčių užmezgimą, socialinių ryšių palaikymą, esamų bendravimo įgūdžių panaudojimą ir lavinimą. Ateities tyrimams lieka klausimas, kodėl moterys geriau išnaudoja šias galimybes savo socialinės kompetencijos gerinimui.

Praėjus 6 mėnesiams po gydymosi PDS, moterų atvirumo psichoterapijai įverčiai išlieka aukštesni, lyginant su vyrais.

6.4.2. Ryšys su šeimine padėtimi

Tirtoje grupėje 65 (68,4%) asmenys gyveno su šeima, o 30 (31,6%) – vieni.

Gydymosi pradžioje asmenys, kurie gyvena su šeima, turėjo aukštesnius šeimos sutelktumo, socialinių išteklių, struktūravimo stiliaus ir bendro psichologinio atsparumo įverčius. Tai reiškia, kad šios grupės asmenys geriau organizavo ir planavo savo kasdieninį gyvenimą, turėjo aiškius tikslus, pirmiau buvo linkę suplanuoti, o tik po to imtis vykdyti sumanymus. Galima teigti, kad gyvenimas šeimoje mūsų tirtiems pacientams tiesiogiai siejosi su bendromis šeimos vertybėmis, tikslais ir malonumą teikiančiu buvimu kartu, optimistiškesniu požiūriu į ateitį, bendrų šeimos tikslų, lojalumo atsiradimu, tarpusavio supratimo ir paramos vienas kitam galimybe. Šeimoje gyvenantys asmenys ne tik turėjo, bet ir gebėjo geriau pasinaudoti šalia esančių artimųjų ir draugų pagalba bei patys buvo linkę ją teikti.

Visi kiti aspektai gydymo pradžioje buvo panašūs tiek asmenų, kurie gyvena vieni, tiek ir tų, kurie gyvena su šeima.

Gydymosi pabaigoje asmenys, kuries gyvena su šeima, turėjo aukštesnius šeimos sutelktumo ir ateities planavimo įverčius.

Praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi PDS, šeimoje gyvenantys asmenys turėjo aukštesnius šeimos sutelktumo ir socialinių išteklių įvertinimus. Gyvenantys vieni turėjo aukštesnius lūkesčių psichoterapijai įvertinimus. Darome prielaidą, kad šis rezultatas gali būti susijęs su asmenų patirtimis mūsų stebėjimo laikotarpiu – visų pacientų būklė pagerėjo. Tikėtina, kad vieni gyvenantys asmenys

savo būsenos pagerėjimą susiejo su nauja gydymosi patirtimi ir savo indėliu į jį, ir tai galėtume matyti kaip santykinai didesnių lūkesčių psichoterapijai priežastį.

Kita vertus, matome, kad su artimaisiais gyvenantiems asmenims gebėjimas remtis šeimos nariais laikui bėgant išliko aukštas, ir kartu reikšmingai padidėjo gebėjimas kreiptis ir pasinaudoti parama už šeimos ribų (draugai, giminaičiai). Didesni socialinių išteklių subskalės vertinimai taip pat sietini su asmens gebėjimu teikti paramą kitiems. Taigi, matome, kad pasibaigus gydymui, šeimoje gyvenantys asmenys tapo atviresni santykiuose su draugais ir artimaisiais, lengviau galėjo paprašyti sau ir noriau patys teikė kitiems paramą. Viso tyrimo laikotarpiu matėme aiškų dėsningumą, kad gyvenantys šeimoje turėjo stabiliai aukštesnius šeimos sutelktumo ir socialinių išteklių įvertinimus. Tai dera su norvegų tyrėjų gautais rezultatais (Friborg, Hjemdal, 2009).

6.4.3. Ryšys su užimtumu

Mūsų tirtoje grupėje buvo 20 (20,1%) moksleivių ar studentų, 54 (56,8%) dirbantys asmenys ir 21 (22%) nedirbantis.

Gydymosi pradžioje dirbantys asmenys pasižymėjo didžiausia bendra motyvacija psichoterapiniam gydymuisi, jie buvo labiau linkę sau aiškintis ligos etiologiją psichologiškai, jų atvirumo psichoterapijai įverčiai buvo aukščiausi. Moksleiviai/studentai išsiskiria geriausiai, lyginant su nedirbančiais ir dirbančiais, vertinantys savo gerovę ir ateitį, bei jos planavimu. Tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamas analogiškas ryšys, mūsų apžvelgtoje mokslinėje literatūroje rasti nepavyko.

Gydymosi pabaigoje pagal savo savijautos subjektyvų vertinimą išsiskyrė nedirbantys – jų gerovė ir funkcionavimas buvo prasčiausi, nepaisant to, kad simptomų išreikštumas jiems sumažėjo panašiai, kaip ir kitiems pacientams. Jie buvo linkę subjektyviai blogiau vertinti savo būklę, negu kiti pacientai. Pažymėtina, kad tyrime neišryškėjo reikšmingų skirtumų tarp simptomų išreikštumo šiose grupėse. Kiti autoriai teigia, kad depresiškų pacientų grupėje nedirbantys asmenys ir po gydymo pasižymėjo didesniais depresijos įverčiais (Friborg et al., 2009). Tiriant psichoterapiniame dienos stacionare gydytus

pacientus su afektiniais sutrikimais, nustatyta, kad dirbantiems asmenims greičiausiai mažėjo depresijos simptomai (Mazza et al., 2004). Mūsų tyrimo duomenys šių rezultatų nepatvirtina.

Nedirbančiųjų asmenų yra žemiausi ateities planavimo įvertinimai. Nepaisant labai struktūruoto gydymosi patirties PDS, nedirbantys asmenys išlaikė žemiausius gebėjimus palaikyti dienotvarkę, planuoti ir organizuoti savo kasdieninį gyvenimą bei planuoti aiškius ir pasiekiamus ateities tikslus. Darytina išvada, kad šešios savaitės yra per trumpas laikas pacientams internalizuoti naują patirtį.

Praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi, nerasta jokių skirtumų tarp šių grupių.

6.4.4. Ryšys su amžiumi

Mūsų tirti pacientai buvo nuo 18 iki 60 metų; amžiaus vidurkis - 33,4 metai.

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad kuo vyresnis asmuo, tuo jis buvo labiau motyvuotas psichoterapijai **gydymosi pradžioje**. Literatūros šaltiniai (Schneider, Basler et al., 1990; Speckens, van Hemert et al., 1995; Peters, Lange et al., 2000; Timmer, 2006) teigia, kad jaunesnis pacientų amžius siejasi su didesne motyvacija psichoterapijai. Matome, kad mūsų tyrime gauti rezultatai nesutampa su kitų tyrėjų duomenimis. Galima daryti prielaidą, kad gyvenimo patirtis didina atvirumą ir psichoterapinei patirčiai, tačiau šiam teiginiui pagrįsti reikalingi papildomi kokybiniai tyrimai.

Kuo vyresnis žmogus, tuo patyrė didesnį šeimos sutelktumą iki gydymo. Šis rezultatas nestebina, nes iš tiesų, išmokti tarpusavyje bendradarbiauti, konstruktyviai spręsti konfliktus, susiformuoti stabiliems santykiams ir bendroms šeimos vertybėms reikia laiko ir gyvenimo patirties. Galime daryti prielaidą, kad vyresni žmonės yra labiau linkę tai vertinti, taip pat nori ir geba remtis savo artimąja aplinka, iškilus sunkumams. Tai ir galėtų padėti suprasti, kodėl būtent šeimos sutelktumas iki gydymo išsiskiria vyresniems žmonėms. Tačiau tai skiriasi nuo skalės autorių (Friborg, Hjemdal, 2003) duomenų, kurie sako, kad vienintelė

subskalė, kuri teigiamai susijusi su paciento amžiumi, yra struktūravimo, o kitų subskalių rezultatai su amžiumi niekaip nesusiję. Mūsų tiriamųjų grupėje būtent šeimos sutelktumo subskalė yra susijusi su amžiumi.

Pasibaigus gydymui, matome, kad kuo vyresnis asmuo, tuo aukštesni jo atskirų simptomų – depresiškumo, nerimastingumo, pykčio įvertinimai ir aukštesnis bendras psichopatologinių simptomų įvertinimas. Kuo vyresnis žmogus, tuo aukštesni buvo subjektyvios gerovės, problemų ir bendri savijautos įverčiai, kas liudija, kad vyresni žmonės gali turėti daugiau problemų po gydymo ir prasčiau patirti savo gerovę. Kitaip sakant, kuo vyresnis žmogus, tuo santykinai mažiau jam efektyvus 6 savaičių trukmės gydymas PDS. Šie mūsų rezultatai neprieštarauja 2006 metų paskelbto tyrimo išvadai apie jaunesnių pacientų geresnį atsaką į gydymą (Beutler, Blatt, 2006).

Amžius taip pat siejasi su lūkesčiais psichoterapijai - kuo vyresnis žmogus, tuo lūkesčiai psichoterapijai buvo mažesni. Tai neprieštarauja vokiečių atlikto tyrimo rezultatams, teigiantiems, kad, didėjant pacientų amžiui, mažėja pastarųjų lūkesčiai psichoterapiniam gydymui (Schneider, Klauer, 2001).

Pacientų amžius mūsų tyrime taip pat siejosi su viena atsparumo savybe - kuo vyresnis žmogus, tuo jo ateities planavimas po gydymo buvo silpnesnis. Šis rezultatas gana netikėtas, nes būtent ateities planavimo vertinimai bendroje imtyje labiausiai gerėjo iš atsparumo subskalių. Teigiama, kad asmens gebėjimas organizuoti, planuoti ir išlaikyti tam tikrą tvarką ir struktūrą, atsižvelgiant į sutuoktinio planus, yra viena iš pagrindinių atsparaus asmens charakteristikų, kurios išsivystymui reikia laiko, tad vyresnių žmonių jinai linkusi būti geriau išreikšta (Werner, 2001). Tad lieka kol kas neaišku, kodėl vyresnių pacientų ateities vertinimas po gydymo tapo santykinai prastesnis ir su kuo tai gali būti susiję. Viena iš galimų hipotezių – simptomų mažėjimas, savijautos gerėjimas, lūkesčiai psichoterapijai ir ateities planavimas gali būti tarpusavyje susiję. Mūsų tyrimo rezultatai sako, kad kuo vyresnis žmogus, tuo mažesnis jo gydymo efektas; su nedideliu savijautos pagerėjimu galimai susiję mažesni lūkesčiai psichoterapiniam gydymuisi ir silpnesnis ateities planavimas. Ateityje vertėtų patyrinėti, kaip vyresni žmonės apskritai vertina ateities perspektyvas.

Praėjus pusei metų po gydymosi PDS pabaigos, matome, kad išliko ta pati tendencija - kuo vyresnis asmuo, tuo jo lūkesčiai psichoterapijai buvo žemesni. Kitų kintamųjų ryšys su amžiumi išliko panašus, tačiau statistiškai nereikšmingas.

6.5. Kintamųjų ryšiai

6.5.1. Gydymosi pradžioje

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad gydymo pradžioje visi pacientų tirti parametrai tarpusavyje buvo susiję. Kuo aukštesnis psichopatologinių simptomų įvertinimas, tuo didesnė motyvacija psichoterapijai, prastesnis savijautos įvertinimas ir žemesnis psichologinis atsparumas. Kuo aukštesnė motyvacija psichoterapijai, tuo aukštesni bendri psichopatologinių simptomų ir prastesni savijautos įvertinimai ir tuo žemesnis bendras psichologinis atsparumas. Kuo savijauta prastesnė, tuo bendra psichopatologinė simptomatika ir motyvacija aukštesnė, ir tuo žemesnis atsparumas.

Būtų netikėta, jei psichopatologinių simptomų ir subjektyvios savijautos vertinimai nebūtų susiję – QPASS skalė matuoja psichiatrinių simptomų išreikštumą, o CORE-OM skalė matuoja paciento subjektyviai patiriamą psichologinį distresą dėl nusiskundimų ir simptomų. Šios tendencijos atitinka mūsų peržvelgtos literatūros duomenis. Mūsų gauti rezultatai dera su vokiečių mokslininkų duomenimis, sakančiais, kad kuo labiau pacientui buvo išreikšti psichopatologiniai simptomai, tuo daugiau pacientas patyrė kančios, ir tuo labiau psichologiškai pacientas suprato savo ligos etiologiją, o galiausiai tai reiškia, kad pacientas pasižymėjo didesne motyvacija psichoterapiniam gydymuisi (Schneider, Klauer, 2001). Mūsų tyrimo duomenys neprieštarauja ir psichologinio atsparumo, kaip psichikos apsauginių faktorių, tyrėjų ne kartą gautiems rezultatams, kur teigiama, kad kuo didesnis asmens psichologinis atsparumas, tuo mažiau asmeniui stebima psichopatologinių simptomų (Hjemdal, Friborg, 2003, 2005, 2006, 2009).

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad pradedant gydymą, buvo ryšys tarp pacientų motyvacijos psichoterapijai ir psichologinio atsparumo. Mūsų

peržvelgtoje mokslinėje literatūroje nepavyko rasti duomenų, patvirtinančių motyvacijos psichoterapijai ir psichologinio atsparumo ryšį.

Išskaidant bendrus konstruktus pagal atskiras subskales, stebima, kad dauguma subskalių buvo stipriai susijusios. Stipriai susiję tarpusavyje buvo depresiškumas, nerimastingumas, pyktis ir didėjant vienam iš jų, didėjo ir kiti. Nestebina faktas, kad depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčiui, didėjo ir gerovės, problemų, funkcionavimo bei rizikos įvertinimai, kas sąlygojo subjektyviai blogiau suvokiamą savo būseną.

Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su kančios patyrimu ir subjektyvia etiologija. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčio išreikštumui, asmuo labiau kentėjo ir labiau psichologiškai sau aiškino ligos etiologiją. Tai atitinka kitų tyrėjų (Timmer, 2006; Schneider, Klauer, 2001) rezultatus – didėjant psichopatologinių simptomų išreikštumui, asmuo patiria didesnę kančią ir labiau psichologiniais terminais sau aiškina ligos išsivystymą. Aukštesni depresijos ir nerimo išreikštumo įvertinimai susiję ir su aukštesniais atvirumo psichoterapijos įvertinimais. Šis mūsų gautas rezultatas skiriasi nuo W. Schneiderio ir T. Klauerio (2001) tyrimo duomenų, kur teigiama, kad nerasta jokio ryšio tarp simptomų išreikštumo lygio ir atvirumo psichoterapijai. Keliame prielaidą, kad tai gali būti susiję ir su laiko trukme kol pacientai kreipėsi gydytis į PDS. Užsitęsęs nepakankamai sėkmingas gydymasis PSC galėtų padėti suprasti tokių pacientų didesnį atvirumą psichoterapiniam gydymuisi PDS.

Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su savęs suvokimu. Didėjant šiems simptomams, blogėjo savęs suvokimas. Toks ryšys nestebina, nes depresiškumas kaip tik ir susijęs su savivertės, asmeninių gebėjimų supratimo, savęs efektyvumo jausmo sumažėjimu, mažesne simpatija sau bei viltimi ateičiai. O būtent šie komponentai įeina į savęs suvokimo subskalę (Friborg, Hjemdal, 2001, 2003, 2005). Didėjant depresiškumui ir pykčio įvertinimams, mažėjo šeimos sutelktumo ir socialinių išteklių vertinimai. Vėlgi, šis rastas ryšys nestebina, nes, kaip minėjome anksčiau, ir šeimos sutelktumo, ir socialinių išteklių subskalių vertinimai susiję su aktyvesniu, atviresniu asmens dalyvavimu, kas, didėjant

depresiškumui ir pykčio simptomų išreikštumui, tampa vis sunkiau pasiekiama. Depresiškumo didėjimas taip pat susijęs su prastesniu ateities planavimu ir struktūravimo stiliumi. Esant labiau išreikštam depresiškumui, asmuo blogiau planavo savo laiką, jam prasčiau sekėsi laikytis kasdieninės tvarkos bei siekti savo tikslų, prastėjo asmens gebėjimai planuoti ir organizuoti ateities veiklą, formuluoti sau aiškius ir pasiekiamus ateities tikslus (Friborg, Hjemdal, 2001, 2003, 2005). Matome, kad iš esmės kalba eina apie simptomų išreikštumo ir su tuo susijusio mažesnio psichologinio atsparumo ryšį.

6.5.2. Gydymosi pabaigoje

Pasibaigus gydymui, pakito tik vienas ryšys – nebelik koreliacijos tarp motyvacijos psichoterapijai ir psichologinio atsparumo.

Kiti ryšiai išliko – kuo aukštesnis simptomų įvertinimas, tuo didesnė motyvacija psichoterapijai, bendras savijautos įvertinimas ir žemesnis psichologinis atsparumas. Kuo aukštesnė motyvacija psichoterapijai, tuo aukštesni bendri simptomų ir savijautos įvertinimai. Motyvacija psichoterapijai ir psichologinis atsparumas nebuvo susiję. Kuo aukštesni subjektyvios savijautos įverčiai, tuo bendra psichopatologinė simptomatika ir motyvacija psichoterapijai aukščiau vertinama, ir tuo žemesnis atsparumo įvertinimas.

Išskaidžius bendrus konstruktus pagal atskiras subskales, matyti, kad dauguma subskalių, kaip ir pirmu matavimu, buvo stipriai susijusios. Stipriai tarpusavyje susiję depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis, didėjant vienam simptomui didėjo ir kiti. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su gerove, problemomis, funkcionavimu ir rizika. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčiui, didėjo ir gerovės, problemų, funkcionavimo bei rizikos įvertinimai. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su patyrimu ir etiologija. Didėjant depresiškumui, nerimastingumui ar pykčiui, didėjo patyrimo ir etiologijos įvertinimai. Tačiau depresiškumas, nerimastingumas ar pyktis nesisiejo su lūkesčiais ar atvirumu psichoterapijai. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis siejosi su savęs suvokimu, ateities planavimu ir socialiniais ištekliais. Didėjant šiems simptomams, mažėjo savęs suvokimas,

ateities planavimas, bei socialiniai ištekliai. Didėjant depresiškumui ir pykčio įvertinimams, mažėjo šeimos sutelktumo vertinimai. Depresiškumas taip pat susijęs su mažesniu struktūravimo stiliumi ir mažesne socialine kompetencija.

6.5.3. Pakartotinis matavimas

Rezultatai rodo, kad po gydymo praėjus šešiems mėnesiams vėl ne visi konstruktai buvo tarpusavyje susiję. Kuo aukštesnis psichopatologinių simptomų įvertinimas, tuo didesnė motyvacija psichoterapijai, bendras subjektyvus savijautos įvertinimas ir žemesnis psichologinis atsparumas.

Labai stipriai siejosi simptomų įvertinimas ir bendras savijautos įvertinimas. Kaip jau minėjome, šis ryšys yra dėsningas ir mūsų nestebina.

Motyvacija psichoterapijai jau siejosi tik su simptomais, tačiau netėjo ryšio su subjektyviai vertinama savijauta ar psichologiniu atsparumu. Kuo savijautos įverčiai buvo aukštesni, kas reiškia prastesnę subjektyviai patiriamą savijautą, tuo bendra psichopatologinė simptomatika buvo vertinama aukščiau, ir tuo žemesnis buvo atsparumo įvertinimas. Šie mūsų rezultatai neprieštarauja kitų tyrėjų gautiems duomenims (Hjemdal, Friborg, 2003, 2005, 2006, 2009).

Išskaidžius bendrus konstruktus pagal atskiras subskales, matyti, kad dauguma subskalių, kaip ir pirmu ar antru matavimu, buvo stipriai susijusios. Naujai išryškėjo atskirų motyvacijos psichoterapijai ir psichologinio atsparumo kintamųjų ryšiai. Didesnis kančios patyrimas buvo susijęs su prastesniu savęs suvokimu, ateities planavimu, šeimos sutelktumu, socialiniais ištekliais ir socialine kompetencija. Matome, kad išlikusi simptomatika galimai įtakojo ne tik paties asmens santykį su savimi (prastesnis savęs suvokimas), bet siejosi ir su reikšmingai prastesniu socialiniu funkcionavimu. Didesni lūkesčiai psichoterapijai siejosi su didesniais struktūravimo stiliaus įverčiais. Šių mūsų tyrimo duomenų negalime palyginti su kitų autorių rezultatais, nes nepavyko rasti motyvacijos psichoterapiniam gydymuisi ir psichologinio atsparumo ryšius tyrusių darbų duomenų publikacijų.

6.6. Ryšių tarp motyvacijos ir simptomų analizė laikui bėgant

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad ir atskiri simptomai (depresiškumas, nerimastingumas, pyktis, bendras simptomų įvertis), ir atskiri motyvacijos psichoterapijai aspektai (kančia, etiologija, lūkesčiai, atvirumas psichoterapijai) išlieka pakankamai stabilūs gydymo metu ir po jo. Tai reiškia, kad pradinis simptomų įvertinimas leidžia prognozuoti vėlesnes simptomų įvertinimo reikšmes. Motyvacijos psichoterapijai pradiniai įvertinimai leidžia prognozuoti vėlesnes motyvacijos psichoterapijai įvertinimo reikšmes. Yra tik viena išimtis – atvirumas psichoterapijai yra stabilus tarp pirmo ir antro matavimų, tačiau tarp antro ir trečio matavimų stabilumas išnyksta, o tai reiškia, kad atvirumas psichoterapijai gali keistis po gydymo, ir jį gali lemti visai kiti, su gydymusi PDS nesusiję veiksniai. Tolesniems tyrimams lieka atviras klausimas, kas gi lemia atvirumo psichoterapijai kitimą pasibaigus gydymui.

Ieškojome atsakymo į klausimą, ar simptomų mažėjimas nulemia motyvaciją, ar motyvacija lemia simptomų mažėjimą?

Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad tik vienas motyvacijos psichoterapijai aspektas – kančios patyrimas lemia nerimastingumo pokyčius po gydymo, t.y. tarp antro ir trečio matavimo. Jokie kiti motyvacijos psichoterapijai aspektai nelemia psichopatologinių simptomų mažėjimo laikui bėgant. Šie mūsų duomenys skiriasi nuo W. Schneiderio ir T. Klauerio (2001) rezultatų, kurie sako, kad atvirumas psichoterapijai prieš gydymąsi yra pacientų gydymo efektą nulemiantis faktorius. Dar daugiau, autoriai teigia, kad pacientų psichologiškai suprantama jų ligos etiologija ir didesni lūkesčiai gydymuisi įtakoja simptomų mažėjimą. Panašius rezultatus skelbia B. Timmer su kolegomis (2006). Ji teigia, kad gydymo efektą įtakoja du motyvacijos psichoterapijai aspektai. Pacientai, atviresni psichoterapijai ir turintys didesnius lūkesčius, pasiekė geresnius gydymosi rezultatus.

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad psichopatologinių simptomų mažėjimas gali nulemti atskirus motyvacijos psichoterapijai aspektus laikui bėgant: depresiškumas gali nulemti ligos kančios patyrimą. Kuo pacientas labiau depresiškas, tuo labiau kenčia gydymo metu, t. y. tarp pirmo ir antro matavimų. Kitas motyvacijos psichoterapijai aspektas – subjektyvi etiologija – nulemiama

depresiškumo, nerimastingumo ir pykčio simptomų, egzistuojančių pirmu matavimu. Kuo daugiau ir labiau išreikštas paciento depresiškumas, nerimastingumas ar pykčio simptomai pradedant gydymąsi, tuo labiau psichologiškai pacientas supranta jo ligą sukėlusius veiksnius. Depresiškumas, nerimastingumas ir pyktis nulemia bendrus lūkesčius terapijai. Kuo daugiau ir labiau išreikštų simptomų pacientas turi, tuo lūkesčiai psichoterapijai didėja gydymosi metu, tarp pirmo ir antro matavimo. Mūsų rezultatai dera su W. Schneiderio ir T. Klauerio (2001) duomenimis.

Atvirumas psichoterapijai nėra nulemiamas nei vieno iš psichopatologinių simptomų, o taip pat atvirumas psichoterapijai nelemia ir psichopatologinių simptomų pasikeitimo per laiką. Kaip jau minėjome, šių mūsų duomenų neparemia kitų tyrėjų rezultatai.

Psichopatologinių simptomų tolesnis mažėjimas po gydymo nelemia motyvacijos psichoterapijai pokyčių 6 mėnesių stebėjimo laikotarpiu.

Tyrimo metu lygindami sergančiuosius afektiniais ir neuroziniais sutrikimais modeliuose neradome jokių skirtumų. Tai liudija, kad šie susirgimai gali turėti panašią eigą, jei kalbama apie motyvaciją psichoterapijai ir simptomus.

Mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad psichoterapinio gydymo pasekmės vienu aspektu skiriasi nuo kombinuoto gydymo pasekmių. Vien psichoterapiškai besigydžiusių pacientų atvirumas psichoterapijai iš karto po gydymo gali nuspėti depresiškumą praėjus pusei metų po gydymo, tai reiškia, kad šių pacientų aukštas atvirumas psichoterapijai baigiantis gydymui lemia aukštesnį depresiškumą praėjus pusei metų po gydymo. Darytina išvada, kad tai susiję su ribotu ir per trumpu gydymosi PDS laiku. Kaip jau minėta, gydymosi PDS metu pacientai pasiekia būklės pagerėjimą ir jų atvirumas psichoterapijai padidėja. Gydymosi metu jie įgyja įvairių naujų įgūdžių, kuriais naudojasi ir pasibaigus gydymuisi. Galime teigti, jog šešios savaitės buvo per trumpas laikotarpis, kad įgyti nauji įgūdžiai susiformuotų kaip stabilus naujas elgesio modelis. Dėl proceso trumpumo nauji savistabos įgūdžiai ir gebėjimas tvarkytis su skausmingais išgyvenimais lieka neįtvirtinti, todėl žmogus palaipsniui grįžta į ankstesnę pažįstamą homeostazę, ką mes galime matyti kaip simptomų grįžimą. Šiuos mūsų

teiginius atliepia ir A. Rosenblatto teiginiai apie aktyvaus reguliaraus ilgalaikio praktikavimosi būtinybę, kad pasiektos įžvalgos virstų naujais elgesio modeliais. Jo nuomone, keitimasis į sąmoningą (deklaratyvųjį) išmokimą galimas tiktai pastebint, įvardinant, įsisąmoninant ir aktyviai praktikuojantis (Rosenblatt, 2004).

6.7. Ryšių tarp atsparumo ir simptomų analizė laikui bėgant

Gauti rezultatai rodo, kad ir atskiri simptomai, ir atskiri psichologinio atsparumo aspektai laikui bėgant išlieka pakankamai stabilūs. Išimtį sudaro pykčio matavimai, kurie neturi stabilumo modeliuose tarp antro ir trečio matavimų kartu su savęs suvokimu, ateities planavimu ir socialiniais ištekliais.

Gauti rezultatai leidžia manyti, kad ankstesnis žmogaus psichologinis atsparumas lemia vėlesnį psichologinį atsparumą, ir pradinis psichopatologinių simptomų įvertinimas leidžia prognozuoti vėlesnes simptomų įvertinimo reikšmes.

Ieškojome atsakymo į klausimą, – ar simptomų mažėjimas nulemia atsparumą, ar atsparumas lemia simptomų mažėjimą?

