

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Erika Kazakova

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Depresiškai besijaučiančių klientų verkimo psichoterapijoje
sąsajos su terapiniu aljansu ir savijauta po verkimo**

Darbo vadovė: doc. dr. Neringa Grigutytė

Vilnius
2020

Turinys

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	6
PRATARMĖ	8
1. ĮVADAS.....	9
1.1. Verkimas ir depresija.....	9
1.1.1. Ryšys tarp verkimo ir depresijos.....	9
1.1.2. Lyčių skirtumai depresija sergančiųjų verkime	12
1.1.3. Veiksniai, turintys įtakos depresija sergančių žmonių verkimui	12
1.1.4. Depresija ir savijautos pokyčiai po verkimo	14
1.2. Verkimas psichoterapijoje.....	15
1.2.1. Verkimo paplitimas psichoterapijoje	15
1.2.2. Teorinės verkimo funkcijų psichoterapijoje interpretacijos	16
1.2.3. Terapeutų nuostatos klientų verkimo atžvilgiu bei taikomos intervencijos	18
1.3. Depresiškai besijaučiančių klientų terapinis aljansas	19
1.4. Verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje ir terapinis aljansas	21
2. TYRIMO METODIKA.....	25
2.1. Tyrimo dalyviai	25
2.2. Tyrimo instrumentai	25
2.2.1. Verkimo terapijoje apklausa	25
2.2.2. Becko depresijos skalė-II.....	29
2.2.3. Terapinio aljanso skalė, trumpoji versija.....	30
2.2.4. Papildomi klausimai	32
2.3. Tyrimo eiga	32
2.4. Duomenų analizė	33
3. REZULTATAI.....	34
3.1. Polinkio į verkimą terapijoje bei savijautos po verkimo terapijoje palyginimas su polinkiu į verkimą gyvenime ir savijauta po verkimo gyvenime	34

3.2. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje tarpusavio sąsajos bei sąsajos su verkimu gyvenime ir savijauta po verkimo gyvenime	36
3.3. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su depresiškumu	36
3.4. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su terapiniu aljansu	37
3.5. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su lytimi, amžiumi ir terapijos lankymo trukme	38
3.6. Savijautą po verkimo terapijoje prognozuojantys veiksniai	39
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	41
4.1. Tyrimo rezultatų aptarimas	41
4.1.1. Ar polinkis į verkimą bei savijauta po verkimo terapijoje ir gyvenime skiriasi?	41
4.1.2. Ar verkimas terapijoje ir savijauta po verkimo terapijoje yra susiję tarpusavyje bei su verkimu gyvenime, savijauta po verkimo gyvenime?	41
4.1.3. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su depresiškumu?	42
4.1.4. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su terapiniu aljansu?	44
4.1.5. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su lytimi, amžiumi ir terapijos lankymo trukme?	45
4.1.6. Ar verkimo terapijoje charakteristikos, savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumas, terapinis aljansas, lytis, amžius ir terapijos lankymo trukmė prognozuoja savijautą po verkimo terapijoje?	47
4.2. Tyrimo ribotumai bei tolimesnių tyrimų kryptys	47
IŠVADOS.....	50
LITERATŪRA	51
PRIEDAI	59
1 priedas. Verkimo gyvenime charakteristikų ir savijautos po verkimo gyvenime sąsajos	59
2 priedas. Verkimo gyvenime charakteristikų ir savijautos po verkimo gyvenime sąsajos su depresiškumu	59
3 priedas. Verkiančių ir neverkiančių terapijoje palyginimas pagal atskirus terapinio aljanso komponentus	59
4 priedas. Verkimo terapijoje charakteristikų ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su atskirais terapinio aljanso komponentais.....	60
5 priedas. Vyrų ir moterų palyginimas pagal verkimo gyvenime charakteristikas ir savijautą po verkimo gyvenime	60
6 priedas. Verkimo gyvenime charakteristikų ir savijautos po verkimo gyvenime sąsajos su amžiumi	61

SANTRAUKA

Šio darbo tyrime buvo nagrinėjama, kaip depresiškai besijaučiančių klientų verkimas psichoterapijoje ir savijauta po jo yra susiję tarpusavyje bei su depresiškumu, terapiniu aljansu, lytimi, amžiumi ir terapijos lankymo trukme, taip pat – tikrinama, kurie iš šių veiksnių prognozuoja savijautą po verkimo terapijoje. Tyrime dalyvavo 120 žmonių (34 vyrai ir 86 moterys): iš jų 77 verkiantys terapijoje ir 43 – neverkiantys terapijoje. Tiriamieji pildė Verkimo terapijoje apklausą, Becko depresijos skalę-II bei Terapinio aljanso skalės trumpąją versiją. Rezultatai parodė, kad verkiantys terapijoje klientai pasižymi didesniu verkimo gyvenime, nei verkimo terapijoje, polinkiu, tačiau jų savijauta po verkimo terapijoje ir gyvenime nesiskiria. Verkiantys terapijoje pasižymėjo didesnėmis verkimo gyvenime charakteristikomis bei terapiniu aljansu nei neverkiantys, taip pat jie buvo vyresni, ilgiau lankantys terapiją, ir tarp jų didesnė dalis moterų, nei vyrų; pagal savijautą po verkimo gyvenime ir depresiškumą šios dvi grupės nesiskyrė. Verkiančių imtyje verkimo terapijoje charakteristikos buvo teigiamai susijusios su verkimo gyvenime charakteristikomis, bet nesusijusios su depresiškumu, terapiniu aljansu ir amžiumi; su terapijos lankymo trukme iš verkimo terapijoje charakteristikų buvo susijęs (neigiamai) tik verkimo dažnis. Savijauta po verkimo terapijoje buvo teigiamai susijusi su savijauta po verkimo gyvenime ir terapiniu aljansu, neigiamai – su depresiškumu, ir nebuvo susijusi su amžiumi ir terapijos lankymo trukme. Tarpusavyje verkimo charakteristikos ir savijauta po verkimo terapijoje susijusios nebuvo. Moterys pasižymėjo didesniu verkimo terapijoje polinkiu, nei vyrai, tačiau pagal verkimo dažnį bei savijautą po verkimo terapijoje lytis nesiskyrė. Rezultatai taip pat parodė, kad savijautą po verkimo terapijoje prognozavo savijauta po verkimo gyvenime ir terapinis aljansas.

Raktiniai žodžiai: *depresiškai besijaučiantys klientai, verkimas terapijoje, savijauta po verkimo, terapinis aljansas*

SUMMARY

This study examined how crying in psychotherapy and mood after crying in depressed clients were related to each other and to severity of depressive symptoms, therapeutic alliance, age, gender and duration of therapy attendance; it was also examined whether these variables predict mood after crying in therapy. 120 depressed clients (34 males and 86 females) participated in the study: 77 of them - crying in therapy, 43 – non-crying in therapy. Participants completed the Crying in Therapy Survey, Beck Depression Inventory-II and Working Alliance Inventory–Short Form. The results of this study have shown that the crying tendency is higher in daily life than in therapy, whereas mood after crying in therapy and in daily life do not differ. Crying in therapy sample demonstrated higher crying in daily life characteristics and therapeutic alliance than non-crying in therapy sample; they were also older and attending the therapy for a longer time, and there were a larger percent of females than males among them. Crying and non-crying in therapy samples did not differ by a mood after crying in daily life and severity of depressive symptoms. In crying in therapy sample crying in therapy characteristics were positively related to crying in daily life characteristics and not related to severity of depressive symptoms, therapeutic alliance and age; among crying in therapy characteristics only the crying frequency was related (negatively) to duration of therapy attendance. Mood after crying in therapy was positively related to mood after crying in daily life and therapeutic alliance, negatively – to severity of depressive symptoms, and was not related to age and duration of therapy attendance. Crying in therapy characteristics and mood after crying in therapy were not related. Females demonstrated higher crying in therapy tendency than males but these two groups did not differ by the crying frequency and mood after crying in therapy. Results have also shown that the mood after crying in therapy is predicted by the mood after crying in daily life and therapeutic alliance.

Key words: depressed clients, crying in therapy, mood after crying, therapeutic alliance

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Depresiškai besijaučiantys žmonės. Šiame darbe tai žmonės, kurie subjektyviai įvertina savo savijauta kaip depresišką ir jau mažiausiai 2 savaites kenčia nuo depresijos simptomų; jie gali turėti arba neturėti depresijos diagnozės. Šiame darbe taip pat bus sinonimiškai vartojamas ir terminas *Depresija*, tačiau daugiausia tyrimams apie klinikinę depresiją sergančių pacientų imtis aprašyti. (*Depresija* (*angl.* depression; *lot.* depressio – prislėgtumas) - tai nuotaikos sutrikimas, kurio pagrindiniai požymiai bei diagnostikos kriterijai pagal TLK-10 yra liūdna nuotaika, interesų ir pasitenkinimo veikla sumažėjimas, sumažėjusi energija, mažas aktyvumas ir padidėjęs nuovargis (TLK-10, 2015)).

Psichoterapija / terapija (*angl.* psychotherapy / therapy). Šiame darbe kalbant apie psichoterapiją dažniausiai bus vartojamas būtent trumpinys *terapija* ir, atitinkamai – *terapeutas*. Tačiau šio tyrimo imtį sudarys ne tik žmonės, lankantys psichoterapiją, bet ir psichologinį konsultavimą (plačiau apie tai 2.2.4 skyriuje) jau mažiausiai 3 mėnesius.

Savijauta po verkimo (*angl.* post-crying mood change / mood change after crying) – tai bendros individo savijautos pokytis po verkimo epizodo palyginus su tuo, kaip buvo prieš pat verkimą (Vingerhoets & Becht, 1996). Šiame darbe dažnai bus atskirai vartojamos sąvokos *Savijauta po verkimo gyvenime* ir *Savijauta po verkimo terapijoje* savijautos pokyčiams po verkimo gyvenime ir terapijoje aprašyti.

Terapinis aljansas (*angl.* therapeutic alliance) – tai teigiamas emocinis ryšys tarp kliento ir terapeuto bei jų tarpusavio sutarimas dėl gydymo tikslų ir užduočių (Bordin, 1979).

Verkimas (*angl.* crying) – tai tipinė žmonių emocinė išraiška, kurios pagrindinė charakteristika yra ašarų išsiskyrimas (Van Tilburg, Unterberg, & Vingerhoets, 2002).

Verkimo charakteristikos apima verkimo dažnį ir verkimo polinkį. Šiame tyrime išskiriamos *Verkimo gyvenime charakteristikos* (dažnis, polinkis) ir *Verkimo terapijoje charakteristikos* (dažnis, polinkis):

- **Verkimo dažnis** (*angl.* crying frequency) – tai individo verkimo epizodų skaičius per tam tikrą laiko tarpą (dažniausiai vertinamas 4 savaitių intervalas) (Peter, Vingerhoets, & Van Heck, 2001). Šiame tyrime *Verkimo gyvenime dažnis* – tai verkimo kasdieniame gyvenime epizodų per pastarąsias 4 savaites skaičius, tuo tarpu *Verkimo terapijoje dažnis* – tai verkimo terapijoje epizodų per pastarąsias 4 savaites, t.y. paskutinius 4 seansus, skaičius.
- **Verkimo polinkis** (/ polinkis į verkimą) (*angl.* crying tendency, crying proneness) – tai bendra individo tendencija verkti arba slenkstis, pasiekus kurį jis pradeda verkti (Denckla,

Fiori, & Vingerhoets, 2014). Šiame tyrime *Verkimo gyvenime polinkis* – tai kaip žmogus įvertina verkimo kasdieniame gyvenime polinkį nuo 1 iki 10, tuo tarpu *Verkimo terapijoje polinkis* – tai kaip žmogus įvertina savo polinkį verkti terapijoje nuo 1 iki 10 (abiem atvejais „1“ žymi labai mažą polinkį verkti, o „10“ - labai didelį).

Verkiančių terapijoje imtis / grupė – šio darbo tyrime tai klientai, kurie bent vieną kartą yra verkę savo dabartinėje psichoterapijoje; atitinkamai **Neverkiančių terapijoje imtis / grupė** – tai klientai, kurie nė vieno karto nėra verkę savo dabartinėje psichoterapijoje.

PRATARMĖ

Klientų verkimas yra ypač paplitęs reiškinys psichoterapijoje – dauguma klientų verkia ir daro tai pakankamai dažnai; be to, nemaža jų dalis teikia verkimui terapijoje didelę svarbą bei apgailestauja, jei leido sau mažai verkti ar nepakankamai dėmesio skyrė verkimo aptarimui su terapeutu (Zingaretti, Genova, Gazzillo, & Lingiardi, 2017; Knox et al., 2017). Verkimo naudą pripažįsta ir įvairių krypčių psichoterapeutai: dauguma jų mato savo klientų verkimą kaip būtiną terapiniam procesui dalyką, reaguoja į jį su priėmimu ir palaikymu bei net deda aktyvias pastangas skatindami jį (Capps, Fiori, Mullin, & Hilsenroth, 2015; 't Lam, Vingerhoets, & Bylsma, 2018). Verkimas netgi laikomas indikatoriumi, kad klientas jaučiasi pakankamai saugiai psichoterapijoje, ir kad pats terapijos procesas aktyviai vyksta (Robinson, Hill, & Kivlighan, 2015). Kadangi vienu esminių veiksnių, prognozuojančių terapijos efektyvumą, yra laikomas terapinis aljansas (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006), mokslininkai pradėjo domėtis būtent šio konstrukto sąsajų su verkimu terapijoje tikrinimu – tai galėtų padėtų patikrinti, ar išties šis verkimas turi tokią didelę reikšmę, kaip tikima. Tokie tyrimai dar tik pradėjo rasti, tačiau jau pastebima, kad geresniu terapiniu aljansu pasižymintys klientai leidžia sau daugiau verkti psichoterapijoje (Knox et al., 2017; Zingaretti et al., 2017). Skamba įkvepiančiai, tačiau ar visi klientai gali mėgautis verkimo terapijoje procesu bei jo teikiamais privalumais? Svarstant apie tai, ypatingų apmąstymų bei klausimų kelia viena klientų grupė, o būtent – depresiškai besijaučiantys.

