

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Gustė Kalanavičiūtė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Depresijos patyrimo naratyvai: santykių dinamikos
ir savęs vaizdo kokybinė analizė**

Darbo vadovė: Prof. dr. Gražina Gudaitė

Vilnius 2022

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1.1. Tyrimo aktualumas ir problematika	7
2. ĮVADAS	9
2.1. Literatūros apžvalga	9
2.1.1. Klinikinės depresijos diagnozė	9
2.1.2. Depresijos atsiradimo priežastys	10
2.1.3. Depresijos patyrimas: tyrimų apžvalga	13
2.1.4. Santykių specifika sergant depresija	14
2.1.5. Savęs vaizdas sergant depresija	15
2.2. Tyrimo problematika	16
2.3. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	17
3. TYRIMO METODIKA	18
3.1. Teorinis tyrimo pagrindas	18
3.2. Tyrimo dalyviai	18
3.3. Tyrimo instrumentai ir eiga	19
3.3.1. Tyrėjos vaidmuo ir santykis su tema bei tyrimo objektais	20
3.3.2. Rezultatų patikimumo ir validumo užtikrinimas	21
3.4. Duomenų analizė	22
3. REZULTATAI	24
3.1. Nepilnavertiškumo jausmas (4/5)	26
3.2. Vienatvė ir apleistumas (4/5)	26
3.3. Trūksta aplinkinių supratimo ir palaikymo (5/5)	27
3.4. Apatija arba kai “nieko nesinori” (4/5)	27
3.5. Agresija prieš save ir kitus (4/5)	28
3.6. Slegiantis liūdesys ir depresijos našta (2/5)	28
3.7. Smurtas ir nepriežiūra vaikystėje (3/5)	28
3.8. Artimųjų netektys - lūžio taškas (3/5)	29
3.9. Bendruomeniškumas ir šeimos vertybės (1/5)	29
3.10. Depresijos įveika per darbą ir santykius (3/5)	30

4. REZULTATŲ APTARIMAS	31
4.1. Rezultatų validumo ir patikimumo refleksija	34
4.2. Tyrimo privalumai ir ribotumai	34
4.3. Įžvalgos tolesniems tyrimams ir praktiniam rezultatų pritaikymui	35
IŠVADOS	36
LITERATŪROS SĄRAŠAS	37
PRIEDAI	41
1. Priedas. Tyrimo dalyvių informavimo ir sutikimo formų pavyzdžiai	41
2. Priedas. Transkribuoto ir sukoduoto interviu pavyzdys	43
3. Priedas. Pusiaus struktūruoto interviu klausimai	48
4. Priedas. Demografinių duomenų anketa	49

SANTRAUKA

Depresijos patyrimo naratyvai: santykių dinamikos ir savęs vaizdo kokybinė analizė

Gustė Kalanavičiūtė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2022m., 49 psl.

Depresijos sutrikimas diagnozuojamas vis daugiau žmonių ir sukelia našta tiek sergantiems, tiek jų artimiesiems. Tokia situacija reikalauja ne tik visuomenės švietimo, bet ir gilesnio supratimo, ką subjektyviai patiria sergantieji depresija.

Šio **darbo problema** formuluojama klausimu: Kaip sergantys depresija įprasmina savo gyvenimo ir ligos patirtis? Kas yra specifiška jų depresijos patyrimui ir savęs vaizdai? To ir buvo siekiama, atskleidžiant subjektyvius depresijos patyrimus, ligos išraišką ir galimus įveikos būdus. **Tyrime dalyvavo** penki 32-62 metų amžiaus žmonės (du iš jų vyrai), turintys vidutinės arba sunkios pasikartojančios depresijos sutrikimo diagnozes (F33), gautas prieš maždaug 12-34 metus. Du dalyviai buvo kalbinti psichiatrijos ligoninės dienos stacionare, likusieji - nuotoliu, nes atrinkti iš Facebook depresijos palaikymo grupės. Atlikus pusiau struktūruotus interviu bei kokybinę teminę analizę pagal Braun ir Clarke (2006), išryškėjo 10 pagrindinių temų apie depresijos patyrimą, neigiamą savęs vaizdą ir santykius su kitais. **Tyrimo išvadose** akcentuojama vienatvė ir apleistumo jausmas, nes „sveikieji“ nesupranta ir nepalaiko sergančių, kurie save laiko nepilnaverčiais. Apatija, agresija ir liūdesys slegia tyrimo dalyvius, bet turimi santykiai ir mėgstamas darbas leidžia pasijusti geriau bent akimirksniams.

Raktiniai žodžiai: depresija, naratyvai, santykių dinamika, savęs vaizdas.

SUMMARY

Narratives of depression experiences: a qualitative analysis of relationship dynamics and self-image

Gustė Kalanavičiūtė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2022m., 49p.

Depressive disorder is diagnosed more and more often, creating burdens for the diagnosed and for their family. This situation requires not only educating the public but also a deeper understanding of what the patients experience subjectively.

This work is based on questions: How the depressed make meaning to their life and illness experiences? What is specific to their experiences of depression and their self-image? Hence, **the aim of this study** was to reveal subjective experiences of depression, its manifestation and possible coping strategies. Five people aged 32-62 years participated (2 were males) with moderate or severe recurrent depressive disorder diagnoses (F33) given 12-34 years ago. Two participants were from a psychiatric hospital, while the others were found in a depression support group on Facebook. After conducting semi-structured interviews and qualitative thematic analysis by Braun and Clarke (2006), ten main themes emerged on negative self-image, experiences of depression and relationships with others. **Conclusions** emphasize loneliness and feeling abandoned because the “healthy” do not understand and do not support the ill who feel inadequate. Apathy, aggression and sadness weigh down the participants but their relationships and work activities improve their wellbeing even for a moment.

Key words: depression, narratives, relationship dynamics, self-image.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Klinikinė depresija (toliau *depresija*) – psichikos sutrikimas, pagrinde pasižymintis prislėgta nuotaika (bent dvi savaites), dingusiu susidomėjimu įprastomis veiklomis ir žemos savivertės jausmu (World Health Organization, 2016).

Naratyvas – tai sakytinis ar rašytinis asmens pasakojimas apie chronologiškai susijusius įvykius, kuriame atsispindi įprasmintos patirtys ir matoma asmeninių reakcijų, jausmų bei vertinimų seka (Creswell et al., 2007).

Savęs vaizdas apima žmogaus įsivaizdavimą **koks jis yra** bei koks mano atrodantis kitiems ir koku jis idealiai norėtų būti (Tajfel, 1974).

Tapatumas – tai žmogaus supratimas ir pareiškimas **kas jis yra**, kokias roles atlieka gyvenime ir su kokiomis socialinėmis grupėmis tapatinasi (Cast & Welch, 2015).

PRATARMĖ

„Depresija – tinginių liga, jie serga iš neturėjimo ką veikti“, „Viskas tik tavo galvoje“, „Man liūdna, reiškiasi man depresija“, „Išgerk arbatos ir baik depresuoti“ – tai keletas klaidingų įsitikinimų arba mitų, kuriuos galima išgirsti arba pagalvoti, šnekant apie depresiją. Šią ligą supa daugybė mitų ir gaubia nesupratimo, stigmatos ir nuvertinimo šydas, po kuriuo slepiasi kenčiantys pacientai. Depresija yra emocinis sutrikimas, kai jaučiama prislėgta nuotaika, nebėra noro ir jėgų užsiimti mėgstamomis veiklomis, sutrinka miegas, apetitas ir daug kitų funkcijų. Tai nėra tiesiog liūdnumas, tuo labiau tai nėra tingėjimas – tai tikra liga, atsirandanti dėl įvairiausių priežasčių. Nėra nei vieno apsaugoto nuo depresijos, kai kurie žmonės yra labiau pažeidžiami ir jautresni, kitiems sunkesni depresijos epizodai gali būti momentiniai, bet gali tęstis ir dešimtmečius. Sergamumas šiuo sutrikimu vis labiau plinta tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje, todėl svarbu kuo daugiau žinoti apie gyvenimą su depresija, kad specialistai ir visuomenė galėtų suprasti, kaip padėti šiems žmonėms. Geriausia yra autentiška informacija, gauta iš asmeniškai su depresija gyvenančių žmonių, kurie dalinasi savo patirtimi, sunkumais, atradimais ir nuopoliais. Tokios informacijos Lietuvoje dar trūksta, dėl to yra poreikis atlikti kokybinius tyrimus ir kalbinti pacientus apie jų depresijos patyrimus, kad mažėtų stigma ir baimė apskritai kalbėti apie psichikos sveikatą.

1.1. Tyrimo aktualumas ir problematika

Problema. Europos Sąjungoje (ES) 2010-tais metais (Wittchen et al., 2011) buvo atliktas plataus masto tyrimas, apimantis 2-65 metų amžiaus žmones iš 30 ES šalių, kuriems yra diagnozuoti psichikos sutrikimai. Paaiškėjo, kad labiausiai paplitę nerimo sutrikimai siekia 14 proc. ES gyventojų, o antroje vietoje buvo emociniai sutrikimai, siekiantys 7.8 proc., iš kurių beveik 7 proc. serga sunkia depresija. Tai yra virš 30 mln. ES gyventojų. Lietuvoje statistika apie žmonių sveikatą renkama kas 5 metus pagal ES reglamentą, klausinėjant reprezentatyvius šalies gyventojus įvairiais klausimais. Naujaisiais Lietuvos statistikos departamento (2020) tyrimo duomenimis, 2019-tais metais iki 18 proc. apklaustųjų jautė depresijos simptomus per dvi savaites iki apklausos. Prieš keletą metų, 2017-tais, depresijos sutrikimas buvo diagnozuotas beveik kas penktam žmogui iš 1000 gyventojų, t.y. net 20 proc. Lietuvos populiacijos (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2020). Neturint naujesnių statistikos duomenų nėra aišku, ar sergamumo rodikliai mažėja, tačiau net ir šie skaičiai nedžiugina. Po COVID-19 pandemijos ir 2022-taisiais metais prasidėjusio Ukrainos-Rusijos karo, situacija galėjo pasikeisti ir pablogėti...

Net 56 proc. pasaulyje kenčiančių nuo depresijos negauna gydymo (Kohn et al., 2004), nes nesikreipia pagalbos dėl jaučiamos gėdos, baimės ir stigmatos arba informacijos trūkumo apie prieinamą pagalbą. Negydoma depresija didina savižudybės riziką, kadangi suicidinės mintys ir intencijos yra vienas iš pagrindinių ligos požymių. Nevilties jausmo ir „tamsių“ minčių apimti žmonės, pasitraukimą

iš gyvenimo mato kaip tinkamiausią išeitį, kai nebeįmanoma pakelti psichologinio ir emocinio skausmo. Eurostat (2020) duomenimis, 2017-tais metais Lietuva buvo pirmoje vietoje ES pagal savižudybių skaičių (26 mirtys iš 100 tūkst.), kai ES vidurkis yra 11 mirčių 100 tūkst. gyventojų. Stebima, kad kasmet šis rodiklis po truputį mažėja. Lietuvoje kaip ir pasaulyje, depresija serga beveik dvigubai daugiau moterų nei vyrų, ir jos triskart dažniau nei vyrai mėgina žudytis, bet net 2-4 kartus dažniau nusižudo vyrai (Vijayakumar, 2015). Lietuvos banko atliktame tyrime pagal 1994-2016 metų Baltijos šalių savižudybių duomenimis buvo atskleisti pagrindiniai veiksniai, įtakojantys aukštą savižudybių skaičių: žemas šalies BVP, aukštas suvartojamo alkoholio kiekis, klimato kaita ir kiti psichiniai sutrikimai (Mariasaria Comunale, 2020). Taigi, ne tik depresija turi aukštą savižudybės riziką.

Aktualumas. Problema yra ta, kad depresijos sutrikimas yra ypatingai plačiai paplitęs ES ir Lietuvoje, bet nėra pakankamai mokslinių tyrimų, atskleidžiančių kaip sergantieji gyvena su šia liga, kokie yra jų sunkumai, kokios asmeninės patirtis nulemia ligos progresavimą ir jos pradžią, ir t.t. Galbūt vien tai, kad Lietuvoje sunku rasti darbus, atskleidžiančius subjektyvius depresijos patyrimus, apart keleto individualių atvejų analizių, parodo mūsų visuomenės požiūrį į psichikos sveikatą – apie ją vengiama kalbėti. Šio tyrimo problema yra dar neatskleisti Lietuvoje sergančių suaugusių žmonių depresijos patyrimų naratyvai, kurie galėtų padėti geriau suprasti mūsų šalies sergamumo ir savižudybių rodiklius bei efektyviau padėti sergantiems.

Vienas ryškiausių tyrimų užsienyje, atliktas Robertson et al (2005), nagrinėjo depresiškų žmonių gyvenimo naratyvus: kaip juose atsispindi subjektyvi depresijos samprata, kokie išgyvenimai laikomi svarbiausiais, kaip tiriamieji tvarkosi ir gyvena su depresija, bei kiti panašūs klausimai. Kokybinis depresijos patyrimo naratyvų tyrimas validuoja ir įprasmina individualias patirtis bei apjungia išskylančias bendras temas. Todėl ir pasirinktas atlikti kokybinis depresijos patyrimų naratyvų tyrimas, nes tai labai aktuali ir paplitusi liga, kurią yra svarbu suprasti iš sergančiųjų perspektyvos – kaip jie įprasmina ir reflektuoja savo patirtis sirgdama ilgamete depresija.

2. ĮVADAS

2.1. Literatūros apžvalga

2.1.1. Klinikinės depresijos diagnozė

Klinikinė depresija (arba tiesiog *depresija*) – vienas labiausiai paplitusių **emocinių (afektyvių) sutrikimų** pasaulyje, turintis didelę savižudybės riziką ir atnešantis neigiamų padarinių bei keliantis našta visuomenei. Depresija gali pasireikšti tiek kaip trumpalaikis prislėgtumo jausmas, tiek kaip ilgai besitęsianti pažeminta nuotaika ir beviltiškumo jausmas, kuris sutrikdo kasdienį žmogaus funkcionavimą (MacKinnon & Goulbourne, 2006). Depresija paveikia emocinę žmogaus būseną: jaučiama neviltis, slogumas, apatija, galimi ir pykčio protrūkiai. Dingsta susidomėjimas veiklomis, nieko nebesinori, niekas nedžiugina ir viskas atrodo beprasmiška. Šie simptomai tinka ir gedulo būsenai po artimo žmogaus netekimo, tačiau depresijos atveju, ne visada būna konkreti priežastis ar netektis. Taip pat pasikeičia ir kognityviniai procesai: suprastėja atmintis bei dėmesys, galvoje sukasi neigiamos automatinės mintys apie save, pasaulį ir ateitį, kurios formuoja jausmus ir elgesį (Beck, 1979). Kuo intensyvesnės šios mintys ir įsitikinimai, tuo sunkesni depresijos simptomai, nes viskas matoma iškreiptai, per negatyvumo prizmę. Pasireiškia ir fiziniai (nuovargis, raumenų, galvos skausmai, miego ir apetito sutrikimai) bei kiti psichologiniai (savikritiškumas, žema savivertė, nerimas, suicidinės mintys) simptomai (American Psychiatric Association, 2013). Tai vienas iš sutrikimų paliečiantis beveik visus gyvenimo aspektus.

Depresija skirstoma pagal simptomų sunkumą ir dažnumą, kad parinkti tinkamą diagnozę ir gydymo būdą. Lietuvoje naudojamas diagnostinis sveikatos sutrikimų vadovas TLK-10-AM išverstas pagal tarptautinę ICD-10 klasifikaciją (World Health Organization, 2016), depresiją skiria į dvipolį afektyvų sutrikimą (F.31), depresinį epizodą (F.32), pasikartojančią depresiją (F.33), nuolatinį nuotaikos sutrikimą distimiją (F.34) ir kitus afektyvius sutrikimus (F.38). Depresijos epizodai trunka nuo kelių savaičių iki mėnesių, tačiau gali tęstis ir kelis metus (bent du), kuomet skiriama nuolatinio depresijos sutrikimo diagnozė (American Psychiatric Association, 2013). Ankstesnėse amerikietiškos klasifikacijos DSM versijose (American Psychiatric Association, 1980), ilgai jaučiamas depresyvumas buvo **depresinės asmenybės** sutrikimo kriterijus, tačiau ne visi mokslininkai pritaria šio sutrikimo išskyrimui. Dabartiniuose klasifikacijos vadovuose, depresinė asmenybė yra po nuolatinio nuotaikos sutrikimo distimijos diagnoze, nes nepakanka mokslinių tyrimų patvirtinimo buvusiam atskyrimui. **Distimija** – tai bent dvejus metus besitęsianti lėtinė depresinė nuotaika (beveik kasdien ir daug dienų metuose) ir dar bent du kiti bendri depresijos simptomai (American Psychiatric Association, 2013). Pagrindinis požymis yra nuolatinė prislėgta nuotaika, beviltiškumo jausmas ir pesimistiškas požiūris į gyvenimą.