Gauti rezultatai rodo, kad tik vienas psichologinio atsparumo aspektas – ateities planavimas lemia vieno iš psichopatologinių simptomų, tai yra pykčio, pokyčius po gydymo tarp antro ir trečio matavimo. Kuo geresnis ateities planavimas iš karto po gydymo, tuo žemesni pykčio įverčiai praėjus pusei metų po gydymo. Jokie kiti psichologinio atsparumo aspektai nelemia gydymo efektyvumo laikui bėgant. Šie mūsų rezultatai neprieštarauja kitų autorių išvadoms, kuriose teigiama, kad ateities planavimas yra vienas veiksnių, galinčių nuspėti psichiatrinių simptomų atsiradimą ateityje (Friborg, Hjemdal, 2006).

Lygindami pacientus su skirtingomis diagnozėmis, neradome jokių skirtumų tarp afektiniais ir neuroziniais sutrikimais sergančių pacientų. Tai liudija, kad šie susirgimai gali turėti panašią eigą, jei kalbama apie psichologinį atsparumą ir simptomus.

Tiriant skirtingai besigydžiusius pacientus nustatyta, kad tik psichoterapiškai besigydžiusiems pacientams nerimastingumas ir pyktis gydymosi PDS pradžioje, pirmu matavimu, lėmė mažesnius savęs suvokimo įverčius iš karto

po gydymosi, antru matavimu. Nerimastingumas ir pyktis iš karto po gydymosi lėmė blogesnį savęs suvokimą praėjus šešiems mėnesiams po gydymosi, trečiu matavimu. Kombinuotu būdu besigydžiusiems pacientams šis ryšys nėra reikšmingas. Tik psichoterapiškai besigydžiusiems pacientams aukštesnis nerimastingumas ir pykčio įvertinimai iš karto po gydymosi PDS, antru matavimu, lėmė žemesnius struktūravimo stiliaus įvertinimus trečiu matavimu. Šiems pacientams didesni savęs suvokimo vertinimai iš karto po gydymosi PDS lėmė žemesnį depresiškumą praėjus pusei metų, trečiu matavimu. Visi šie rezultatai neprieštarauja O. Friborgo ir O. Hjemdalio 2006 m. tyrimo duomenims.

6.8. Pagrindinės ir kontrolinės grupių gydymo efektyvumo palyginimas

Gydymo pradžioje PDS pacientų buvo reikšmingai didesnis nerimastingumas ir bendrų psichopatologinių simptomų įverčiai, jie pasižymėjo žemesniu savęs suvokimu, mažesniu šeimos sutelktumu, blogesniais socialiniais ištekliais, prastesniu struktūravimo stiliumi bei žemesniu bendru psichologinio atsparumo įvertinimu, negu PSC pacientai. Reziumuojant, PSC pacientus vargino ženkliai mažiau simptomų ir jų psichologinis atsparumas buvo reikšmingai didesnis.

Po gydymo ir PDS, ir PSC pacientams buvo statistiškai reikšmingai mažesnis depresiškumas, nerimastingumas, mažiau pykčio ir bendrų psichopatologinių simptomų. Tyrimo metu pastebėta, kad gydymo proceso metu reikšmingai pagerėjo savęs suvokimas, ateities planavimas, padidėjo socialinė kompetencija, bei padidėjo bendras psichologinio atsparumo įvertinimas. Pažymėtina, kad ir PDS, ir PSC pacientams gydymo metu pagerėjo lygiai tie patys psichologinio atsparumo komponentai.

Taigi, gauti rezultatai rodo, kad mūsų tirtieji PDS ir PSC gydyti pacientai, vertinant simptomų išreikštumą ir psichologinį atsparumą, gydymo pradžioje skyrėsi. Gydymo metu visiems pacientams simptomai statistiškai reikšmingai sumažėjo, o tam tikri psichologinio atsparumo komponentai statistiškai reikšmingai padidėjo.

7. IŠVADOS

1. Nustatėme, kad gydymo metu ir po jo tirtų kintamųjų (simptomų, distreso, motyvacijos ir atsparumo) išreikštumas statistiškai reikšmingai kito.
   1.1. Visi simptomai statistiškai reikšmingai sumažėjo, kas leidžia teigti, kad gydymas PDS yra efektyvus.
   1.2. Sumažėjo pacientų distresas.
   1.3. Bendra motyvacija, kaip ir ligos kančios patyrimas, etiologija ir atvirumas psichoterapijai statistiškai reikšmingai pakito.
   1.4. Pagerėjo bendras psichologinis atsparumas, savęs suvokimas, ateities planavimas, šeimos sutelktumas ir struktūravimo stilius.
2. Nustatėme, kad tarp sociodemografinių charakteristikų ir tirtų kintamųjų yra reikšmingos sąsajos.
   2.1. Moterų atskirų kintamųjų įverčiai reikšmingai skiriasi nuo vyrų: moterys gydymo pradžioje ir po jo reikšmingai prasčiau vertino savo gerovę, ligos etiologiją labiau siejo su psichologinėmis priežastimis ir pasižymėjo aukštesniais bendrais motyvacijos psichoterapijai įvertinimais. Gydymo pabaigoje moterys išsiskyrė didesniu atvirumu psichoterapijai ir aukštesne socialine kompetencija. Po 6 mėnesių moterų atvirumo psichoterapijai įverčiai ir toliau išliko aukštesni.
   2.2. Su šeima gyvenantys asmenys išsiskyrė aukštesniu psichologiniu atsparumu.
   2.3. Dirbantys asmenys gydymo pradžioje pasižymėjo didžiausia bendra motyvacija psichoterapiniam gydymuisi. Moksleiviai/studentai pasižymėjo geriausiu ateities planavimu ir geriausiai vertino savo ateitį ir gerovę. Nedirbantys asmenys po gydymo savo gerovę ir funkcionavimą vertino prasčiausiai bei išsiskyrė prasčiausiu ateities planavimu.
   2.4. Kuo vyresnis asmuo, tuo labiau jis motyvuotas psichoterapijai ir patiria didesnį šeimos sutelktumą iki gydymo. Po gydymo vyresniems asmenims išlieka reikšmingai aukštesni simptomų įvertinimai bei prastesnė savijauta ir mažesni lūkesčiai psichoterapijai bei silpnesnis ateities planavimas.

3. Nustatyti reikšmingi skirtumai tarp asmenų su afektiniais ir neuroziniais sutrikimais. Afektinių sutrikimų grupės asmenys viso tyrimo metu pasižymėjo blogesne psichine būkle ir žemesniu atsparumu.
4. Nustatyti reikšmingi skirtumai tarp psichoterapiniu ir kombinuotu būdu besigydžiusių pacientų.

   Pacientai, kurie gydėsi vien psichoterapiškai, gydymo pradžioje ir po jo pasižymėjo geresne psichine būkle ir žemesne motyvacija psichoterapiniam gydymuisi. Po 6 mėnesių jų ateities planavimas buvo reikšmingai aukštesnis.
5. Nustatėme, kad gydymo pradžioje statistiškai reikšmingai skyrėsi pagrindinės (PDS) ir kontrolinės (PSC) pacientai: PSC pacientus vargino ženkliai mažiau simptomų ir jų psichologinis atsparumas buvo reikšmingai didesnis. Gydymo metu abiejų grupių pacientams simptomai statistiškai reikšmingai sumažėjo, o tam tikri psichologinio atsparumo komponentai statistiškai reikšmingai pagerėjo.

8. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Klinikinių rezultatų vertinimo anketa (Clinical Outcomes for Routine Evaluation – Outcome Measure CORE-OM) , remiantis jos validizacijos proceso rezultatais, gali būti rekomenduojama kasdieniam naudojimui visose grandyse dirbantiems psichologams ir psichoterapeutams, kurie nori įvertinti savo darbo efektyvumą bei pacientų pasiektą progresą.
2. Atsparumo skalė suaugusiems (Resiliense Scale for Adults, RSA), remiantis jos patikimumo rezultatus, gali būti rekomenduojama naudoti pacientų psichologinio atsparumo ir jo pokyčių įvertinimui.
3. Gauti rezultatai rodo, kad psichoterapinio gydymo metu pasiektas būsenos pagerėjimas stebėjimo laikotarpio metu dalinai regresuoja (daliai pacientų sustiprėja depresijos simptomai, mažėja atvirumas psichoterapijai, savo susirgimas imamas suprasti labiau somatiškai). Vienintelis galimas šio proceso paaiškinimas – šis fenomenas gali būti susijęs su per trumpa gydymosi PDS trukme, nes naujai atrasti ir/ar išmokti dalykai nespėja tapti stabilia asmenybės struktūros dalimi dėl laiko praktikavimuisi stokos. Reikalinga ilgesnė gydymo trukmė PDS – matome, kad simptominiai pokyčiai pasiekiami, bet jų stabilumas nepakankamas, nes nepakanka laiko įsitvirtinti naujiems elgesio modeliams.

9. LITERATŪRA

Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. Psychother Psychosom. 2006;78:265-274. DOI:10.1159/000228247

Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. Br J Psychiatry. 2001;179:308-316. DOI:10.1192/bjp.179.4.308

Allen SR, Haley PP, Harris GM, et al. Chapter 1 Resilience: Definitions, Ambiguities, and Applications. In Resnick B, et al. (Eds.) Resilience in Aging: Concepts, Research and Outcomes. Springer, 2011.

Andrikienė L, Laurinaitis E, Milašiūnas R. Psichoanalitinė psichoterapija. Vaistų žinios, 2004.

Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. Guilford Press, 2008.

Assay TP, Lambert MJ. The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. (Eds). The heart and soul of change: What works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

Aubrey R, Sheeran P, Kellett S. Increasing Attendance for Psychotherapy: Implementation Intentions and the Self-Regulation of Attendance-Related Negative Affect. J Consult Clin Psychol. 2007;75(6):853-863.

Baldwin SA, Berkeljon A, Atkins DC, Olsen JA, Nielsen SL. Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. J Consult Clin Psychol. 2009;77:203-211. DOI:10.1037/a0015235

Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman 1997.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977a; 84: 191-215.

Bandura A. Social learning theory. Englewood, NJ: Prentice-Hall, 1977b.

Barber JP, Barrett MS, Gallop R, Rynn M, Rickels K. Short-Term Dynamic Psychotherapy Versus Pharmacotherapy for Major Depressive Disorder: A Randomised, Placebo-Controled Trial. J Clin Psychiatry. 2012;73(1):66-73.

Barkham M, Connell J, Stiles WB, Miles JNV, Margison J, Evans C, Mellor-Clark J. Dose–effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. J Consult Clin Psychol. 2006;74:160–167.

Barkham M, Gilbert N, Connell J, Marshall C, Twigg E. Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. Br J Psychiatry. 2005;186:239–246. DOI:10.1192/bjp.186.3.239

Barkham M, Stiles WB, Connell J, Mellor-Clark J. Psychological treatment outcomes in routine NHS services: What do we mean by treatment effectiveness? Psychol Psychother. 2012;85;1–16.

Barkham M, Stiles WB, Connell J, Twigg E, Leach C, Lucock M, et al. Effects of psychological therapies in randomized trials and practice-based studies. Br J Clin Psychol. 2008;47:397–415. DOI:10.1348/014466508X311713

Bates Y. Shouldn't I be Feeling Better by Now? London: Palgrave, 2006.

Bebbington P, Der G, MacCarthy B, Wykes T, Brugha T, Sturt P, et al. Stress incubation and onset of affective disorders. Br J Psychiatry. 1993;31:78–85.

Bednar RL, Melnick J, Kaul TJ. Risk, responsibility, and structure: a conceptual framework for initiating group counseling and psychotherapy. J Couns Psychol. 1974;21(1):31-37.

Beek N, Verheul R. Motivation for treatment in patients with personality disorders. J Pers Disord. 2008;22(1):89–100,

Bentler PM, Bonnett DG. Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. Psychol Bull. 1980;88:588-606.

Berndt TJ, Ladd GW. Peer Relationships in Child Development. New York: Wiley and Sons, 1989.

Beutler LE, Blatt SJ, Alimohamed S, Levy KN, Angtuaco L. Participant factors in treating dysphoric disorders. In Castonguay LG, Beutler LE (Eds.) Principles of Therapeutic Change that Work. New York: Oxford University Press, 2006.

Byles JE, Pachana N. Social circumstances, social support, ageing and health: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health, 2006. Available at http://en.scientificcommons.org/n_pachana. Last accessed June 2009.

Block J, Kremen AM. IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness. J Pers Soc Psychol. 1996;70(2):349-361.

Blum RWM. Healthy youth development as a model for youth health promotion. J Adolesc Health. 1998;22:368–375.

Boardman JD, Blalock CL, Button TM. Sex differences in the heritability of resilience. Twin Res Hum Genet. 2008;11(1),12–27.

Bonanno AG. Loss, trauma, and human resilience. Am Psychol. 2004;59:20–28.

Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. J Consult Clin Psychol. 2007;31(10):863–883.

Breisacher S, Ries H, Bischoff C, Ehrhardt M. Evaluation of the "Psychosomatic Group Therapy" (PSG). Psychother Psychosom Med Psychol. 2003;53(7):302-309.

Bressi C, Porcellana M, et al. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Versus Treatment as Usual for Depressive and Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial of Efficacy. J Nerv Ment Dis. 2010;198(9):647-652.

Broda M. Subjektive Wahrnehmung chronisher Krankeit – Eine empirische Vergleichsuntersuchung an fünf verschiedenen Krankheitsbildern. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 1987;19:341-348.

Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Life events and endogenous depression. A puzzle reexamined. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:525–534.

Brown GW. Life events and affective disorder. Replications and limitations. Psychosom Med. 1993;55(3):248–259.

Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. Testing structural equation models. Ed. by Bollen KA, Long JS. London: Sage, 1993.

Caplan G. Loss, stress, and mental health. Community Ment Health J. 1990;26:27–48.

Carver ChS. Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. J Soc Issues. 1998;54(2):245-266.

Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K. Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals: Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1993;244:1–11.

Cederblad M. Fifty years of epidemiologic studies in child and adolescent psychiatry in Sweden. Nord J Psychiatry. 1996;50:55–66.

Chilvers C, Dewey M, Fielding K, et al. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. BMJ. 2001;322:772-775. DOI:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7289.772

Cicchetti D, Rogosh FA. The role of self organization in the promotion of resilience in maltreated children. Dev Psychopathol. 1997;9:797–815.