Depresiškai besijaučiantys žmonės – tai ypatinga verkimo atžvilgiu grupė, nes jų verkimui bendrai yra būdingos kitokios, nei sveikiems žmonėms, tendencijos. Visų pirma, depresija dažniausiai yra siejama su ryškiu verkimo padidėjimu, ir tik sunkesnių depresijos formų atveju gebėjimas verkti gali būti, priešingai, slopinamas (Vingerhoets, Rottenberg, Cevaal, & Nelson, 2007). Depresija gali keisti ir įprastus verkimo skirtumus tarp lyčių: jeigu sveikų žmonių populiacijoje moterys verkia ženkliai daugiau už vyrus, tai depresijos atveju šie lyčių skirtumai tampa mažesni arba nepastebimi visai (Rottenberg, Cevaal, & Vingerhoets, 2008b). Galiausiai, kas yra dar svarbiau, jeigu sveiki žmonės dažniausiai yra linkę patirti teigiamus savijautos pokyčius po verkimo (Vingerhoets, 2013), tai depresiškai besijaučiančių žmonių atveju tie pokyčiai yra žymiai mažesni, jų neįvyksta visai arba po verkimo jaučiamasi net dar blogiau, negu prieš tai (Rottenberg et al., 2008b; Rottenberg, Bylsma, Wolvin, & Vingerhoets, 2008a). Turint omenyje visas šias depresiškai besijaučiančių asmenų verkimo kasdieniame gyvenime ypatybes, kyla klausimas, o kaip gi yra su šių žmonių verkimu terapijoje - ar visos šios išvardintos tendencijos išlieka ir ten?; o gal terapijos kontekstas yra ypatingas ir keičia jas? Kaip terapinis aljansas yra susijęs su depresiškai besijaučiančių žmonių verkimu bei savijauta po jo?

1. ĮVADAS

1.1. Verkimas ir depresija

1.1.1. Ryšys tarp verkimo ir depresijos

Kadangi liūdna nuotaika yra laikoma viena iš dažniausiai prieš verkimą pasireiškiančių būsenų, įprasta manyti, jog depresija sergantys žmonės verkia daugiau, nei nesergantys. Klinikistai taip pat dažnai pastebi ir aprašo padidėjusį depresija sergančių asmenų verkimą (Beck, 1969, Beck et al., 1979, cit. iš Vingerhoets et al., 2007). Tačiau kiek šis plačiai paplitęs požiūris yra pagrįstas moksliskai?

Mokslinėje literatūroje galima išskirti dvi teorines perspektyvas, pripažįstančias bei nusakančias ryšį tarp verkimo ir klinikinės depresijos (Rottenberg ir kiti, 2008b). Pagal pirmąją iš jų, tarp depresijos ir verkimo egzistuoja linijinis ryšys, t.y. stiprėjant depresijai didėja verkimas. Remiantis antrąja perspektyva, ryšį tarp depresijos ir verkimo galima apibūdinti kaip nelinijinį: padidėjęs verkimas yra laikomas „švelnesnių“ depresijos formų charakteristika, tuo tarpu esant rimtesnėms depresijos formoms, verkimas yra slopinamas, kol nepereina į visišką negalėjimą verkti esant giliai depresijai. Labai svarbu yra tai, kad didžioji dalis klausimynų, skirtų depresijai matuoti, įtraukia klausimus apie verkimą; tačiau jie skiriasi tarpusavyje pagal tokių klausimų įverčių skaičiavimą: daugumos klausimynų klausimų apie verkimą įverčiai yra skaičiuojami remiantis paprastu linijiniu ryšiu (didesnis verkimo įvertis reiškia stipresnę depresiją), tuo tarpu naudojantis gerai žinomu Becko Depresijos Klausimynu (*angl.* Beck Depression Inventory; BDI-I, BDI-II) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Beck, Steer, & Brown, 1996), skaičiavimai vyksta nelinijiniu būdu, ir didesni verkimo įverčiai reiškia mažo arba vidutinio stiprumo depresiją, o negalėjimas verkti signalizuoja jau apie stiprias depresijas formas (Rottenberg et al., 2008b).

Taip pat apie verkimą yra užsiminama ir DSM nuotaikos sutrikimų skyriuje (Vingerhoets & Bylsma, 2007). DSM-V vadove minima, kad depresinė nuotaika, vienas iš dviejų depresijos epizodo diagnostikai būtinų simptomų, gali būti nustatoma arba iš subjektyvių žmogaus ataskaitų, arba remiantis kitų žmonių stebėjimais apie jo verkimo elgseną. Taip pat verksmingumas yra minimas kaip viena iš susijusių charakteristikų, patvirtinančių depresijos sutrikimo diagnozę. Be to, verta paminėti ir tai, jog DSM-V vadove adaptacijos sutrikimas gali įgauti papildomą priedą „su depresine nuotaika“, jeigu pastebimi tokie simptomai kaip verksmingumas, depresinė nuotaika ir beviltiškumo jausmas. Tačiau, nors verkimas ir yra dažnai minimas kaip nuotaikos sutrikimų ženklas, jo įvertinimas depresijos diagnostikavimui pasitelkiant DSM buvo ir išlieka prieštaringas: verkimas nėra nei būtinas, nei

pakankamas kriterijus nei vienam iš nuotaikos sutrikimų diagnozuoti. Lygiai tas pats galioja ir kitoms diagnostinėms priemonėms, pavyzdžiui, TLK-10 (ICD-10) ar CIDI (Vingerhoets & Bylsma, 2007).

Taigi, teorinės perspektyvos bei klinikinės diagnostikos praktikos pripažįsta ryšį tarp depresijos ir verkimo, tačiau nepateikia vientiso paveiklo, koks tas ryšys yra. O kaip su empiriniais įrodymais?

Tyrimai, skirti ryšiui tarp verkimo ir depresijos nustatyti, buvo atliekami pakankamai seniai ir daugiausia su neklinikinėmis imtimis, o jų rezultatai pasirodė esą pakankamai prieštaringi. Hastrup, Baker, Kraemer ir Bornstein (1986), tirdami pensinio amžiaus žmones, pastebėjo, kad bendras Becko depresijos klausimyno (BDI-I) įvertis nėra susijęs su realiu verkimo dažniu, tačiau teigiamai siejasi su jutimu kad verki (*angl.* feeling like crying). Be to, padalinę tiriamuosius į „švelniai“ depresiškus ir nedepresiškus, tyrimo autoriai nustatė, jog didesniu verkimo dažniu pasižymi būtent pirmieji (Hastrup et al., 1986). Didesnį depresiškų, palyginus su sveikais nedepresiškais tiriamaisiais, verkimo dažnį savo tyrime aptiko ir Frey, Hoffman-Ahern, Johnson, Lykken ir Tuason (1983). Jų tyrimas taip pat parodė, kad dažnesnis verkimas yra susijęs su didesniais savo depresiškumo lygio įvertinimais, tačiau šios sąsajos buvo pastebėtos tik tarp moterų (Frey et al., 1983). Choti, Marston, Holston ir Hart (1987) aptiko panašius dėsningumus: jų atliktame tyrime išryškėjo teigiamas ryšys tarp depresiškumo įverčio bei verkimo žiūrint liūdnius filmus dažnio, bet šios tendencijos, priešingai, pasireiškė tiktai vyrams. Įnešant dar daugiau sudėtingumo vertėtų paminėti, kad Hammen ir Padesky (1977) tyrime aptiktos sąsajos irgi buvo būdingos tiktai vyrams, tačiau jų tyrime didesnis depresiškumo įvertis jau siejosi ne su dažnesniu verkimu, o būtent su negalėjimu verkti (toks rezultatas skatina prisiminti teorinę perspektyvą apie galimą nelinijinį ryšį tarp depresijos ir verkimo). Dar kiti tyrimai apskritai neparodė jokie ryšio tarp depresijos ir verkimo (Kraemer & Hastrup, 1986; Labott & Martin, 1987; Gran, 2003).

Tyrimų su klinikinėmis imtimis, t.y. asmenimis, kuriems diagnozuoti nuotaikos sutrikimai, ypatingai trūksta; o net ir turimi tyrimai dažniausiai tik bendrai aprašo demografines bei klinikinės su verkimu susijusias charakteristikas. Pavyzdžiui, Davis, Lamberti ir Ajans (1969), remdamiesi savo klinikiniais stebėjimais, padarė išvadą, kad verkimas yra labiau paplitęs tarp neurotiškų, nei tarp psichotiškų depresija sergančių asmenų. Labai svarbu yra tai, jog vienintelis eksperimentinis tyrimas šioje srityje, kurio metu buvo naudotas liūdnas filmas kaip stimulus verkimui iššaukti, neparodė, kad depresija sergantys asmenys būtų labiau linkę verkti reaguodami į filmą, nei sveiki tiriamieji; taip pat šiame tyrime nebuvo aptikta ir sąsajų tarp depresijos sunkumo laipsnio bei eksperimente stebimos verkimo elgsenos (Rottenberg, Gross, Wilhelm, Najmi, & Gotlib, 2002). Priešingai, Rottenberg ir kitų (2008b) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad depresija sergantiems pacientams buvo būdingas didesnis 4 savaičių laikotarpio verkimo dažnis bei bendras polinkis į verkimą, nei nepsichiatriinei kontrolinei

tiriamųjų imčiai; tačiau polinkio į verkimą skirtumai išryškėjo tik esant neigiamiems verkimą sukeliantiems įvykiams ar priežastims, bet ne teigiamiems. Šiame tyrime taip pat buvo nagrinėjamos ir sąsajos tarp depresijos sunkumo bei verkimo rodiklių depresija sergančiųjų pacientų grupėje. Rezultatai gauti pakankamai prieštaringi: viena vertus, tyrimo autoriams nepavyko aptikti nei linijinio, nei sudėtingesnio nelineinio ryšio tarp depresijos sunkumo ir verkimo dažnio bei polinkio į verkimą; tačiau, kita vertus, palyginus tuos pacientus, kurie dažnai arba visada jaučiasi negalintys verkti, su tais, kuriems verkti pavyksta, paaiškėjo, kad būtent pirmiesiems yra būdingos rimtesnės depresijos formos (Rottenberg et al., 2008b).

Savotišku įrodymu apie ryšį tarp depresijos ir verkimo galima laikyti ir Vingerhoets ir kitų (2007) atliktą tyrimą apžvalgą. Šie autoriai nagrinėjo, ar BDI klausimyno klausimas apie verkimą gali būti depresijos indikatoriumi. Išanalizavę įvairių tyrimų, atliktų tiek klinikinėse, tiek neklinikinėse imtyse, rezultatus, jie pastebėjo, kad tarp BDI klausimo apie verkimą įverčio bei BDI bendro įverčio egzistuoja vidutinio stiprumo teigiamas ryšys; tai, anot jų, rodo, kad padažnėjęs verkimas visgi galėtų būti priskiriamas depresijos požymiams (Vingerhoets et al., 2007).

Galiausiai, pravartu pateikti ir kitokio pobūdžio duomenis, kurie taip pat galėtų liudyti apie ryšio tarp depresijos ir verkimo buvimą. Jie yra susiję su antidepresantų poveikiu verkimui. Opbroek ir kitų (2002) (cit. iš Vingerhoets & Bylsma, 2007) tyrimas parodė, kad gydymas antidepresantais ryškiai sumažino depresija sergančių asmenų verkimą. Oleshansky ir Labatte (1996) (cit. iš Vingerhoets & Bylsma, 2007), tirdami įvairius sutrikimus (įskaitant ir depresiją) turinčius pacientus, pastebėjo, kad SSRI grupės antidepresantų vartojimas buvo susijęs su nusiskundimais apie negalėjimą verkti. Įdomu ir tai, kad tyrimų su neurologinėmis ligomis sergančiais pacientais, kurie taip pat kenčia nuo patologinio verkimo, metu buvo nustatyta, kad net ir mažos antidepresantų, ypač SSRI, dozės dramatiškai sumažino jų verkimą (Shaibani et al., 2001, Horrocks et al., 2004, cit. iš Vingerhoets & Bylsma, 2007).

Taigi, visi šie teoriniai ir empiriniai duomenys atskleidžia nevienareikšmį vaizdą ir liudija apie ryšio tarp depresijos ir verkimo sudėtingumą. Tačiau jie taip pat rodo, kad šis ryšys neabejotinai egzistuoja. Tačiau, kaip teigia Rottenberg ir kiti (2008b), surenkamų duomenų pobūdis vis dėlto neatskleidžia priežasties-pasekmės ryšių tarp depresijos simptomų pradžios bei verkimo elgsenos pokyčių. Gali būti, jog nuotaikos sutrikimų pradžia lemia verkimo padažnėjimą bei polinkio į verkimą dėl neigiamų priežasčių padidėjimą. Tačiau lygiai taip pat gali būti, kad labiau pažeidžiamų bei į depresiją linkusių asmenų verkimas gali pasikeisti premorbidiškai (t.y. prieš jiems susergant). Žinoma, vertėtų nuolat turėti omenyje ir lyčių skirtumus, asmenybės ypatumus bei prieraišumo stilių, nes nuo jų gali labai priklausyti tiek įprastai asmeniui būdingos verkimo tendencijos, tiek verkimo pokyčiai jam

susirgus depresija (Rottenberg et al., 2008b). Svarbu paminėti ir Keller bei Nesse (2005), siulančius idėją, kad ryšys tarp verkimo ir depresijos gali priklausyti nuo depresijos etiologijos: anot šių autorių, kai depresiją sukelia reikšmingas praradimas, verkimas tampa vienu ryškiausių simptomų; tačiau, depresijai kilus dėl didžiulio darbo krūvio ar chroniško streso, kiti simptomai (pavyzdžiui, nuovargis) gali dominuoti (Keller & Nesse, 2005).

1.1.2. Lyčių skirtumai depresija sergančiųjų verkime

Tiek depresija, tiek verkimas yra labiau paplitę tarp moterų. Tyrimai rodo, kad moterys serga depresija maždaug dvigubai dažniau, nei vyrai (arba bent kreipiasi dėl jos dažniau) (Sonnenberg, Beekman, Deeg, & Van Tilburg, 2000; Angst et al., 2002). Gausybė empirinių įrodymų yra surinkta ir apie tai, kad moterys yra linkusios verkti žymiai daugiau už vyrus (Vingerhoets, 2013).

Tačiau ar verkimo skirtumai tarp lyčių išlieka tokie patys ir esant depresijai? Dauguma tyrimų išties rodo, kad ir tarp sergančiųjų depresija išryškėja tokios pačios tendencijos: moterys pasižymi gerokai didesniu verkimo dažniu, nei vyrai; be to, pastarieji kelis kartus dažniau už moteris skundžiasi negalintys verkti iš viso, net kai labai to nori. Apie visa tai liudija tiek saviataskaitos (Hammen & Padesky, 1977; Carter, Joyce, Mulder, Luty, & Mckenzie, 2000; Angst et al., 2002; Sonnenberg et al., 2000), tiek eksperimentinio stebėjimo metu (Rottenberg et al., 2002) gauti duomenys. Kita vertus, yra tyrimų, rodančių, kad depresija sergančiųjų populiacijoje šie skirtumai tarp lyčių yra mažesni, nei nesergančiųjų kontrolinėse grupėse (Davis et al., 1969; Kraemer & Hastrup, 1986; Choti et al., 1987). Be to, vieno naujesnių tyrimų metu apskritai nebuvo aptikta verkimo skirtumų tarp depresija sergančių vyrų ir moterų (Rottenberg et al., 2008b). Svarbu tai, jog šiame tyrime būtent vyrai (bet ne moterys) teigė, kad depresijos pradžia lėmė jų verkimo dažnio bei polinkio į verkimą padidėjimą, o tai patvirtina dar prieš kelis dešimtmečius Hamilton (1967) (cit. iš Rottenberg et al., 2008b) išsakytą mintį, kad nuotaikos sutrikimai gali keisti tipinius verkimo skirtumus tarp lyčių. Vertėtų užsiminti ir apie tai, jog keliuose tyrimuose depresijos sunkumo laipsnio sąsajos su verkimu buvo pastebėtos tik tarp vyrų (Hammen & Padesky, 1977; Choti et al., 1987; Rottenberg et al., 2008b).