Yra sakoma, jeigu „pažįsti vieną žmogų su depresija, tai pažįsti tik vieną žmogų su depresija“. Tai reiškia, kad kiekvienas depresijos patyrimas yra individualus ir unikalus, nes nėra dviejų vienodų gyvenimo istorijų, todėl egzistuoja daug simptomų kombinacijų. Depresija yra išties platus emocinis sutrikimas, kadangi jis gali pasireikšti ir su psichozės ar manijos epizodais, arba su nerimu, ar net maskuodamas kitas problemas, kaip neišgyventas traumas. Nėra vieno tikslaus kelio į susirgimą depresija, yra tik žinomi rizikos veiksniai, kurie gali labiau pastūmėti žmogų šia kryptimi, tačiau vėlgi, ne visada. Depresija pasiekama multifinališkumo keliu, kuomet daug skirtingų veiksnių ir patirčių atveda iki šio sutrikimo išraiškos. Depresijos susiformavimą lemia daugybinės priežastys apimančios biologinius, psichologinius ir socialinius aspektus, kurių pagrindiniai yra aptariami šiame darbe.

2.1.2. Depresijos atsiradimo priežastys

Nėra išskirta viena priežastis, dėl kurios susergama depresija, kaip ir nėra vienos lydinčios teorijos, geriausiai paaiškinančios ligos raidą. Tai kompleksiškas sutrikimas su keliais paaiškinimais, kuriuos bandoma sujungti biopsichosocialinio modelio pagalba. Pradedant biologiniais veiksniais ir Sullivan et al (2000) sisteminės analizės tyrimu, kuriame buvo atrinkti šeimų, dvynių ir įsivaikinimo tyrimai, yra teigiama, kad didžioji depresija turi apie 31 – 42 proc. genetinį paveldimumą. Tai reiškia, kad genai įtakoja beveik pusę tikimybės dalies depresijos atsiradimui, tačiau svarbi ir individualių bei aplinkos faktorių sąveika su genetiškai paveldėtu polinkiu į depresiją. Depresija nėra vieno geno defekto liga, kaip pavyzdžiui Dauno sindromas, nes labiau tikėtina, kad keletas genetinių pakitimų padidina predispozicijas (Wray et al., 2018). Yra žinomi ir svarbių neuromediatorių pakitimai. Neuromediatoriai – tai cheminiai junginiai, kurie perneša nervinius impulsus arba „žinutes“ tarp neuronų ir palaiko nervų sistemos veiklą (Merriam-Webster, 2021). Monoaminų stygiaus hipotezė, iškelta prieš daugiau nei 50 metų, aiškino, jog norepinefrino, dopamino ir serotonino trūkumas smegenyse sukelia depresijos simptomus. Dėl to buvo sukurti antidepresantai, kurie padidina šių mediatorių lygį kraujyje slopinant jų reabsorbciją ir sumažina simptomus (Hirschfeld, 2000). Tačiau ši hipotezė turi trūkumų, nes nepaaiškina, kodėl iškart suveikiantys selektyvieji serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) padidina serotonino lygį kraujyje, bet depresijos simptomai silpnėja tik po kelių savaičių.

Vėlesnių klinikinių bandymų ir studijų dėka, buvo sukurti kitų rūšių antidepresantai kaip monoaminooksidazės inhibitoriai (MAO), tricikliai ir serotonino-norepinefrino reabsorbcijos inhibitoriai (SNRI), neapsieinantys be šalutinių poveikių ir kitų ypatybių. Reikėtų paaiškinti, kokias funkcijas atlieka minėti neuromediatoriai ir kaip tai įtakoja depresiją. Serotoninas reguliuoja nuotaiką, elgesį, miegą ir virškinimą; norepinefrinas veikia kovos arba pabėgimo režimą (angl. *fight-or-flight response*) iškilus pavojui; dopaminas svarbus motyvacijai ir pasitenkinimo jausmui. Sutrikusi serotonino veikla paveikia

nuotaiką ir sutrikdo miegą, kaip matoma tyrime su jau pasveikusiais pacientais, kuriems momentiška sugrįžo simptomai, kai buvo sumažintas jų serotonino lygis (Cowen, 2008). Norepinefrino sutrikimas sukelia nuovargį, apatiją, mąstymo sulėtėjimą, o sumažėjus dopamino lygiams, sumažėja ir motyvacija bei pasitenkinimo jausmas. Dopaminas taip pat reguliuoja apetitą, dėmesio koncentraciją ir fizinį aktyvumą kartu su serotoninu, kai kur veikiant priešingai (dopaminas sukelia alkį, serotoninas jį mažina), kai kur veikiant išvien. Minėtas genetinis paveldimumas nulemia neuromediatorių veiklą bei kitą svarbų dalyką – neurotišką temperamentą.

Neurotiškumas yra vienas iš penkių didžiųjų asmenybės bruožų, dar vadinamas emociniu nestabilumu, pasireiškiantis didesniu polinkiu neigiamoms emocijoms (nerimas, pyktis, lūdesys), streso netoleravimu ir impulsyviu reaktyvumu (Jylhä et al., 2009). Plataus masto tyrimas Suomijoje atrado tvirtą ryšį tarp didžiosios depresijos diagnozės ir aukšto neurotiškumo bei žemo ekstravertiškumo, lyginant su sveika populiacija ir jų asmenybės bruožais bei depresiškumu (Jylhä et al., 2009). Kylant neurotiškumo lygiui, didėja patiriamas nerimas, daugėja fobijų atvejų, asmenybės sutrikimų bei žinoma depresijos simptomų. Aukštas neurotiškumo lygis gali būti paveldimas genetiškai arba išmokstamas ir perduodamas iš neurotiškų tėvų. Suirzę ar nuolatos nerimaujantys tėvai neatliepia vaiko poreikių, kuris norėdamas meilės ir dėmesio jaučiasi apleistas ir piktas. Mažas vaikas, nemokėdamas išsakyti, ko nori ir to negaudamas, jaučiasi kažkuo netinkamas, ima save kaltinti ir galvoti, kad tėvai jo nemyli. Įvyksta **introjekcija**, kai įsivaizduojami ar realūs kitų jausmai bei reikalavimai yra nukreipiami į savo vidų ir pasireiškia savęs kritikavimu, gėdos ir kaltės jausmais, bei ilgainiui depresyvumu (Freud, 1917). Anot Freudo, depresija yra į save nukreipta agresija, dėl neišreikšto pykčio kitiems, kuri atsiranda iš nemokėjimo tvarkytis su emocijomis ir stresu – kas ir yra padidėjęs neurotiškumas.

Ankstyvos vaikystės patirtys ir santykis su tėvais nulemia asmenybės formavimąsi ir bendravimo su kitais būdus, kaip teigia objektų ryšių teoretikai ir psichodinamistai. Per susitapatinimą ir atsiskyrimą nuo svarbių objektų (tėvų, globėjų), vaikas susikuria vidinį savęs vaizdą (savastį), pagal kurį gyvens ir bendraus ateityje. Todėl jeigu vaikystėje kažko pritrūko, pavyzdžiui motina nesuteikė saugumo jausmo, tai užaugęs vaikas jausis nesaugus ir mažai pasitikintis aplinkiniais (Ornstein, 2002). Mažiems vaikams reikia daug dėmesio ir šilumos, rūpestingo bendravimo ir poreikių atliepimo, ką sunkiai gali suteikti depresyvūs ir nerimastingi tėvai, nes jie mažiau įsitraukia į vaikų gyvenimą (Wagner, 2006). Ilgalaikis tyrimas nurodo, kad po 20 metų numatoma net tris kartus didesnė rizika vaikams susirgti depresija, jeigu šie užaugo su depresyviais tėvais, lyginant su sveika, kontroline žmonių grupe (Weissman et al., 2006). Todėl, tėvų vaidmuo ir ankstyvosios vaikystės patirtys yra laikomi vienais pagrindinių psichologinių depresijos ir kitų sutrikimų atsiradimo priežasčių.

Galiausiai išskiriami socialiniai veiksniai, kurie anot mokslinių tyrimų padidina depresijos riziką. Vienas jų, žemas socio-ekonominio statuso lygis (angl. *socioeconomic status*; *SES*), apimantis asmens išsilavinimą, profesiją ir pajamas, kuris yra stipriai susijęs su depresijos simptomais, reprezentatyvios vokiečių populiacijos tyrime (Hoebel et al., 2017). Tyrimas atskleidė, kad daugiausiai depresijos simptomus patiriantys žmonės buvo žemose išsilavinimo, profesijų ir pajamų grupėse bei subjektyviai žemai įvertino savo socio-ekonominį statusą. Tačiau ne išsilavinimas ir pajamos apsaugo nuo depresijos, o palaikymas iš artimų žmonių yra laikomas labiausiai apsaugančiu veiksniumi (Gariépy et al., 2016). Vaikams svarbiausią rolę užima tėvai, o vėliau draugai; suaugus didžiausia apsauga tampa sutuoktiniai, kaip ir kiti draugai ar darbo kolegos. Artimieji padeda su šeimyniniais rūpesčiais bei palaiko emociškai sunkiomis akimirkomis. Vyresniame amžiuje mažėja socialinis ratas, bendravimas tampa retesnis, prarandami draugai ir artimieji, todėl matomas ryšys tarp socialinės izoliacijos ir suprastėjusios psichinės savijautos (Santini et al., 2020). Vienas longitudinalinis tyrimas išsiaiškino, kad po 10 metų rizika susirgti depresija padidėja net dvigubai, jeigu socialiniai santykiai yra prastos kokybės arba jų nėra (Teo et al., 2013). Neigiami santykių aspektai (pvz.: kritikuojantis ar reikalaujantis partneris, patiriamas spaudimas ir stresas santykiuose, nepalaikanti draugystė) kelia įtampą, kuri ir didina riziką susirgti depresija.

Taip pat svarbus ir visuomenės požiūris į psichinius sutrikimus, nes vis dar dažnai sergantieji yra stigmatizuojami ar diskriminuojami, kas trukdo socializuotis ir gali pabloginti savijautą (Cruwys & Gunaseelan, 2016). Dažniausiai asmenys, turintys psichologinių problemų, nesikreipia pagalbos, nes bijo ir gėdijasi, arba neturi pakankamai finansų ir informacijos, kokios paslaugos jiems yra prieinamos. Tai paminėjo ir psichikos sveikatos ekspertai Atviro Seimo posėdžio metu 2021m. Gegužės 21 d., kuriame buvo aptariama psichikos sveikatos situacija šalyje COVID-19 pandemijos metu (Atviras Seimas, 2021). Svarbu paminėti, kad dėl koronaviruso pandemijos sukulto karantino ir kitų suvaržymų, bent laikinai, nukentėjo lietuvių emocinė būseną, ypač 18-29 metų žmonių, kurie teigė labiausiai jaučiantys stresą, nerimą ir liūdesį, lyginant su kito amžiaus sveikos populiacijos žmonėmis (Chomentauskas et al., 2021). Šios pandemijos ilgalaikį poveikį žmonių psichinei sveikatai matysime tik dar po keleto metų, nes kol kas tokių tyrimų nėra ir nepaėjo pakankamai laiko nuo visų įvykių.

Apibendrinant, depresija pasižymi įvairiais skirtingais emociniais, psichologiniais, fizininiais ir kognityviniais simptomais, kurių atsiradimą ir progresavimą nulemia įvairios aplinkos ir genetikos priežastys. Visų depresija sergančių žmonių patirtys yra skirtingos, nes jas lemia skirtingų simptomų ir jų sunkumo kombinacijos. Todėl yra svarbu depresijos atvejus analizuoti individualiai, ne tik per simptomų fiksavimą, bet ir atsižvelgiant į asmenines žmonių istorijas. To ir siekiama šiuo magistro darbu, atliekant kokybinę, depresijos patyrimo naratyvų ir santykių dinamikos bei savęs vaizdo, analizę.

2.1.3. Depresijos patyrimas: tyrimų apžvalga

Pavyko rasti vieną tinkamą antropologinį lietuvių magistro darbą, kuriame pateikiama, kaip depresija sergantys asmenys Lietuvoje supranta ir aiškina savo ligos atsiradimą bei gydymo procesą. Apžvelgusi antropologijos ir psichiatrijos mokslines literatūras, autorė Petrulytė (2016) atliko lauko tyrimą internetiniame forume ir 15 pusiau struktūruotų interviu. Kalbant apie depresijos atsiradimą, išryškėjo šios temos: *genetika (silpni nervai, jautrumas), vienišumo jausmas, sunkios socialinės sąlygos*. Gydymo procesas atsiskleidė per ligos nustatymo istorijas, gydymo(si) būdus, ir santykius su gydytojais. Sergantys depresija jaučia, kad *liga nuo tavęs nepriklauso*, o aplinkinių požiūris rodo, kad *tai labiau tinginystė nei liga*, nors tyrimo dalyviai tai įvardija, kaip ligą, „*kai nieko nesinori*“. Nestebina tai, kad aplinkiniai sergančius laiko tinginiais, jeigu jiems nesinori nieko daryti, tačiau patys sergantys teigia, kad liga veikia lyg pati sau, nepriklausomai nuo jų. Apibendrindama autorė aiškina, kad asmenys, sergantys depresija, ją supranta kaip dėl įvairių faktorių pasireiškiančią ligą, akcentuodami genetiką ir aplinkybes, kurios nepriklauso nuo sergančiųjų (Petrulytė, 2016). Taip yra nusimetama atsakomybės ir tikimasi, kad gydytojai ir vaistai padės tvarkytis su liga, dėl ko pacientai tampa pasyvesni gydymo procese. Galbūt sergantys ir ne iki galo supranta, dėl ko jiems atsirado depresija, tačiau jų išvalgos į aplinkinių požiūrį ir savo ligos patirčių atskleidimas turi naudos. Tai padeda piešti realesnę depresijos vaizdą Lietuvoje: ką išgyvena sergantys depresija, tiek kalbant apie pačią ligą, tiek apie aplinkinių interakcijas.

Kitas tyrimas yra apie Vokietijos paauglius ir jaunimą (15-19m.), sergantį depresija ir jų patirtis bei kelionę iki psichoterapijos. Autoriai siekė išsiaiškinti, kaip paaugliai išgyvena depresija ir kada jie kreipiasi terapinės pagalbos Vokietijos sveikatos sistemos kontekste (Weitkamp et al., 2016). Penki pusiau struktūruoti interviu buvo analizuoti interpretacinės fenomenologinės analizės metodu ir išryškėjo šios temos: *kančia jaučiama kaip nenugalima, vienišumas ir izoliacija, sunku suprasti kentėjimą, terapija – paskutinė išeitis*. Nors šio tyrimo imtis yra nedidelė ir specifinio amžiaus bei gyvenanti Vokietijoje, kuri nuo Lietuvos skiriasi ekonominėmis ir socialinėmis garantijomis, vis dėlto manau, kad išryškėjusios temos nėra aktualios tik vokiečių paaugliams. Pribloškiantį (angl. *overwhelming*) kančios jausmą autoriai laiko visa apimančia tema, talpinančią „kovojamą“ suprasti savo ligą, izoliacinį vienišumą, ir jausmą, kad turi su depresija kovoti pats vienas. Paaugliai pasimetę, nesupranta, kas yra „normalu“, kodėl jie jaučiasi kitaip ir kur kreiptis pagalbos. Tyrimo dalyviai nepasitikėjo aplinkiniais ir nenorėjo pasakoti, kas su jais vyksta, ko pasekoje jautėsi vieniši ir terapija jiems buvo paskutinis žingsnis, kai tau „jau visai blogai“. Dėl šių priežasčių dažnai jaunimas kenčiantis nuo depresijos kreipėsi pagalbos per vėlavą (Weitkamp et al., 2016). Šis tyrimas antrina Petrulytės darbui, kad reikia daugiau edukacijos žmonėms, sergantiems depresija, kad geriau pažintų savo ligą ir gautų tinkamą pagalbą, tinkamu laiku.