Clausen JA. American lives: looking back at the children of the Great Depression. New York: The Free Press, 1993.

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press, 1988.

Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82.

Connor KM. Assessment of resilience in the aftermath of trauma. J Clin Psychiatry. 2006;67(2):46-49.

Cooper M. Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy. SAGE publications, 2008.

Cowen EC, Work WC. Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. Am J Community Psychol. 1988;16(4):591-607. DOI:10.1007/BF00922773

Crowley BJ, Hayslip BJr, Hobdy J. Psychological Hardiness and Adjustment to Life Events in Adulthood. J Adult Dev. 2003;10(4):237-248.

Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz J C, van Straten A, Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2011;168(6):581-592. DOI:10.1176/appi.ajp.2010.10101411

Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol. 2008a;76(6): 909–922. DOI:10.1037/a0013075

Cuijpers P, van Straten A, Hollon SD, Andersson G. The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2010;121(6):415-423. DOI:10.1111/j.1600-0447.2009.01513.x

Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatments of subthreshold depression: A meta-analytic review. Acta Psychiatr Scand. 2007a;115(6):434–441.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Smits N. Characteristics of effective psychological treatments of depression; a meta-regression analysis. Psychother Res. 2008b;18(2):225-236.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. Eur J Psychiat. 2008c;22(1):38-51.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral treatment of depression: A meta-analysis of activity scheduling. Clin Psychol Rev. 2007b;27(3):318-326.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. Eur Psychiatry. 2007c;22(1):9-15.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Depress Anxiety. 2009;26(3):279-288.

Curran PJ. A latent curve framework for the study of developmental trajectories in adolescent substance use. In Rose JS, Chassin L, Presson CC, Sherman SJ. Mahwah (Eds.). Multivariate application in substance use research: New methods for new questions. NJ: Erlbaum, 2000.

Dahle KP. Therapiemotivation hinter Gittern: Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug [Therapy motivation behind bars: Development and testing of a motivation concept for therapeutic work in the prison setting]. Regensburg, Germany: Roderer, 1995.

Davidonienė O, Stanislavovienė J, Utkuvienė J. Depresiškumo paplitimas tarp Lietuvos kaimų gyventojų. Sveikatos mokslai. 2012;22(1):15-20.

de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. Psychother Res. 2006;16(5):566-578.

de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. Eur Psychiatry. 2007;22(1):1-8.

Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and selfdetermination in human behavior. New York: Plenum Press, 1985.

Deci EL, Ryan RM. The „what" and the „why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychol Inq. 2000;11:227-268.

Dekker J, Molenaar PJ, Kool S, Van Aalst G, Peen J, de Jonghe, F. Dose–effect relations in time-limited combined psycho–pharmacological treatment for depression. Psychol Med. 2005;35(1):47–58.

Dekker JJ, Koelen JA, Van HL, Schoevers RA, Peen J, Hendriksen M, Kool S, Van Aalst G, de Jonghe F. Speed of action: the relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. J Affect Disord 2008;109(1-2):183-188.

Denny S, Clark TC, Fleming T, Wall M. Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. Ame J Orthopsychiatry. 2004;74(2):137–149.

Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for people with depressive disorders in urban and

rural communities: a multi-centre randomised controlled trial. BMJ. 2000;321(7274):1450-1454.

Drieschner KH, Measuring treatment motivation and treatment engagement in forensic psychiatric outpatient treatment: development of two instruments. Dissertation, RU Radboud Universiteit Nijmegen, 2005.

Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, Dekker JM. Does Pretreatment Severity Moderate the Efficacy of Psychological Treatment of Adult Outpatient Depression? A Meta-Analysis. J Consult Clin Psychol. 2010;78(5):668–680. DOI:10.1037/a0020570

Dryden W, Gordon J. How to Cope When the Going Gets Tough. London: Sheldon Press, 1994.

Dumont M, Provost MA. Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. J Youth Adolesc. 1999;28(3):343–363.

Egeland B, Carlson E, Sroufe LA, Resilience as process. Dev Psychopathol. 1993;5(4):517-528.

Engle DE, Arkowitz H. Ambivalence in Psychotherapy. Facilitating readeness to change. New York: Gilford, 2006.

Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, Mellor-Clark J, McGrath, G, Audin K. Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. Br J Psychiatry. 2002;180:51–60. DOI:10.1192/bjp.180.1.51

Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, McGrath G. CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. J Ment Health. 2000;9(3):247–255.

Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. J Pers. 2009;77(6):1903-1934.

Feaster DJ, Newman FL, Rice C. Longitudinal analysis when the experimenter does not determine when treatment ends: What is dose–response? Clin Psychol Psychother. 2003;10:352–360.

Felsman JK, Vaillant G. Resilient children as adults: A 40-year study. In Anthony EJ, Cohler B (Eds.). The invulnerable child. New York: Guilford Press, 1987.

Felsman JK. Risk and Resiliency in Childhood: The lives of Street Children. In Dugan T, Coles R (Eds.). The Child in Our Times: Studies in the Development of Resiliency. New York: Brunner-Mazel, 1989.

Fenichel O. Psychoanalytische Neurosenlehre. 3 Bde. Ullstein, 1983.

Flanagan CA, Stout M. Developmental Patterns of Social Trust Between Early and Late Adolescence: Age and School Climate Effects. J Res Adolesc. 2010;20(3):748–773.

Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does Hardiness Contribute to Mental Health During a Stressful RealLife Situation? The Roles of Appraisal and Coping. J Pers Soc Psychol. 1995;68(4): 687-695.

Frank E, Anderson B, Raynolds CF, Ritenour A, Kupfer DJ. Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype. A confirmation of the distinction using the Bedford College methods. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(7):519–524.

Frank JD, Frank JB. Persuasion and Healing. Baltimore: Johns Hopkins University, 1993.

Freud S. Über Psychotherapie (1905). Gesammelte Werke, Band V. [On Psychotherapy. Complete psychological works, Volume V]. London: Fischer. 1982, 74-92.

Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. Int J Methods in Psychiatr Res. 2005;14(1):29–42.

Friborg O, Hjemdal O, Martinussen, M. Rosenvinge JH. Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder. J Individ Dif. 2009;30(3):138–151. DOI:10.1027/1614-0001.30.3.138

Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a modulator for pain and stress. J Psychosom Res. 2006a;61(2):213–219.

Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(2):65–76.

Friborg O, Hjemdal O. Resilience as a measure of adaptive capacity. Journal of the Norwegian Psychological Association. 2004;41:206–208.

Friborg O, Martinussen M, Rosenvinge JH. Likert-based versus semantic differential-based scorings of positive psychological constructs: A psychometric comparison of two versions of a scale measuring resilience. Pers Individ Dif. 2006b;40:873–884.

Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia. Systematic review. Br J Psychiatry. 2006;188:305-312.

Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. Cochrane Database Syst Rev. 2007;1:CD004364.

Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford Textbook of Psychotherapy. Oxford University Press, 2008.

Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. In Garfield SL, Bergin AE (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavioral change. New York: Wiley, 1994.

Garmezy N, Rutter M. Acute stress reactions. In: Rutter M, Hersob L (Eds.). Child and adolescent psych: modern approaches. Oxford: Blackwell, 1985.

Garmezy N, Rutter M. Stress, coping, and development in children. New York: McGraw-Hill, 1983.

Garmezy N. Children in poverty: resilience despite risk. Psychiatry. 1993;56(1):127–136.

Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediat Ann. 1991;20(9): 459–466.

Garmezy N. Stress resistant children: the search for protective factors. In: Stevenson JE (Eds.). Recent research in developmental psychopathology. J

Child Psychol Psych. (Book suppl No 4 pp. 213-233). Oxford: Pergamon Press, 1985.

Gaston L, Marmar CR, Gallagher D, Thompson LW. Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. Psychother. 1989;26(3):296-302.

Gerdner A, Holmberg A. Factors affecting motivation to treatment in severely dependant alcoholics. J Stud Alcoh. 2000;61(4):548-560.

Giedraitytė M, Bieliauskaitė R. Psichologinis atsparumas vaikystėje: sampratos problematika. Psichologija. 2006;34:7-19.

Gilgun J, Daly K, Handel G. Qualitative methods in family research. Newbury Park CA: Sage Publications, 1993.

Gillham JE, Reivich KJ, Jaycox LH, Seligman MEP. Prevention of Depressive Symptoms in Schoolchildren: Two-Year Follow-Up. Psychol Sci. 1995;6(6):343-351.

Glantz M, Johnson J. Resliience and Development Positive Life Adaptations. New York: Kluwer Academic Press, 1999.

Glass CR, Arnkoff DB, Shapiro SJ. Expectations and preferences. Psychother Theor Res Pract Train. 2001;38:455-461.

Glass CR, Arnkoff DB. Consumers` perspectives on helpful and hindering factors in mental health treatment. J Clin Psychol. 2000;56(11):1467-80.

Goldstein AP, Shipman WG. Patients Expectancies, Symptom Reduction and Aspects of the Initial Psychotherapeutic Interview. J Clin Psychol. 1961;17:129-133.

Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A metaanalysis of treatment outcome for panic disorder. Clin Psychol Rev 1995;15(8):819–844.

Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Solar N, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2012;69(2):121-127. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2011.129

Graupe SR. Quantitative Erforschung trationeller Psychotherapieverfahren. Die Dimension Patient. In: Strotzka H (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München, Urban & Schwarzenberg, 1978.

Greenberg RP. Essential ingredients for successful psychotherapy: Effects of common actors. In Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP (Eds.). The art and science of brief psychotherapies. Washington, DC: APPI, 2004.

Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JKL. Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. J Pers Soc Psychol. 1998;74(6):1464–1480.

Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? Prof Psychol Res Pr. 1990;2(5):372-378.

Grissom GR, Lyons JS, Lutz W. Standing on the shoulders of a giant: Development of an outcome management system based on the dose model and phase model of psychotherapy. Psychother Res. 2002;12(4):397–412.

Grotberg EH. Resilience for today: Gaining strength from adversity. Wesport, CT: Praeger, 2003.

Guidi J, Fava GA, Bech P, Paykel E. The Clinical Interview for Depression: A Comprehensive Review of Studies and Clinimetric Properties. Psychother Psychosom. 2011;80(1):10-27. DOI:10.1159/000317532

Halder P. Verhaltenstherapie und Patienternerwartung. Bern, Stuttgart, Wien, Huber, 1977.

Halverson JL, Bienenfeld D. Depression differential diagnoses [internet]. Medscape Reference, 2012. Available from: http://emedicine.medscape.com/article/286759-differential

Hansen NB, Lambert MJ. An evaluation of the dose–response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. MHSR 2003;5(1):1–12.

Hardy S, Concato J, Gill T. Resilience of community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc. 2004;52(2):257–262.

Harper D. (Ed.). Online etymology dictionary, 2001. Retrieved January 15, 2005, from:

http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=motivation&searchmode=none

Hasenbring M. Zur Verarbeitung und Bewältigung einer Krebserkrankung: Theorie, empirische Ergebnisse und praktische Schlußfolgerungen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1987;3:383-399.

Heckman CJ, Clay DL. Hardiness, history of abuse and women's health. J Health Psychol. 2005;10(6):767-777.

Hegney DG, Buikstra E, Baker P, Rogers-Clark C, Pearce S, Ross H, et al. Individual resilience in rural people: A Queensland study, Australia. Rural Remote Health. 2007;7(4):620–625.

Heigl F. Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1978.

Heigl F. Indikation zur Psychotherapie. Nervenarzt 1976;47:217-224.

Heim I. "File Change Semantics and the Familiarity Theory of Definiteness." In von Stechow A, Bauerle R, Schwarze C (Eds.), Meaning, Use and Interpretation. Berlin: W. de Gruyter, 1983.

Heine RW, Trosman H. Initial expectations of the doctor-patient interaction as a factor in continuance in psychotherapy. Psychiatry. 1960;23:275-278.

Higgins ET. Beyond pleasure and pain. Am Psychol. 1997;52(12):1280-1300.

Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. Clin Psychol Psychother. 2006;13(3):194–201.

HJEMDAL O. RESILIENCE AND COMMON FACTORS IN PSYCHOTHERAPY: HOW THEY BE A GUIDE FOR THE DEVELOPMENT OF COPING AND MENTAL HEALTH. IN COLUMBUS AM (EDS.). ADVANCES IN PSYCHOLOGY RESEARCH, VOLUME 63. NEW YORK: NOVA SCIENCE PUBLISHERS, 2009.

Høglend P. Motivation for Brief Dynamic Psychotherapy. Psychother Psychosom. 1996;65:209–215. DOI:10.1159/000289077

Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose–effect relationship in psychotherapy. Am Psychol. 1986;41(2):159-164. DOI:10.1037/0003-066X.41.2.159

Howard S, Dryden J, Johnson B. Childhood resilience: Review and critique of literature. Oxford Rev Educ. 1999;25:308–323.

Hu L, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. Psychol Bull. 1998;3(4):424–453.

Iacoviello BM, McCarthy KS, Barrett MS, Rynn M, Gallop R, Barber JP. Treatment preferences affect the therapeutic alliance: Implications for randomized controlled trials. J Consult Clin Psychol. 2007;75(1):194-198.

Imel ZE, McKay KM, Malterer MB, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in depression and dysthymia. J Affect Disord. 2008;110(3):197-206. DOI:10.1016/j.jad.2008.03.018

Jaycox L, Reivich K, Gillham J, Seligman MEP. Prevention od depressive symptoms in school children. Behav Res Ther. 1994;32(8):801-816.

Jowkar B, Friborg O, Hjemdal O. Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. Scand J Psychol. 2010;51:418–425.

Kendler KS, Walters EE, Truett KR, Heath AC, Neale MC, Martin NG, Eaves LJ. A twin-family study of self-report symptoms of panic-phobia and somatization. Behav Genet. 1995;25(6):499–515.

King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resiliencerecovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. J Pers Soc Psychol. 1998;74(2):420-434.