1.1.3. Veiksniai, turintys įtakos depresija sergančių žmonių verkimui

Bekker ir Vingerhoets (2001) išskyrė keturias pagrindines veiksnų, turinčių įtakos suaugusiųjų verkimui, grupes: tai 1) pradinis verkimo slenkstis, 2) verkimą sukeliančios stimuliacijos kiekis ir pobūdis, 3) įvertinimo procesai ir gebėjimas reguliuoti emocinius impulsus bei 4) socialiniai veiksniai,

galintys paskatinti arba nuslopinti verkimą. Kaip gi galima būtų pritaikyti šį modelį analizuojant depresija sergančių žmonių verkimą?

Kalbant apie pirmąjį faktorių – verkimo slenkstį, vertėtų užsiminti, jog natūralistiniai tyrimai rodo, kad asmens verkimo slenkstis gali sumažėti tiek dėl jo fizinės būsenos pokyčių – nuovargio, mieguistumo, menstruacinio ciklo pokyčių bei serotonino lygio svyravimų, tiek dėl psichologinės būsenos pokyčių, pavyzdžiui, pablogėjusios nuotaikos (Vingerhoets, Cornelius, van Heck, & Becht, 2000). Anot Vingerhoets ir kitų (2007), depresija įtraukia kelis šių simptomų, dėl ko, tikėtina, ir sumažina ja sergančių žmonių verkimo slenkstį.

Antras klausimas, išskylantis šio modelio rėmuose, yra apie tai, kaip depresija susijusi su teigiamomis ir neigiamomis verkimą sukeliančiomis situacijomis. Tyrimai rodo stiprius ryšius tarp depresijos ir stresorių - ypač praradimų bei išsiskyrimų, dažnai iššaukiančių verkimą, patyrimo (Rottenberg et al., 2008b). Be to, Rottenberg ir kitų (2008b) manymu, nuotaikos sutrikimai gali selektyviai keisti neigiamo emocinio verkimo funkcijas (nors autorius ir nenurodo, kaip būtent). Taip pat, kaip žinoma, depresija yra susijusi su sumažėjusiu teigiamų, apdovanojančių įvykių bei emocijų išgyvenimu, o taipogi, anot Vingerhoets ir kitų (2007), ir su įprastai verkimą sukeliančių teigiamų stimulų (pavyzdžiui, apdovanojimo laimėjimo) sumažėjimu. Prie sumažėjusio depresija sergančių asmenų verkimo teigiamuose kontekstuose gali prisidėti ir dažnai jiems būdinga anhedonija, t.y. gebėjimo patirti malonumą praradimas (Rottenberg et al., 2008b).

Trečias klausimas yra susijęs su įvertinimo bei savireguliacijos procesų vaidmeniu depresija sergančių asmenų verkime. Sergantieji depresija pasižymi labiau negatyviu informacijos apdorojimu, pavyzdžiui, dėmesio ir atminties šališkumu: jie yra linkę sutelkti dėmesį ties praradimų ir nesėkmių temomis, kurios, savo ruožtu, yra siejamos su verkimu (cit. iš Vingerhoets et al., 2007). Visgi, kai kuriuose kontekstuose (pavyzdžiui, sergant depresija ilgesnį laiką) depresija yra susijusi su bendru emocinio atsako atbukimu: emociniu abejingumu, sumažėjusiu emociniu reaktyvumu bei sumažėjusiu skausmo suvokimu (Rottenberg et al., 2002; Rottenberg, Gross, & Gotlib, 2005; Bylsma, Vingerhoets, & Rottenberg, 2008), o tai, savo ruožtu, gali, priešingai - mažinti verkimą (Vingerhoets et al., 2007). Galiausiai, Vingerhoets ir kiti (2007) teigia, jog susilpnėjęs gebėjimas reguliuoti savo emocinius impulsus, būdingas depresija sergantiems asmenims, sukelia verkimo padažnėjimą bei jo intensyvumo padidėjimą. Tačiau, kita vertus, yra įrodymų, kad sergantieji depresija panaudoja įvairias afekto reguliavimo strategijas, pavyzdžiui, „gromuliavimą“ (*angl.* rumination) arba selektyvų verkimą iššaukiančių stimulų (pavyzdžiui, liūdnu istorijų, eilėraščių, filmų) pasirinkimą (cit. iš Vingerhoets et al., 2007), kas leidžia prailginti ir palaikyti pirminių neigiamų verkimą sukeliančių įvykių poveikį

(Vingerhoets et al., 2007). Taigi, kaip matome, įvertinimo ir afekto reguliavimo procesai turi prieštarinę bei dar ne iki galo aiškų poveikį depresija sergančiųjų verkimui.

Paskutinis, ketvirtas, modelio aspektas yra apie verkimą kaip socialiai jautrų fenomeną, kuriam įtakos turi užjaučiančių kitų buvimas. Viena vertus, depresija yra siejama su sumažėjusiais socialiniais ryšiais bei palaikymu iš aplinkos, ir Vingerhoets ir kiti (2007) kelia prielaidą, jog turėjimas mažai „pečių“, ant kurių galima būtų išsiverkti, skatina depresija sergančius asmenis mažinti savo verkimą (tačiau tai yra tik prielaida, ir gali būti, pavyzdžiui, jog depresija sergantys, priešingai, pradeda verkti dar daugiau, pajutę, kad yra vieniši, bei tokiu būdu bandydami signalizuoti kitiems, jog jiems trūksta palaikymo). Iš kitos pusės, yra tyrimų (Coyne et al., 1987, Coyne et al., 1991, cit. iš Vingerhoets et al., 2007), rodančių, kad depresija sergantys žmonės yra linkę į perdėtą atsivėrimą, ir gali ieškoti kitų tokių pat pažeidžiamų asmenų kompanijos, o tai, anot Vingerhoets ir kitų (2007) jau būtų siejama su kaip tik padidėjusiu verkimu. Taigi, ir čia aptinkama daug neaiškumų ir prieštaravimų.

1.1.4. Depresija ir savijautos pokyčiai po verkimo

Tyrimuose sveiki individai dažniausiai nurodo retrospektyvų fizinės bei psichologinės savijautos pagerėjimą po verkimo (Hendriks, Croon, & Vingerhoets, 2008; Rottenberg et al., 2008a; Bylsma et al., 2008; Vingerhoets, 2013), ir šios tendencijos pasireiškia nepriklausomai nuo lyties (Becht & Vingerhoets, 2002). O kaip gi yra su depresija sergančiais asmenimis?

Yra manoma, kad nuotaikos sutrikimai gali keisti verkimo įprastai sukeliama poveikį (Rottenberg et al., 2002). Tą parodė Rottenberg ir kitų (2008b) atliktas tyrimas, kuriame depresija sergantys pacientai buvo linkę nurodyti mažesnę savijautos pagerėjimą po verkimo, nei nepsichiatrinė kontrolinė grupė. Taip pat vertėtų užsiminti ir apie Rottenberg ir kitų (2008a) tyrimą, parodžiusį, jog negebėjimas patirti malonumą, arba anhedonija, kuri dažnai būdinga depresija sergantiems asmenims, taip pat yra susijusi su mažesniu savijautos pagerėjimu po verkimo. Tačiau net ir tiems žmonėms, kurie neturi diagnozuotos klinikinės depresijos, tačiau susiduria su daugybe stresorių ir dėl to dažnai verkia, verkimas nepagerina savijautos, o tik pablogina, ką atskleidė Labott ir Martin (1987) tyrimas. Kaip galima būtų paaiškinti šiuos rezultatus?

Mokslinėje literatūroje vyrauja modelis, pagal kurį verkimo funkcijos yra skirstomos į asmenines ir tarpasmenines (Vingerhoets et al., 2000). Asmeninės funkcijos yra susijusios su katarsiniu, nuotaiką gerinančiu verkimo poveikiu: verkimas padeda „paleisti“ neigiamas emocijas bei sumažinti vidinę įtampą. Kaip rodo eksperimentiniai duomenys, tai vyksta dėl to, kad verkimas stimuliuoja

parasimpatinės nervų sistemos, neutralizuojančios simpatinį sužadimą bei skatinančios fiziologinę homeostazę, aktyvumą (Hendriks, Rottenberg, & Vingerhoets, 2007). Tačiau, kaip parodė Rottenberg, Wilhelm, Gross ir Gotlib (2003) tyrimas, verkimas stimuliuoja tik sveikų, bet ne depresija sergančių, asmenų parasimpatinį fiziologinį aktyvumą. Dėl šios priežasties teigiamą adaptyvų poveikį reaguojant į stresorius, pasireiškiantį nuotaikos pagerėjimu po verkimo, jis turi tik sveikiems asmenims, o depresija sergantieji jo netenka.

Tarpasmeninės verkimo funkcijos yra susijusios su paramos bei palaikymo gavimu iš kitų žmonių, t.y. verkimas neretai leidžia iškomunikuoti šiuos poreikius bei juos patenkinti. Verkimas netgi yra laikomas viena pagrindinių – tiek vaikų, tiek suaugusiųjų – prieraišumo elgsenų (Nelson, 2005). Į tarpasmeninį verkimo poveikį taip pat yra žiūrima iš katarsio perspektyvos: remiantis šiuo požiūriu, katarsinis verkimo poveikis, t.y. nuotaikos pagerėjimas bei įtampos sumažėjimas, priklauso nuo socialinio verkiančiojo asmens konteksto bei nuo kitų žmonių atsako į jo verkimą. Įprastai verkimas sukelia katarsinius tarpasmeninius efektus (nuraminimą, užuojautą), tačiau, verkiančiam sulaukus abejingumo ar nepritrimo iš kitų, o taip pat išgyvenant didelę gėdą dėl savo ašarų bei bandant jas slopinti, katarsio neįvyksta (Hendriks et al., 2008; Bylsma et al., 2008). Literatūroje nėra pateikta pagrįsto bei išsamaus paaiškinimo, koku būdu socialinė aplinka prisideda prie to, kad depresija sergantys patiria mažesnę savijautos pagerėjimą po verkimo; tiksliai Rottenberg ir kiti (2008b) yra užsiminę, kad tai susiję su jų sumažėjusiu gebėjimu gauti nuraminimą ir dėmesį iš socialinės aplinkos. Taip pat, anot šių autorių, labai svarbu ir tai, jog situacijos (dauguma kurių yra socialinio pobūdžio), sukeliančios depresija sergančių asmenų verkimą - pavyzdžiui, jų nesėkmės bei netektys - nėra taip lengvai pataisomos, kaip situacijos, skatinančios verkti sveikus individus (Rottenberg et al., 2008b).

1.2. Verkimas psichoterapijoje

1.2.1. Verkimo paplitimas psichoterapijoje

Empiriniai duomenys rodo, kad klientų verkimas yra labai paplitęs reiškinys psichoterapijoje: pavyzdžiui, Zingaretti ir kitų (2017) atliktas tyrimas parodė, kad dauguma klientų (86%) yra bent kartą verkę psichoterapijos sesijų metu. Be to, verkimo fenomenas psichoterapijoje yra ir pakankamai dažnas: remiantis Robinson ir kitų (2015) tyrimo duomenimis, klientai verčia maždaug kas septintą psichoterapijos seansą, o Zingaretti ir kitų (2017) - maždaug kartą per mėnesį, t.y. net kas ketvirtą psichoterapijos seansą, jei seansai vyksta kartą per savaitę. Verta atkreipti dėmesį, kad apie verkimo psichoterapijoje svarbą liudija ne tik šie objektyvūs paplitimo bei dažnio duomenys, bet ir pačių klientų

verkimui teikiama reikšmė: pasirodo, kad dauguma (net 69%) klientų aptaria savo verkimą su psichoterapeutu (Zingaretti et al., 2017); be to, klientai neretai apgailestauja, kad per mažai leido sau verkti psichoterapijos sesijų metu arba kad skyrė nepakankamai laiko šio savo verkimo aptarimui su terapeutu (Knox et al., 2017).

O kokie gi klientai yra labiausiai linkę verkti psichoterapijoje? Capps ir kitų (2015) atliktas tyrimas su psichoterapiją lankančiais psichiatriniais pacientais parodė, kad, lygiai taip pat kaip ir bendrai populiacijoje, taip ir psichoterapijos kontekste moterims yra būdinga verkti žymiai daugiau už vyrus. Šis tyrimas taip pat parodė, kad dažniau psichoterapijoje verkia būtent tie pacientai, kurie pasižymi prastesniu bendru funkcionavimu, aukštesniais emocinės disreguliacijos bei ribinio asmenybės sutrikimo simptomų lygiais, o taip pat - rimtesnėmis vaikystės seksualinio prievartavimo istorijomis (Capps et al., 2015). Tyrimai parodė ir tai, kad didelę įtaką klientų verkimui psichoterapijoje turi jų prieraišumo stilius bei asmenybės organizacija: paaiškėjo, kad vengiantis prieraišumas yra susijęs su mažesniu verkimu bei didesniu verkimo suvaržymu / slopinimu, tuo tarpu nerimastingas – su didesniais verkimu bei jo metu išreiškiamu protestu / pykčiu (Robinson et al., 2015); kad aukštesni asmenybės organizacijos lygiai (neurotinis) yra susiję su dažnesniu verkimu bei mažesnėmis po verkimo išgyvenamomis neigiamomis emocijomis, nei žemesni asmenybės organizacijos lygiai (ribinis, psichotinis) (Zingaretti et al., 2017). Visgi, klientų verkimui psichoterapijoje įtakos turi ne tik pačių klientų, bet ir jų psichoterapeutų charakteristikos: yra bendrai pastebėta, kad pas vienus terapeutus verkiama daugiau, nei pas kitus (Robinson et al., 2015). Robinson ir kitų (2015) tyrimas parodė, kad klientų verkimui terapijoje įtakos turi ne tik jų pačių, bet ir terapeutų prieraišumo stilius; tačiau, autorių manymu, klientų verkimą tikriausiai veikia ir kitos, dar nenustatytos ir neištirtos, terapeutų charakteristikos.