Apibendrinant, galima pastebėti, kad depresijos patyrimai spalvinami tamsiomis spalvomis, nes sergančių pasakojimai atspindi neigiamus ligos aspektus ir dažniau girdisi sunkios gyvenimo patirtys nei gyvenimo pasiekimai ir džiaugsmas. Tiek lietuvių, tiek vokiečių kokybiniuose tyrimuose matome, kad depresija sukelia įvairius sunkumus sergančiųjų kasdienybei: jiems sunkiau rasti bendrą kalbą ir supratimą bendraujant su kitais, dėl to jie jaučiasi vieniši ir atskirti nuo visuomenės, kas tik žemina jų nuotaiką ir jiems nieko nebesinori. Tęsiant šių temų nagrinėjimą, buvo pasirinkta giliau analizuoti depresijos įtaką sergančiųjų santykiams ir savęs vaizdui.

2.1.4. Santykių specifika sergant depresija

Socialiniai santykiai šeimoje, darbe ar romantiniai ryšiai ir jų kokybė turi svarbią reikšmę žmonių fizinei ir psichinei sveikatai. Tyrimai teigia, kad gera socialinių santykių padėtis gali prailginti mūsų gyvenimą net iki 50 proc., o prasta padėtis mums duotą trukmę gali sutrumpinti (Holt-Lunstad et al., 2010). Geruose santykiuose mes jaučiamės suprasti, palaikomi, susieti su kitu asmeniu, galime būti savimi ir jaučiamės priimti į „socialinį tinklą“ (angl. social network). Dauguma tyrimų kalba apie tai, kad prasti santykiai yra stiprus rizikos faktorius įvairioms psichikos problemoms rasti, kaip nerimo ar adaptacinis sutrikimas bei depresija (Santini et al., 2015; Teo et al., 2013). Jau minėjau Becko atrastą tendenciją, kad sergant depresija, į save, ateitį ir pasaulį žvelgiama per negatyvumo prizmę. Pasaulis atrodo niūrus ir beprasmis, ateitis atrodo beviltiška ir nepasiekiamas, o sau atrodai niekam tikęs. Būtų naivu manyti, kad toks negatyvus mąstymas neturi įtakos artimiems santykiams su kitais ir pačiu savimi. Panagrinėkime, kaip depresija paveikia romantinius santykius, kurie, kaip buvo minėta anksčiau, suaugusiems yra vienas stipriausiai apsaugančių veiksnių nuo depresijos.

Viename kokybiniame tyrime Amerikoje dalyvavo 135 poros esančios romantiniuose santykiuose, kuriuose vienas iš partnerių turėjo diagnozuotą depresiją ir jie atsakinėjo į atvirus klausimus apie ligos poveikį santykiams (Sharabi et al., 2016). Dauguma minėjo, kokią emocinę naštą santykiams užkrauna depresija, ypač per jau minėtą izoliaciją ir atsiskyrimą bei energijos/motyvacijos trūkumą ir priklausomybę nuo partnerio. Tai sukuria emocinę įtampą tarp partnerių, gadina seksualinį intymumą ir bendravimą, nes atsiranda daugiau konfliktų ir užsikrėtimo neigiamomis emocijomis. Anot autorių, atsiskleidė ir mažiau tyrinėtoms temoms: partnerių supratimo trūkumas, kuris priverčia labiau užsisklęsti savyje bei neužtikrintumas dėl santykių, nes sergantieji ima kvestionuoti savo jausmus partneriui (Sharabi et al., 2016). Taigi, galima teigti, kad intymių santykių kokybė suprastėja, kuomet vienas iš partnerių serga depresija – kiti ilgalaikiai tyrimai tai taip pat patvirtina (Najman et al., 2014).

Kitą vertus, 16 dalyvių iš Sharabi et al (2016) tyrimo teigė, kad depresija neturi jokio poveikio jų santykiams, o 14 individų jautė kaip tik sustiprėjusį ryšį poroje, kuomet kartu bandoma įveikti šį

sutrikimą. Autoriai aiškina, kad jų rezultatai patvirtina depresijos dinamiškumą ir apšviečia vietas, kurias galima fokusuoti su egzistuojančiomis intervencijos arba efektyviau gerinti porų terapijoje. Tačiau šiame tyrime buvo įtrauktos įvairios depresijos diagnozės (skirtinga trukmė, sunkumas, t.t.), todėl rezultatai gali tikti ne visiems. Bendras vaizdas toks, kad depresija apsunkina emocinį romantinių santykių aspektą bei kelia įtampą tarp partnerių ir mažina pasitenkinimą santykiais dėl jau minėtų priežasčių.

Kalbant apie santykius apskritai, pats pirminis, ir bene svarbiausias, santykis užsimezga tarp naujagimio ir motinos, kuris nulemia vaiko asmenybės raidą ir tolimesnius santykius ateityje. Anot psichoanalitinės psichologijos objektų ryšių atšakos teoretiko M. Ballinto, žmogaus psichika formuojasi ankstyvoje vaikystėje per santykius su globėjais (Ornstein, 2002). Santykių patenkinimas yra įgimtas pirminis poreikis, pasireiškiantis per prierašumą prie globėjo (objekto), kurio rūpestis ir elgesys su vaiku sukuria internalizuotą globėjo vaizdą. Kitaip tariant, jeigu vaiku nesirūpinama ar su juo elgiamasi žiauriai, jis tokį elgesį pasąmoningai „išsisaugo“ kaip prienamą elgesio modelį ir vėliau taip gali elgtis pats. Čia svarbi ir kita Ballinto idėja – bazinis trūkumas, tai yra kažko stygius, pavyzdžiui vaikystėje nesuteiktas saugumo jausmas ar motinos meilės nejautimas, kas vėliau gali sukelti psychopatologiją. Objektų ryšių teorija remiasi baziniu trūkumu, o ne Freudo propaguotais vidiniais konfliktais, nes tikėta, kad savastis identifikuojantis su tėvais susiformuoja asmenybės šerdis – savastis. Todėl tėvai ar globėjai yra laikomi lyg veidrodžiais, kurie parodo vaikui, koks jis yra, ir per susitapatinimą ir atspindėjimą susiformuoja vidinis savęs vaizdas arba savastis.

2.1.5. Savęs vaizdas sergant depresija

Savęs vaizdas, tai supratimas – **koks aš esu**, apimantis mano išvaizdą, asmenybę, intelektą, įgūdžius, vertybes ir seksualinį identitetą, pagal Oltmann savivaizdžio elementus (Routledge & Robson, 2014). Savastis – tai platesnė sąvoka, apimanti ir asmens tikslus, galios siekimą, poreikius ir psichiką (Ornstein, 2002). Visa tai vystosi savasties objektų (tėvų) dėka, kurie reaguoja ir patvirtina paties vaiko tobulumą bei suteikia ramybę ir saugumą, kurių dėka vaikas siekia tapti idealizuotu savo tėvų vaizdu (angl. idealized parent image). Bėgant laikui, vaikas tapatinasi su tėvais, kokie jie yra, ir su tėvu supratimu, koks yra vaikas. Kai tėvai nėra empatiški ir perdėtai reaguoja į vaiko trūkumus bei parodo, kad jis nėra pakankamai geras ar panašiai, tuomet vaikas ima apie save galvoti neigiamai, „aš netikęs“, „aš blogas“ ir taip toliau. Becko suformuluota negatyvios triados koncepcija kalba ir apie neigiamą savi-schemą (angl. negative self-schema) arba neigiamą savęs vaizdą sergant depresija, kai galvoje sukasi negatyvios automatinės mintys apie save patį (Beck, 1979). Nepavyko rasti prieinamų mokslinių darbų, kurie konkrečiai tyrinėtų depresija sergančių asmenų savęs vaizdą, nors buvo keletas paauglių tyrimų,

bet jų perskaityti neturėjau prieigos. Todėl šis magistro darbas bus tinkama proga išsiaiškinti, ar tikrai depresija sergantys žmonės apie save galvoja vien neigiamai.

Yra žinoma, kad sunki psichinė ar fizinė liga gali paveikti ir asmens tapatumą - tai yra supratimas, **kas aš esu**, ir susitapatinimas su panašiais žmonėmis, priimant atitinkamus socialinius vaidmenis ir elgesio normas (Cast ir Welch, 2015). Sergantys sunkiomis psichinėmis ligomis (pvz. šizofrenija, bipolinis sutrikimas, sunki depresija) pasakoja, kaip sunku yra būti savimi ir bandyti pritapti visuomenėje - tapatumas skyla į prieš ir po ligos, nes tiki, kad nebebūsi tokiu, koku buvai prieš susergant (Wisdom et al., 2008). Todėl galima teigti, kad pasveikimas nėra tik simptomų išnykimas, bet ir savo gyvenimo istorijos perrašymas, priimant ligą ir ją integruojant savo tapatume kaip dalimi savęs. Tai padaryti sunkiau, kai sergi stigmatizuojamu sutrikimu ir neigiamos aplinkinių reakcijos ar išankstinis nusistatymas priverčia jaustis kitokiu nei visi. Wisdom et al (2008) tyrimo dalyviai pripažino, kad socialinis spaudimas padidina tapatumo dalį, kurią užima liga ir tampa save išpildančios pranašystės auka (angl. self-fulfilling prophecy). Tai reiškia, kad pradedi galvoti ir elgtis labiau pagal savo ligą nei pagal tai, koku bendrai save laikai - jei jau sergu depresija, vadinasi aš tik toks ir esu. Bet kokie nuopoliai ar aplinkinių lūkesčiai, įsivaizdavimai gali patvirtinti įsitikinimą, kad „esu nevykęs, man yra depresija ir aš nieko nesugebu“. Toks neigiamas savęs matymas gali sustiprinti depresijos simptomus ir ligos eigą.

2.2. Tyrimo problematika

Apibendrinant galima pasakyti, kad depresija yra kompleksinis sutrikimas, pasireiškiantis dėl įvairių susidedančių rizikos faktorių ir paliečia kone visas žmogaus gyvenimo sritis bei jo artimuosius. Literatūroje rašoma, kad depresijos simptomai apsunkina artimus romantinius santykius, nes dažniau kyla konfliktai ir nesutarimai bei tvyro emocinė įtampa tarp partnerių. Kadangi yra teigiama, kad artimas santykis geriausiai apsaugo nuo depresijos arba ją palengvina, todėl sergantiems depresija yra ypatingai svarbu turėti juos palaikantį žmogų šalia savęs. Tačiau tai padaryti ne visada yra lengva, nes depresija ir psichikos sutrikimai apskritai yra stipriai stigmatizuojami ir nesuprantami mūsų visuomenėje. Kaip yra teigiama literatūroje, sergant depresija į save pradedi žiūrėti per neigiamą prizmę, labiau akcentuojami asmeniniai trūkumai, kompleksai, tai yra savęs vaizdas tampa neigiamu. Todėl kuomet aplinkiniai yra neigiamai nusistatę prieš sergančius depresija ir patys sergantieji apie save galvoja neigiamai, tai gali apsunkinti jų savijautą ir emocinę būklę. Dėl to yra įdomu sužinoti, kaip sergantieji jaučiasi iš tiesų.

Šiuo magistro darbu siekiama sužinoti, kaip sergantys depresija įprasmina savo gyvenimo ir ligos patirtis, kas yra specifiška jų patyrimams bei kaip naratyvuose atsiskleidžia santykių dinamiką ir savęs vaizdas. Kadangi norima suteikti laisvę patiems sergantiesiems papasakoti savo istoriją, buvo pasirinktas pusiau struktūruoto interviu metodas su atvirais klausimais apie depresijos patyrimą.

2.3. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – atskleisti subjektyvias depresijos patyrimo, ligos raiškos ir jos įveikos patirtis.

Tyrimo uždaviniai tikslui pasiekti:

1. Aprašyti suaugusių žmonių, sergančių ilgamete depresija jos patyrimo naratyvus.
2. Aprašyti depresija sergančiųjų santykių ir savęs vaizdo naratyvus.

3. TYRIMO METODIKA

3.1. Teorinis tyrimo pagrindas

Siekiant atskleisti subjektyvius depresijos patyrimus iš „pirmų lūpų“ ir geriau suprasti, kaip liga paveikia santykį su kitais bei pačiu žmogumi, pasirinkta kokybinė duomenų rinkimo ir analizės strategija. Kokybinis tyrimo metodas šiai temai tinka dėl kelių priežasčių. Visų pirma, kadangi Lietuvoje trūksta tyrimų, atskleidžiančių subjektyvias depresijos patirtis, kokybinio metodo priėjimas įgalina depresija sergančius žmones papasakoti tai, kas jiems yra svarbu. Pasaulyje atlikta daugybė kiekybinių tyrimų, kuomet pacientai pildo įvairius klausimynus, gauna atitinkamus balus ir galimai net nesijaučia išgirsti. Atviras pokalbis, per daug nenukreipiant pašnekovo pagal išankstines teorines prielaidas, leidžia žmogui atskleisti savo požiūrį, pasidalinti jausmais ir mintimis, nesijaučiant suvaržytam anketų klausimų tik apie depresijos simptomus.

Tyrimo tikslui pasiekti naudotas pusiau struktūruotas interviu metodas. Gauti duomenys buvo apdorojami ir analizuojami indukcinės teminės analizės metodu pagal Braun ir Clarke (2006) metodiką, siekiant atskleisti bendruosius depresijos patyrimo bruožus, o santykių dinamika bei savęs vaizdas buvo analizuojami remiantis psichodinaminės paradigmos prielaidomis ir atitinkama literatūra. Teminė analizė leidžia identifikuoti, suprasti ir pristatyti išryškėjusias fenomeno temas bei jų sąveikas, kurios vėliau buvo interpretuojamos remiantis psichodinamine paradigma. Duomenų kodavimas ir analizavimas nebuvo paveiktas išankstinių teorinių prielaidų ar hipotezių ir buvo susilaikoma nuo išankstinių nusistatymų, siekiant atskleisti autentiškas apklaustųjų depresijos patirtis. Teminė analizė pasirinkta dėl savo lankstumo, nesunkiai suprantamo atlikimo aprašymo, galimybės išskirti fenomeno patyrimo panašumus ir skirtumus bei palankumo pradedančiajam ar mažai patirties turinčiam tyrėjui (Braun & Clarke, 2006).

3.2. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo penki suaugę žmonės, 30-62 metų amžiaus, du iš jų buvo vyrai. Du apklaustieji tyrimo metu lankėsi dieniniame stacionare LSMU Kauno ligoninės psichiatrijos sektoriuje Aleksote, kur jie gaudavo medikamentinį gydymą ir lankydavosi užimtumo veiklose. Šioje vietoje keturis mėnesius atlikau profesinę praktiką, kurios metu dėl patogumo ir pasirinkau apklausti įstaigoje besilankančius pacientus. Apklausą pradėjau beveik du mėnesiai nuo praktikos pradžios, todėl dauguma žmonių mane jau pažinojo ir buvo kažkiek bendravę ar bent matę užsiėmimuose. Likusius tyrimo dalyvius susiradau *Facebook* depresijos savipagalbos grupėje su kuriais interviu buvo atlikti telefonu. Taip buvo todėl, nes praktikos vietos dienos stacionare nebeliko tinkamų pacientų pagal diagnozę, o ūmių sutrikimų skyriuose

išplito COVID-19 ir negalėjau patekti į patalpas. *Facebook* grupę sužinojau iš kolegės psichologės, ten patalpinau laisvos formos įrašą, kviečiantį dalyvauti bet kokią depresijos diagnozę turinčius ir norinčius pasidalinti savo patirtimi žmones. Į įrašą atsiliepė trys žmonės, vienas iš jų – tos grupės moderatorius. Nebuvo galimybės patvirtinti jų pateiktų diagnozių, todėl teko pasitikėti jų žodžiu, ar kartais diagnozės apibūdinimu, kai nežinoma jos tiksliai.

Tyrimo dalyviai, pagal TLK-10 vadovą, turėjo pasikartojančios depresijos sutrikimo diagnozes (F33) be gretutinių diagnozių: keturi turėjo pasikartojantį sunkios depresijos sutrikimą (be psichozės simptomų), o vienam buvo pasikartojantis vidutinio sunkumo depresijos epizodas (irgi be psichozės). Sutrikimai oficialiai diagnozuoti prieš 12-34 metus, nors daugelis problemomis skundėsi dar iki kreipimosi pas specialistus. Viena moteris prieš keletą metų gydėsi Anglijoje, todėl interviu metu galėjo palyginti šalių sveikatos priežiūros skirtumus. Beveik visi tyrimo dalyviai nuo diagnozės gavimo vartoja antidepressantus, kai kurie iš jų kartu gauna ir antipsichotinius vaistus; keletas vaistus vartoja su pertraukomis, kai savijauta pagerėja; vienas šiuo metu nevartoja jokių psichotropinių vaistų.

Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos pateiktos 1 lentelėje (žr. 1 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos

<i>Nr.</i>	<i>Vardas ir amžius</i>	<i>Diagnozė pagal TLK-10</i>	<i>Simptomų pradžia</i>	<i>Vartojami vaistai</i>	<i>Išsilavinimas</i>
1.	Valdas*, 62	F33.2	2010 m.	Sertraline, Tiapridal	Aukštasis (profesinis)
2.	Bronė*, 58	F33.2	1998 m.	Seroxat, Tiapridal, Diazepam	Aukštasis (profesinis)
3.	Agnė*, 30	F33.2	2002 m.	Coaxil	Vidurinis
4.	Ramunė*, 52	F33.2	1988 m.	Fluoxetine	Vidurinis
5.	Gediminas*, 32	F33.1	2010 m.	-	Aukštasis (universitetinis)

* Vardai čia ir toliau yra pakeisti, siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių anonimiškumą.

3.3. Tyrimo instrumentai ir eiga

Gavus praktikos įstaigos vadovų žodinį sutikimą, buvo pradėtas tyrimas. Pasitarus su dienos stacionaro gydytojais-psichiatrais sužinojau, kuriems pacientams yra depresija ir asmeniškai priėjus

paklausiau, ar norėtų sudalyvauti tyrime ir pasidalinti savo patirtimis. Atrinkti tyrimo dalyviai užpildė trumpas mano kurtas demografines anketas (žr. 4 priedas), kuriose nurodė savo lytį, amžių, turimą diagnozę, kada ji buvo suteikta, vartojamų vaistų pavadinimus ir savo turimą išsilavinimą.

Naudoti iš anksto numatyti atviri klausimai, skatinantys pasidalinti savo depresijos supratimu ir išgyvenimais, kartu aptariant svarbius žmones, pomėgius, mėgstamiausias knygas ir panašiai. Trečiame priede pateikti pagrindiniai naudoti klausimai (žr. 3 priedas). Buvo išlaikyta galimybė juos keisti vietomis ir užduoti papildomus ar patikslinančius klausimus, atsižvelgiant į pašnekovų pasakojimus. Keletas tokių klausimų pavyzdžių: „*kaip dabar jūs jaučiatės?*“; „*kokių kitų simptomų pastebėjote?*“; „*ar kalbėjotės su kažkuo apie tai?*“; „*kokį vieną prisiminimą galite papasakoti trumpai (iš vaikystės)?*“.

Tyrimo interviu procesas vyko nuo 2022 m. sausio 20 dienos iki 2022 m. kovo 31 dienos, dienos stacionaro užimtumo salėje arba namuose kalbantis telefonu. Ligoninėje buvo gautas atskiras kabinetas, kuriame galima kalbėtis negirdint kitiems pacientams ir nesiblaškant dėl aplinkos triukšmo. Minus tas, kad keletą kartų buvo užėję žmonės ir galėjo išblaškyti pašnekovus. Pliusas tai, kad pacientai jautėsi saugiai būdami jiems pažįstamoje aplinkoje dienos stacionare. Iš viso buvo atlikti penki interviu. Interviu trukmė varijavo nuo 20 min. iki 55 min. Į interviu laiką neįskaičiuotas tyrimo temos pristatymas, informuoto sutikimo pasirašymas, trumpas susipažinimas su dalyviais, pasiruošimas interviu ir atsisveikinimas. Visi interviu buvo įrašomi diktafonu, vėliau transkribuojami ir koduojami MAXQDA: Qualitative Data Analysis Software 2022.0.0 pagalba.

Transkribavau interviu aš pati, praėjus kelioms dienoms po pokalbio, taip taupydama laiką ir nepalikdama visų interviu pabaigai. Vidutiniškai vieno ~45min. interviu transkribavimas užtruko apie 4 valandas, panašiai laiko skirta ir pakartotiniam tekstų skaitymui bei kodavimui. Garso įrašų transkribavimas vyko tiesiai MAXQDA programoje, kurioje iš kodų sudėliojau „minčių žemėlapius“, kad geriau įsivaizduoti temų ryšius. Vėliau buvo sudaryta temų, potemių ir citatų pavyzdžių lentelė. Transkriptuose laužtiniais skliausteliais [...] buvo pažymimi mano, kaip tyrėjos, įsiterpimai ir sureagavimai, riestiniuose skliausteliuose {...} pakeista asmeninė informacija, kaip miestas, vardas įstaiga, pvz.: {kaimas}; paprastuose skliausteliuose (...) pažymėta, kada yra ilgesnė pauzė, ar dalyvis juokiasi, graudinasi. Į analizę įtraukti penki interviu transkriptai užima 44 puslapius Word lapų kompiuteryje (12 šrifto dydis, 1,5 tarpai tarp eilučių).

3.3.1. Tyrėjos vaidmuo ir santykis su tema bei tyrimo objektais

Su sunkiomis depresijos patirtimis nebuvo susidūrusi savo artimoje aplinkoje, kol nepradėjau magistro profesinės praktikos psichiatrijos ligoninėje, tačiau su lietuvių požiūriu į psichikos sveikatą ir neišnykstantį sutrikimų stigmatizavimą stebiu nuo vaikystės. Man norisi šviesti visuomenę ir paaiškinti

žmonėms, kad depresija nėra tinginių liga, kad lankantis pas psichologą tavęs neatstums aplinkiniai, ir pirmiausia noriu parodyti, kaip gyvena tie, kuriems sunku ir nebesinori gyventi. Tikiu, kad šis tyrimas, nors ir mažos apimties, praturtins Lietuvos klinikinės psichologijos mokslo žinias ir padės psichologams bei visuomenei geriau suprasti depresija sergančių žmonių išgyvenimus.

Manau, kad pavyko pakankamai įsijausti ir išklausti kalbintus žmones, neturint išankstinių nusistatymų ir nesiekiant patvirtinti savo įsitikinimų ar pagrįsti teorinių depresijos paaiškinimų. Čia buvo svarbiau atskleisti asmenines patirtis ir leisti žmonėms kalbėti apie tai, kas jiems reikšminga. Kalbantis ir kuriant santykį pavyko išlaikyti distanciją, nes girdėjau labai skaudžių patirčių ir bijojau, kad galiu per daug asmeniškai jas išgyventi. Dar svarbu paminėti, kad dviem tyrimo dalyvavusiems pacientams suteikiau po vieną (maždaug pusvalandžio trukmės) psichologinę emocinės paramos konsultaciją prieš pakviečiant juos sudalyvauti tyrime. Tai galėjo turėti įtakos jų pasitikėjimui ir padidinti atsiskleidimą interviu metu. Taip pat, visi kalbinti žmonės siekė gydymo, turi norą pasveikti ir atsakingai vartoja vaistus – tai reikėtų turėti omenyje prieš generalizuojant gautus rezultatus visai, depresija sergančių žmonių, populiacijai.

Pravartu paminėti, kad šio magistro darbo rašymas prasidėjo nuo kitos temos, koncentruojantis į depresijos tapsmą ir tapatumo jausmą, bet po keleto pirmųjų interviu buvo nuspręsta temą pakeisti į dabartinę. Taip buvo padaryta dėl to, kad sunkiai sergantys žmonės nepajėgė pakankamai reflektuoti ir perteikti savo patirtis per sklandų ir nuoseklų naratyvą. Po temos pakeitimo ir daugumos interviu atlikimo buvo perdaryta literatūros analizė ir išgryninta darbo problema bei tikslas.

3.3.2. Rezultatų patikimumo ir validumo užtikrinimas

Šio magistro darbo rezultatų patikimumo ir validumo užtikrinimo buvo siekiama:

1. Viso tyrimo metu konsultuojantis su tyrimo vadove prof. dr. G. Gudaite, sukonkretinant tyrimo temą po pirmųjų interviu bandymų ir aptariant pusiau struktūruoto interviu klausimus. Taip pat pasitariant su kurso draugėmis, atliekančiomis kokybinius tyrimus, pasidalinant patyrimais, kylančiais klausimais ir panašiai.
2. Pasidalinant pirmine temų ir potemių lentele su darbo vadove bei minėtomis kurso draugėmis ir atsižvelgiant į grįžtamąjį ryšį koreguojant kai kurias vietas.
3. Dviem tyrimo dalyviams iš psichiatrijos ligoninės dieninio stacionaro nepavyko suteikti grįžtamojo ryšio ir patikrinti, ar gerai supratau jų istorijas, nes jie buvo išrašyti iš stacionaro nespėjus atlikti duomenų analizės. Trims telefonu kalbintiems dalyviams buvo išsiųsti (*messenger* žinutėmis) jų interviu temų aprašymai ir buvo gautas grįžtamasis ryšys ir dviejų. Jų nuomone tinkamai atskleidžiau jų depresijos patyrimą ir rezultatai buvo suprantami ir validūs.

4. Reflektuojant atliktus interviu ir trumpai aprašant dienoraštyje po kiekvieno iš jų, kokios mintys ir jausmai kilo interviu metu ir po to apie tyrimo dalyvį ir tyrinėjamą temą. Ištraukas iš tyrimo dienoraščio galima pamatyti 2 lentelėje (žr. 2 lentelė).

2 lentelė. Tyrimo dienoraščio ištraukų pavyzdžiai

Nr.	Ištraukos iš dienoraščio
1.	„Maniau, kad bus sunkiau išbūti su sunkiomis dalyvių patirtimis, bet kažkaip pavyko jų neimti per daug į širdį. Buvo liūdna ir tikrai gaila klausytis, kaip žmonės netenka artimųjų, arba kokia baisi buvo jų vaikystė. Po pirmųjų interviu pajaučiau, kaip svarbu yra kalbinti žmones apie jų gyvenimą su depresija, nes gyvi pasakojimai parodo tą tikrą tamsą.“
2.	„Penktasis interviu buvo kiek kitoks, nes žmogus buvo labai uždaras, bet į pabaigą stipriai išdrąsėjo ir atsivėrė. Jaučiausi, kad padėjau jam, leisdama išsikalbėti, bet po interviu nutiko keisti dalykai. Pirmiausia, jis man asmeniškai parašė (Facebook), kaip gerai jis jaučiasi, kad labai patiko pokalbis ir džiaugiasi mano nuoširdumu ir t.t. Bet paskui jis parašė depresijos paramos grupėje ilgą tekstą apie mane ir tada pasijutau nejaukiai. Ten jis irgi dėkojo man ir gan detaliai nupasakojo mūsų pokalbį, todėl pamaniau, kad tai nėra tinkama ir paprašiau jo tą įrašą ištrinti. Kai jį ištrynė ir atsiprašė šiek tiek sunerimau dėl jo savijautos, todėl pasiūliau dar kada pasikalbėti, jeigu norės konsultacijos.“
3.	„Jaučiu, kad mano tyrimo tema yra naudinga ir galbūt atrasiu kažką naujo ir reikalingo, kas padės sergantiems depresija. Nors kartais jaučiuosi, kad darbas nepasieks didesnio susidomėjimo ir galbūt nieko nepešiu, bet bent jau pati įgaunu svarbių žinių ir galiu geriau suprasti, kaip jaučiasi ši žmonių grupė. Manau tai bus naudinga mano karjerai ateityje.“

3.4. Duomenų analizė

Interviu duomenų analizė atlikta remiantis kokybinės **indukcinės teminės analizės** principais pagal Braun ir Clarke (2006), naudojant aprašomąją ir interpretacinę analizavimo technikas remiantis psichodinaminės paradigmos prielaidomis. Kadangi mano tyrimas yra gana naujas ir neturi stiprių teorinių pagrindų numatyti galimus rezultatus, teminės analizės būdas geriausiai tinka atskleisti pasikartojančias temas, nes nėra pririštas konkrečiai metodologijai ar teoriniam pagrindui.

Duomenų analizė atlikta MAXQDA: Qualitative Data Analysis Software 2022.0.0 pagalba, pagal teminės analizės žingsnius:

1. Atidus interviu transkribavimas MAXQDA programoje, atidžiai klausantis garso įrašų ir paskui kelis kartus perskaitant galutinį tekstą dėl gramatinių klaidų ir geresniam susipažinimui.
2. Transkriptai buvo koduojami iš eilės po vieną, keletas dienų po transkribavimo. Skaitant tekstų paragrafus, skirtingomis spalvomis buvo pažymimos esminės pastraipų / eilučių ištraukos, pavadinant jas sutrumpintu perfrazavimu.
3. Toliau vyko daugkartinis kodų skaitymas, perfrazavimas, jų lyginimas ir grupavimas į labiau apibendrinančias kategorijas, kurios vėliau tapo temomis. Kadangi visi interviu buvo analizuoti atskirai, temos gali kartotis ir persidengti.
4. Kiekvieno interviu temas ir potemės pagal kodus buvo pavaizduotos temų žemėlapiu MAXQDA programoje, kuriuo buvo pasiremta jungiant temas į vieną bendrą lentelę (*žr. Rezultatai*).
5. Peržiūrėjus temų ir potemių lentelę bei pasitikrinus su kolegomis ir jas pakoregavus, buvo pradėtas rezultatų aprašymas ir analizavimas, atrenkant tinkamiausias citatas.

3. REZULTATAI

Atlikus penkis interviu ir išnaginėjus visų dalyvių pasakojimus, buvo ieškoma bendrų temų bei patirčių panašumų ir skirtumų, kurie atskleistų depresijos patyrimus bei santykius su kitais ir savęs vaizdą. Tyrimo respondentų pasakojimuose atsiskleidė įvairūs dalykai, kurie analizės metu buvo sugrupuoti į dešimt pagrindinių temų: 1) *Nepilnavertiškumo jausmas*, 2) *Vienatvė ir apleistumas*, 3) *Apatija arba kai "nieko nesinori"*, 4) *Agresija prieš save ir kitus*, 5) *Depresija - tai slegiantis liūdesys ir našta*, 6) *Smurtas ir nepriežiūra vaikystėje*, 7) *Artimųjų netektys - lūžio taškas*, 8) *Bendruomeniškumas ir šeimos vertybės*, 9) *Trūksta aplinkinių supratimo ir palaikymo*, 10) *Depresijos įveika per darbą ir santykius*. Teminės analizės rezultatai (pagrindinės temos ir jas iliustruojantys kodų pavyzdžiai) pateikiami lentelėje (žr. 3 lentelė).

3 lentelė. Teminės analizės rezultatai: pagrindinės temos ir kodų pavyzdžiai.