Kinsel B. Resilience as adaptation in older women. J Women Aging. 2005;17(3):23–39.

Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. In Monat A, Lazarus R (Eds.), Stress and coping. (2nd ed.). New York: Columbia University press, 1985.

Kool S, Schoevers R, Duijsens IJ, Peen J, van Aalst G, de Jonghe F, Dekker J. Treatment of depressive disorder and comorbid personality pathology:

combined therapy versus pharmacotherapy. Tijdschr Psychiatr. 2007;49(6):361-72.

Koppers D, Peen J, Niekerken S, Van R, Dekker J. Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short term psychodynamic therapy. J Affect Disord. 2011;134(1-3):468-472.

Kraemer HC, Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS. Mediators and Moderators of Treatment Effects in Randomized Clinical Trials. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(10):877-883. DOI:10.1001/archpsyc.59.10.877

Krampen G. Motivation in treatment of alcoholism. Addict Behav. 1989;14(2):197-200.

Krause MS. A cognitive theory of motivation for treatment. J Gen Psychol. 1966;75:9-19.

Kringlen E. Psykiatri [Psychiatry]. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.

Künzel R. Therapiemativation – eine psychologische Ergänzung des soziologischen Labeling-Anstates. Unveröffentlichte Dissertation, Bochum, 1979.

Lambert JJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert MJ (Eds.). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., 139-193). New York: Wiley, 2004.

Lambert MJ. Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. Psychother Res. 2007;17:1-14.

Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, Nolen WA, Zitman FG, Beekman AT, Penninx BW. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depress Anxiety (NESDA). J Clin Psychiatry. 2011;72 (3):341–348.

Laplanche J, Pontalis JB. Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt, Suhrkamp, 3. Auflage, 1977.

Laurinaitis E. The Third EFPP Conference on Psychoanalytic Psychotherapy for organizations of East and Central Europe. Changing Culture and Psychoanalytic Psychotherapy. Tallinn, Estonia, 28-29 January

2005. Conference Proceeding: Treatment Programme and Results in Day-Care Centre, in Vilnius, Lithuania.

Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. Psychol Psychother. 2007;80:217–228. DOI:10.1348/147608306X117394

Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. JAMA. 2008;200:1551-1565. DOI:10.1001/jama.300.13.1551

Levy JA, Glass CR, Arnkoff DB, Gershefski JJ, Elkin I. Clients' perceptions of treatment for depression. 2. Problematic or hindering aspects. Psychother Res. 1996;6(4):249-262.

Lilienfeld SO, Wood JM, Garb HN. The scientific status of projective techniques. Psychol Sci Public Interest. 2000;1:27-66.

Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. Perspect Psychol Sci. 2007;2(1):53-70.

Linden M. Zur Compliance bei schizophrenen Patienten. In Helmchen H, et al. (Hrsg.), Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1982.

Lownsdale S. Quick Facts on QPASS. Heartland Publishing, 2007. http://www.qpasslive.com/

Luborsky L, Chandler M, Auerbach A, Cohen J, Bachrach H. Factors influencing the outcome of psychotherapy: Review of quantitative research. Psychol Bull. 1971;75(3):145-185.

Lueger RJ, Howard KI, Martinovich Z, Lutz W, Anderson EE, Grissom GR. Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. J Consult Clin Psychol. 2001;69(2):150–158.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev. 2000;71(3):543–562.

Luthar SS, Doernberger CH, Zigler E. Resilience is not a unidimentional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. Dev Psychopathol. 1993;5(4):703–717.

Luthar SS. Vulnerablity and resilience: a study of high-risk adolescents. Child Dev. 1991;62(3):600-616.

Lutz W, Lowry J, Kopta M, Einstein AD, Howard KI. Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. J Clin Psychol. 2001;57(7):889-900.

Lutz W, Martinovich Z, Howard KI, Leon SC. Outcomes management, expected treatment response, and severity-adjusted provider profiling in outpatient psychotherapy. J Clin Psychol. 2002;58(10):1291-304.

Lutz W, Ehrlich T, Rubel J, Hallwachs N, Röttger MA, Jorasz C, Mocanu S, Vocks S, Schulte D, Tschitsaz-Stucki A. The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. Psychother Res. 2012 Jun 18. [Epub ahead of print] DOI:10.1080/10503307.2012.693837

Lutz A, Slageter HA, Rawlings NB, Francis AD, Greischer LL, Davidson RJ. Mental training enhances attentional stability: Neural and behavioral evidence. J Neurosci. 2009;29(42),13418–13427. DOI:10.1523/JNEUROSCI.1614-09.2009.

MacDermid SM, Samper R, Schwarz R, Nishida J, Nyaronga D. Understanding and promoting resilience in military families. West Lafayette, IN: Purdue University, 2008.

MacKinnon RA, Michaels R, Buckley PJ. The psychiatric interview in clinical practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006.

Maina G, Rosso G, Bogetto F. Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. J Affect Disord. 2009;114(1-3):200-207.

Maina G, Rosso G, Crespi C, Bogetto F. Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study. Psychother Psychosom. 2007;76(5):298-305.

Manber R, Kraemer HC, Arnow BA, Trivedi MH, Rush AJ, Thase ME, Rothbaum BO, Klein DN, Kocsis JH, Gelenberg AJ, Keller ME. Faster remission of chronic depression with combined psychotherapy and

medication than with each therapy alone. J Consult Clin Psychol. 2008;76(3):459-67.

Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational interviewing and self-determination theory. J Soc Clin Psychol. 2005;24:811-831.

Masten AS, Best K, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Dev Psychopathol. 1990;2:425–444.

Masten AS, Burt KB, Roisman GI, Obradović J, Long JD, Tellegen A. Resourses and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. Dev Psychopathol. 2004;16(4):1071–1094.

Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. Dev Psychopathol. 1999;11(1):143–169.

Masten AS, Reed MGJ. Resilience in development. In Snyder CR, Lopez SJ (Eds.). Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press, 2002.

Mazza M, Barbarino E, Capitani S, Sarchiapone M, et al. Day Hospital Treatment for Mood Disorders. Psychiatr Serv. 2004;55(4):436-438.

McCallum M, Piper WE, Joyce AS, et al. Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. J Consult Clin Psychol. 1999;67(2):267–273.

McMahon EM, Buszewicz M, Griffin M, et al. Chronic and Recurrent Depression in Primary Care: Socio-Demographic Features, Morbidity, and Costs. Int J Family Med. 2012;2012:316409. DOI:10.1155/2012/316409

Meichenbaum D, Turk DC. Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. New York: Plenum Press, 1987.

Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification. New-York: Plenum, 1977.

Miller AM, Chandler PJ. Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. Nurs Res. 2002;51(1):26-32.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. New York: Gilford, 2002.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. New York: The Guilford Press, 1991.

Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychol Bull. 1985;98(1):84-107.

Minami T, Davies D, Tierney SC, Bettmann J, McAward SM, Averill LA, et al. Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. J Couns Psychol. 2009;56:309-320. DOI:10.1037/a0015398

Minami T, Wampold BE, Serlin RC, Hamilton E, Brown GS, Kircher J. Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. J Consult Clin Psychol. 2008;76:116-124. DOI:10.1037/0022-006X.76.1.116

Mintz D. Psychodynamic Psychopharmacology: addressing the underlying causes of treatment resistance. Psychiatric Times. 2009;26(8):1-4. http://www.psychiatrictimes.com/display/article/ 10168/1946385

Mischel W. Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychol Rev. 1973;80(4):252-283.

Molenaar PJ, Dekker J, Van R, Hendriksen M, Vink A, Schoevers RA. Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? Depress Anxiety. 2007;24(8):553–562.

Molenaar PJ, Boom Y, Peen J, Schoevers RA, Van R, Dekker JJ. Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? Br J Clin Psychol. 2011;50(3):268-82. DOI:10.1348/014466510X516975.

Morgan CD, Murray HH. A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. Arch Neurol Psychiatry. 1935;34:289-306.

Muck M, Paal J. Kriterien der Beandelbarkeit und ihre Feststellung im Vorinterview. Psyche. 1968;22:770-777.

Muthen LK, Muthen BO. Mplus User‘s Guide. Sixth Edition. Los Angeles CA: Muthen & Muthen, 1998 – 2010.

Nezlek JB. Multilevel random coefficient analyses of event and interval contingent data in social and personality psychology research. Pers Soc Psychol Bull. 2001;27:771–785.

Nicholson RA, Berman JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? Psychol Bull. 1983;93(2):261-278.

Nowack KM. Coping Style, Cognitive Hardiness, and Health Status. J Behav Med. 1989;12(2):145-158.

O'Connell R, Mayo J. The role of social factors in affective disorders: a review. Hosp Community Psychiatry. 1988;39(8):842–851.

Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE. Strategies for reducing patientinitiated termination of psychotherapy. Harv Rev Psychiatry. 2005;13(2):57-70.

Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In Bergin AE, Garfield SL (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1994.

Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy processoutcome research. In Lambert MJ (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.). New York: Wiley, 2004.

Overholser JC. Contemporary Psychotherapy: Promoting personal responsibility for therapeutic change. J Contemp Psychother. 2005;35(4):369-76.

Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. Eur Neuropsychopharmacol. 2005; 15(4): 411-423.

Pallant J. SPSS Survival Manual: A step by step to data analysis using SPSS for Windows (Version 10 and 11) Philadelphia: St Edmundsbury Press Ltd., 2003.

Pampanolla S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(7):714-719.

Pelletier LG, Tuson KM, Haddad NK. Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. J Pers Assess. 1997;68(2):414-435.

Persaud R. Staying Sane: How to Make Your Mind Work for You. London: Bantam Press, 2001.

Peters M, Lange C, Radebold H. Psychotherapiemotivation a¨lterer Patienten in der Rehabilitationsklinik: Eine empirische Studie [Psychotherapy motivation in elderly patients in rehabilitation clinics: An empirical study]. Zeitschrift fu¨r Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2000;46:259-272.

Piper WE, Joyce AS, McCallum M, Azim HF. Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. J Consult Clin Psychol. 1998;66(3):558-567.

Plaum FG. Krankheitstheorie und Behandlungserwartung psychosomatischer Patienten. Unveröffentl. Disertation, Gießen, 1968.

Rafanelli C, Fava G. Sequential Use of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Mood Disorders. Eur Psychiatry. 2011;4(1):21–24.

Rappaport RL. Motivating clients in therapy. New York: Routledge, 1997.

Raskin A. Factors therapists associate with motivation to enter psychotherapy. J Clin Psychol. 1961;17:62-65.

Reber AS. The Penguin dictionary of psychology. London: Penguin Press, 1985.

Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. Handbook of Adult resilience. New York: The Guilford Press, 2010.

Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA. Resilience in Aging Concepts, Research, and Outcomes. Springer, 2010.

Rief W, Bleichhardt G, Timmer B. Gruppentherapie fur somatoforme Storungen Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualitat [Group therapy for somatoform disorders: Treatment guidelines, acceptance, and process quality]. Verhaltenstherapie. 2002;12:183-191.

Ryan RM, Deci EL. A self-determination approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. Can Psychol. 2008;49:186-193.

Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. Addict Behav. 1995;20(3):279–297.

Rosenbaum RL, Horowitz MJ. Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. Psychother Theor Res Pract. 1983;20(3):346-354.

Rosenblatt A. Insight, Working Through, and Practice: The Role of Procedural Knowledge. J Am Psychoanal Assoc. 2004;52:189-208. DOI:10.1177/00030651040520011901

Ruff W, Werner H. Der Wunsch der Patienten nach Behandlung – untersucht am Beispiel stationärer Therapie. Psychother Psych Med. 1987;9(10):355-360.

Rumpold G, Doering S, Smrekar U, Schubert C, Koza R, Schatz DS, Bertl-Schuessler A, Janecke N, Lampe A, Schuessler G. Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. Psychother Res. 2005;15(1-2):117-127.

Rumpold G, Janecke N, Smrekar U, Schüßler G, Doering S. Predictors of successful referral by a psychotherapeutic outpatient unit and subsequent outcome of psychotherapy. Z Psychosom Med Psychother. 2004;50(2):171-89.

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry. 1987;57(3):316-331.

Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. J Fam Ther. 1999;21:119–144.

Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. Br J Psych. 1985;147:598–611.

Rutter M. Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implication. In Zigler EF, Shonkoff JP, Meisels SJ. (Eds.). Handbook of early childhood intervention (pp. 651–682). Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

Sack M, Schmid-Ott G, Lempa W, Lamprecht F. Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele. Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualitat in der stationaren Psychotherapie [Individually arranged and continuously reevaluated treatment goals as an instrument for improving

inpatient psychotherapy]. Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 1999;45:113-127.

Sanders AE, Lim S, Sohn W. Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. Am J Public Health. 2008;98(6):1101–1106.

Sarracino D, Dazzi N. Motivational Areas Rating Scale: Developing a New Tool for Studying Psychotherapy Process and Outcome. Psychother Res. 2007;17(6):721-732.

Schepank H. Die Mannheimer Psychosomatische Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. In Schepank H, Tress W. (Eds.). Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen (pp. 103-116) Heidelberg, Germany: Springer, 1988.

Schneider W, Basler HD, Beisenherz B. Die Unterschiede in der Krankheitsbewaltigung: Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationaren Psychotherapiepatienten. [Differences in coping with illness: Illness experience and treatment expectations of psychotherapy inpatients]. Psycho. 1990;16:511-521.

Schneider W, Basler HD, Beisenherz B. FMP, Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation [Questionnaire for the Measurement of Psychotherapy Motivation]. Beltz: Weinheim, 1989.

Schneider W, Klauer T. Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. Psychother Res. 2001;11:153-167.

Schramm E, Schneider D, Zobel I, van Calker D, Dykierek P, Kech S, et al. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. J Affect Disord. 2008;109:65–73.

Schramm E, van Calker D, Dykierek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. Am J Psychiatry. 2007;164(5):768-77.

Schulte D, Eifert GH. What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. CPSP 2002;9(3):312-328.

Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. Am Psychologist. 2000;55:5–14.

Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. Am Psychol. 1995;50:965–974.

Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol. 2010;65:98-109. DOI:10.1037/a0018378

Sheeran P, Aubrey R, Kellett S. Increasing attendance for psychotherapy: Implementation intentions and the self-regulation of attendance-related negative affect. J Consult Clin Psychol. 2007;75:853-863.

Sheldon KM, Williams GC, Joiner T. Self-determination theory in the clinic. New Haven, CT: Yale University Press, 2003.

Sifneos P. Change in patient's motivation for psychotherapy. Am J Psychiat. 1971;128:718-21.

Sifneos P. Motivation for change: A prognostic guide for successful psychotherapy. Psychother Psychosom. 1978;29:293-8.

Sinclair VG, Wallston KA. The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. Assessment. 2004;11(1):94-101.

Smith G. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. J Fam Ther. 1999;21:154-158.

Smits AJ, Hofmann SG. A meta-analytic review of the effects of psychotherapy control conditions for anxiety disorders. Psychol Med. 2009;39(2):229–239.

Snyder CR, Michael ST, Cheavens JS. 'Hope as a foundation of common factors, placebos, and expectancies', in Hubble M, Duncan BL, Miller SD. (Eds.). The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy (pp. 179-200). Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

Speckens AEM, van Hemert AM, Bolk JH, Hawton KE, Rooijmans GM. The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. J Psychosom Res. 1995;39(7):855-863.

Sroufe LA. Psychopathology as an outcome of development. Dev Psychopathol. 1997;9(2):251–268.

Strupp HH, Hadley SW. A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes: With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. Am Psychol. 1977;32:187-96.

Svanberg POG. Attachment, resilience and prevention. J Ment Health. 1998;7(6):543–78.

Sveikata A, Gumbrevičius G, Janušonis T, Sveikatienė R, Milašius A, Adomaitienė V. Antidepresantų farmakologinių savybių apžvalga. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2009;13(12).

Teasdale JD. Psychological treatments for depression: How do they work? Behav Res Ther. 1985;23(2):157-165.

Tedeschi RG, Kilmer RP. Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. Prof Psychol Res Pract. 2005;36(3):230–237.

Tierney DW, McCabe MP. Motivation for behavior change among sex offenders: A review of the literature. Clin Psychol Rev. 2002;22(1):113-129.

Timmer B, Bleichhardt G, et al. Importance of Psychotherapy motivation in patients with somatization syndrome. Psychother Res. 2006;16(3):348-356.

TLK – 10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Medicina, 1997.

Tryon GS, Winograd G. Goal consensus and collaboration. In: Norcross JC, editor. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press, 2002.

Truax C, Wargo, D. Effects of vicarious therapy pretraining and alternate sessions on outcome of group therapy with outpatients. J Consult Clin Psychol. 1969;33(4):509–521.

Tucker LR, Lewis C. The reliability coefficients for maximum likelihood factor analysis. Psychometrica. 1973;3:1-10.

Vaitkevičiūtė V. Tarptautinių žodžių žodynas. Žodynas, 2002.

Valbak K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(3):164–178.

Valentine L, Feinauer LL. Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. Am J Fam Ther. 1993,21(3):216-224.

Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa—A conceptual review: Part 2 Different forms and meanings. Eur Eat Disord Rev. 2006;14(5):352-368.

Veith A. Therapiemotivation, zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariabele [Therapy motivation, about the specification of an unspecific therapy variable]. Opladen, Germany: Westdeutscher Verlag, 1997.

Vetter PH, Prizbuer JV, Jungmann K, Moises HW, Köller O, Kropp P. Motivation to seek psychotherapy in patients with recurrent depressive disorder. Psychother Res. 2000;10(2):159-168.

Viliuniene R, Evans C, Hilbig J, Pakalniskiene V, Danileviciute V, Laurinaitis E, Navickas A. Translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) into Lithuanian. Nord J Psychiatry 2012; [in press].

VILIŪNIENĖ R, HILBIG J, ŽILINSKIENĖ R, ŠAPUROVA V, GRITĖNIENĖ T, DANILEVIČIŪTĖ V. RESILIENCE, MENTAL DISORDERS AND PHYSICAL ACTIVITIES – ARE THEY CONNECTED? SPORTO MOKSLAS 2012; 2(68): 63-68.

Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. J Nurs Meas. 1993;1(2):165–178.

Wampold BE. The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods, and Findings. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001.

Watt NF, David JP, Ladd KL, Shamos S. The life course of psychological resilience: a phenomenological perspective on deflecting life's slings and arrows. J Prim Preven. 1995;15:209–46.

Werner EE, Smith R. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and recovery. Ithaca, New York: Cornell University Press, 2001.

Werner EE, Smith RS. Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood. Ithaca and London: Cornell University Press, 1992.

Werner EE. High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. Am J Orthopsychiatry. 1989;59(1):72–81.

Werner EE. Resilience in development. Curr Dir Psychol Sci. 1995;4:81–85.

Werner EE. Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. Dev Psychopathol. 1993;5:503–515.

Werner-Wilson RJ, Zimmerman TS, Whalen D. Resilient response to battering. Contemp Fam Ther. 2000;22(2):161-188.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization, 2008.

Wolff A, Hölzel LP, Westphal A, Härter M, Kriston L. Combination of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of chronic depression: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2012;12:61. DOI:10.1186/1471-244X-12-61

Wolin SJ, Wolin S. The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity. New York: Villard Books, 1993.

Zeeck A, Armin Hartmann A, Kuhn K. Psychotherapy in a day clinic: results of a 1.5 year follow up. Psychiatric Quarterly. 2005;76(1):1-17. DOI:10.1007/s11089-005-5577-z

Zeldman A, Ryan RM, Fiscella K. Client motivation, autonomy support and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. J Soc Clin Psychol. 2004;23:675-696.

Zimmer D. Die therapeutische Beziehung: Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung [The therapeutic relationship: Concepts, empirical findings and principles of their use]. Weinheim: Edition Psychologie, 1983.

Zimrin H. A profile of survival. Abuse Neglect. 1987;10(3):339–349.

Zobel I, Kech S, van Calker D, Dykierek P, Berger M, Schneibel R, Schramm E. Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients. Acta Psychiatr Scand. 2011;123(4):276–282.

Zuroff DC, Koestner R, Moskowitz DS, Mcbride C, Marshall M, Bagby M. Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. Psychother Res. 2007;17:137-148.

10. STRAIPSNIAI TYRIMO TEMA

1. Viliūnienė R. Hilbig J, Žilinskienė R. Šapurova V, Gritėnienė T, Danilevičiūtė V. Resilience, mental disorders and physical activities – are they connected? Sporto mokslas 2012:2(68); 63-68.
2. Viliūnienė R, Laurinaitis E, Danilevičiūtė V. Motyvacijos psichoterapiniam gydymui, simptomų išreikštumo ir gydymo efektyvumo ryšys. Medicinos teorija ir praktika 2012:18 (3); 278–283.
3. Viliuniene R, Evans C, Hilbig J, Pakalniskiene V, Danileviciute V, Laurinaitis E, Navickas A. Translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) into Lithuanian. Nordic Journal Of Psychiatry 2012 [in press].

11. PRANEŠIMAI KONFERENCIJOSE

1. R. Viliūnienė, V. Danilevičiūtė. Impact of Psychotherapeutic Treatment on Resilience: presentation. International conference: Evolutionary medicine: new solutions for the old problems. 12–15 June, 2012, Vilnius, Lithuania
2. R. Žilinskienė, R. Viliūnienė, J. Hilbig. The impact of regular physical activities on female students psychoemotional state and resilience parameters (pilot study): Poster presentation. International conference: 5th Baltic Sport Science Conference "Current Issues and New Ideas in Sport Science. 18-19 April, 2012, Kaunas.

PRIEDAI

1 priedas. **Psichoemocinių simptomų anketa (QPASS)**

QPASS

Vardas, pavardė: _____ Amžius: _____

Data: _____ Lytis: VYR MOT (apibraukite)

Instrukcija: prašau įvertinti **kiekvieną** teiginį pagal šią skalę:

0 - NIEKADA; 1 –LABAI RETAI; 2 – KARTAIS; 3 – DAŽNAI; 4 – NUOLAT

Per PASTARĄSIAS 7 DIENAS, įskaitant ir šiandieną, KAIP STIPRIAI JUS VARGINO žemiau išvardinti jausmai?
Pvz: *JAUČIAUSI...*

0	1	2	3	4	... LIŪDNAS

↑ užtušavus šį langelį, reiškia, kad apskritai per šią savaitę „Jūs kartais jautėtės liūdnas“.

- Jeigu abejojate, pažymėkite labiausiai tinkantį atsakymą.
- Langelį užtušuokite pilnai.
- Jeigu suklydote, ištrinkite arba nubraukite.

Per PASTARĄSIAS 7 DIENAS, įskaitant ir šiandieną, kaip stipriai jus vargino žemiau išvardinti jausmai?

JAUTĖTĖS...

1.	0	1	2	3	4	... LIŪDNAS
2.	0	1	2	3	4	... TUŠČIAS
3.	0	1	2	3	4	... PAVARGĘS AR IŠSEKĘS
4.	0	1	2	3	4	... VIENIŠAS
5.	0	1	2	3	4	... KALTAS
6.	0	1	2	3	4	... PATEKĘS Į SPĄSTUS
7.	0	1	2	3	4	... NIEKAM TIKĘS AR BEVERTIS
8.	0	1	2	3	4	... NETEKĘS VILTIES
9.	0	1	2	3	4	... NEVYKĖLIS
10.	0	1	2	3	4	... PASIBJAURĖJĘS SAVIMI
11.	0	1	2	3	4	... BEJĖGIS

JUMS TRŪKO...

12.	0	1	2	3	4	... ENERGIJOS
13.	0	1	2	3	4	... MIEGO
14.	0	1	2	3	4	... APETITO
15.	0	1	2	3	4	... MOTYVACIJOS ar PASKATOS VEIKTI
16.	0	1	2	3	4	... MALONUMO ar PASITENKINIMO KĄ NORS DARANT
17.	0	1	2	3	4	... SUSIDOMĖJIMO VEIKLA ar ŽMONĖMIS
18.	0	1	2	3	4	... LYTINIO POTRAUKIO ar MEILĖS RYŠIŲ

JUMS BUVO SUNKU...

19.	0	1	2	3	4	... SUSIKAUPTI, SUTELKTI DĖMESĮ
20.	0	1	2	3	4	... PRIIMTI SPRENDIMUS
21.	0	1	2	3	4	... RAMIAI NUSĖDĖTI VIENOJE VIETOJE
22.	0	1	2	3	4	... JUOKTIS ar DŽIAUGTIS

PER PASTARĄSIAS 7 DIENAS kiek dažnai jūs...

23.	0	1	2	3	4	... ATLIKOTE DARBUS LĖČIAU negu paprastai?
24.	0	1	2	3	4	... VERKĖTE?
25.	0	1	2	3	4	... KRITIKAVOTE ar KALTINOTE SAVE?
26.	0	1	2	3	4	... GALVOJOTE APIE SAVIŽUDYBĘ ar KETINOTE NUSIŽUDYTI?

Per PASTARĄSIAS 7 DIENAS, įskaitant ir šiandieną, KAIP STIPRIAI JUS VARGINO žemiau išvardinti jausmai?

JAUTĖTĖS...

27.	0	1	2	3	4	... SUSINERVINĘS ar NERIMASTINGAS
28.	0	1	2	3	4	... IŠSIGANDĘS
29.	0	1	2	3	4	... SUSIRŪPINĘS
30.	0	1	2	3	4	... NEGALINTIS ATSIPALAIDUOTI ar NUSIRAMINTI
31.	0	1	2	3	4	... SUNERIMĘS ar PAVOJUJE
32.	0	1	2	3	4	... tarsi tuoj nutiks kažkas BAISAUS

JAUTĖTE...

33.	0	1	2	3	4	... SMARKIAI ĮSITEMPUSIUS RAUMENIS
34.	0	1	2	3	4	... SUNKUMĄ SKRANDYJE AR PYKINIMĄ
35.	0	1	2	3	4	... PRAKAITAVIMĄ AR KARŠČIO PYLIMĄ (kai nebuvo karšta)
36.	0	1	2	3	4	... DREBULĮ, ŠALTKRĖTĮ (kai nebuvo šalta)
37.	0	1	2	3	4	... KŪNO DILGČIOJIMĄ AR SUSTINGIMĄ
38.	0	1	2	3	4	... STAIGIUS STIPRIOS BAIMĖS AR NERIMO PRIEPUOLIUS (panikos atakas)
39.	0	1	2	3	4	... ALPULĮ, GALVOS SVAIGIMĄ ar SILPNUMĄ
40.	0	1	2	3	4	... DUSULĮ
41.	0	1	2	3	4	... ORO TRŪKUMĄ ar BUVO SUNKU KVĖPUOTI
42	0	1	2	3	4	... ŠIRDIES DAŽYMĄSI ar PAGREITĖJUSĮ PLAKIMĄ
43.	0	1	2	3	4	... SKAUSMĄ ar SPAUDIMĄ KRŪTINĖJE
44.	0	1	2	3	4	... NEMALONIAS MINTIS, KURIOS NEPALIKO JŪSŲ RAMYBĖJE

BIJOJOTE ...

45.	0	1	2	3	4	... MIRTIES ar NUMIRTI
46.	0	1	2	3	4	... PRARASTI KONTROLĘ ar IŠPROTĖTI

JAUTĖTE BAIMĘ, KAD ...

47.	0	1	2	3	4	... JUMS NEPRITARS
48.	0	1	2	3	4	... JUS IŠJUOKS ar PAŠIEPS
49.	0	1	2	3	4	... JUS ATSTUMS
50.	0	1	2	3	4	... JUS PALIKS

JAUTĖTĖS...