1.2.2. Teorinės verkimo funkcijų psichoterapijoje interpretacijos

Literatūroje apie psichoterapiją yra aptinkamos skirtingos verkimo funkcijų teorinės interpretacijos (cit. iš Cuevas-Escorza & Garrido-Fernández, 2015). Pavyzdžiui, psichoanalitinio požiūrio rėmuose verkimas buvo interpretuojamas kaip regresijos iki buvimo gimdoje būsenos simbolis arba kaip gynybiškas elgesys, nukreiptas prieš kitas vidines energijas. Kartais psichoanalizėje į verkimą buvo žiūrima kaip į saugumo vožtuvą, kurį atidarius yra išlaisvinamas nuslopintas skausmas. Verkimas buvo nagrinėjamas ir kaip viena iš pagrindinių savisaugos varų. Taip pat verkimas buvo vaizduojamas kaip terapinė regresija, kuri yra susijusi su skausmingų situacijų prisiminimu ir pakartojimu bei, tuo pačiu metu, su poreikiu spręsti konfliktus saugioje aplinkoje. Į klientą orientuotos terapijos požiūriu,

žmogaus verkimas parodo tiek jam pačiam, tiek ir jį supantiems žmonėms (ypatingai – jo terapeutui), kad kažkas svarbaus – tai, ko nepastebima iš išorės – vyksta jo viduje (cit. iš Cuevas-Escorza & Garrido-Fernández, 2015).

Ypatingą dėmesį vertėtų skirti prierašumo teorijos perspektyvai. Remiantis ja, verkimas suvokiamas kaip emocijų išraiška, galinti prisidėti prie abipusiškumo bei pagalbos santykių sukūrimo (cit. iš Cuevas-Escorza & Garrido-Fernández, 2015). Nelson (2005) išsakė mintį, jog tomis akimirkomis, kai klientas verkia psichoterapijoje, jiedu su terapeutu įsitraukia į tiesioginį prierašumo bei globos patyrimą. Verkimas gali tuo pačiu metu atspindėti tiek kliento ankstesnius prierašumo patyrimus, tiek ir jo dabartinius prierašumo su terapeutu patyrimą bei poreikius. Palankiais atvejais terapeutai tampa „saugia baze“, iš kurios klientai gali tyrinėti bei išgyventi savo emocijas, tarp jų ir verkimą (Nelson, 2005). Atsižvelgiant į tai, ką verkimu yra ketinama sukelti ar išgauti, Nelson (2005) išskyrė tris skirtingus verkimo tipus.

Pirmas tipas yra nuslopintas, arba suvaržytas, verkimas, t.y. kuomet neverkiama. Šiuo verkimo tipu pasižymintys žmonės vengia pripažinti praradimą ar netektį bei iš visų jėgų stengiasi užgniaužti savo ašaras. Anot Nelson (2005), jei įprastai savo verkimą slopinantis asmuo pradeda verkti psichoterapijoje, tai rodo, kad jis pasiekė aukštą saugumo bei pasitikėjimo psichoterapeutu lygmenį, ir, užuot slopinęs savo emocijas, atsiveria terapeutui ir ieško palaikymo iš jo pusės. Antras Nelson (2005) išskirtas verkimo tipas yra protesto / pykčio kupinas verkimas, pasireiškiantis kuomet asmuo atsisako pripažinti praradimą ar netektį ir nori (ar net reikalauja), kad kiti žmonės pašalintų jo skausmą. Protesto ašaros yra neretai suvokiamos aplinkinių kaip piktos ir „aštrios“, dėl ko gali juos atgrasinti. Šio ašarų tipo pasirodymas psichoterapijoje liudija apie kliento baimes būti atstumtam terapeuto. Trečias verkimo tipas – tai liūdesio / nevilties kupinas verkimas. Šiuo atveju asmuo jau pripažįsta, kad išvengti jo praradimo ar netekties yra neįmanoma, ir per verkimą bando susitaikyti su praradimu bei jį priimti. Psichoterapijoje šis verkimo tipas leidžia klientams išgyventi savo sielvartą kartu su psichoterapeutu, o terapeutus paskatina nuraminti verkiantįjį bei parodyti jam užuojautą (Nelson, 2005). Nelson (2005) siejo šiuos tris verkimo tipus atitinkamai su vengiančiu, nerimastingu-ambivalentišku bei saugiu prierašumo stiliais. Nelson (2005) verkimo tipų klasifikacija jau yra patvirtina ir empiriškai (Knox et al., 2017; Robinson et al., 2015), tik Robinson ir kiti (2015) pasiūlė peržiūrėti ją ir įtraukti dar ir ketvirtą verkimo formą – džiaugsmo ašaras (savo tyrime šie autoriai pastebėjo, kad ne visas verkimas psichoterapijoje buvo sukeltas praradimų ar netekčių: taip pat buvo daug ir džiaugsmo ašarų, susijusių su laimingais praeities prisiminimais ar dabarties patyrimais, susitaikymu su skausminga patirtimi bei jos priėmimu ir pan.).

1.2.3. Terapeutų nuostatos klientų verkimo atžvilgiu bei taikomos intervencijos

Įsitikinimai apie didžiulę verkimo teikiamą naudą yra paplitę ne tik bendrai visuomenėje, bet ir tarp psichikos sveikatos priežiūros specialistų. Beveik visų tradicijų ar krypčių psichoterapeutai bei konsultantai mato klientų verkimą terapijos metu kaip labiau konstruktyvų, nei destruktivų, dalyką (Blume-Marcovici, Stolberg, & Khademi, 2013; 't Lam, 2011). Nelson (2005) atlikta apklausa parodė, kad net 70% klinikose dirbančių psichologų ir psichiatrų žiūri į savo klientų verkimą kaip į teigiamą terapinį patyrimą, pabrėždami jo metu vykstantį įtampos atpalaidavimą. 't Lam ir kitų (2018) tyrime beveik visi (94,2%) terapeutai buvo įsitikinę, kad klientų verkimas yra būtinas terapiniam procesui ir daugiau negu pusė (65,2%) manė, kad verkimas kaip emocijų išraiška turėtų būti skatinamas terapeuto. Cornelius ir Labott (2001), ištyrę terapeutus ir sveikatos priežiūros specialistus, taip pat išsiaiškino, kad dauguma jų mato savo klientų ar pacientų verkimą kaip sveiką ir netgi būtiną atsaką terapijoje ir dėl to reaguoja į jį su pritarimu bei užuojauta. Pats terapeutų reagavimas į savo klientų verkimą išsamiau buvo tiriamas Capps ir kitų (2015): jų atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad standartinis atsakas į verkimą buvo kantrybė, priėmimas ir aktyvus kliento patyrimo palaikymas (pripažinimas, normalizavimas, patvirtinimas). Svarbu ir tai, jog šio tyrimo metu buvo pastebėta, kad tam tikros terapinės intervencijos yra susijusios su klientų verkimu psichoterapijos sesijos metu (ir galimai net paskatina tuos verkimo epizodus): tai kliento skatinimas tyrinėti, patirti bei išreikšti nepatogius teigiamus ar neigiamus jausmus, tyrinėti alternatyvius, anksčiau nesuvoktus paaiškinimus / interpretacijas bei norus, fantazijas; taip pat tai kliento dėmesio atkreipimas į jo vengimą bei pasipriešinimą ar nuotaikų svyravimus. Tyrime šių intervencijų taikymas taip pat buvo susijęs ir su bendru teigiamu terapeuto požiūriu į verkimą bei verkimo skatinimu (Capps et al., 2015). Galiausiai, vertėtų užsiminti ir apie Trezza, Hastrup ir Kim (1988) atliktą tyrimą, kuriame net virš 70% klinikistų nurodė aktyviai skatinantys savo klientus verkti. Kodėl gi specialistai yra taip teigiamai nusiteikę savo klientų verkimo atžvilgiu ir ar toks jų požiūris yra pagrįstas?

Pasirodo, kad verkimas yra svarbus kliento įsitraukimo į psichoterapiją bei „gijimo“ procesų indikatorius: tyrimai parodė, kad verkdami klientai prieina savo emocijų, patiria jas visu gyliu bei integruoja, tokiu būdu geriau pažindami ir suprasdami save, gaudami vertingų įžvalgų (Robinson et al., 2015; Knox et al., 2017; Zingaretti et al., 2017). Be to, kaip teigia Cuevas-Escorza ir Garrido-Fernández (2015), kadangi savo verkimu klientai parodo savo pažeidžiamumą bei poreikį gauti pagalbos, verkimas gali būti laikomas tam tikru indikatoriumi, kad klientas jaučiasi pakankamai saugiai

psichoterapijoje. Labai svarbu yra tai, jog šie autoriai parodė, kad terapijos sėkmingumas yra susijęs su verkimu: jų atliktame tyrime visi sėkmingai terapiją baigę klientai buvo verkę terapijos eigoje (Cuevas-Escorza & Garrido-Fernández, 2015).

Iš šių aprašymų bei mokslinių įrodymų gali susidaryti įspūdis, kad į klientų verkimą terapijoje yra žiūrima kaip į išskirtinai teigiamą dalyką, ir visi terapeutai jį priima ir skatina. Tačiau tai nėra visiškai tiesa, ir kliento verkimo suvokimas gali labai priklausyti nuo daugybės įvairių veiksnių. Visų pirma, tai su terapeutu susiję dalykai: pavyzdžiui, 't Lam ir kitų (2018) tyrimas parodė, kad labiausiai teigiamas požiūris į klientų verkimą yra būdingas būtent moterims terapeutėms bei vyresniems nei 46 metai bei ilgesnę kaip 12 metų patirtį turintiems terapeutams; taip pat šiame tyrime į klientą orientuotos terapijos atstovai buvo linkę labiau teigiamai žiūrėti į klientų verkimą, nei kognityvinės elgesio terapijos krypties atstovai, o psichoterapeutai – labiau teigiamai, nei psichologai ('t Lam et al., 2018).

Terapeuto reakcija į kliento verkimą taip pat gali labai priklausyti ir nuo konteksto bei konkretaus klientų ypatumų. Pavyzdžiui, Alexander (2003) savo tyrime atrado, kad klinikinių įstaigų terapeutai gali suvokti klientų su ribiniu ir narcisistiniu asmenybės sutrikimais verkimą kaip manipuliatyvų ar erzinantį, net potencialiai iššaukiantį tokius stiprius neigiamus jausmus terapeutuose, kad empatijos ir ryšio mezgimasis yra paveikiamas labai nepalankiai. Panašių pasidalinimų teko girdėti ir iš privačiai dirbančių Lietuvos psichoterapeutų, kurių klientai nebūtinai turi asmenybės sutrikimus. Tikėtina, kad taip pat terapeutus nemaloniai gali paveikti ir Nelson (2005) aprašytas protesto / pykčio kupinas verkimas, kuris neretai yra suvokiamas aplinkinių kaip piktas, reikalaujantis bei atgrasus, ir dažniausiai siejamas su nerimastingu-ambivalentišku prieraišumo stiliumi. Taigi, visa tai turbūt labai atspindi Robinson ir kitų (2015) išsakytą mintį, kad terapeutai neturėtų žiūrėti į verkimą kaip iš prigimties vien teigiamą ar vien neigiamą dalyką – kiekviena situacija labai unikali.

1.3. Depresiškai besijaučiančių klientų terapinis aljansas

Terapinis aljansas – tai teigiamas emocinis ryšys tarp kliento ir terapeuto bei jų tarpusavio sutarimas dėl gydymo tikslų ir užduočių (Bordin, 1979). Egzistuoja daugybė įrodymų, jog geresnis terapinis aljansas yra susijęs su aukštesniais psichoterapijos rezultatais (pavyzdžiui, tą parodė Martin, Garske ir Davis (2000) bei Horvath, Del Re, Flückinger ir Symonds (2011) atliktos metaanalizės), ir tai galioja skirtingoms klientų / pacientų populiacijoms bei psichoterapijos formoms ir kryptims. Keli tyrimai netgi parodė, kad terapinis aljansas apskritai yra vienas pačių stipriausių psichoterapijos

efektyvumą nulemiančių veiksnių (Castonguay et al., 2006; Horvath & Bedi, 2002). Kaip gi yra su depresija sergančiais asmenimis – ar jų tarpe taip pat pasireiškia šis ryšys?

Dauguma tyrimų, kuriuose buvo kontroliuojami dar galimai prieš aljanso įvertinimą galėję įvykti pasikeitimai, rodo, kad terapinio aljanso kokybė prognozuoja tolimesnius depresiškai besijaučiančių žmonių simptomų pokyčius (Klein et al., 2003; Crits-Christoph et al., 2006; Crits-Christoph et al., 2011; Webb et al., 2011; Arnow et al., 2013). Pavyzdžiui, Crits-Christoph ir kitų (2011) tyrimas atskleidė, jog depresija sergančių asmenų imtyje terapinis aljansas apsprendžia maždaug 15% terapijos rezultatų sklaidos, kas yra stipriau už kitų veiksnių, pavyzdžiui, terapeuto atsidavimo ar kompetencijos, poveikį terapijos rezultatams. Taip pat atskirai vertėtų užsiminti apie Mander ir kitų (2017) tyrimą, kuriuo metu buvo tirti bei lyginti tarpusavyje depresija, somatoforminiais bei valgymo sutrikimais sergančių pacientų terapinio aljanso rodikliai. Reikšmingų tarpgrupinių skirtumų tarp aljanso įverčių bei aljanso-rezultatų sąsajų stiprumo aptikta nebuvo. Be to, visose trijose grupėse buvo pastebėtos aljanso rodiklių gerėjimo tendencijos terapijos eigoje (Mander et al., 2017). Taigi, bendrai tyrimai rodo, kad terapiniam aljansui tenka nemaža svarba apsprendžiant ir depresija sergančių asmenų psichoterapijos efektyvumą. O kas gi apskritai yra būdinga šių žmonių terapiniam aljansui?