Tema	Kodų pavyzdžiai
<p>1. Nepilnavertiškumo jausmas</p>	<p>“Depresija, aš manau, yra tokia nepilnavertiškumo ir vienatvės liga.” “Atvirai pasakius, man kaip šaknis tokia, tai pasakysiu, toks nu, nepilnavertiškumo jausmas įkaltas, aš sau įsikalęs, todėl, kad aš mažesnio ūgio ir va kažkas tai man trukdė.”</p>
<p>2. Vienatvė ir apleistumas</p>	<p>“Nu kad sunku, nu tai aš viena esu nes tėvai jau mirę, neturiu nei brolių, nei seserų.” “Tokiems žmonėm aišku reikia juos suprantančių žmonių, bet tokių sunku rast. Gal užsisklendžiam mes dar daugiau savy, kai nerandam kas supranta.” “Pavyzdžiui dabar dukra išvažiavus gyvena užsieny, sūnus jokiais būdais nesuvokia tokių dalykų, vyras taip pat nesuvokia. Nu tai, likusi viena, kaip sakant su ta liga.”</p>
<p>3. Trūksta aplinkinių supratimo ir palaikymo</p>	<p>“... ne kiekvienas tikrai supranta ir kas su tuo nesusidūręs, tai irgi nesupras.” “Su mama mes irgi nelabai sutarėm, nesuprato manęs. Tai va čia gal irgi buvo tas kitas minusas, kad mama nesuprato.” “Žinoma, žmonės kai kurie irgi būna patys kalti dėl to, kad jie nesikreipia pagalbos, nes jie bijo. <...> dauguma yra nusiteikę, kad jeigu pasakys, kad yra psichinės kažkokios problemos, tai pagalvos, kad "va čia nesveikas".” “Jie (vyras ir sūnus) net nesuvokia, kaip aš galiu taip sirgt, kaip man taip gali būti. <...> sako, daugiau su tėvu išeiikit, išvažiuokit kur, va ir nereikės vaistų gert <...> Jie skaitė taip - reiškia, jeigu tu susirgai depresija, tai yra tinginių liga.”</p>

<p>4. Apatija arba kai “nieko nesinori”</p>	<p>“Guli lovoj ir nieko tau nebereikia, nebenori gyvent net” “Aš pavargus nuo gyvenimo, nieko nesinori” “Nes būna jau kada vat rimtos depresijos tas vat epizodas rimtesnis, kad jau nieko nesinori, tik gulėt lovoj ir pramiegot tą visą laiką.” “Nu apatija tai viskam, nieko daryt nenoriu, niekas neįdomu. Visiškai vienodai šviečia man viskas.”</p>
<p>5. Agresija prieš save ir kitus</p>	<p>„Bandyta daug kartų. Jau net negalėčiau realiai suskaičiuot. Vienuolikos metų tai buvo pirmas kartas. <...> Labai daug netekčių buvo atlaikyta. Tai va dėl to ir buvo tas pirmas bandymas.” „Ir dar blogiau būna. Minčių visokių? Taip. Minčių. O bandymų ar yra buvę? Nu ne, nėra, bet minčių tai tikrai. Kasdien galima sakyti tokių minčių yra.“ “O šiaip tai būna kartais va tokie pykčio priepuoliai, bet dažniausiai tie pykčio priepuoliai daugiau būna ta prasme, kada jau būnu pervargus.” “Aš sakau kažkoks piktas labai pasidariau. Piktas... kažkoks nežmoniškas tiesiog.”</p>
<p>6. Slegiantis liūdesys ir depresijos našta</p>	<p>“Kada žmogui yra tiek užspausta ant pečių, tai ar koks nors gali žmogus iškentėti be vaistų? Kaip tą iškentėti galima - aš nežinau, kaip dar linksmam būt...” “Kai daug visokių bėdų užgriūna, tai kaip tu gali šypsotis ar ten būti laimingas ir neliūdėti? O depresija tai liūdesys ir yra. Pastovus liūdesys.” „Nu žinai, bent jau man, depresija atsiranda tada, kai netenku proto ir dvasios ramybės, nu pusiausvyros.”</p>
<p>7. Smurtas ir nepriežiūra vaikystėje</p>	<p>“Nu tai vaikystėj kaip, kaip sakiau, kada tėvai girtuokliavo - muštynės, baimė, viena vidury miško palikta... sunku man pasakoti tą vaikystę.” “Labai daug šeimoj nukentėta, ir tiek fizine esme dėl smurto, ir dėl alkoholizmo iš tėvo pusės. Tai jau va tas daugiausiai įtakos turėjo depresijai susiformuoti.” “Aš buvau ketvirtoji klasėj ir mane auklėtoja primušė, prilupo ir aš tada mirusiai mamai laišką rašiau. Man ant tiek buvo skaudu. Aš rašiau: "Mama, aš pas tave ateisiu, aš nusiskandinsiu".”</p>
<p>8. Artimųjų netektys - lūžio taškas</p>	<p>“Buvo netekta ir mylimos močiutės, ir dėdės mylimo, ir poros draugų, kurie žuvo. <...> Tai va dėl to ir buvo tas pirmas (suicidinis) bandymas.” “Ir paskui vieną dieną aš važiauvau pas jį aplankyti ir radau jį (brolią dvynį). Pasikoręs buvo namie ir jau kūnas pradėjęs irti. Niekada nepamiršiu to vaizdo, ilgai sapnavau košmarus. Aš ten viską valyti turėjau, sutvarkyti. Nu labai baisu buvo. Tai čia 1998m. ir nuo tada man prasidėjo viskas.”</p>

<p>9. Bendruomeniškumas ir šeimos vertybės</p>	<p>“Būdavo leki iš mokslų, iš darbo padėt tėvam tenai viską. Nu ir toks kolektyviškumo jausmas, kaip sako "Vienas už visus, visi už vieną". Va šitas va labai buvo išreikštai. Kadangi sunkiai augom, be šito būtume neišgyvenę.”</p>
<p>10. Depresijos įveika per darbą ir santykius</p>	<p>“Prie gamtos labai esu, tai tas man labai iš tikrųjų padeda. Netgi verčia keltis ir eit, nes jie (gyvuliai) laukia. Yra kuo pasirūpint, tai tas man padeda.”</p> <p>“Esu labai draugiška, mėgstu padėti kitiems, jei atsitinka bėda, bet turiu vieną blogą dalyką. Kitąkart nepasitikiu savimi.”</p> <p>“Ir šiaip bandžiau vat pas psichologą, šiaip tai geras dalykas ir kažkiek padeda save pareguliuot. Man bent jau taip.”</p> <p>“Tarkim, ateini į darbą, nu aš nenoriu būt kaip sakyt, vidutiniokas, noriu kažkur visąlaik geriau. Darbe kiek dirbau, tai pradėdavau iniciatyvą rodyt.”</p>

Toliau aprašomos ir paaiškinamos pagrindinės temos, pasinaudojant iliustruojančiomis dalyvių citatomis. Tyrimo dalyvių kalba nebuvo redaguota, išskyrus pasakojimuose minimi vardai, vietovių ir įstaigų pavadinimai bei kita asmeniška informacija, siekiant išsaugoti anonimiškumą. Šalia temos pavadinimo skliaustuose pažymėta, keliuose interviu atsiskleidė aprašomi dalykai. Citatų pabaigoje skliausteliuose žymimas tyrimo dalyviui suteiktas vardas, o jų viduryje „(...)“ pažymėtos ilgesnės pauzės, arba, kad dalyvis juokiasi, gaudinasi ir panašiai.

3.1. Nepilnavertiškumo jausmas (4/5)

Beveik visi dalyviai, keturi iš penkių, vienaip ar kitaip išsireiškė, kad sirgdami depresija, jie jaučiasi nepilnavertiški. Tai apima turimus kompleksus, nepasitikėjimą savimi, ir jausmą, kad esi nepakankamas ar kažkuo netinkamas. Viena dalyvė reziūmavo ir pasakė, kad „*Depresija juk ir yra nepilnavertiškumo ir vienatvės liga. Tu niekam kaip ir nereikalingas, nieko vertas, savęs nuvertinimas, juk taip?*” (Ramunė). Jausmas, kad esi nepakankamas ar kažkuom prastesnis gali lydėti nuo vaikystės, kai tenka kompensuoti savo kompleksus kitu elgesiu: “*Atvirai pasakius, man kaip šaknis tokia, tai pasakysiu, toks nu, nepilnavertiškumo jausmas įkaltas, aš sau įsikalęs, todėl, kad aš mažesnio ūgio ir va kažkas tai man trukdė.*” (Valdas).

3.2. Vienatvė ir apleistumas (4/5)

Bene dažniausiai pasikartojanti tema dalyvių naratyvuose buvo vienatvės ir apleistumo jausmas, tiek dėl išorinių veiksnių, tiek dėl pačių pasirinkimo. Labiausiai trūksta bendravimo su žmonėmis, nes šeimos nariai ir draugai arba nutolę, arba nesupranta ką išgyvena sergantis depresija. Tai atsispindi Bronės pasakojime: “*Pavyzdžiui dabar dukra išvažiavus gyvena užsieny, sūnus jokiais būdais nesuvokia*

tokių dalykų, vyras taip pat nesuvokia. Nu tai, likusi viena, kaip sakant su ta liga. Tik tai tiek, kad aš pasiskambinu dukrai ir su dukra pašneku.” (Bronė). Likti vienam su liga nėra lengva: *“Nu kad sunku, nu tai aš esu viena, nes tėvai jau mirę, neturiu nei brolių, nei seserų.”* (Ramunė), nes trūksta taip reikalingo palaikymo. Apleistumo jausmas kyla, kuomet neturi bendraminčių ir jautiesi nesuprastas aplinkinių: *“Tokiems žmonėm aišku reikia juos suprantančių žmonių, bet tokių sunku rast. Gal užsisklendžiam mes dar daugiau savy, kai nerandam kas supranta.”* (Ramunė).

3.3. Trūksta aplinkinių supratimo ir palaikymo (5/5)

Visi tyrimo dalyviai kalbėjo apie stigmą, jaučiamą tiek iš nepažįstamų žmonių aplinkoje, tiek iš šeimos narių, kurie nuvertina sergančiųjų išgyvenimus ir jų nepalaiko. Kai kurių šeima depresijos net nelaiko liga: *“Jie (vyras ir sūnus) net nesuvokia, kaip aš galiu taip sirgt, kaip man taip gali būti. <...> sako, daugiau su tėvu išeikit, išvažiuokit kur va, ir nereikės vaistų gert <...> Jie skaitė taip - reiškia, jeigu tu susirgai depresija, tai yra tinginių liga.”* (Bronė). Kad depresija yra tinginių liga, dar tikrai galima išgirsti visuomenėje, o tai apsunkina pasiryžimą kreiptis pagalbos: *“Žinoma, žmonės kai kurie irgi būna patys kalti dėl to, kad jie nesikreipia pagalbos, nes jie bijo. Nes jie dauguma mato tai, yra nusiteikę, kad ta prasme tas gydymas, jeigu pasakys, kad yra psichinės kažkokios problemos, tai pagalvos, kad "va čia nesveikas", arba kad uždarys į kokią belangę su minkštom sienom. Tas toks sovietinis įsitikinimas.”* (Agnė). Su namiškiais nepavyksta pasidalinti savo išgyvenimais, nes jie nėra išklausomi, bet sumenkinami: *“Jos atsakymas buvo toks: “Tu neišsigalvok čia nesąmonių, čia jeigu depresija yra, tai tu eik kažką veikt”.*” (Gediminas). Dėl tokių aplinkinių reakcijų, kelios dalyvės išreiškė poreikį šviesti ir psichoeduoti visuomenę apie psichikos sveikatą ir jos sutrikimus. *“Aš tikrai manau, kad vat už tai ir aš sutikau šitą interviu daryti, nes nu manau, kad tikrai labai, labai svarbu šviesti visuomenę dėl šito dalyko. Nes nu ne be reikalo Lietuva sakau yra pirmaujanti Europoj savižudybių skaičiumi, kiek žinau. [Mhm]. Ir tikrai manau, kad tai yra labai svarbu.”* (Agnė)

3.4. Apatija arba kai “nieko nesinori” (4/5)

Apatija, arba kitaip tariant abejingumas, pasireiškia emocijų, motyvacijos ar entuziazmo trūkumu, kas girdėjosi daugumoje pasakojimų, sakant, kad jiems „nieko nesinori“. Dingsta susidomėjimas veiklomis, viskas pasidaro nebeįdomu, jaučiamas nuolatinis nuovargis ir mieguistumas: *“Nes būna jau kada vat rimtos depresijos tas vat epizodas rimtesnis, kad jau nieko nesinori, tik gulėti lovoj ir pramiegot tą visą laiką.”* (Agnė). Atrodo, kad nebėra gyvenimo džiaugsmo, tampi vangus ir abejingas: *“Visiška apatija, pyktis, bet ta apatija tai, ta prasme aš nemoku pasakyt. Nu apatija tai viskam, nieko daryt nenoriu, niekas neįdomu. Visiškai vienodai šviečia man viskas.”* (Gediminas). Apatija pasireiškėdavo sunkesniais depresijos epizodais, kai nepavykdavo lengvai prasiblaškyti.

3.5. Agresija prieš save ir kitus (4/5)

Agresija prieš save depresijos atveju pasireiškia per suicidiškumą, apie kurį kalbėjo dvi dalyvės. Viena yra turėjusi daugybę bandymų žudyti ir savižalos atvejų, o kitą bene kasdien aplanko mintys apie nenorą gyventi. Agnė griebėsi savižalos ir suicidinių bandymų po sunkių netekčių arba stipriai stresinėse situacijose: „*Bandyta daug kartų. Jau net negalėčiau realiai suskaičiuot. Vienuolikos metų tai buvo pirmas kartas. <...> Labai daug netekčių buvo atlaikyta. Tai va dėl to ir buvo tas pirmas bandymas. <...> Bet patys jau rimčiausi, kada jau ir greitajai teko įsikišti, ir policijai įsikišt, tai buvo Anglijoj.*“ (Agnė). Kiti dalyviai agresiją labiau jaučia kitiems, nes viska juos erzina: „*Aš visiškai nemokėjau pykt, ta prasme kažkoks grynai va, kaip man irgi draugai sakydavo, kad kažkoks tai gerumo įsikūnijimas. O dabar kažkaip ne. <...> Aš sakau kažkoks piktas labai pasidariau. Piktas... kažkoks nežmoniškas tiesiog.*“ (Gediminas). Ne taip pasakyti žodžiai gali išvesti išbalansuoti: „*Erzina visokie, ta prasme elementariausi dalykai gali išvest iš pusiausvyros. <...> jei suprasiu, kad man kažkaip ne taip tiko tas žodis - man kapieć. Nervai verda, visiškai išveda iš pusiausvyros.*“ (Gediminas) Neretai pasireiškiantys pykčio protrūčiai galimai tampa priešingybe, arba atsveriančia jėga depresijos sukeltai apatijai.

3.6. Slegiantis liūdesys ir depresijos našta (2/5)

Keliuose patyrimų naratyvuose buvo akcentuotas jaučiamas liūdesys, o depresija vaizduojama kaip slegianti sunki našta, dėl kurios nebėra gyvenimo džiaugsmo. Ramunė pasakoja, kaip jai depresija yra pastovus liūdesys ir nesibaigiančios problemos, kurios „vis kartojasi ir kartojasi“. Anot jos, tai labai vargina ir sunku išbūti be vaistų: „*Kada žmogui yra tiek užspausta ant pečių, tai ar koks nors gali žmogus iškentėti be vaistų? Kaip tą iškentėti galima - aš nežinau, kaip dar linksmam būt...*“ (Ramunė). Kuomet problemos „susikrauna į krūvą“ ir visko tampa per daug, gali blogai baigtis: *(po suicidinio bandymo) „Ir žodžiu, bet ten irgi susidėjo, kad tuo metu ir pinigų trūkumas, ir tas stresas, ir sveikata buvo jau pradėjus jau tą blogumą rodyt, kaip sakant. Ir šitą, kas dar buvo, kad senelis buvo mirštantis ligoninėj, mama buvo ligoninėj, sunkiai sirgo ir viskas susidėjo. Man nebuvo kaip grįžti, ką daryti ir vat tiesiog, jau kaip sakant protą pakirto.*“ (Agnė).

3.7. Smurtas ir nepriežiūra vaikystėje (3/5)

Trys dalyvės moterys atvirai papasakojo apie savo skaudžias vaikystės patirtis, augant su smurtaujančiais ir daug alkoholio vartojančiais tėvais. Viena moteris tiki, kad būtent dėl šių priežasčių jai ir prasidėjo depresija: „*<...> labai daug šeimoj nukentėta, ir tiek fizine esme dėl smurto, ir dėl alkoholizmo iš tėvo pusės. Tai jau va tas daugiausiai įtakos turėjo depresijai susiformuot <...>*“ (Agnė). Kitai sunku pasakoti apie vaikystę, kurios istorijoje girdisi fizinis ir emocinis apleistumas: „*Nu tai vaikystėj kaip, kaip sakiau, kada tėvai girtuokliavo, muštynės, baimė, viena, vidury miško palikta... sunku*

man pasakot tą vaikystę.” (Ramunė). Trečiosios moters vaikystė prabėgo vaikų globos namuose po ankstyvos mamos mirties, kurioje taip pat patirta daug smurto ir pažeminimo iš darbuotojų. Ji pasidalino vienu labiausiai į atmintį įsirežusiu prisiminimu: *“Aš buvau ketvirtoj klasėj ir mane auklėtoja primušė, prilupo ir aš tada mirusiai mamai laišką rašiau. Man ant tiek buvo skaudu. Aš rašiau: "Mama, aš pas tave ateisiu, aš nusiskandinsiu". Tai vat tas man iki šiol išlikęs šitas prisiminimas. Ir aš atsimenu auklėtoja pamatė, pagriebė tą popierių, perskaitė, sudraskė, nusivedė mane pas direktorių ir diržu prilupo.”* (Bronė). Patirtos vaikystės traumos nėra išgyventos ir kankina moteris visą jų gyvenimą.