51.	0	1	2	3	4	... TARSI BŪTUMĖT APSVAIGĘS arba KAIP SAPNE
52.	0	1	2	3	4	... NUTOLĘS NUO APLINKINIŲ
53.	0	1	2	3	4	... TARSI LAUKTUMĖTE PAVOJAUS
54.	0	1	2	3	4	... ATSISKYRĘS NUO SAVO KŪNO
55.	0	1	2	3	4	... SUGRĮŽĘS Į PRAEITĮ ir vėl IŠGYVENANTIS NEMALONŲ ĮVYKĮ

Tęskite kitame lape

QPASS

2 lapas

Instrukcija: prašau įvertinti **kiekvieną** teiginį pagal šią skalę:

0 - NIEKADA; 1 – LABAI RETAI; 2 – KARTAIS; 3 – DAŽNAI; 4 – NUOLAT

Kiek žemiau išvardintos būsenos tinka apibūdinti jūsų savijautą per PASTARĄSIAS 7 DIENAS, įskaitant ir šiandien?

JAUTĖTĖS ...

56.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... SUSIERZINĘS
57.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NUSIVYLĘS
58.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... SUŽLUGDYTAS
59.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... PIKTAS AR ĮŠIRDĘS
60.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... ĮSIUTĘS AR ĮTŪŽĘS

KILO ...

61.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... MINČIŲ ATKERŠYTI, „SUVESTI SĄSKAITAS“
62.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... KARTĖLIO AR APMAUDO JAUSMAI
63.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... SUNKUMŲ NUTRAUKIANT JUS SKAUDINANČIUS AR LIŪDINANČIUS SANTYKIUS
64.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NEAPYKANTOS KAM NORS JAUSMAI
65.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NORAS, KAD KITAM ATSITIKTŲ BĖDA

KIEK STIPRIAI PER PASTARĄSIAS 7 DIENAS, ĮSKAITANT IR ŠIANDIENĄ, JUS KANKINO JAUSMAS, KAD ESATE...

66.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NEĮVERTINTAS?
67.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NETEISINGAI VERTINAMAS?
68.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NEGERBIAMAS?
69.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... JOG SU JUMIS NETEISINGAI ELGIAMASI?
70.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... ĮŽEISTAS?

PER PASTARĄSIAS 7 DIENAS, ĮSKAITANT IR ŠIANDIEN, KIEK DAŽNAI JŪS...

71.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... UŽSISKLENDĖT SAVYJE, KAI JAUTĖTĖS NUSIMINĘS?
72.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... MINTYSE SLAPTAI KRITIKAVOTE KITUS?
73.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... BUVOTE BLOGAI NUSITEIKĘS AR SURŪGĘS, BAMBĖJOTE?
74.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... SUSIERZINĘS, NUSIMINĘS NEIŠREIŠKĖTE PYKČIO?
75.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NEBENDRAVOTE SU JUS ĮSKAUDINUSIU ŽMOGUMI?

PER PASTARĄSIAS 7 DIENAS, ĮSKAITANT IR ŠIANDIEN, KIEK DAŽNAI JŪS...

76.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... KRITIKAVOTE KITUS?
77.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... PLŪDOTĖS, PRAVARDŽIAVOTE KITUS?
78.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... BUVOTE SARKASTIŠKAS?
79.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... ĮŽEIDINĖJOTE APLINKINIUS?
80.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... TRANKĖTE DURIMIS?
81.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... DAUŽĖTE SIENAS?
82.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... MĖTĖTE AR SPARDĖTE DAIKTUS?
83.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... LAUŽĖTE AR NIOKOJOTE DAIKTUS?

PER PASTARĄJĮ MĖNESĮ KIEK DAŽNAI JŪS ...

84.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... PER ILGAI MIEGODAVOTE?
85.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... PERSIVALGYDAVOTE?
86.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... JAUTĖTĖS PAILSĖJĘS VOS PO 2-3 VALANDŲ MIEGO?
87.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... JAUTĖTE, KAD JŪSŲ MINTYS VEJA VIENA KITĄ?
88.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... JAUTĖTE STIPRŲ NORĄ NUOLATOS KALBĖTI?
89.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... IŠGĖRĖTE DAUGIAU NEI 2-3 ALKOHOLINIUS GĖRIMUS PER 6 VALANDAS
90.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... VARTOJOTE MARIHUANĄ AR KITUS NARKOTIKUS?
91.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... PIKTNAUDŽIAVOTE VAISTAIS (SUVARTOJOTE DAUGIAU NEGU JUMS PASKIRTA AR REKOMENDUOJAMA)?

KIEK DAŽNAI PER PASTARĄJĮ MĖNESĮ DĖL STIPRIOS BAIMĖS AR NERIMO JŪS VENGĖTE...

92.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... TAM TIKRŲ VIETŲ?
93.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... KAI KURIŲ OBJEKTŲ AR DAIKTŲ?
94.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... SOCIALINIŲ SITUACIJŲ?
95.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... IŠEITI IŠ NAMŲ?

PER PASTARĄJĮ MĖNESĮ KIEK DAŽNAI JŪS ...

96.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... „ATSIKRATĖTE“ MAISTU (sukėlėte vėmimą ar vartojote laisvinamuosius)?
97.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... IŠLAIDAVOTE AR LOŠĖTE
98.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... JAUTĖTE NENUMALDOMĄ SEKSUALINĮ POTRAUKĮ?
99.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... ROVĖTĖS PLAUKUS, ANTAKIUS AR BLAKSTIENAS?
100.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... TIKRINOTE ARBA VĖL IR VĖL KAŽKĄ KARTOJOTE?
101.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... PLANAVOTE NUSIŽUDYTI?

KIEK DAŽNAI PER PASTARĄJĮ MĖNESĮ JŪS TROŠKOTE...

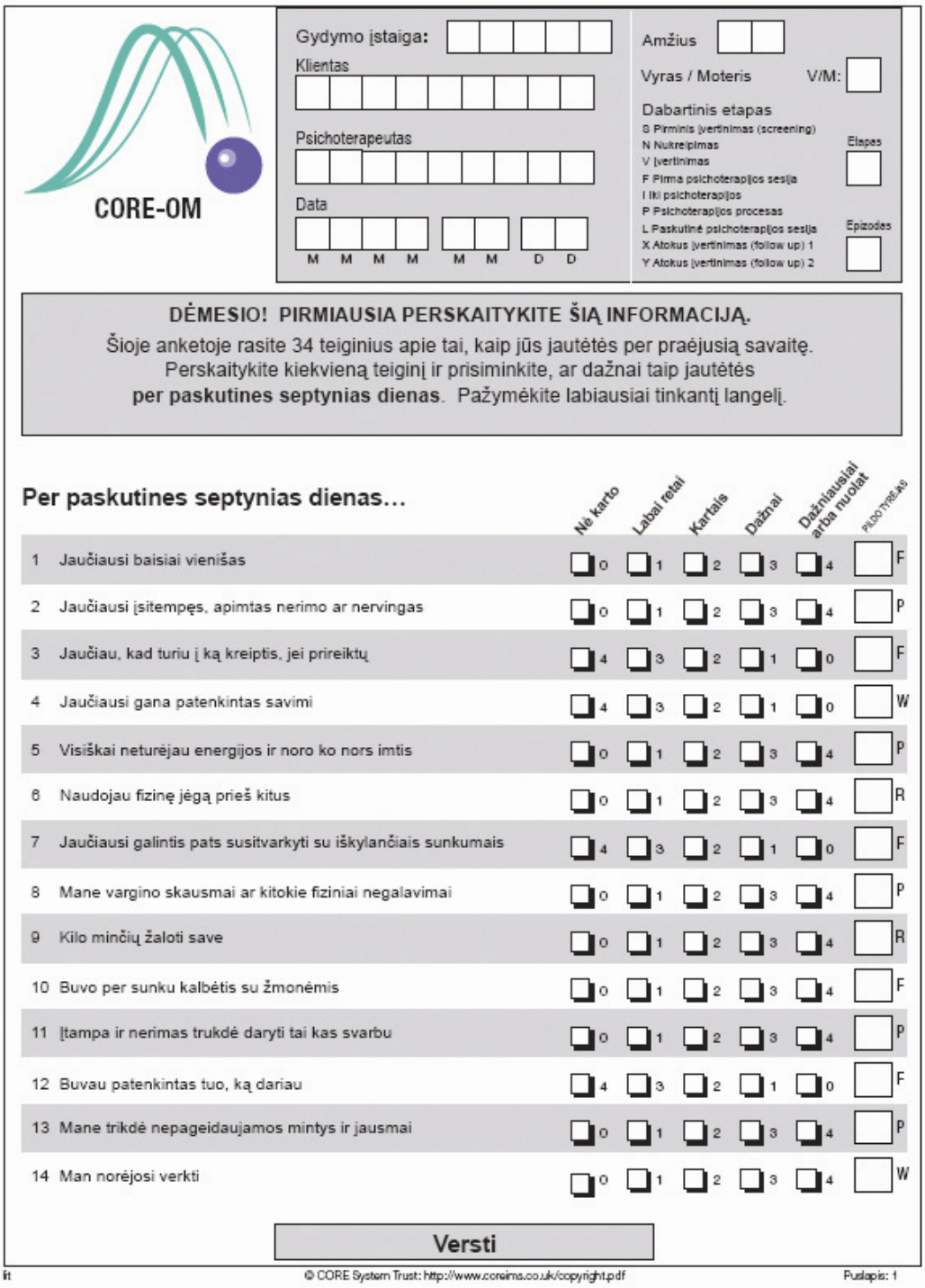
102.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... SUMUŠTI AR KAM NORS TRENKTI?
103.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... NUŽUDYTI KĄ NORS?

KIEK TIKĖTINA, KAD ARTIMIAUSIOJE ATEITYJE JŪS GALITE...
(0 – visai ne, 1- šiek tiek; 2 – vidutiniškai, 3 – ganėtinai, 4 – labai)

104.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... PATS NUSIŽUDYTI AR ***FIZIŠKAI SUSIŽALOTI***?
105.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	... ***NUŽUDYTI AR FIZIŠKAI SUŽALOTI*** KITĄ ŽMOGŲ?

Testą baigėte. Dėkojame!

2 priedas. **Klinikinių rezultatų vertinimo anketa (CORE-OM)**



CORE-OM

Gydymo įstaiga:

Klientas

Psichoterapeutas

Data (M M M M M M D D)

Amžius

Vyras / Moteris V/M:

Dabartinis etapas

G Pirminis įvertinimas (screening)
N Nukreipimas
V Įvertinimas
F Pirma psichoterapijos sesija
I Iki psichoterapijos
P Psichoterapijos procesas
L Paskutinė psichoterapijos sesija
X Atokus įvertinimas (follow up) 1
Y Atokus įvertinimas (follow up) 2

Etapas

Epizodas

DĖMESIO! PIRMIAUSIA PERSKAITYKITE ŠIĄ INFORMACIJĄ.

Šioje anketoje rasite 34 teiginius apie tai, kaip jūs jautėtės per praėjusią savaitę. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir prisiminkite, ar dažnai taip jautėtės **per paskutines septynias dienas**. Pažymėkite labiausiai tinkantį langelį.

Per paskutines septynias dienas…	Nė karto	Labai retai	Kartais	Dažnai	Dažniausiai arba nuolat	PILDO TYRĖJAS
1 Jaučiausi baisiai vienišas	0	1	2	3	4	F
2 Jaučiausi įsitempęs, apimtas nerimo ar nervingas	0	1	2	3	4	P
3 Jaučiau, kad turiu į ką kreiptis, jei prireiktų	4	3	2	1	0	F
4 Jaučiausi gana patenkintas savimi	4	3	2	1	0	W
5 Visiškai neturėjau energijos ir noro ko nors imtis	0	1	2	3	4	P
6 Naudojau fizinę jėgą prieš kitus	0	1	2	3	4	R
7 Jaučiausi galintis pats susitvarkyti su iškylančiais sunkumais	4	3	2	1	0	F
8 Mane vargino skausmai ar kitokie fiziniai negalavimai	0	1	2	3	4	P
9 Kilo minčių žaloti save	0	1	2	3	4	R
10 Buvo per sunku kalbėtis su žmonėmis	0	1	2	3	4	F
11 Įtampa ir nerimas trukdė daryti tai kas svarbu	0	1	2	3	4	P
12 Buvau patenkintas tuo, ką dariau	4	3	2	1	0	F
13 Mane trikdė nepageidaujamos mintys ir jausmai	0	1	2	3	4	P
14 Man norėjosi verkti	0	1	2	3	4	W

Versti

lit © CORE System Trust: http://www.coreims.co.uk/copyright.pdf Puslapis: 1

Per paskutines septynias dienas...

	Ne karto	Labai retai	Kartais	Dažnai	Dažniaustai arba nuolat	PLOTYRIUS	
15	Jaučiau paniką ar siaubą	0	1	2	3	4		P
16	Kūriau planus pasitraukti iš gyvenimo	0	1	2	3	4		R
17	Jaučiau, kad visiškai nebesusitvarkau su problemomis	0	1	2	3	4		W
18	Buvo sunku užmigti ar išmiegoti neprabudus	0	1	2	3	4		P
19	Jaučiau šilumą ar simpatiją kitam žmogui	4	3	2	1	0		F
20	Aš nepajėgiau atitrūkti nuo savo problemų	0	1	2	3	4		P
21	Sugebėjau padaryti beveik viską, ką reikėjo	4	3	2	1	0		F
22	Gąsdinau kitą žmogų arba jam grasinau	0	1	2	3	4		R
23	Jaučiausi beviltiškai	0	1	2	3	4		P
24	Galvojau, kad būtų geriau, jei būčiau miręs	0	1	2	3	4		R
25	Jaučiausi kitų kritikuojamas	0	1	2	3	4		F
26	Maniau, kad neturiu draugų	0	1	2	3	4		F
27	Jaučiausi nelaimingas	0	1	2	3	4		P
28	Mane kamavo nepageidaujami vaizdiniai ir prisiminimai	0	1	2	3	4		P
29	Su kitais žmonėmis buvau irzlus	0	1	2	3	4		F
30	Maniau, kad esu pats kaltas dėl savo problemų ir sunkumų	0	1	2	3	4		P
31	Į savo ateitį žvelgiau optimistiškai	4	3	2	1	0		W
32	Pasiekiau tai, ko norėjau	4	3	2	1	0		F
33	Jaučiausi kitų žmonių žeminamas ar gėdijamas	0	1	2	3	4		F
34	Žalojau save ar kėliau rimtą pavojų savo sveikatai	0	1	2	3	4		R

DĖKOJAME, KAD SKYRĖTE LAIKO ANKETAI UŽPILDYTI

	(W)	(P)	(F)	(R)	Visi	Visi minus R
Balų sumos						
Balų vidurkiai (Kiekvieno dydžio balų suma, padalinta iš pažymėtų to dydžio teiginių skaičiaus)						

lt

© CORE System Trust: http://www.coreims.co.uk/copyright.pdf

3 priedas. **Motyvacijos psichoterapijai anketa (FMP)**

MOTYVACIJOS PSICHOTERAPIJAI ANKETA

Vardas_____

Lytis V M Amžius _____

Klausimyno pildymo data _____

Ši anketa sudaryta iš teiginių apie emocinius ir fizinius negalavimus bei psichoterapinį jų gydymą.