Optimalaus terapinio santykio formavimuisi gali kliudyti depresijai būdingų simptomų kompleksas: neurovegetaciniai ir somatiniai simptomai, kaltė, gėda. Tokie klientai gali būti pernelyg susitelkę ties fizinėm sutrikimo apraiškom ir nenorėti pilnai atskleisti depresinių, suicidinių ar kitų esminių simptomų, bijodami būti vertinami bei stigmatizuojami, bendrai jausdami pažeidžiamumą. Tad sukurti tokią terapinę atmosferą bei santykius su psichoterapeutu, kurie paskatintų depresiškai besijaučiančius klientus jaustis saugiai atsiveriant, yra nemenkas iššūkis (Stubbe, 2016). Kitas terapinio aljanso sukūrimui kylantis iššūkis yra susijęs su depresijai būdingom anhedonija bei motyvacijos stoka. Depresija sergantys klientai, kuriems vien išlipimas iš lovos kartais būna didžiulis iššūkis, gali jaustis nesuprasti, kai terapeutas pasiūlo jiems įvairias aktyvuojančias veiklas, pavyzdžiui, mankštinimąsi. Taip pat nemažai jų nėra pajėgūs aktyviai įsitraukti į gydymo (psichoterapijos) plano sudarymą sesijų metu, ir pernelyg didelių lūkesčių kėlimas gali tik dar labiau sumažinti jų motyvaciją. Tad terapeutui tenka nelengva užduotis nuolat palaikyti pusiausvyrą arba „auksinį viduriuką“: skatinti ar net spausti klientą daryti kažką, kam tas jaučiasi pernelyg išsekęs ir tuo pačiu metu rodyti jam empatinį supratimą (Stubbe, 2016).

Ypatingai sunkus gali būti terapinio aljanso formavimas su chroniškai depresiškais pacientais, kurie, kaip teigia McCullough (2000), pasižymi ikioperaciniu mąstymu, įtraukiančiu tokius bruožus kaip egocentriškas savęs ir kitų matymas, empatijos stoka bei jautrumo reaguojant į koreguojantį

grįžtamąjį ryšį nebuvimas. Nors tarpasmeninių santykių sunkumai, tokie kaip socialinių įgūdžių stoka ar priklausomybė nuo kito žmogaus, bendrai yra būdingi depresija sergantiems asmenims, anot McCullough (2000), chroniškai depresiški pacientai išsiskiria savo negebėjimu suprasti ryšį tarp mąstymo, elgesio ir išorinių pasekmių, o tai, savo ruožtu, virsta efektyvaus sąveikavimo su kitais stoka bei atsargumu įsitraukiant į tarpasmeninius santykius. Kaip teigia McCullough (2000), chroniškai depresiškų pacientų tarpasmeninis stilius atspindi arba priešišką atsiribojimą, arba perdėtą nuolankumą. Tikrindami šią McCullough teoriją, Constantino ir kiti (2008) savo tyrimu nustatė, kad chroniškai depresiškiems pacientams, palyginus su ūmiai depresiškais, buvo būdingas žymiai labiau priešiškas ir mažiau draugiškai-dominuojantis sąveikos su jų terapeutais būdas. Palyginus su nesergančių klientų kontroline grupe, chroniškai depresiški pacientais buvo ženkliai labiau priešiški ir priešišškai-nuolankūs bei reikšmingai mažiau draugiškai-dominuojantys su savo terapeutais (Constantino et al., 2008).

Taigi, terapinio aljanso formavimasis su depresiškai besijaučiančiais klientais gali tapti nelengva, daug jėgų reikalaujančia užduotimi terapeutui.

1.4. Verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje ir terapinis aljansas

Capps ir kitų (2015) atliktas tyrimas parodė, kad dažnesnis klientų verkimas konkrečios psichoterapinės sesijos metu yra susijęs su žemesniais tos sesijos sklandumo, pozityvumo bei bendro įvertinimo (bloga vs gera sesija) rodikliais; kitaip tariant, klientai savo verkimą siejo su psichoterapijos sesijos sunkumu ir problematiškumu jiems. Tačiau, nepaisant tokių iššūkių keliančių sesijų, aljansas tarp terapeuto ir kliento išlikdavo aukštas, t.y. šio tyrimo metu nebuvo aptikta reikšmingų sąsajų tarp klientų verkimo dažnio bei jų pačių ir jų terapeutų vertinto terapinio aljanso. Tai rodo, kad emociškai sudėtingos sesijos nebūtinai yra susijusios su sudėtingais terapiniais santykiais (Capps et al., 2015). Taip pat labai svarbu paminėti apie dar vieną svarbų šio tyrimo rezultatą, o būtent – kad tie klientai, kurie verkė psichoterapijoje, pagal terapinio aljanso (vertinto tiek jų pačių, tiek jų terapeutų) rodiklius nesiskyrė nuo tų klientų, kurie apskritai neverkė psichoterapijoje (Capps et al., 2015).

Vis dėlto, kiti tyrimai rodo, kad dažnesnis verkimas kaip tik gali būti susijęs su geresniu terapiniu aljansu. Pavyzdžiui, Knox ir kitų (2017) atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad verkimas dažniausiai pasireiškėdavo esant, klientų manymu, stipriam emociniam ryšiui tarp jo ir terapeuto; taip pat – kad verkimas sustiprino terapinį aljansą, ir kad savo verkimo epizodų metu tiriamieji jautė didžiulį emocinį palaikymą iš savo terapeutų. Zingaretti ir kiti (2017) savo tyrime gavo panašius rezultatus: net pusė klientų manė, kad jų verkimas pagerino jų terapinį aljansą. Be to, išsamesnė analizė parodė, kad

suvokti terapinį aljansą kaip gerą buvo linkę būtent tie klientai, kurie žiūrėjo į terapeutą kaip į tą žmogų, kuriam galėjo leisti matyti save pažeidžiamus verkimo metu, kurie verkdami jautė palaikymą iš savo terapeuto bei kurie bendrai vertino savo verkimą kaip naudingą (emocinės savijautos bei savęs pažinimo prasme) dalyką. Priešingai, kuo mažiau klientai buvo linkę suvokti terapinį aljansą kaip gerą bei jausti, kad dirba ties bendrais terapiniais tikslais kartu su psichoterapeutu, tuo blogiau jie jautėsi po verkimo terapijoje (Zingaretti et al., 2017). Galiausiai, vertėtų užsiminti ir apie Cuevas-Escorza ir Garrido-Fernández (2015) atliktą tyrimą: nors jo metu ir nebuvo tiesiogiai matuojamas terapinis aljansas, jis taip pat parodė svarbų dalyką, o būtent - kad dažniau verkiantys klientai buvo labiau linkę apibūdinti savo terapeutą kaip labai gerą ir niekada jų neerzinantį.

Šio tyrimo aktualumas ir problema

Taigi, apibendrinant tai, kas buvo pasakojama teorinėje dalyje, galime pastebėti, kad depresiškai besijaučiantys žmonės yra ypatinga verkimo atžvilgiu grupė: jiems neretai būdingas padidėjęs verkimas, o esant sunkesnėms depresijos formoms, priešingai – negalėjimas verkti (Vingerhoets et al., 2007 ir kiti tyrimai); jų verkime skirtumai tarp lyčių nustoja būti tokie ryškūs kaip bendros populiacijos atveju (Rottenberg et al., 2008b ir kiti tyrimai); ir, kas yra svarbiausia, depresiškai besijaučiantiems žmonėms yra žymiai sunkiau patirti teigiamą verkimo poveikį savijautai, nei sveikiems žmonėms (Rottenberg ir kiti, 2008a ir kiti tyrimai). Dėl to tampa svarbu sužinoti, ar ir psichoterapijoje galioja tokios pat šių žmonių verkimo tendencijos, kaip ir jų kasdiniame gyvenime; kadangi psichoterapijoje dažniausiai yra teigiamai ir priimančiai žiūrima į klientų verkimą, ir jis neretai netgi laikomas sėkmingo terapinio proceso indikatoriumi (Capps et al., 2015 ir kiti tyrimai), ši terpė galbūt galėtų būti palanki ir depresiškai besijaučiančių žmonių verkimui bei savijautai po jo. Be to, kadangi vienu esminių veiksnių, prognozuojančių tiek bendros imties, tiek ir specifiškai depresiškai besijaučiančių, terapijos efektyvumą, yra laikomas terapinis aljansas (Crits-Christoph et al., 2011 ir kiti tyrimai), o bendros klientų imties tyrimai rodo verkimo terapijoje sąsajas su geresniu terapiniu aljansu (Knox et al., 2017; Zingaretti et al., 2017), labai svarbu sužinoti, ar panašiai yra ir su depresiškai besijaučiančiais klientais. Kad ir kaip bebūtų keista turint omenyje šios klientų grupės verkimo išskirtinumą, tyrimų, atskirai nagrinėjančių depresiškai besijaučiančių klientų verkimą terapijoje, iki šiol nebuvo atlikta.

Tyrimuose dažniausiai nėra nagrinėjama verkimo terapijoje sąsajų su amžiumi bei terapijos lankymo trukme, tačiau svarbu būtų taip pat patikrinti, ar jie yra kaip nors susiję depresiškai besijaučiančių žmonių imtyje. Be to, verkimo terapijoje tyrimuose didesnė svarba yra teikiama būtent verkimo charakteristikoms (dažnis, polinkis), tuo tarpu savijauta po verkimo lieka antrame plane arba yra

pamirštama visai; būna net ir taip, kad iš to, kaip verkimo charakteristikos yra susijusios su kitais kintamaisiais, automatiškai daromos apibendrintos išvados ir apie savijautą po verkimo. Šiame tyrime bus tikrinama ir tai, ar apie jas galima taip kalbėti kartu, t.y. ar bent depresiškai besijaučiančių žmonių imtyje didesnės verkimo charakteristikos reiškia ir didesnius teigiamus savijautos pokyčius po verkimo; tačiau viso darbo metu jie bus nagrinėjami kaip atskiri konstruktai. Savijauta po verkimo terapijoje šiame darbe bus svarbesnis kintamasis, ir jai bus skiriama kiek daugiau dėmesio: bus tikrinama, ar verkimo terapijoje charakteristikos, depresiškumo laipsnis, terapinis aljansas bei lytis, amžius ir terapijos lankymo trukmė leidžia ją prognozuoti. Taip išsiaiškintume, kokie būtent depresiškai besijaučiantys žmonės bei kokiomis aplinkymės pasijunta geriau po verkimo terapijoje, o tai, savo ruožtu, galbūt padėtų mums priartėti supratimo, kaip terapijoje sukurti maksimaliai palankią aplinką, kad išsiverkė ir šie žmonės galėtų pasijusti geriau trumpalaikėje bei ilgalaikėje perspektyvoje.

Tyrimo tikslas – išnagrinėti, kaip depresiškai besijaučiančių klientų verkimas psichoterapijoje ir savijauta po jo yra susiję tarpusavyje bei su depresiškumu, terapiniu aljansu, lytimi, amžiumi ir terapijos lankymo trukme, taip pat – patikrinti, kurie iš šių veiksnių prognozuoja savijautą po verkimo terapijoje.

Tyrimo klausimai:

- 1. Ar polinkis į verkimą bei savijauta po verkimo terapijoje ir gyvenime skiriasi?*
- 2. Ar verkimas terapijoje ir savijauta po verkimo terapijoje yra susiję tarpusavyje bei su verkimu gyvenime ir savijauta po verkimo gyvenime?*
- 3. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su depresiškumu?*
- 4. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su terapiniu aljansu?*
- 5. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su lytimi, amžiumi bei terapijos lankymo trukme?*
- 6. Ar verkimo terapijoje charakteristikos, savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumas, terapinis aljansas, lytis, amžius ir terapijos lankymo trukmė prognozuoja savijautą po verkimo terapijoje?*

Tyrimo uždaviniai:

(numeracija sudaryta pagal atitinkamus tyrimo klausimus)

- 1.1. Palyginti polinkį į verkimą terapijoje su polinkiu į verkimą gyvenime ir savijautą po verkimo terapijoje - su savijauta po verkimo gyvenime.

2.1. Palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal verkimo gyvenime charakteristikas bei savijautą po verkimo gyvenime.

2.2. Išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų ir savijautos po verkimo terapijoje tarpusavio sąsajas bei sąsajas su verkimo gyvenime charakteristikomis ir savijauta po verkimo gyvenime.

3.1. Palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal depresiškumą.

3.2. Išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų bei savijautos po verkimo terapijoje sąsajas su depresiškumu.

4.1. Palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal terapinį aljansą.

4.2. Išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų bei savijautos po verkimo terapijoje sąsajas su terapiniu aljansu.

5.1. Palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal lyčių pasiskirstymą, amžių ir terapijos lankymo trukmę.

5.2. Palyginti vyrus ir moteris pagal verkimo terapijoje charakteristikas bei savijautą po verkimą terapijoje, taip pat - išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų bei savijautos po verkimo terapijoje sąsajas su amžiumi ir terapijos lankymo trukme.

6.1. Patikrinti ar verkimo terapijoje charakteristikos, savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumas, terapinis aljansas, lytis, amžius ir terapijos lankymo trukmė prognozuoja savijautą po verkimo terapijoje.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Iš viso tyrime dalyvavo 120 žmonių (34 vyrai ir 86 moterys): iš jų 77 yra verkiantys terapijoje (15 vyrų ir 62 moterys) ir 43 – neverkiantys terapijoje (19 vyrų ir 24 moterys). Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 56 metų ($M = 29,72$; $SD = 8,45$). Tyrimo dalyvių dabartinės terapijos lankymo trukmė siekė nuo 3 iki 72 mėnesių ($M = 14,77$; $SD = 16,68$).

Tyrimas vyko 16 mėnesių: nuo 2018 m. rugpjūčio iki 2019 m. gruodžio. Daugiausia buvo tiriami Vilniaus miesto gyventojai, tačiau taip pat yra dalyvių ir iš Vilniaus rajonų bei kelių aplinkinių miestų. Tiriamųjų imtis buvo sudaroma pasitelkiant netikimybinę tikslingą atranką. Tyrime galėjo dalyvauti tik tie žmonės, kurie atitinka visus šiuos kriterijus:

- 1) yra pilnamečiai;
- 2) subjektyviai vertina savo savijautą kaip depresišką, ir taip jaučiasi jau mažiausiai dvi savaites;
- 3) jau mažiausiai 3 mėnesius lanko individualią psichoterapiją (arba individualų psichologinį konsultavimą (apie tai plačiau 2.2.4 skyriuje)) 1 karto per savaitę dažniu; šiuo metu lanko tik šią vienintelę psichoterapiją.

Kriterijus atitinkantys tiriamieji buvo ieškomi per draugus, pažįstamus bei pažįstamų pažįstamus (labiausiai per psichologus bei psichologijos studentus), įvairias socialinio tinklo „Facebook“ grupes - tiek susijusias, tiek nesusijusias su depresijos tema. Taip pat buvo pakabinti popieriniai skelbimai VU konsultavimo ir mokymų centre bei dviejuose privačiuose psichologinio konsultavimo bei psichoterapijos paslaugas teikiančiuose centruose.