3.8. Artimųjų netektys - lūžio taškas (3/5)

Minėtos dvi moterys ir vienas vaikinai kalbėjo apie ankstyvas arba netikėtas artimųjų žmonių mirtis, kurios taip pat stipriai sukrėtė ir turėjo įtaką susiformuoti depresijai. Vaikinui buvo taip sunku ir skaudu prisiminti ir pasakoti nuo ko jam prasidėjo depresija, kad jis tik užsiminė apie kažkieno netektį. *„O dieve... čia buvo apytiksliai prieš 12-13 metų tai tikrai. Po netekties viskas prasidėjo. (ilga pauzė) <...> Tai realiai viskas prasidėjo nuo to, kai... o dieve, man buvo toks įvykis ir aš nei prisimint, nei girdėt jo nebenoriu (nerviškai juokiasi).“* (Gediminas). Bronėi lūžio taškas buvo jos brolio dvynio savižudybė ir radusi jo kūną, moteris patyrė šoką ir neatsigauna ligi šiol. *“Ir paskui vieną dieną aš važiavau pas jį aplankyti ir radau jį. Pasikoręs buvo namie ir jau kūnas pradėjęs irti. (pauzė) Niekada nepamiršiu to vaizdo, ilgai sapnuodavau košmarus. Aš ten viską valyt turėjau, sutvarkyt. Nu labai baisu buvo. Tai čia 1998m. ir nuo tada man prasidėjo viskas.”* (Bronė). Po artimųjų netekčių, šie pašnekovai pradėjo jausti depresijos simptomus, o dalyvė Agnė būdama vos 11-os metų turėjo pirmąjį bandymą žudyti: *“Buvo netekta ir mylimos močiutės, ir dėdės mylimo, ir poros draugų, kurie žuvo. <...> Tai va dėl to ir buvo tas pirmas (suicidinis) bandymas.”* (Agnė). Artimųjų netektys galėjo tapti lūžio tašku jų gyvenimuose.

3.9. Bendruomeniškumas ir šeimos vertybės (1/5)

Vienintelis dalyvis Valdas apie savo vaikystę kalbėjo su nostalgija, šypsena veide ir prisiminė tik gražius įvykius, nepaisant tolesnių gyvenimo kelio vingių ir depresijos diagnozės. Jo pasakojime labiausiai atsispindėjo šeimos kolektyviškumas ir bendrumo jausmas: *“ <...> seserys tai...tos va vertybės...labai tėvam padėdavom. Būdavo leki iš moksly, iš darbo padėt tėvam tenai viską. Nu ir toks kolektyviškumo jausmas, kaip sako "Vienas už visus, visi už vieną". Va šitas va labai buvo išreikštai. Kadangi sunkiai augom, be šito būtume neišgyvenę.”* (Valdas). Vasaros atostogas leisdavo žaisdamas su kitais kaimo vaikais, uogaudamas su seserimis ar padėdamas dirbti tėvams namuose. Šeimos narių palaikymas ir bendruomeniškumas kūrė šeimos vertybes ir modelį savo paties šeimai. Vėliau Valdas pasakojo, kaip jam atrodo, kad šiais laikais žmonėms trūksta šeimos kaip vertybės įvertinimo ir daugiau bendravimo, pasidalinimo savo jausmais.

3.10. Depresijos įveika per darbą ir santykius (3/5)

Pasakojimuose atsispindėjo keletas depresijos įveikos būdų, kaip vieniems savijautą pagerinti padeda mėgstamas darbas ar hobiai, o kitiems depresiškumą atsveria santykiai ir rūpinimasis kitais. Pavyzdžiui, Ramunei padeda atrastas ryšys su gamta ir rūpinimasis gyvūnais: *“Nu aš ūkininkauju šiek tiek. Ir vat čia gyvūnėliai, avytės ir va visas šitas. Ir prie gamtos labai esu tokia, tai man tas labai iš tikrųjų ir padeda. Netgi verčia keltis ir eit, nes jie laukia. Yra kuo pasirūpint, tai tas man padeda.”* (Ramunė). Bronė save apibūdina taip: *“Esu labai draugiška, mėgstu padėti kitiems, jei atsitinka bėda, bet turiu vieną blogą dalyką. Kitąkart nepasitikiu savimi.”*, ir ji kaip minėjo yra linkusi kitais rūpintis labiau nei savimi, tačiau jai tai suteikia prasmingumo. Rūpinimasis tais, kuriems reikia pagalbos, Bronei atrodo kaip jos žmogiška pareiga, todėl savo nerimą ir depresines mintis gali nukreipti padedama kitiems. O Valdo darbštumas ir perfekcionizmo keliami aukšti standartai sau, skatino darbe jį imtis iniciatyvos ir kompensuoti depresijos keliamą vangumą ir motyvacijos trūkumą. Taigi, realizuodami save darbe ar kitose mėgstamose veiklose bei santykiuose su žmonėmis, depresija sergantys asmenys jautėsi bent kiek suvaldantis savo depresija ar užsimirštantys jos slegiančią našą.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šioje dalyje aptariami ir analizuojami gauti rezultatai, lyginant su kitais depresijos patyrimus atskleidžiančiais tyrimais bei remiantis psichologijos teorijomis apie depresiją. Tai leidžia geriau suprasti šio darbo rezultatų prasmę, privalumus ir trūkumus bei tolimesnių tyrimų svarbą. Aptariamos interviu metu išryškėjusios temos yra apjungiamos į depresijos patyrimą, santykių dinamiką ir savęs vaizdą.

Atlikus rezultatų analizę, paaiškėjo dešimt pagrindinių depresijos patyrimo ir santykių su kitais bei savęs vaizdo temų: *nepilnavertiškumo jausmas, vieatvė ir apleistumas, trūksta aplinkinių supratimo ir palaikymo, apatija arba „kai nieko nesinori“, agresija prieš save ir kitus, slegiantis liūdesys ir depresijos našta, smurtas ir nepriežiūra vaikystėje, artimųjų netektys – lūžio taškas, bendruomeniškumas ir šeimos vertybės, depresijos įveika per darbą ir santykius.*

Depresijos patyrimas

Apžvelgus rezultatus matoma, kad depresija pasireiškia per apatiją, agresiją ir liūdesį, nes sergantieji jaučiasi vieniši, nesuprasti ir slegiami ligos naštos. Anksčiau minėtame Petrulytės (2016) magistro darbe apie depresijos patyrimą ir gydymo suvokimą, žmonės taip pat kalbėjo apie apatiją, kai jiems nieko nesinori, ir apie vieatvė bei aplinkinių nusistatymą, kad depresija – tai tinginių liga. Apatija apima motyvacijos ir jėgų sumažėjimą, liga taip prislegia žmogų, kad jis nenori ir negali nieko veikti – tik gulėti lovoje. Tiek mano, tiek Petrulytės darbo dalyviai išreiškė poreikį daugiau edukuoti visuomenę apie depresiją, kad sumažinti stigmą ir baimę kreiptis pagalbos. Galbūt tai padidintų artimųjų palaikymą sergantiems ir palengvintų jų savijautą. Dabar tyrimo dalyviai su depresija “kovoja” vieni patys ir jaučia, kaip liga juos slegia, nes neturi su kuo pasidalinti išgyvenimais – žmonės nesupranta arba nebendruoja. Apie depresijos našta kalbėjo ir Weitkamp et al. (2016) tyrimo paaugliai Vokietijoje, kuriems taip pat sunku gyventi su liga ir jie pas specialistus kreipiasi tik kraštutiniu atveju. Nors mano kalbinti žmonės visi yra kreipęsi pas specialistus pagalbos, tačiau ne visiems jie patiko ir padėjo, o jaučiasi vis tiek vieniši.

Apie depresiją kaip agresijos išraišką pirmasis kalbėjo Freudas (1917), anot kurio, depresija yra neišreikštas ir į save nukreiptas pyktis dėl prarastų mylimų žmonių vaikystėje. Kuo labiau nuslopintas pyktis kitiems, tuo stipriau pasireiškia depresijos simptomai, kaip pavyzdžiui savižala ar stiprus savęs nuvertinimas. Mano tyrime kalbinti dalyviai, kurie papasakojo apie artimųjų netektis vaikystėje, taip pat minėjo ir bandymus žudyti arba pykčio protrūkius ant aplinkinių, kas sutampa su Freudu depresijos apibūdinimu. Tam įtakos galėjo turėti ne tik mylimų artimųjų netektys, bet ir nuo jų patirtas fizinis ir psichologinis smurtas. Literatūroje minimas stiprus ryšys tarp vaikystės traumų ar prievartos ir psichologinių problemų, kaip depresija, suaugus (Infurna et al., 2016). Vaikų nepriežiūra ir smurtas padidina riziką išsivystyti psichikos sutrikimams, net jeigu smurtas buvo tik stebimas ir nėra patirtas

tiesiogiai (Russell et al., 2010). Infurna et al. (2016) meta-analizė išsiaiškino, kad didžiausią įtaką depresijos susiformavimui turi psichologinis smurtas, apimantis žodinį žeminimą, galios demonstravimą ir išnaudojimą bei atstūmimą ir gėdinimą. Vaikystės patirtys, ypač santykis su tėvais, yra be galo svarbu susiformuoti vaiko prierašumui, kuris lemia tolimesnę raidą ir elgesį suaugus.

Išryškėjo ir depresijos įveikos tema, kuomet keli dalyviai pasidalino, kad jų mėgstama veikla ar darbas bei rūpinimasis kitais žmonėmis ar gyvūnais jiems padeda pasijusti geriau. Hobiai ar darbas prablaško niūrias mintis, nes kažką sukūrus ar padirbėjęs, jautiesi produktyvus, o artimų žmonių ar gyvūnų rūpinimasis suteikia prasmės ir jautiesi labiau reikalingas kitiems. Nei vienas dalyvis neminėjo, kad skiria laiko pasirūpinti savimi, nes arba nekyla rankos, arba to laiko nelieka, tačiau bendravimas ir rūpestis kitais nesunkus, jis kaip tik atsveria depresiškumo jausmus. Iš tikrųjų įdomu tai, kad tyrimo dalyviai gan mažai kalbėjo apie būdus, kaip jie tvarkosi su depresija, dauguma kaip savaime suprantama būdą įvardijo vaistus, tačiau kitų nepaminėjo. Pas psichologą lankėsi viena kita dalyvė ir joms tai dalinai padėjo, vienas vaikinai tik užsitarė savyje po nepavykusios konsultacijos, o kiti su psichologais nėra bendravę. Būtų įdomu daugiau patyrinėti, kodėl taip yra, ir išsiaiškinti sergančiųjų nuostatas dėl psichologinės pagalbos.

Santykių dinamika

Temos, kuriose atsispindi santykių dinamika, persipina su depresijos patyrimu ir apima vienatvę, apleistumo jausmą, supratimo ir palaikymo trūkumą, artimųjų netektis, bendruomeniškumą šeimoje bei apatiją ir liūdesį. Skaitant interviu transkriptus susidaro vaizdas, kad kalbinti žmonės ne(be) turi artimų santykių arba jiems sunku juos kurti ir išlaikyti. Keleto dalyvių svarbūs artimi žmonės netikėtai mirė ir jiems liko vos vienas kitas artimasis, keliems teko išsiskirti su antromis pusėmis dėl įvairių nesutarimų, o viena moters šeima smerkia antidepresantų vartojimą ir visai nesupranta jos ligos. Artimi šilti santykiai gerina savijautą ir apsaugo nuo depresijos arba sumažina jos simptomus, o prasti santykiai arba jų trūkumas situaciją pablogina (Santini et al., 2015). Todėl nekeista, kad kalbinti dalyviai jaučiasi vieniši ir liūdni, kuomet jų artimieji nesuteikia palaikymo arba tokių žmonių jie išvis neturi. Susikuria apleistumo jausmas, kai tenka vienam „kovoti“ su savo depresija, tampa sunkiau rasti motyvaciją sveikti.

Jau buvo kalbėta apie pirminio santykio su tėvais ar globėjais svarbą asmenybės ir psichikos raidai, tačiau svarbu tai vėl paminėti prie vaikystės traumų ir bendruomeniškumo temų. Iš dalyvių pasakojimų suprantu, kad dauguma neturėjo gero, saugaus santykio su tėvais dėl vienokių ar kitokių priežasčių, išskyrus Valdą, kuris užaugo stiprias vertybes turinčioje šeimoje. Vaikystėje patirtas arba matytas smurtas artimoje aplinkoje iškraipo vaiko įsivaizdavimą apie santykius ir galima kelti prielaidą, kad būtent dėl to ir nesiseka su artimais santykiais mano kalbintiems žmonės suaugus. Iškraipomi elgesio

modeliai, keliami neadekvatūs lūkesčiai sau arba kitiems, neišmokstama emocijų reguliavimo ir raiškos. Valdo istorijoje įamžinta šviesi, šilta vaikystė, tačiau jis vis tiek daug metų kenčia nuo depresijos ir dėl ligos nutrūko jo santuoka. Galimai tai nutiko dėl jam „užeinančios“ apatijos ir „neabejingumo kitiems“, kaip teigia jis pats. Taigi, net ir graži vaikystė negarantuoja gyvenimo „ilgai ir laimingai“, kaip pasakose.

Šilti santykiai vaikystėje nulemia sveiką asmenybės susiformavimą suaugus ir artimų santykių išlaikymą, kuris apsaugo nuo emocinių ir psichologinių sunkumų. Kalbinti depresija sergantys suaugę žmonės neturėjo šiltų santykių vaikystėje, nes patyrė fizinį ir emocinį smurtą artimoje aplinkoje. Jiems užaugus tapo sunkiau kurti ir išlaikyti artimus santykius, todėl dabar trūksta bendravimo ir palaikymo, nes žmonės nesupranta jų depresijos patyrimo. Net ir turėjus gerus santykių modelius vaikystėje, galima susirgti depresija ir jaustis vienišu dėl aplinkinių požiūrio į psichikos sveikatos sutrikimus. Stigmos mažinimui reikalinga psichoedukacija ir paskatinimas kreiptis pagalbos patiriant sunkumus.

Savęs vaizdas

Kalbėdami apie save, dalyviai labiausiai minėjo savo trūkumus ir pabrėžė besijaučiantys nepilnaverčiais, ką kompensuoja keliomis minėtomis teigiamomis savybėmis, kaip pavyzdžiui draugiškumas, nuoširdumas. Anot pirmųjų psichoanalitikų, nepilnavertiškumo kompleksas apima įsivaizdavimą, kad žmogus yra nepakankamas kitų atžvilgiu ir dėl to save labai nuvertina arba priešingai, per daug kompensuoja (American Psychological Association, 2022). Tai nėra retas reiškinys sergant depresija, kuomet sergantis asmenys vertina save neigiamai ir dėl mąstymo klaidų, kaip viskas arba nieko, akcentuoja tik savo trūkumus. Kuomet prasideda perdėtas kompensavimas ir siekiama aplinkinių patvirtinimo, kad esi pakankamas, tada prasideda priešingo komplekso – narcisizmo formavimasis. Turint narcisistinės asmenybės sutrikimą padidėja rizika susirgti ir depresija, dėl žemos savigarbos, tuštumos jausmo, tačiau sergant depresija ne visuomet pasireiškia ir narcisistinės tendencijos.

Keli dalyviai taipogi paminėjo, kad jiems patinka rūpintis kitais žmonėmis ar gyvūnais, nes dėl to jie jaučiasi reikalingi ir ne tokie beviltiški. Literatūroje atradau įdomų tyrimą apie ryšį tarp rūpesčio kitais ir pasveikimo nuo depresijos. LaFrance ir Stoppard (2006) apklausė depresija sergančias moteris apie jų depresijos patyrimus ir sveikimo kelią, kuris pasirodo nėra lengvas. Dalyvėms tenka kovoti su socialiniu spaudimu būti „gera moterimi“, paminant savo poreikius dėl primetamo moters tapatumo, tačiau pradėjus labiau rūpintis savimi ir kuriant sveikatą skatinantį tapatumą, jų depresijos simptomai ėmė lengvėti. Mano kalbinti dalyviai minėjo, kad neturi laiko pasirūpinti savimi, tačiau galbūt tai galėtų palengvinti jų depresijos sunkumus, jeigu daugiau skirtų laiko sau ir perimtų kontrolę eiti sveikimo link.

Iš esmės, sergantis depresija savęs vaizdą piešia negatyviai, ryškiausiai akcentuojant nepilnavertiškumo jausmą, tačiau sublyksi ir kelios teigiamos charakterio savybės bei rūpestis kitiems.