Psichoterapinis gydymas pasirenkamas norint išgydyti ar sumažinti emocinių sutrikimų simptomus. Jį gali taikyti ir psichologas, ir gydytojas.

Norint, kad psichoterapinis gydymas būtų efektyvus, būtinas pozityvus paciento požiūris į šį gydymą.

Pildydami anketą kryžiuku [**X**] pažymėkite langelį ties teiginiu, kuris labiausiai sutampa su Jūsų nuomone ar patirtimi

Atsakinėkite į kiekvieną klausimą, pasikliaudami savo nuomone ir patirtimi. Anketoje nėra nei „teisingų“ nei „klaidingų“ atsakymų.

Pavyzdys: Norėčiau vėl išvažiuoti atostogų.

VISIŠKAI SUTINKU	LABIAU SUTINKU	NEGALIU ATSAKYTI	LABIAU NESUTINKU	VISIŠKAI NESUTINKU
1	X	3	4	5

Pvz., jeigu nutartumėte, kad Jums tinka antras atsakymo variantas, pažymėkite jį taip, kaip padaryta pavyzdyje.

Versta iš Fragebogenzur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP), gavus autorių leidimą versti ir naudoti tyrime. Lietuviška versija I, 2010.

Visiškai sutinku / Labiau sutinku / Negaliu atsakyti / Labiau nesutinku / Visiškai nesutinku		
1 2 3 4 5 **1.** Situacija darbe (pvz., darbo netektis) stipriai prisidėjo prie to, kad sunegalavau.	1 2 3 4 5 **2.** Geras poilsis man padėtų labiau nei bet koks psichoterapinis gydymas.	1 2 3 4 5 **3.** Žurnaluose, knygose, televizijos, radijo laidose, internete pasidomėjau psichoterapinio gydymo ypatumais.
1 2 3 4 5 **4.** Aplinkiniai supratingai reaguoja į mano nusiskundimus.	1 2 3 4 5 **5.** Būna laikotarpių, kai mano negalavimai mane mažai tevargina.	1 2 3 4 5 **6.** Bijau, kad jei kreipsiuos dėl psichoterapinio gydymo, kiti pamanys, jog išprotėjau.
1 2 3 4 5 **7.** Psichoterapinis gydymas gali būti vertinga patirtis asmenybės tobulėjimui.	1 2 3 4 5 **8.** Vienas ar keli mano pažįstami liko patenkinti psichoterapiniu gydymu. (Jei niekas iš Jūsų pažįstamų taip nesigydė, šį klausimą praleiskite.)	1 2 3 4 5 **9.** Mano negalavimus labiausiai lėmė somatinės (fizinės) priežastys.
1 2 3 4 5 **10.** Emocinės problemos gali sukelti rimtus fizinius negalavimus.	1 2 3 4 5 **11.** Mano gydytojas (-ai) skatino mane kreiptis psichoterapiniam gydymui.	1 2 3 4 5 **12.** Sunkumai šeimoje smarkiai prisidėjo prie mano negalavimų stiprėjimo.
1 2 3 4 5 **13.** Psichoterapinio gydymo metu per asmeninį patyrimą siekiama pagerinti bendrą dvasinę ir fizinę žmogaus būklę.	1 2 3 4 5 **14.** Aš daug tikiuosi iš psichoterapinio gydymo.	1 2 3 4 5 **15.** Aš gana optimistiškai vertinu galimybes įveikti savo negalavimus.
1 2 3 4 5 **16.** Man atrodo, kad dauguma kitų psichoterapiškai besigydančių žmonių turi kur kas didesnių problemų nei aš.	1 2 3 4 5 **17.** Emociniai sunkumai smarkiai prisidėjo prie fizinių skundų.	1 2 3 4 5 **18.** Psichoterapinis gydymas gali padėti man įveikti fizinius negalavimus.

Visiškai sutinku	Labiau sutinku	Negaliu atsakyti	Labiau nesutinku	Visiškai nesutinku
1	2	3	4	5

19. Kai kurie žmonės mano, kad aš iš tikrųjų nesergu.	**20.** Iš specialistų (pvz., gydytojo, psichologo ir kt.) gavau išsamią informaciją apie psichoterapinį gydymą.	**21.** Negalavimai smarkiai apriboja kasdienę mano veiklą.
22. Aš anksčiau dažnai pagalvodavau, kad būtų gerai kreiptis dėl psichoterapinio gydymo.	**23.** Sumažinti arba išgydyti mano negalavimus gali tik tinkamas medicininis gydymas.	**24.** Psichoterapinis gydymas gali padėti žmogui veiksmingiau tvarkytis su savimi pačiu, bendrauti su aplinkiniais.
25. Aš galiu dar daug ko išmokti, kas padės man įveikti savo ligą.	**26.** Išspręstos asmeninės problemos man padėtų labiau nei vaistai.	**27.** Galiu aktyviai prisidėti prie to, kad mano negalavimų sumažėtų.
28. Jeigu dalyvausiu psichoterapiniame gydyme, būtų geriau, kad niekas iš mano pažįstamų apie tai nežinotų.	**29.** Dėl mano negalavimų mano šeima mane labiau saugo.	**30.** Asmeninės problemos ir fiziniai nusiskundimai, mano nuomone, nėra tarpusavyje susiję.
31. Savo negalavimų gydymą geriau patikėsiu gydytojui nei psichoterapeutui/psichologui.	**32.** Mano gyvenimo įpročiai stipriai prisidėjo prie sveikatos sutrikimų.	**33.** Nelabai tikiu, kad psichoterapinis gydymas gali man padėti.
34. Mano negalavimai nėra didesni nei kitų žmonių.	**35.** Nuo tada, kai pasireiškė negalavimai, nuolat jaučiuosi prislėgtas.	**36.** Veiksmingas vaistas arba sėkminga operacija man patiktų labiau nei psichoterapinis gydymas.

Visiškai sutinku	Labiau sutinku	Negaliu atsakyti	Labiau nesutinku	Visiškai nesutinku
1	2	3	4	5

37. Psichoterapinis gydymas gali padėti man suprasti ir fizinius mano nusiskundimus.	**38.** Aš jaučiuosi, lyg man grėstų didelis pavojus.	**39.** Prieš sunegaluodamas buvau tarsi kitas žmogus.
40. Bijau tapti priklausomu nuo psichoterapeuto ar psichologo.	**41.** Aš stengsiuosi aktyviai dalyvauti psichoterapiniame gydyme.	**42.** Aš likau patenkintas psichoterapiniu gydymu (pvz., autogenine treniruote, individualia ar grupine terapija ir pan.) (Jei psichoterapinis gydymas iki šiol Jums nebuvo taikomas, šį teiginį praleiskite.)
43. Nepaisant esamų negalavimų, esu patenkintas savimi.	**44.** Psichoterapinis gydymas man atrodo per daug varginantis ir sudėtingas.	**45.** Tikiuosi, kad po psichoterapinio gydymo sumažės ir fizinių skundų.
46. Patirtas stresas šeimoje ir darbe labai prisidėjo prie mano negalavimų atsiradimo.	Prašome atsakyti ir į dar vieną – paskutinį klausimą.	**47.** Jei svarbos tvarka išdėliotumėte dabartinius savo tikslus, kurioje vietoje būtų Jūsų pageidavimas gauti psichoterapinį gydymą? 1 2 3 4 5 pirma vieta … paskutinė vieta

4 priedas. **Suaugusiųjų atsparumo skalė (RSA)**

ATSPARUMO SKALĖ SUAUGUSIEMS

Prisiminkite savo įprastinę arba paskutiniojo mėnesio savijautą bei ką galvojate ir jaučiate apie save bei svarbius artimus jums žmones.

Pažymėkite langelį, kuris geriausiai atitinka jūsų atsakymą.

© Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg

Vardas, pavardė: _____ Data: _____

Amžius: _____ Lytis: M V

1. Kai atsitinka kas nors nenumatyta	*visada randu sprendimą*	☐☐☐☐☐☐☐	*dažnai jaučiuosi suglumęs*
2. Mano ateities planai	*sunkiai pasiekiami*	☐☐☐☐☐☐☐	*juos įmanoma įgyvendinti*
3. Man patinka	*būti su kitais žmonėmis*	☐☐☐☐☐☐☐	*būti vienam*
4. Mano šeimos supratimas, kas gyvenime yra svarbu	*gerokai skiriasi nuo manojo*	☐☐☐☐☐☐☐	*labai panašus į mano (supratimą)*
5. Savo asmeninius reikalus galiu aptarti	*su niekuo*	☐☐☐☐☐☐☐	*su draugais/ šeimos nariais*
6. Man geriausiai sekasi, kai	*turiu aiškų tikslą, kurio turiu siekti*	☐☐☐☐☐☐☐	*galiu gyventi tik šia diena*
7. Mano asmeninės problemos	*žinau, kaip jas išspręsti*	☐☐☐☐☐☐☐	*yra neišsprendžiamos*
8. Aš jaučiu, kad mano ateitis	*daug žadanti*	☐☐☐☐☐☐☐	*neaiški*
9. Būti lanksčiu socialinėse situacijose	*man nėra svarbu*	☐☐☐☐☐☐☐	*man labai svarbu*
10. Jaučiuosi	*laimingas su savo šeima*	☐☐☐☐☐☐☐	*labai nepatenkintas savo šeima*
11. Mane padrąsina	*kai kurie artimi draugai/šeimos nariai*	☐☐☐☐☐☐☐	*niekas*
12. Kai imuosi naujų sumanymų/projektų	*retai iš anksto planuoju, tiesiog darau*	☐☐☐☐☐☐☐	*man patinka turėti kruopštų planą*
13. Savo nuomone ir sprendimais	*dažnai abejoju*	☐☐☐☐☐☐☐	*visiškai pasitikiu*
14. Mano ateiteis tikslai	*žinau, kaip juos pasiekti*	☐☐☐☐☐☐☐	*nesu tikras, kaip juos pasiekti*
15. Naujas draugystes	*lengvai užmezgu*	☐☐☐☐☐☐☐	*man sunku užmegzti*
16. Mano šeima pasižymi	*nutolusiais santykiais*	☐☐☐☐☐☐☐	*sveiku sutelktumu*
17. Ryšiai tarp mano draugų yra	*silpni*	☐☐☐☐☐☐☐	*stiprūs*

18. Man gerai sekasi	*planuoti savo laiką*	☐☐☐☐☐☐☐	*švaistyti savo laiką*
19. Tikėjimas savimi	*padeda išgyventi sunkius laikotarpius*	☐☐☐☐☐☐☐	*menkai tepadeda sunkiais laikotarpiais*
20. Mano ateities tikslai	*neaiškūs*	☐☐☐☐☐☐☐	*gerai apgalvoti*
21. Susipažinti su naujais žmonėmis	*man yra sunku*	☐☐☐☐☐☐☐	*man sekasi lengvai*
22. Sunkiais laikotarpiais mano šeima	*pozityviai vertina ateitį*	☐☐☐☐☐☐☐	*ateitį mato niūrią*
23. Kai šeimos narys patiria krizę/nelaimę	*esu iškart apie tai informuojamas*	☐☐☐☐☐☐☐	*kol man pasako, praeina nemažai laiko*
24. Taisyklės ir įprasta kasdieninė veikla	*mano gyvenime neegzistuoja*	☐☐☐☐☐☐☐	*palengvina mano kasdienybę*
25. Sunkiais laikotarpiais aš linkęs	*viską matyti tamsiomis spalvomis*	☐☐☐☐☐☐☐	*rasti ką nors gero, kas man padėtų (ištverti)*
26. Būdamas tarp žmonių	*dažnai juokiuosi*	☐☐☐☐☐☐☐	*juokiuosi retai*
27. Susidūrę su kitais žmonėmis, mano šeimos nariai	*nepalaiko vienas kito*	☐☐☐☐☐☐☐	*būna lojalūs vieni kitiems*
28. Mane palaiko	*draugai/šeimos nariai*	☐☐☐☐☐☐☐	*niekas*
29. Įvykiai mano gyvenime, kurių negaliu paveikti	*man pavyksta su jais susitaikyti*	☐☐☐☐☐☐☐	*yra nuolatinis susirūpinimo/nerimo šaltinis*
30. Sugalvoti gerą temą pokalbiui man yra	*sunku*	☐☐☐☐☐☐☐	*lengva*
31. Mano šeimoje mes paprastai	*daug ką darome kartu*	☐☐☐☐☐☐☐	*kiekvienas užsiimame savais reikalais*
32. Kai man reikia pagalbos	*nėra kam padėti*	☐☐☐☐☐☐☐	*visada yra, kas man padės*
33. Mano artimi draugai/šeimos nariai	*vertina mano savybes*	☐☐☐☐☐☐☐	*nemėgsta mano savybių*