2.2. Tyrimo instrumentai

2.2.1. Verkimo terapijoje apklausa

Verkimo terapijoje ir gyvenime charakteristikoms (dažniui, polinkiui) bei **savijautai po verkimo terapijoje ir gyvenime** nustatyti buvo paimti atitinkami klausimai iš Verkimo terapijoje apklausos (*angl.* Crying in Therapy Survey (Hilsenroth, 2015)). Verkimo terapijoje apklausa susideda iš dviejų dalių:

1) Klausimai apie verkimą kasdieniame gyvenime.

Autoriai paėmė juos iš Suaugusiųjų verkimo instrumento (*angl.* Adult Crying Inventory (ACI); Vingerhoets & Becht, 1996), kuris yra plačiausiai naudojamas verkimo tyrinėjimuose, „A“ dalies. Tai klausimai verkimo gyvenime charakteristikoms (dažniui, polinkiui) bei savijautai po verkimo gyvenime nustatyti:

- Siekiant įvertinti dažnį buvo klausiama, kiek kartų žmogus verkė per pastarąsias 4 savaites (← verkimo gyvenime dažnis). Siekiant įvertinti polinkį buvo klausiama, kaip žmogus įvertintų savo polinkį verkti nuo 1 iki 10 (kur 1 – aš beveik niekada neverkiu, 10 – aš galiu lengvai apsiverkti) (← verkimo gyvenime polinkis).
- Siekiant įvertinti savijautą po verkimo gyvenime, o tiksliau – jos pokyčius, buvo naudojama Savijautos po verkimo skalė (*angl.* Mood After Crying (MIC)). Joje, įvertinant 7 pateiktus būdvardžius, žmogaus buvo prašoma nurodyti, kaip jis dažniausiai jaučiasi po verkimo lyginant su prieš tai buvusia būseną. (← savijauta po verkimo gyvenime).

2) Klausimai apie verkimą psichoterapijos sesijų metu.

Iš šios dalies buvo paimti analogiški praeitai daliai klausimai verkimo terapijoje charakteristikoms (dažniui, polinkiui) bei savijautai po verkimo terapijoje nustatyti:

- Siekiant įvertinti dažnį buvo klausiama, keliuose psichoterapijos seansuose bei kiek kartų per juos žmogus verkė per pastarąsias 4 savaites, t.y. pastaruosius keturis seansus, nes visi tiriamieji lanko terapiją vieną kartą per savaitę. Kadangi per vieną psichoterapijos seansą žmogus gali verkti daugiau nei vieną kartą, rezultatų analizei naudojamas būtent susumuotas visų verkimo epizodų skaičius per pastaruosius 4 seansus. (← verkimo terapijoje dažnis). Siekiant įvertinti polinkį buvo klausiama, kaip žmogus įvertintų savo polinkį verkti dabartinės psichoterapijos sesijų metu nuo 1 iki 10 (kur 1 – neverkiu terapijoje, 10 – dažnai verkiu terapijoje) (← verkimo terapijoje polinkis).
 - Siekiant įvertinti savijautą po verkimo terapijoje, o tiksliau – jos pokyčius, buvo du kartus naudojama Savijautos po verkimo skalė: pirmą kartą ji buvo pateikiama prašant nurodyti, kaip žmogus dažniausiai jaučiasi po verkimo terapijoje lyginant su prieš tai buvusia būseną, antru atveju – kaip jis jautėsi būtent po paskutinio verkimo terapijoje epizodo lyginant su prieš tai buvusia būseną. Gauti abu įverčiai susumuojami ir tada padalinami per pusę – taip gaunasi bendras savijautos po verkimo terapijoje įvertis (← savijauta po verkimo terapijoje).
- ❖ Tarp šių dviejų dalių (1) klausimų apie verkimą kasdieniame gyvenime bei 2) apie verkimą terapijoje) apklausos formoje buvo įterptas papildomas klausimas: dalyvių klausama, ar jie yra

bent vieną kartą verkę savo dabartinėje terapijoje. Atsakiusieji “taip” buvo priskiriami *verkiančių terapijoje imčiai*, atsakiusieji “ne” – *neverkiančių terapijoje imčiai*; pirmieji pereidavo toliau prie klausimų apie verkimą terapijoje, tuo tarpu antrieji šią dalį praleisdavo.

Plačiau apie verkimo terapijoje ir gyvenime charakteristikas (dažnį, polinkį) bei jas matuojančius klausimus. Verkimo dažnis yra apibūdinamas kaip verkimo epizodų skaičius per tam tikrą laiko tarpą; jam įvertinti dažniausiai yra naudojamas 4 savaičių intervalas (Peter et al., 2001). Priešingai, polinkis į verkimą yra apibrėžiamas kaip bendra individo tendencija verkti arba slenkstis, pasiekus kurį jis pradeda verkti (Denckla et al., 2014). Monozigotinių ir dizigotinių dvynių tyrimas parodė, kad verkimo dažnis yra daugiausia nulemiamas aplinkos veiksnių, tuo tarpu polinkis į verkimą yra daugiau ar mažiau stabili asmenybės charakteristika, apspręsta genetinių faktorių (Vingerhoets & Lensvelt, 1998). Ir nors verkimo dažnis ir polinkis į verkimą yra skirtingai apibrėžiami bei matuojamai konstruktai, kasdieniame gyvenime tarp jų egzistuoja labai glaudus tarpusavio ryšys (Vingerhoets, 2013); moksliniai tyrimai taip pat aptinka labai stiprias teigiamas sąsajas tarp jų (Scheirs & Sijtsma, 2001; Denckla et al., 2014; Kazakova, 2017). Šio magistro darbo tyrime buvo taip pat aptinkamos labai aukštos Spearman koreliacijos tarp verkimo dažnio ir verkimo polinkio – jų reikšmės svyravo nuo 0,667 iki 0,726. Šiame darbe jos kartais bus apibendrintai vadinamos verkimo charakteristikomis; tačiau ryšiai su kitais kintamaisiais kiekvienai iš jų bus tikrinami atskirai, nes subtilių skirtumų visgi įmanoma tikėtis.

Plačiau apie savijautą po verkimo terapijoje ir gyvenime bei ją matuojančią Savijautos po verkimo skalę. Savijauta po verkimo, arba, tiksliau tariant, jos pokyčiai – tai kaip pasikeičia bendra individo savijauta po verkimo epizodo palyginus su tuo, kaip buvo prieš pat verkimą (Vingerhoets & Becht, 1996). Po verkimo savijauta gali pagerėti, dar labiau pablogėti arba visai nepakisti (Vingerhoets & Becht, 1996). Rottenberg ir kitų (2008a) bei Kazakova (2017) tyrimai parodė, kad nei verkimo dažnis, nei polinkis į verkimą nėra susiję su savijautos pokyčiais po verkimo, tačiau Bylsma, Croon, Vingerhoets ir Rottenberg (2011) tyrimas atskleidė, kad didesnis verkimo dažnis yra susijęs su savijautos pablogėjimu po verkimo.

Savijautos po verkimo pokyčius matuoja jau minėta Savijautos po verkimo skalė (*angl.* Mood After Crying (MIC)). Šioje skalėje žmogaus yra prašoma nurodyti, kaip jis dažniausiai jaučiasi po verkimo (arba kaip jautėsi po konkretaus verkimo epizodo) lyginant su prieš tai buvusią būseną. Pateikiami 7 būdvardžiai: atsipalaidavęs(-usi), įsitempęs(-usi), kontroliuojantis(-i), prislėgtas(-a), liūdnas(-a), laimingas(-a), jaučiantis(-i) palengvėjimą; ir kiekvienam iš jų reikia parinkti labiausiai tinkančią

alternatyvą - „mažiau nei prieš tai“, „tiek pat kaip prieš tai“ arba „daugiau nei prieš tai“. Prieš pradėdant bendro skalės įverčio skaičiavimus, neigiamos konotacijos teiginių atsakymai (o būtent - įsitempęs(-usi), prislėgtas(-a), liūdnas(-a)) yra apverčiami. Už kiekvieną teigiamą pokytį („daugiau nei prieš tai“) yra duodamas vienas balas (+1), už kiekvieną neigiamą („mažiau nei prieš tai“) – minus vienas balas (-1), tuo tarpu nesant jokiam pokyčiui („tiek pat kaip prieš tai“) rašomas nulis (0). Toliau kiekvieno teiginio balai yra sumuojami, ir didesnis bendras skalės įvertis reiškia didesnę savijautos pokytį į gerą po verkimo (atitinkamai per vidurį esantys įverčiai – savijautos pokyčių nebuvimą, o mažesni įverčiai – savijautos pablogėjimą po verkimo). Tokiu būdu, pildant šią skalę minimaliai galima surinkti „-7“ balus, maksimaliai – „+7“. Savijautos po verkimo skalė pasižymi pakankamu vidiniu suderintumu: jos Cronbach α reikšmės svyruoja nuo 0,750 iki 0,850 (Peter et al., 2001; Rottenberg et al., 2008a; Kazakova, 2017). Šiame magistro darbo tyrime Savijautos po verkimo skalės Cronbach α reikšmės (skirtingoms imtims bei atskirai verkimui gyvenime ir verkimui terapijoje) svyravo nuo 0,806 iki 0,887.

Kaip jau buvo minėta skyrelio pradžioje, Savijautos po verkimo skalė šiame tyrime buvo pateikiama tris kartus: bendrai (t.y. kokia būdinga dažniausiai) savijautai po verkimo gyvenime, bendrai savijautai po verkimo terapijoje bei savijautai po paskutinio verkimo terapijoje epizodo nustatyti. Zingaretti ir kiti (2017) išskiria dvi priežastis, kodėl verta tirti paskutinį verkimo psichoterapijoje epizodą bei koncentruotis ties juo: pirma, tam, kad sumažintume atgaminimo šališkumus klausdami apie kuo įmanoma „šviežesni“ įvyki; antra, kad sumažintume tikimybę, jog, paklaustas apibendrintai apie savijautą po verkimo psichoterapijoje, klientas atgamins būtent blogiausią ar ryškiausią iš visų savo verkimo terapijoje epizodų, taip darydamas tyrimo duomenis bei išvadas mažiau reprezentatyvius (Zingaretti et al., 2017). Iš kitos pusės, paskutinis verkimo terapijoje epizodas galėjo visai neatspindėti bendros situacijos, tad nuspręsta šiame tyrime naudoti Savijautos po verkimo skalę abiem šiems variantams patikrinti, kaip ir yra pateikta Verkimo terapijoje apklausoje. Tačiau, apskaičiavus tyrimo rezultatus ir gavus, kad savijauta po verkimo terapijoje bendrai bei po paskutinio epizodo labai stipriai koreliuoja tarpusavyje ($r = 0,778$), o jų sąsajų su kitais kintamaisiais įverčiai yra beveik identiški, buvo nuspręsta apskaičiuoti bei naudoti šiame darbe bendros savijautos po verkimo terapijoje bei savijautos po paskutinio verkimo terapijoje epizodo vidurkius. (Sudėjus šiuos du kintamuosius į viena (t.y. suvidurkinus juos) ir vėl patikrinus sąsajas su kintais tyrimo konstruktais, skirtumų nepastebėta).

Leidimas naudoti ir versti į lietuvių kalbą dalį Verkimo terapijoje apklausos klausimų yra gautas iš jo autoriaus (bei taip pat ir iš Suaugusiųjų verkimo instrumento (ACI), kuriuo remiantis ir buvo sudaryti šie klausimai, autoriaus). Apklausos klausimai buvo verčiami iš anglų kalbos į lietuvių, tada

daromas atgalinis vertimas (jį atliko kita klinikinės psichologijos studentė, gerai išmananti anglų kalba), ir abi versijos sulyginamos, minimalūs neatitikimai pakoreguojami. Tada buvo atliktas nedidelis bandomasis tyrimas, apie kurį plačiau bus 2.3 skyriuje.

2.2.2. Becko depresijos skalė-II

Depresiškumui šiame darbe matuoti buvo pasirinkta Becko depresijos skalė-II (*angl.* Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck et al., 1996)).

Becko depresijos skalė-II (BDI-II) – tai peržiūrėta Becko depresijos skalės (Beck et al., 1961; Beck, 1974) versija, performuluota atsižvelgiant į DSM-IV depresijos sutrikimo kriterijus. Ji skirta paauglių bei suaugusiųjų depresijos simptomų stiprumui nustatyti ir matuoja kognityvinius-afektinius ir fiziologinius depresijos simptomus. Pildančiojo prašoma įvertinti šių simptomų pasireiškimą per paskutines 2 savaites.

Tiek originaliąją versiją, tiek ir BDI-II sudaro 21 teiginių grupė. Kiekvieną teiginio grupę (išskyrus dvi - apie miego bei apetito pokyčius) sudaro po keturis teiginius, kur atsakymas vertinamas nuo 0 iki 3 balų, atspindinčių simptomo sunkumą (0 - simptomo nėra, 3 - stipriai išreikštas simptomas). Aukštesni bendri įverčiai rodo sunkesnius depresijos simptomus. Bendras balų skaičius gali būti nuo 0 iki 63. Depresijos simptomų sunkumas, naudojantis BDI-II balais, yra interpretuojamas taip: 0-13 - minimalus; 14-19 - švelnus; 20-28 - vidutinis; 29-63 - sunkus.

BDI-II yra patikima ir validi. Patikimumo informacija (paimta iš Wang ir Gorenstein (2013) apžvalgos). Vidinis suderintumas: Cronbach α reikšmės įprastai svyruoja nuo 0,840 iki 0,940. Šiame magistro darbo tyrime Cronbach α skirtingoms imtims svyravo nuo 0,897 iki 0,917. Koreliacijos tarp pirminio ir pakartotino testavimo (*angl.* test-retest): Pearson r koeficientai svyruoja nuo 0,73 iki 0,96. Validumo informacija (paimta iš Wang ir Gorenstein (2013) apžvalgos). Konvergentinis validumas tarp BDI-II ir BDI-I yra 0,93. Konvergentinis validumas tarp BDI-II ir kitų depresijos instrumentų svyruoja nuo 0,62 iki 0,81. Konvergentinis validumas tarp BDI-II ir nerimą matuojančių instrumentų svyruoja nuo 0,47 iki 0,83; taip yra dėl to, kad nerimo simptomai yra komorbidiški su depresijos simptomais. Divergentinis validumas: nustatytos silpnos BDI-II koreliacijos ($r < 0,4$) su instrumentais, matuojančiais lėtinį skausmą, fizinę sveikatą, medžiagų vartojimo sutrikimus bei suicidines mintis. Kriterinis validumas: aukštas jautrumas (*angl.* sensitivity) – svyruoja nuo 72% iki 100%. Turinio validumas: BDI-II aprėpia visus DSM depresijos simptomus. Konstrukto validumas: išskirtos dvi depresijos dimensijos - kognityvinė-afektinė bei somatinė-vegetacinė.