4.1. Rezultatų validumo ir patikimumo refleksija

Siekiant užtikrinti kuo geresnį rezultatų validumą ir patikimumą, buvo atlikti keli svarbūs žingsniai: aiškus duomenų rinkimo ir analizės metodų pristatymas, tyrėjos santykio su tiriamu fenomenu refleksija dienoraščio forma, konsultacijos su darbo vadove ir kolegomis studentėmis, rezultatų sutikrinimas su tyrimo dalyviais ir rezultatų temų analizė kitų tyrimų kontekste.

Nuolatinis reflektavimas ir dienoraščio rašymas man padėjo apsisaugoti nuo išankstinių nuostatų atliekant interviu ir analizuojant duomenis. Keletas ištraukų iš šio dienoraščio galima pamatyti antroje lentelėje (žr. 2 lentelė). Be savarankiško reflektavimo dar turėjau ir konsultacijas su darbo vadove prof. dr. G. Gudaite bei pokalbius su kurso kolegomis, kurios taip pat atlieka kokybinius magistro darbus. Bendrai šios konsultacijos man padėjo koreguoti savo tyrimo eigą, atrinktas rezultatų temas ir sukėlė minčių kur link šis tyrimas veda.

Manau, kad kitam kartui rinkčiausi kiek kitokius pusiau struktūruoto interviu klausimus, nes dėl anksčiau minėtų priežasčių buvo nutarta darbo temą pakeisti eigoje. Dėl to klausimas apie mėgstamiausią knygą gali pasirodyti netinkamas galutinei temai, nes jis buvo skirtas tapatumo atskleidimui pirminės temos pasirinkime. Ateityje, kaip pavyzdys, daugiau klausinėčiau apie patiriamą stigmą sergant depresija ir kaip geriausiai padėti aplinkiniams suprasti ir palaikyti sergančiuosius.

Rezultatų validavimas pasitikrinant su dalyviais yra vienas iš validumo užtikrinimo būdų, kai gautos temos yra perduodamos dalyviams pakomentuoti, ar teisingai perteiktos jų patirtys. Su dvejais tyrimo dalyviais iš psichiatrijos ligoninės dieninio stacionaro nepavyko susisiekti po rezultatų analizės, nes jie buvo išrašyti iš ligoninės. Trims telefonu kalbintiems dalyviams buvo išsiųsti (*messenger* žinutėmis) jų interviu temų aprašymai ir buvo gautas grįžtamasis ryšys ir dviejų. Jų nuomone tinkamai atskleidžiau jų depresijos patyrimą ir rezultatai jiems buvo suprantami ir tikslūs.

Taigi, nors tyrimo dalyvių imtis yra maža ir pasirinktais klausimais nepavyko išgauti sklandesnių naratyvų, o rezultatai dėl taikytų kokybinių metodų ir gan individualių depresijos patyrimų negali būti generalizuojami ir pritaikomi visiems depresija sergantiems Lietuvos suaugusiesiems – vis dėl to galima teigti, kad atskleisti rezultatai yra validūs, patikimi ir reikšmingi.

4.2. Tyrimo privalumai ir ribotumai

Manau, kad tyrimo imtis šiam magistro darbui yra pakankama, nors galėtų būti ir didesnė. Tačiau atsižvelgiant į tai, kad nėra daug panašios tematikos kokybinių tyrimų, nėra ir tikslesnių gairių dėl imties. Atskleistos šešios temos yra pakankamai plačios ir gilios, kad būtų galima kelti naujus klausimus ateities tyrimams ir dar nuodugniau tyrinėti lietuvių depresijos patirtis. Pasirinktas kokybinis metodas taip pat buvo tinkamas sprendimas, nes leido sužinoti subjektyvias dalyvių patirtis ir pažvelgti į asmeninius

depresijos išgyvenimus nesifokusuojant tik į simptomų kiekį ar panašiai. Atskleistos fenomeno temos parodo, kas sergantiems depresija yra svarbu, kas juos vargina ir į ką specialistai gali atkreipti dėmesį. Šis tyrimas praplėtė žinias apie depresiją ir patvirtino psichoedukacijos svarbą, kadangi visi dalyviai kalbėjo apie aplinkinius ir šeimą, kurie nesupranta depresijos ir neigiamai žiūri į psichikos sutrikimus. Todėl galima teigti, kad šio tyrimo rezultatai suteikė naudingos informacijos apie Lietuvoje ilgamete depresija sergančius suaugusius asmenis.

Kai kas gyvai ir nuotoliu atliktus interviu palaikytu trūkumu, kad nebuvo išlaikomos vienodos sąlygos pokalbiui, tačiau taip nutiko dėl susiklosčiusių *Covid-19* situacijos aplinkybių psichiatrinėje ligoninėje. Nemanau, kad gyvai ir telefonu atlikti interviu skiriasi taip reikšmingai, kad nebūtų galima lyginti duomenų – klausimus buvo stengtasi išlaikyti vienodus, o tai svarbesnis kokybės rodiklis. Kalbant apie pačius klausimus, sakyčiau kad tai yra vienas iš ribotumų, nes būčiau linkusi naudoti kitokius klausimus. Galbūt labiau paklausinėčiau apie ankstyvuosius santykius su globėja / motina, apie patirtis su aplinkiniais, ar yra tekę patirti diskriminaciją dėl ligos ir panašiai. Jaučiu, kad nepavyko atskleisti dalyvių santykių dinamikos ir savęs vaizdo taip giliai, kaip norėtusi – depresijos patyrimo aspektai juos kiek užgožė. Bet vėlgi, turėjau tik vieną, maždaug 45 min. trukusį pokalbį su žmogumi, todėl negalėjau aprėpti viso jo gyvenimo, nes nespėjome sukurti gilesnio santykio. Be to, norint pritaikyti gautus rezultatus platesnei populiacijai, reikėtų tai daryti atsargiai, nes kalbinta gan homogeniška klinikinė grupė. Rezultatų generalizavimui Lietuvos mastu reikėtų atlikti platesnį ir išsamesnį tyrimą, įtraukiant daugiau skirtingų asmenų, pavarijuoti pagal amžių, lytį, diagnozių ypatumus.

4.3. Įžvalgos tolesniems tyrimams ir praktiniam rezultatų pritaikymui

Šio tyrimo rezultatai leidžia geriau suprasti ir įsivaizduoti, ką patiria su ilgamete depresija gyvenantys Lietuvos žmonės, su kokiais sunkumais jie susiduria ir kaip liga neigiamai paveikia jų savęs vaizdą ir apriboja artimus santykius. Praktiškai iš kiekvienos temos arba jų porų galima atlikti po naują tyrimą, dar labiau gilinantis į šiuos depresijos aspektus. Manau, kad būtų įdomu pakalbinti artimuosius, kurių šeimoje yra sunkiai depresija sergantis narys, išsiaiškinti, kas trukdo artimesniam santykiui ir kaip jiems geriau suprasti ligą, kad palaikyti namiškį. Tolesni kokybiniai tyrimai galėtų patyrinti mūsų šalies visuomenės požiūrį į depresiją ir psichikos sveikatą apskritai, nes stigma dėl sutrikimų dar tikrai nėra dingusi ir neigiamo nusistatymo problema nėra išspręsta.

Šis ir panašūs tyrimai gali padėti labiau suprasti vis dar aukštus Lietuvos savižudybių rodiklius ir nemažėjančius psichikos sutrikimų sergamumo skaičius. Kuo geriau suprasime, ką išgyvena žmonės sergantys depresija ir klausime jų, kaip geriau galime padėti, ko jiems dar trūksta, tuomet gerės bendra sveikatos ir gerovės situacija šalyje. Manau, kad tai galima pasiekti atliekant kokybinius tyrimus ir

kalbinant sergančius apie jų patyrimus negu duoti užpildyti kelis klausimynus ir apskaičiuoti jų turimų simptomų skaičių ar dažnumą. Pirmiausia sveikatos specialistai turi rodyti pavyzdį ir eiti į santykį su žmonėmis, kuriems to santykio taip trūksta ir norisi, o paskui seks ir aplinkiniai. Šio darbo rezultatus galima pritaikyti praktikoje konsultuojant depresija sergančius asmenis, arba bendraujant su jų šeima ir paaiškinant, kaip jaučiasi ir ką išgyvena jų artimasis. Taip pat šie rezultatai gali būti naudingi ir patiems žmonėms su depresija, galbūt jie kitų istorijose atras save ir taip nesijaus tokie vieniši, pamatys, kad ir kitiems būna sunku. Tai padėtų skatinti pagalbos ieškojimą ir sustiprintų bendrystės ryšį aplinkoje.

IŠVADOS

1. Depresijos patyrimuose ryškiausiai atsiskleidžia vienatvė ir apleistumo jausmas, kylantys dėl to, kad nei šeima, nei aplinkiniai nesupranta ir nepalaiko sergančiųjų depresija. Juos nuolat slegia liūdesys, apatija ir agresija, galimai kylantys dėl smurto patirto vaikystėje ir išgyventų artimųjų netekčių.
2. Ryškia nuskambėjo ir nepilnavertiškumo jausmas, nusakantis bene visų dalyvių savęs vaizdą, tačiau keletas minėjo ir teigiamas savo charakterio savybes, kaip draugiškumas, nuoširdumas.
3. Dalyviai pasidalino savo depresijos įveikos būdai, kaip mėgstamas darbas ir rūpinimasis kitais žmonėmis ar turimais gyvūnais. Taip pat vienas dalyvis dalinosi šiltais vaikystės prisiminimais, augant bendruomeniškoje, stiprių vertybių šeimoje, kas labai skyrėsi nuo kitų dalyvių naratyvų.
4. Išryškėjo galutinės šios temos: 1) *Nepilnavertiškumo jausmas*, 2) *Vienatvė ir apleistumas*, 3) *Trūksta aplinkinių supratimo ir palaikymo*, 4) *Apatija arba „kai nieko nesinori“*, 5) *Agresija prieš save ir kitus*, 6) *Slegiantis liūdesys ir depresijos našta*, 7) *Smurtas ir nepriežiūra vaikystėje*, 8) *Artimųjų netektys – lūžio taškas*, 9) *Bendruomeniškumas ir šeimos vertybės*, 10) *Depresijos įveika per darbą ir santykius*.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- American Psychological Association. (2022). *APA Dictionary of Psychology*.
<https://dictionary.apa.org/inferiority-complex>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atviras Seimas. (2021). *Proveržis psichikos sveikatos sistemoje - kas turi būti kitaip?*
https://www.youtube.com/watch?v=GI9gi8mDGbM&ab_channel=AtvirasSeimas
- Bauer, J. J., McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2008). Narrative identity and eudaimonic well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 81–104. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9021-6>
- Beck, A. . (1979). *Cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cast, A. D., & Welch, B. K. (2015). Emotions and the self: Depression and identity change. *Sociological Quarterly*, 56(2), 237–266. <https://doi.org/10.1111/tsq.12085>
- Chomentauskas, G., Dereškevičiūtė, E., Kalanavičiūtė, G., Ališauskienė, R., & Paulauskaitė, K. (2021). The Impact of Quarantine on Emotions during the COVID-19 Pandemic. *The Open Psychology Journal*, 14(1), 273–285. <https://doi.org/10.2174/1874350102114010273>
- Cowen, P. J. (2008). Serotonin and depression: pathophysiological mechanism or marketing myth? *Trends in Pharmacological Sciences*, 29(9), 433–436. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2008.05.004>
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236–264.
<https://doi.org/10.1177/0011000006287390>
- Cruwys, T., & Gunaseelan, S. (2016). “Depression is who i am”: Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of Affective Disorders*, 189, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012>
- Eurostat. (2020). *Almost 8 in 10 suicides among men*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products->

eurostat-news/-/edn-20200910-1

- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard Edition*, 14(19).
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Hirschfeld, R. M. A. (2000). History and evolution of the monoamine hypothesis of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(SUPPL. 6), 4–6.
- Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H., & Lampert, T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: The role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS ONE*, 12(1), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169764>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866. <https://doi.org/S0042-96862004001100011>
- Lietuvos statistikos departamentas. (2020). *Lietuvos gyventojų sveikata*. <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/savo-sveikatos-vertinimas>
- MacKinnon, N. J., & Goulbourne, M. M. (2006). The affect control theory of emotions: The case of depression. In *Purpose, Meaning, and Action* (pp. 237–266).
- Mariarosaria Comunale. (2020). The persistently high rate of suicide in Lithuania: an updated view. *Discussion Paper Series*, 21. https://www.lb.lt/uploads/publications/docs/26464_4300f85d491043c2e4eaf555b89b2beb.pdf
- McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233–238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204–217.
- Merriam-Webster. (2021). *Merriam-Webster online dictionary*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary>

- Ornstein, P. H. (2002). Michael Balint then and now: A contemporary appraisal. *American Journal of Psychoanalysis*, 62(1), 25–35. <https://doi.org/10.1023/A:1017912006382>
- Petrulytė, L. (2016). Gyvenimas kai „nieko nenori“: asmeninis depresijos, kaip ligos, patyrimas (Master's thesis). Vytauto Didžiojo Universitetas. <https://hdl.handle.net/20.500.12259/125091>
- Robertson, A., Venter, C., & Botha, K. (2005). Narratives of depression. *South African Journal of Psychology*, 35(2), 331–345. <https://doi.org/10.1177/008124630503500210>
- Routledge, R., & Robson, M. (2014). *INVESTIGATION ON SELF-IMAGE IN YOUNG*.
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 175, 53-65.
- Sharabi, L. L., Delaney, A. L., & Knobloch, L. K. (2016). In their own words: How clinical depression affects romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(4), 421-448.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Tajfel, H. (1974). Social identity and Intergroup behaviour. *Social Science Information*, 13, 65–93.
- Teo, A. R., Choi, H., & Valenstein, M. (2013). Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PloS one*, 8(4), e62396.
- Valstybinis psichikos sveikatos centras. (2020). *Psichikos ir elgesio sutrikimų statistika*. <https://vpssc.lrv.lt/lt/statistika/psichikos-ir-elgesio-sutrikimu-statistika>
- Vijayakumar, L. (2015). Suicide in women. *Indian Journal of Psychiatry*, 57, 233–238. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161484>
- Wagner, K. D. (2006). Outcomes for children of depressed parents. *Psychiatric Times*, 23(14).

- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 Years later. *American Journal of Psychiatry*, *163*(6), 1001–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>
- Weitkamp, K., Klein, E., & Midgley, N. (2016). The experience of depression: A qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. *Global qualitative nursing research*, *3*, 1-12. DOI: 10.1177/2333393616649548
- Wisdom, J. P., Saedi, G. A., Weis, T., & Green, C. A. (2008). ‘Stealing me from myself’: identity and recovery in personal accounts of mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*, 489–495.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., Adams, M. J., Agerbo, E., Air, T. M., Andlauer, T. M. F., Bacanu, S. A., Bækvad-Hansen, M., Beekman, A. F. T., Bigdeli, T. B., Binder, E. B., Blackwood, D. R. H., Bryois, J., Buttenschøn, H. N., Bybjerg-Grauholm, J., ... Sullivan, P. F. (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, *50*(5), 668–681. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3>

PRIEDAI

1. Priedas. Tyrimo dalyvių informavimo ir sutikimo formų pavyzdžiai

TIRIAMOJO ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto klinikinės psichologijos studentė Gustė Kalanavičiūtė baigiamojo magistrinio darbo rengimo metu atliks kokybinį tyrimą, skirtą per pasakojimą atskleisti, depresija sergančių žmonių patyrimus, jų santykius su savimi ir kitais bei jų savęs vaizdą.

Tyrimas bus atliekamas naudojant pusiau struktūruotą interviu metodą, pokalbį įrašant diktofonu ir vėliau transkribuojant analizei. Transkribuotas tekstas bus analizuojamas ir saugojamas kompiuteryje užkoduotame aplanke. Atlikus duomenų analizę ir aprašius tyrimą, atliktų interviu įrašai bus sunaikinami. Numatoma interviu trukmė yra apie 45 - 50 min. Tyrimo metu gauti rezultatai bus apibendrinti ir panaudoti studijų tikslams. Visi asmeniniai duomenys (vardai, pavardės, vietovardžiai) ir kiti asmeninę informaciją identifikuojantys žodžiai bus pakeisti, todėl yra užtikrinamas anonimiškumas. Jūs turite teisę atsisakyti dalyvauti arba pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu. Galimi tyrimo nepatogumai yra laiko skyrimas interviu.