Kodėl depresiškumui šio magistro darbo tyrime matuoti pasirinkta būtent Becko depresijos skalė, o ne kitas instrumentas? Becko depresijos skalė yra plačiausiai klinikinėje praktikoje bei moksliniuose tyrimuose naudojamas depresijos instrumentas (pagal publikuotų tyrimų skaičių ši skalė lenkia kitus depresijos instrumentus - suskaičiuojama virš 7000 publikuotų tyrimų naudojant ją); be to, Becko depresijos skalė pasižymi gerais psichometriniais rodikliais ir yra validžiausia iš visų depresiją matuojančių instrumentų (Wang & Gorenstein, 2013). Tai trumpas, greitai užpildomas bei lengvai administruojamas instrumentas; lengvai apskaičiuojami ir rezultatai. Becko depresijos skalė apima platų amžiaus intervalą (nuo 13 metų ir vyresni); svarbu tai, kad ją gali pildyti ir žmonės su prastais skaitymo įgūdžiais (Wang & Gorenstein, 2013). Tačiau be visų šių išpūdingų charakteristikų, yra ir kitų priežasčių, kodėl būtent Becko depresijos skalė pasirinkta šiam tyrimui – jos susijusios su joje esančiu klausimu apie verkimą. BDI-II (bei BDI-I), kaip ir dauguma depresijos skalių, įtraukia klausimą apie verkimą, tačiau yra ypatinga tuo, jog tai vienintelė depresijos skalė, kuria buvo naudojamosi psichometriniai duomenims apie ryšį tarp verkimo ir depresijos surinkti (Vingerhoets ir kitų (2007) apžvalga). Be to, BDI-II (bei BDI-I) gera ir tuo, kad joje esantis klausimas apie verkimą įvertina ne bendrą verkimo dažnį ar reagavimą į savo verkimą (kaip kituose depresijos klausimynuose), o būtent verkimo dažnio pokyčius, t.y. kaip dėl depresijos pasikeitė verkimo dažnis palyginus su tuo, kaip buvo prieš tai.

Leidimas naudoti BDI-II (lietuviškąjį vertimą) šio magistro darbo tyrime yra gautas iš Vilniaus Universiteto Filosofijos fakulteto Taikomosios psichologijos (buv. Specialiosios psichologijos) laboratorijos.

2.2.3. Terapinio aljanso skalė, trumpoji versija

Terapiniam aljansui šiame darbe matuoti buvo pasirinkta Terapinio aljanso skalės trumpoji versija, kliento pildoma forma (*angl.* Working Alliance Inventory–Short Form, Client (WAI-S (C)) (Tracey & Kokotowitc, 1989)).

Terapinio aljanso skalė (WAI) (Working Alliance Inventory; Horvath & Greenberg, 1989) matuoja terapinio aljanso stiprumą remiantis Bordino (1979) teorine trikomponente aljanso koncepcija (pagal ją terapinį aljansą sudaro 3 komponentai – ryšys, tikslai ir užduotys). Tai vienas labiausiai naudojamų instrumentų terapiniam aljansui matuoti. Dažnai jis pradedamas taikyti jau psichoterapijos pradžioje, ir toliau taip pat vis duodamas pildyti, siekiant nustatyti, kaip kinta terapinio aljanso stiprumas psichoterapijos eigoje.

WAI sudaro 3 skalės: ryšio (*angl.* bond; vertina santykio tarp kliento ir psichoterapeuto kokybę), tikslų (*angl.* goal; vertina kliento ir psichoterapeuto sutarimą dėl siekiamų terapinių tikslų) ir užduočių (*angl.* task; vertina kliento ir psichoterapeuto sutarimą dėl metodų terapiniams tikslams pasiekti). Pilnąją versiją sudaro 36 teiginiai, sutrumpintą – 12 teiginių. Kiekvienas teiginys vertinamas 7 balų Likerto skale (1 - niekada, 7 - visada). Prieš pradėdant bendro skalės įverčio skaičiavimus, neigiamos konotacijos teiginių atsakymai (šio magistro darbo tyrime naudojamoje WAI-S tai 4 kl. ir 10 kl.) yra apverčiami. Bendras aljanso stiprumo įvertis skaičiuojamas susumavus visų 3 skalių įverčius. Didesnis bendras įvertis reiškia stipresnę terapinį aljansą.

Yra trys šio instrumento formos: kliento, terapeuto ir stebėtojo. Šio darbo tyrime bus naudojama tik kliento pildoma forma – WAI-S (C). Tyrimai rodo, kad būtent kliento terapinio aljanso matymo perspektyva labiausiai iš visų prognozuoja terapijos rezultatus, tuo tarpu terapeuto - prasčiausiai, ir kad sutapimas tarp šių skirtingų perspektyvų yra pakankamai mažas (cit. iš Bucci, Seymour-Hyde, Harris, & Berry, 2016).

WAI turi patvirtintus patikimumą ir validumą (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath, 1994). Patikimumas: Geras stabilumas laike, t.y. aukštos koreliacijos tarp pirminio ir pakartotino testavimo ($r = 0,92$; laiko intervalas tarp testavimų - 1 savaitė). Aukštas vidinis suderintumas: tiek bendros skalės (Cronbach α svyruoja nuo 0,870 iki 0,930), tiek atskirų skalių (ryšio skalės Cronbach $\alpha = 0,920$; tikslų skalės Cronbach $\alpha = 0,890$; užduočių skalės Cronbach $\alpha = 0,900$). Šiame magistro darbo tyrime Cronbach α skirtingoms imtims svyravo nuo 0,915 iki 0,951. Validumas: Faktorinės analizės būdu buvo gautas vienas bendras faktorius, tad bendras terapinis aljansas ir yra pagrindinis WAI matuojamas konstruktas, o bendri WAI (o ne atskirų jo skalių) įverčiai - pagrindiniai įverčiai. WAI pasižymi aukštomis jo skalių tarpusavio koreliacijomis (r tarp ryšio ir tikslų skalių = 0,62; r tarp tikslų ir užduočių skalių = 0,71; r tarp ryšio ir užduočių skalių = 0,72). Daugelyje tyrimų WAI prognozavo terapijos rezultatus (t.y. aukštas prognostinis validumas) (Martin et al., 2000; Horvath et al., 2011). Gautos vidutinio stiprumo koreliacijos su kitais terapinį aljansą matuojančiais instrumentais (Hatcher & Barends, 1996).

Sutrumpinta WAI versija įtraukia tas pačias tris subskales, kaip ir ilgoji (originalioji) versija, tačiau sumažina kiekvienos subskalės teiginių skaičių nuo 12 iki 4. Ilgoji ir trumpoji versijos pasižymi panašiomis psichometrinėmis charakteristikomis (Tracey & Kokotowitc, 1989). Pavyzdžiui, kai jos buvo taikomos tai pačiai imčiai, abi versijos parodė panašų prognostinį validumą (Busseri & Tyler, 2003). Tai rodo, kad, esant poreikiui (pavyzdžiui, laiko taupymo tikslais) trumpoji WAI versija gali

būti lygiavertiškai naudojama vietoj pilnos; tad, dėl šios priežasties, būtent ji ir buvo naudojama šio magistro darbo tyrime.

Leidimas naudoti WAI-S (C) buvo gautas iš jo autorių. Taip pat buvo gautas ir dr. Eglės Mažulytės-Rašytinės leidimas naudoti jos į lietuvių kalbą išverstą WAI-S (C) versiją šiame tyrime.

2.2.4. Papildomi klausimai

Šalia 2.2.1-2.2.3 skyreliuose minėtų instrumentų apklausos formos eigoje tiriamiesiems taip pat buvo pateikiami keli papildomi klausimai reikiamai informacijai surinkti. Tiriamųjų buvo klausiama:

- Apie jų amžių ir lytį;
- Kiek laiko jie jau lanko dabartinę psichoterapiją (mėnesiais);
- Pas ką jie lankosi – pas psichologą ar pas psichoterapeutą*;

* - Dar atliekant bandomąjį tyrimą buvo pastebėta, kad nemažai daliai dalyvių yra sunku atskirti psichologinį konsultavimą nuo psichoterapijos bei nurodyti, pas ką būtent jie lankosi – terminus “psichologas” ir “psichoterapeutas” jie suprasdavo bei vartodavo sinonimiškai. Be to, kai kurie iš nurodančių, kad lankosi pas psichologą, taip pat nurodydavo ir terapijos kryptį, o daug besilankančių pas psichoterapeutus terapijos krypties nežinojo. Taigi, riba tarp psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo šiame tyrime pasirodė esanti plonesnė, nei galėjo atrodyti iš pirmo žvilgsnio; tad tirti nuspręsta abiem šioms grupėms priklausančius žmones. Surinkus imtį pagrindiniam tyrimui, lankantys terapiją ir lankantys psichologinį konsultavimą buvo palyginti tarpusavyje pagal tai, ar jie apskritai verkia ar neverkia terapijoje / psichologiniame konsultavime, o verkiantieji iš abiejų šių grupių – dar ir pagal verkimo psichoterapijoje / psichologiniame konsultavime charakteristikas (dažnį, polinkį) bei savijautą po verkimo (kadangi, kaip jau buvo minėta, dalis žmonių negalėjo tiksliai nurodyti, pas ką būtent lankosi, dalyvių susikirstymas į atitinkamas grupes buvo apytikris). Skirtumų tarp šių dviejų grupių nebuvo aptikta visai, tad tyrime jos buvo apjungtos bei analizuojamos kartu.

2.3. Tyrimo eiga

Šis tyrimas yra platesnio tyrimo dalis ir įtraukė žymiai daugiau klausimų bei temų (susijusių su verkimu psichoterapijoje, depresiška savijauta, pačia lankoma terapija), nei analizuojama šiame darbe.

Šiam darbui parašyti buvo išgryninta siauresnė tema ir naudojami tik tie instrumentai bei papildomi klausimai, kurie ir buvo aprašyti 2.2 skyriuje.

Išvertus Verkimo terapijoje apklausą ir apjungus visus instrumentus, papildomus klausimus, pildymo instrukcijas bei kreipimąsi į tiriamuosius į vieną, buvo atliktas nedidelis bandomasis tyrimas. Jame sudalyvavo 9 žmonės (šie žmonės atitiko tuos pačius kriterijus, kaip ir 2.1 skyriuje aprašyta pagrindinio tyrimo dalyvių imtis): jie užpildė visą apklausos formą bei pasidalino pastabomis ir pasiūlymais, taip pat – savo pamąstymais tyrimo tema. Atsižvelgiant į tiriamųjų komentarus, buvo atlikta tam tikrų pataisymų apklausos formoje. Tuomet buvo pereita prie pagrindinio tyrimo.

Tyrimas vyko gyvai, ir kiekvienas žmogus buvo tiriamas individualiai. Maždaug apie pusę tyrimo dalyvių ištyrė šio darbo autorė, kitą pusę – jai padėję žmonės, turintys prieigą prie tyrimo kriterijus atitinkančių žmonių. Su tyrimo dalyviais buvo derinamas susitikimo laikas ir vieta ir, susitikus gyvai, duodama užpildyti popierinė apklausos forma. Šios formos tituliniam lape esančiame kreipimesi į tiriamuosius buvo akcentuojamas jų atsakymų konfidencialumas bei galimybė pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu. Perskaitę kreipimąsi, tiriamieji turėjo patvirtinti savo sutikimą dalyvauti tyrime, pasirašydami kreipimosi lapo apačioje, taip pat – šalia nurodydami pildymo datą. Apklausos formos pildymui tiriamieji galėjo skirti tiek laiko, kiek jie patys norėjo; pildymas vidutiniškai užtrukdavo apie 17-20 minučių verkiančiųjų terapijoje grupėje ir apie 8-11 minučių – neverkiančiųjų terapijoje grupėje.

2.4. Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant IBM SPSS Statistics 23 programą.

Duomenų pasiskirstymo normalumas buvo tikrinamas atsižvelgiant į Kolmogorovo ir Smirnovo testo reikšmingumo lygmenį, asimetriškumo koeficientą, histogramą, „Normal Q-Q plot“ grafiką bei „Detrended Normal Q-Q plot grafiką“. Kadangi dalis kintamųjų buvo pasiskirstę normaliai (verkimo gyvenime polinkis, verkimo terapijoje polinkis, savijauta po verkimo gyvenime, savijauta po verkimo terapijoje, depresiškumas, terapinis aljansas, amžius), o dalis – nenormaliai (verkimo gyvenime dažnis, verkimo terapijoje dažnis, terapijos lankymo trukmė), be to, kadangi verkiančiųjų terapijoje grupėje palyginimams tarp lyčių buvo labai mažai vyrų ($n = 15$), duomenų analizei nuspręsta taikyti neparametrinius kriterijus – šiuo atveju Spearman koreliacijas, Mann-Whitney U testą ir Wilcoxon testą. Taip pat (su normaliai pasiskirsčiusiais kintamaisiais) buvo taikyta tiesinės regresijos analizė.

3. REZULTATAI

3.1. Polinkio į verkimą terapijoje bei savijautos po verkimo terapijoje palyginimas su polinkiu į verkimą gyvenime ir savijauta po verkimo gyvenime

Pirmojo tyrimo klausimo uždavinys buvo palyginti verkiančių terapijoje imties ($n = 77$) polinkį į verkimą terapijoje su polinkiu į verkimą gyvenime, o savijautą po verkimo terapijoje – su savijauta po verkimo gyvenime (verkimo terapijoje ir gyvenime dažnis negalėjo būti sulyginami, todėl į šią analizę įtraukti nebuvo). Tam buvo pasitelktas Wilcoxon testas. Gauti verkimo polinkio ir savijautos po verkimo terapijoje ir gyvenime vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, Z -reikšmės bei p -reikšmės yra pateikiami 1 lentelėje. Iš 1 lentelės matome, kad verkimo polinkis yra statistiškai reikšmingai didesnis gyvenime, nei terapijoje (tiesa, šis skirtumas nėra labai didelis), tačiau tarp savijautos po verkimo terapijoje ir gyvenime reikšmingų skirtumų neaptikta.

1 lentelė. Verkimo polinkio ir savijautos po verkimo terapijoje bei gyvenime palyginimas taikant Wilcoxon testą

	Terapijoje	Gyvenime	Z	p
	$M (SD)$	$M (SD)$		
Verkimo polinkis	6,01 (2,66)	6,73 (3,02)	-2,220	0,026
Savijauta po verkimo	1,75 (3,67)	1,51 (3,75)	-0,743	0,457

Pastaba: M – vidurkiai, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Toliau, siekiant atsakyti į 2.1, 3.1, 4.1, 5.1 tyrimo uždavinius, t.y. palyginti tarpusavyje verkiančius ($n = 77$) bei neverkiančius ($n = 43$) terapijoje klientus pagal verkimo gyvenime charakteristikas (dažni, polinkį), savijautą po verkimo gyvenime, depresiškumą, terapinį aljansą, amžių ir terapijos lankymo trukmę, buvo atliktas Mann-Whitney U testas. Gauti verkiančių ir neverkiančių terapijoje vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, U -reikšmės bei p -reikšmės yra pateikiami 2 lentelėje.