Norėdami sužinoti daugiau apie tyrimą, rezultatus ar iškilus neaiškumams, galite susisiekti su tyrėja Guste Kalanavičiūtė el. paštu: gustekala@gmail.com

Tiriamąjo vardas, pavardė (parašas) _____

Tyrėja (parašas) Gustė Kalanavičiūtė

Darbo mokslinė vadovė (parašas) Prof. dr. Gražina Gudaitė

TIRIAMOJO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš, sutinku dalyvauti Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto klinikinės psichologijos studentės Gustės Kalanavičiūtės atliekamame tyrime, skirtame per pasakojimą atskleisti, depresija sergančių žmonių patyrimus, jų santykius su savimi ir kitais bei jų savęs vaizdą.

Tiriamajo asmens vardas, pavardė

Data

Parašas

2. Priedas. Transkribuoto ir sukoduoto interviu pavyzdys

	1	[0:00:00.0] T: Papasakokite, kokia yra būtent jūsų depresija, kaip jūs su ja gyvenat? Kaip jums pasireiškia? Savais žodžiais.
..Gyvenimo rūpesčiai atima gyvenimo džiaugsmą	}	2
..Problemos su girtaujančiais tėvais		
..Gyvenimo rūpesčiai atima gyvenimo džiaugsmą		
..Gyvenimo rūpesčiai atima gyvenimo džiaugsmą	}	3
..Gyvenimo rūpesčiai atima gyvenimo džiaugsmą		
..Psichologai supranta ir išmoko savireguliacijos	}	4
..Dažnos suicidinės mintys, bandymų nebuvę		
..Uleka apatija ir liūdesys	}	5
..Noisi gulėti lovoje ir slėptis po kalda		
..Mama nesuprato ir nepalaukė, o artimųjų nebėra	}	6
	7	T: Minčių visokių?
	8	P: [0:03:41.0] Taip. Minčių.
	9	T: O bandymų ar yra buvę?
	10	P: [0:03:46.8] Nu ne, nėra, bet minčių tai tikrai. Kasdien galima sakyti tokių minčių yra.
	11	T: Tiek daug metų ir kasdien... tikrai sunku.
	12	P: [0:04:07.2] Nu kad sunku, nu tai aš esu viena, nes tėvai jau mirę, neturiu nei brolių, nei seserų. Turiu vieną sūnų, tam 28 metai, ligotas yra, po dviejų infarktų jau. Bet geria, geria, nu rūko, geria, tai čia... vienu žodžiu, gyvena tokį gyvenimą,

1/5

..Mama nesuprato ir nepalaikė, o artimųjų nebėra

..Gyvenimo rūpesčiai atima gyvenimo džiaugsmą

..Vienatvė ir smurtas

..„Depresija yra nepilnavertiškumo ir vienatvės liga“

..Padeda mėgstama veikla - rūpinimasis gyvūnais

..Sunku rasti suprantančius draugus

kad kiekvieną dieną aš nežinau ar jis atsibus. Tai ar čia gali žmogus normaliai gyvent? Ne. Tai vat aš taip ir galvoju logiškai. Kada žmogui yra tiek daug užspausta ant pečių, tai ir nu, ar čia koks nors gali žmogus iškentėti ir be... be vaistų? Ir kaip tą iškentėt, aš nežinau, kaip dar galima linksmam būt. Kuo čia džiaugtis?

13 T: Suprantu jus, bet va dar esat čia, praėjot visą tą...

14 P: Mhm...

15 T: [0:05:23.9] Sakėt vaikystėj labai daug visko buvo, tų sunkių patirčių. Gal kažką daugiau papasakotumėt? Nu nuo ko viskas prasidėjo, kaip tas gyvenimas bėgo?

16 P: [0:05:37.6] Nu tai vaikystėj kaip, kaip sakiau, kada tėval girtuokliavo, muštynės, baimė, viena, vidury miško palikta... sunku man pasakot tą vaikystę.

17 T: Sunku prisiminti, kai taip skaudu?

18 P: [0:06:07.2] Taip.

19 T: O kaip po to, po mokyklos?

20 P: [0:06:18.0] Po mokyklos, nu tai kaip ir minėjau prie to priėjau, kad reikėjo (kažko), dar gulėjau ligoninėj, o po ligoninės nu tai nieko buvo kurį laiką. Mokiausi, įstojau ir baigiau, ir profesiją įsigijau, ir dirbau, ir apsigyviau, ir sūnus gimė. Bet tos vedybos irgi... išsiskyrėm su vyru, vat irgi, vienu žodžiu ir vėl, ir vėl, ir vėl. Išsiskyrėm, mama sunkiai susirgo, vaikas sirgo, nu ir taip toliau. Vienu žodžiu, toks va gyvenimas, kad aš nežinau kuo čia galima džiaugtis. Liūdesys, liūdesys, liūdesys, vėl jis žmogų užgula ir sugniuždo. Nu tai ir depresija, aš manau, yra tokia nepilnavertiškumo ir vienatvės liga. [Mhm] Tu niekam kaip ir nereikalingas, nieko vertas, savęs nuvertinimas, juk taip?

21 T: Norisi atsiribot nuo visų, kaip sakot užsiklot ir būt vienam.

22 P: [0:07:41.9] Taip. Kas padeda, dar norėčiau pasakyti ir ir dabar aišku padeda, dabar man geriau šiuo metu išvis, kaip pasakyt, nėra taip labai blogai. Neskaitant šito dalyko, kad su sūnum bėdos, nu tai čia taip, labai sunku. Bet padeda įdomi veikla, mėgstamas darbas.

23 T: O ką dirbat jūs?

24 P: [0:08:17.2] Nu aš ūkininkauju šiek tiek. Ir vat čia gyvūnėliai, avytės ir va visos šitas. Ir prie gamtos labai esu tokia, tai man tas labai iš tikrųjų ir padeda. Netgi verčia keltis ir eiti, nes jie laukia. Yra kuo pasirūpinti, tai tas man padeda.

25 T: O iš žmonių ar turit, kas palaiko, su kuo pasikalbėt galit?

26 P: [0:08:54.3] Nu teta dar yra gyva, va toks ir iš žmonių. Ir-

..Sunku rasti suprantančius draugus
..Nesupranta, kaip nepraeina liūdesys
..Norėtusi anoniminės depresijos grupės pasikalbėti

..Nepasitikinti savimi ir nelaiminga
..Atrodo, kad likimas siunčia kliūtis

..Sunku rasti suprantančius draugus
..Kai kiti nesupranta, užsidarai savyje

ir-ir draugę dar čia turiu, nu tai ne kiekvienas žmogus labai šitą supranta. Čia sunku, kaip pasakyt ypač, nežinau, kaime gal dar gyvenant, tai ne kiekvienas tikrai supranta ir kas su tuo nesisdūręs, tai irgi nesupras. [Mhm]. Nelabai. Šiaip tai aišku norisi pasikalbėt, norisi aš nežinau, kad būtų grupės va kaip anonimių alkoholikų tos grupės, kur jie renkasi. Tai čia panašiai ir šitom ligom žmonės sergantys, kad galėtų susirinkt vat savo kažkaip pasikalbėt grupelėm kažkur, ar su dalyvaujant psichologu kažkaip tai, ar aš manau, kad būtų labai faina tokie dalykai. O gal ir yra kur nors?

27 **T: Nu iš tikrųjų yra, tik aš kiek žinau, ten mokama.**

28 **P: [0:10:18.4] Mhm. Taigi vat. Ne visi irgi tų pinigų taip jau daug turi.**

29 **T: Pas psichologus galima ir nemokamai eit, tik ribotas skaičius tų konsultacijų.**

30 **P: [0:10:33.0] Mhm. Mhm.**

31 **T: Ir sakėt, jum padėjo kai lankėtės.**

32 **P: [0:10:38.9] Nu taip, padėjo. Padėjo, padėjo. Aš tuo irgi remiuosi kasdienybėj dabar.**

33 **T: Tuo ką išmokė?**

34 **P: [0:10:51.7] Taip. Taip.**

35 **T: O prieš tai dar minėjot, kad nu va ta depresija yra su tuo tokiu vienišumu, nepilnavertiškumu susijus. O jeigu reikėtų jums save apibūdinti, vat kokia jūs esat, keliais žodžiais. Pabandykit.**

36 **P: [0:11:13.9] Nu nežinau, gal ir esu tokia. Savim nelabai pasitikinti, nu... nelaiminga kažkokia tai (juokiasi). Kaip sako, toks likimas, gal sakytiau, kad tikrai. Čia gal ne apibūdinimas, bet kad...**

37 **T: Bet jum taip jaučiasi?**

38 **P: [0:11:42.9] Taip, kad visokių tų kliūčių kaip tyčia. Atrodo kitiem ir nėra nieko, ir tiek. Galbūt tik atrodo, galbūt yra ir dar sunkiau žmonėm. Bet va aplinkui kai apsidairai, tai... (paузė) [Mhm] Nežinau.**

39 **T: Dar ką nors sugalvotumėt?**

40 **P: [0:12:15.3] Nu nežinau ką aš čia galiu dar labai... Tiesiog žmonėm reikia, kaip čia pasakyt, tokiem žmonėm aišku reikia juo suprantančių žmonių. Bet tokių, tokių sunku rast. Čia ne parduotuvė, kad nuėjai ir nusipirka tokį draugą. Tokių sunku rast. Gal užsisklendžiam mes dar daugiau savy, kai nerandam kas supranta. (paузė) Nežinau. Veiklos reikia.**

41 **T: Taip, mėgstama veikla, kaip ir minėjot, labai padeda.**

...Nesupranta, kaip nepraeina liūdesys

...Nepripažindami problemų, žmonės gydos alkoholiu

...Nepripažindami problemų, žmonės gydos alkoholiu

...Mama nesuprato ir nepalaikė, o artimųjų nebėra

...Norisi pigesnės ir prieinamesnės psich. pagalbos

42 **P:** [0:13:05.0] Taip, taip. Bet kai jau užėina kitąsyk, tai vat aišku, kai jau nieko nebereikia, tai nieko. Irgi sunku. Kas susidūręs, tai yra baisus dalykas.

43 **T:** O kaip jum atrodo, ko labiausiai nesupranta vat kiti žmonės?

44 **P:** [0:13:38.6] Tai nesupranta kas tai per depresija.

45 **T:** Bet ar kažko konkretaus, kaip būsenos ar apskritai diagnozės?

46 **P:** [0:13:53.4] Net nežinau, nu tiesiog nesupranta, nu tikrai. Būsenos gal sakyčiau, nu aišku nu. Gal daug kam būna kitąsyk tokie va liūdesio ar nepasisekimų, jų būna ir kitiem žmonėm, bet kažkaip praeina. Vat ir jie nesupranta, kaip čia nepraeina. [Mhm]. Daug kas gydos alkoholiu, čia ne paslaptis, ypač kaime. Kaip sakant čia irgi antidepressantas jiem. Nu tai va linksma ir gerai tada. O jeigu ne, tai-tai jiem vaistų nereikia, o čia kitaip gaunasi.

47 **T:** Tai ne visi net pripažįsta, kad jiem blogai.

48 **P:** [0:14:54.6] Ne, ne. Tai galimas dalykas kaip sako, kad gal ir daugiau tų tikrai yra sergančių žmonių, bet nepripažįsta ir jie geriau griebiasi, ypač vyrai, nors ir moterys, tos taurelės. Ir taip va gyvena, čia gal dar blogiau.

49 **T:** Jo, čia jau kita problema, kai nesikreipia pagalbos ir patys gydos va taip.

50 **P:** [0:15:23.0] Nesupranta ir gal nenori.

51 **T:** O kaip jūs kreipėtės pagalbos?

52 **P:** [0:15:33.2] Tai vat ir minėjau, čia mano toj paauglystėj buvo, kad mama iškvietė, kai matė, kad aš nieko nebenori, nebesikeliu, nebevalgau, nebe... labai blogai buvo. Aš pati nesikreipiau.

53 **T:** Ir paskui kai gydytojai išsiaiškino kas yra ir kaip tada mama ir kiti artimieji reagavo?

54 **P:** [0:16:03.7] Nesuprato irgi. Su mama mes irgi nelabai sutarėm, nesuprato manęs. Tai va čia gal irgi buvo tas kitas minusas, kad mama nesuprato. Buvau nesuprasta.

55 **T:** Tas tikrai stipriai girdisi iš jūsų, kad aplinkiniai nesupranta ir tada sunkiau bendraut.

56 **P:** [0:16:34.4] Taip. Suprantančių mažai yra. Tai taip psichologai, bet kad juos sunku pasiekti ir iš tikrųjų ir mokamai būna ir-ir ypač iš kaimo jeigu žmonėm, tai sunkiau kažkaip tai.

57 **T:** Mhm, turbūt mažiau ten tų specialistų.

..Vyresni žmonės nesupranta psichinės sveikatos

58 P: [0:17:10.2] Tai vat.

59 T: Reikia ir visuomenę šviesti, kad negalvotų, jog depresija - tinginų liga, ar girdit kada taip sakant žmones?

60 P: [0:17:26.5] Nu taip. Visokių tokių yra, bet kaip čia tą visuomenę nušviesti, tai aš nežinau. Kurie jau vyresni žmonės, kaip vat senesni sakom, tai nelabai gal ir supras tokių dalykų. Sudėtinga jiems paaiškinti (juokiasi). Jaunimas gal, gal kitaip dabar viskas.

61 T: Iš tiesų, daugiau dabar kalba žmonės apie psichikos sveikatą. Bent jau kalba ir domisi, o ne imasi gydytis savaip.

62 P: [0:18:18.5] Aha, gerai, bandykit jūs šviesti tada (juokiasi).

63 T: Gal dar kažką turit pridėt? Kas jums atrodo svarbu vat pasidalinti.

64 P: [0:18:30.3] Tai vą tą sakau aš, kaip ir pradžioj sakiau - koks gyvenimas, tokia žmogaus ir savijauta gal. Kai tikrai daug visokių bėdų užgriūna, tai kaip tu gali šypsotis ar ten būt laimingas ir neliūdėt? O depresija tai liūdesys ir yra. Pastovus liūdesys, pereini, pereini... visokie nepasisekimai, nu juk visiem būna, aišku čia kad gyvenime negali išvengt tų dalykų.

..Lieka apatija ir liūdesys

65 T: Taip, vienį vienaip reaguoja, kitiem sunkiau.

..Norisi pigesnės ir prieinamesnės psich. pagalbos

66 P: [0:19:16.0] Tai taip. Psichologų pagalbos reikia, kažkaip daugiau prieinamesnės gal ar kaip. Irgi padeda. Ypač kaimuose reikia. Tai vat. (pauzė)

67 T: Tai gerai, iš manęs tiek. Ačiū, kad pasidalinot svarbiais dalykais.

68 P: [0:20:08.3] Nu gal kažkaip padėsiu. Švieskit, švieskit žmones (juokiasi). Reikalinga pagalba. Tai vat.

69 T: Gerai, tada sėkmės ir viso.

70 P: [0:20:22.9] Ačiū, jum irgi. Viso.

3. Priedas. Pusiau struktūruoto interviu klausimai

1. Papasakokite, kokia yra **jūsų** depresija, kaip ji jums pasireiškia?
2. Nuo ko viskas prasidėjo ir kaip bėgant laikui keitėsi jūsų depresiškumas?
3. Papasakokite apie savo vaikystę, ką svarbiausio prisimenate? Kokie buvo jūsų santykiai su šeima, draugais?
4. Kuo dabar užsiimate gyvenime? Ką veikiate laisvalaikiu?
5. Ar mėgstate skaityti? Kokia jūsų mėgstamiausia knyga ir kodėl?
6. Kaip apibūdintumėte save keliais žodžiais? Ar visada taip apie save galvojote?
7. Kaip apibūdintumėte artimiausius savo žmones?
8. Ar dar turite ką pridėti?

4. Priedas. Demografinių duomenų anketa

Demografinė anketa

Dalyvio kodas _____ Lytis _____ Amžius _____

Pastabos _____ Data _____

1. **Kokia ligos diagnozė:** _____
2. **Kada buvo diagnozuota:** _____
3. **Gretutiniai psichikos sutrikimai:** _____
4. **Vartojami vaistai:** _____
5. **Išsilavinimas (pabraukti):** vidurinis / aukštesnysis (profesinis) / aukštasis (universitetinis)