Taip pat, siekiant atsakyti į 2.2, 3.2, 4.2, 5.2 tyrimo uždavinius, t.y. nustatyti, kaip verkiančiųjų terapijoje ($n = 77$) klientų imtyje verkimo terapijoje charakteristikos (dažnis, polinkis) ir savijauta po verkimo terapijoje yra susijusios tarpusavyje bei su verkimo gyvenime charakteristikomis (dažniu, polinkiu), savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumu, terapiniu aljansu, amžiumi ir terapijos lankymo trukme. Šioms sąsajoms nustatyti buvo apskaičiuotos Spearman koreliacijos. Rezultatus galima matyti 3 lentelėje.

2 lentelė. *Verkiančių ir neverkiančių terapijoje palyginimas pagal verkimo gyvenime charakteristikas, savijautą po verkimo gyvenime, depresiškumą, terapinį aljansą, amžių ir terapijos lankymo trukmę taikant Mann-Whitney U testą*

	Verkiantys	Neverkiantys	U	p
	terapijoje (n = 77)	terapijoje (n = 43)		
	M (SD)	M (SD)		
Verkimo gyvenime dažnis	9,94 (10,43)	6,44 (11,86)	1068,50	0,001
Verkimo gyvenime polinkis	6,73 (3,02)	5,09 (3,29)	1152,50	0,006
Savijauta po verkimo gyvenime	1,51 (3,75)	0,81 (3,67)	1475,50	0,322
Depresiškumas	30,70 (12,72)	32,23 (12,06)	1514,50	0,440
Terapinis aljansas	66,96 (11,96)	59,93 (15,67)	1221,00	0,017
Amžius	31,21 (8,40)	27,05 (7,93)	1190,50	0,011
Terapijos lankymo trukmė	16,99 (17,52)	10,79 (14,41)	1089,50	0,002

Pastaba: M – vidurkiai, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3 lentelė. *Spearman koreliacijos tarp verkimo terapijoje charakteristikų bei savijautos po verkimo terapijoje ir verkimo gyvenime charakteristikų, savijautos po verkimo gyvenime, depresiškumo, terapinio aljanso, amžiaus ir terapijos lankymo trukmės (n = 77)*

	Verkimo terapijoje dažnis	Verkimo terapijoje polinkis	Savijauta po verkimo terapijoje
Verkimo gyvenime dažnis	0,542**	0,469**	0,021
Verkimo gyvenime polinkis	0,505**	0,566**	0,128
Savijauta po verkimo gyvenime	0,081	0,198	0,500**
Verkimo terapijoje dažnis	-	0,667**	0,126
Verkimo terapijoje polinkis	0,667**	-	0,164
Savijauta po verkimo terapijoje	0,126	0,164	-
Depresiškumas	0,118	0,090	-0,263*
Terapinis aljansas	0,054	0,017	0,340**
Amžius	-0,077	-0,083	0,017
Terapijos lankymo trukmė	-0,296**	-0,147	-0,035

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Toliau – 3.2-3.5 bei 3.6 skyreliuose - yra pateikiami išsamesni gautų rezultatų aprašymai.

3.2. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje tarpusavio sąsajos bei sąsajos su verkimu gyvenime ir savijauta po verkimo gyvenime

Antras šio tyrimo klausimas buvo apie tai, ar verkimas terapijoje ir savijauta po verkimo terapijoje yra susiję tarpusavyje bei su verkimu gyvenime ir savijauta po verkimo gyvenime. Siekiant atsakyti į šį klausimą, buvo suformuluoti du uždaviniai. Pirmasis uždavinys buvo palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal verkimo gyvenime charakteristikas (dažnį, polinkį) bei savijautą po verkimo gyvenime. *2 lentelėje* pateikti rezultatai rodo, kad verkiantys ir neverkiantys terapijoje klientai skiriasi tarpusavyje pagal verkimo gyvenime charakteristikas, t.y. dažnio bei polinkio įverčius: verkiantys terapijoje statistiškai reikšmingai daugiau verkia ir gyvenime. Pagal savijautą po verkimo gyvenime reikšmingų skirtumų tarp verkiančių ir neverkiančių terapijoje nebuvo aptikta. Antrasis uždavinys buvo išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų (dažnio, polinkio) ir savijautos po verkimo terapijoje tarpusavio sąsajas bei sąsajas su verkimo gyvenime charakteristikomis (dažniu, polinkiu), savijauta po verkimo gyvenime. Iš *2 lentelės* matome, kad verkimo terapijoje charakteristikos statistiškai reikšmingai teigiamai koreliuoja su verkimo gyvenime charakteristikomis, tačiau nėra susijusios su savijauta po verkimo terapijoje; savijauta po verkimo terapijoje, savo ruožtu, yra statistiškai reikšmingai teigiamai susijusi su savijauta po verkimo gyvenime.

Papildomai buvo nuspręsta patikrinti, ar, taip pat kaip ir su verkimu terapijoje, verkimo gyvenime charakteristikos (dažnis, polinkis) irgi nėra susijusios su savijauta po verkimo gyvenime. Tam buvo apskaičiuotos Spearman koreliacijos tarp šių kintamųjų tiek verkiančių terapijoje imčiai ($n = 77$), tiek neverkiančių terapijoje imčiai ($n = 43$), tiek visiems bendrai ($N = 120$). Rezultatai yra patalpinti Prieduose (*5 lentelė, 1 priedas*). Šie gauti rezultatai parodė, kad verkimo gyvenime charakteristikos nei vienoje iš imčių nebuvo susijusios su savijauta po verkimo gyvenime.

3.3. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su depresiškumu

Trečias tyrimo klausimas buvo apie tai, ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su depresiškumu. Siekiant tai išsiaiškinti, buvo suformuluoti du uždaviniai. Pirmasis uždavinys buvo palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal depresiškumą. *2 lentelėje* pateikti rezultatai rodo, kad statistiškai reikšmingų depresiškumo skirtumų tarp šių dviejų grupių nebuvo aptikta. Antrasis

uždavinys buvo išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų (dažnio, polinkio) bei savijautos po verkimo terapijoje sąsajas su depresiškumu. Iš 3 lentelės galime matyti, kad statistiškai reikšmingų sąsajų tarp verkimo terapijoje charakteristikų ir depresiškumo nebuvo aptikta; tačiau taip pat matome, kad savijauta po verkimo terapijoje statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su depresiškumu.

Papildomai nuspręsta patikrinti, ar verkimo gyvenime charakteristikos (dažnis, polinkis) bei savijauta po verkimo gyvenime yra susijusios su depresiškumu. Tam buvo apskaičiuotos Spearman koreliacijos tarp šių kintamųjų verkiančiųjų terapijoje imčiai ($n = 77$), neverkiančiųjų terapijoje imčiai ($n = 43$) bei visiems bendrai ($N = 120$) (6 lentelė, 2 priedas). Gauti rezultatai parodė, kad nei vienoje iš imčių verkimo gyvenime polinkis nebuvo susijęs su depresiškumu; verkimo gyvenime dažnis, priešingai, buvo statistiškai reikšmingai teigiamai susijęs su depresiškumu verkiančių terapijoje imtyje bei bendrai visoje imtyje (neverkiančių imtyje ši sąsaja buvo arti reikšmingos); o savijauta po verkimo terapijoje buvo statistiškai reikšmingai neigiamai susijusi su depresiškumu neverkiančių terapijoje imtyje bei bendrai visoje imtyje (verkiančių imtyje ši sąsaja buvo arti reikšmingos).

3.4. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su terapiniu aljansu

Ketvirtas tyrimo klausimas buvo apie tai, ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su terapiniu aljansu. Siekiant tai patikrinti, buvo suformuluoti du uždaviniai. Pirmasis uždavinys buvo palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal terapinį aljansą. 2 lentelė rodo, kad verkiantys klientai pasižymi statistiškai reikšmingai didesniais terapinio aljanso įverčiais, nei neverkiantys (tačiau šis skirtumas nėra didelis). Taip pat buvo atlikta ir išsamesnė analizė, siekiant palyginti verkiančius bei neverkiančius pagal atskirų terapinio aljanso skalių – „ryšio“, „tikslų“, ir „užduočių“ - įverčius. Tam pasitelktas Mann-Whitney U testas; gauti rezultatai yra patalpinti Prieduose (7 lentelė, 3 priedas). Rezultatai atskleidė, kad verkiantys ir neverkiantys terapijoje skyrėsi pagal visų trijų terapinio aljanso skalių įverčius – pas verkiančius jie buvo statistiškai reikšmingai didesni. Antrasis uždavinys buvo išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų (dažnio, polinkio) bei savijautos po verkimo terapijoje sąsajas su terapiniu aljansu. Iš 3 lentelės matome, kad reikšmingų sąsajų tarp verkimo terapijoje charakteristikų ir terapinio aljanso nebuvo aptikta; tačiau savijauta po verkimo terapijoje statistiškai reikšmingai teigiamai koreliavo su terapiniu aljansu. Taip pat nuspręsta patikrinti, kaip verkimo terapijoje charakteristikos bei savijauta po verkimo terapijoje yra susijusios ir su atskirų terapinio aljanso skalių įverčiais; tam buvo apskaičiuotos Spearman koreliacijos tarp jų (8 lentelė, 4 priedas).

Gauti rezultatai parodė, kad verkimo terapijoje charakteristikos bei savijauta po verkimo terapijoje statistiškai reikšmingai teigiamai koreliuoja su visomis trimis terapinio aljanso skalėmis.

3.5. Verkimo terapijoje ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su lytimi, amžiumi ir terapijos lankymo trukme

Penktas tyrimo klausimas buvo apie tai, ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su lytimi, amžiumi ir terapijos lankymo trukme. Siekiant į jį atsakyti, buvo suformuluoti du uždaviniai. Pirmasis uždavinys buvo palyginti verkiančius ir neverkiančius terapijoje pagal lyčių pasiskirstymą, amžių ir terapijos lankymo trukmę. Lyginant šias grupes pagal lyčių pasiskirstymą (verkiančių imtyje: $n = 15$ (vyrai) ir $n = 62$ (moterys); neverkiančių imtyje: $n = 19$ (vyrai) ir $n = 24$ (moterys); bendrai abiejose imtyse: $n = 34$ (vyrai) ir $n = 86$ (moterys)) buvo pasitelktas Chi kvadrato homogeniškumo testas. Rezultatai parodė, kad verkiantys ir neverkiantys terapijoje statistiškai reikšmingai skiriasi tarpusavyje pagal lyčių pasiskirstymą: tarp verkiančių terapijoje yra 19,5% vyrų ir 80,5% moterų, tuo tarpu tarp neverkiančių – 44,2% vyrų ir 55,8% moterų; $\chi^2 = 8,294$, $df = 1$, $p = 0,004$. Amžiaus ir terapijos lankymo trukmės rodikliai verkiančių ir neverkiančių grupėse buvo lyginami naudojant Mann-Whitney U testą, ir rezultatai atsispindi 2 lentelėje. Iš 2 lentelės matome, kad verkiantys ir neverkiantys terapijoje klientai statistiškai reikšmingai skiriasi tarpusavyje tiek pagal amžių, tiek pagal terapijos lankymo trukmę: verkiantys yra vyresni bei ilgiau lankantys terapiją, nei neverkiantys.

Antrasis penktojo tyrimo klausimo uždavinys buvo palyginti vyrus ir moteris pagal verkimo terapijoje charakteristikas (dažnį, polinkį) bei savijautą po verkimo terapijoje, taip pat - išmatuoti verkimo terapijoje charakteristikų bei savijautos po verkimo terapijoje sąsajas su amžiumi ir terapijos lankymo trukme. Siekiant išsiaiškinti, kaip verkiantys terapijoje vyrai ($n = 15$) ir moterys ($n = 62$) skiriasi tarpusavyje pagal verkimo terapijoje charakteristikas bei savijautą po verkimo terapijoje, buvo pasitelktas Mann-Whitney U testas; rezultatai pateikti 4 lentelėje. Iš 4 lentelės matome, kad vyrai ir moterys nesiskiria tarpusavyje pagal verkimo terapijoje dažnį, tačiau statistiškai reikšmingai skiriasi pagal verkimo terapijoje polinkį – moterų polinkis yra didesnis; pagal savijautą po verkimo terapijoje statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų neaptikta. Papildomai buvo nuspręsta patikrinti, ar lytys skiriasi tarpusavyje ir pagal verkimo gyvenime charakteristikas (dažnis, polinkis) bei savijautą po verkimo gyvenime: atliktas Mann-Whitney U testas verkiančių terapijoje imčiai ($n = 77$), neverkiančių terapijoje imčiai ($n = 43$) ir visiems bendrai ($N = 120$) (9 lentelė, 5 priedas). Rezultatai parodė, kad verkiančiųjų bei bendrai visoje imtyje moterys pasižymi didesniais už vyrus verkimo gyvenime dažniu

bei polinkiu, tuo tarpu neverkiančių imtyje statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyčių nebuvo aptikta. Pagal savijautą po verkimo gyvenime vyrai ir moterys nesiskyrė tarpusavyje nei vienoje iš imčių.

4 lentelė. *Vyrų ir moterų palyginimas pagal verkimo terapijoje charakteristikas ir savijautą po verkimo terapijoje taikant Mann-Whitney U testą*

	Vyrai (n = 15)	Moterys (n = 62)	U	p
	M (SD)	M (SD)		
Verkimo terapijoje dažnis	1,60 (1,30)	2,74 (2,66)	356,00	0,155
Verkimo terapijoje polinkis	4,67 (2,19)	6,34 (2,68)	296,00	0,028
Savijauta po verkimo terapijoje	2,43 (3,45)	1,58 (3,73)	407,50	0,459

Pastaba: M – vidurkiai, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Amžiaus ir terapijos lankymo trukmės sąsajos su verkimo terapijoje charakteristikomis bei savijauta po verkimo terapijoje buvo tikrinamos apskaičiuojant Spearman koreliacijas, ir rezultatai pateikti 3 lentelėje. Iš 3 lentelės matome, kad amžius nėra statistiškai reikšmingai susijęs nei su verkimo terapijoje charakteristikomis, nei su savijauta po verkimo terapijoje (papildoma analizė parodė, kad amžius nėra susijęs ir su verkimo gyvenime charakteristikomis bei savijauta po verkimo gyvenime verkiiančių ir neverkiančių terapijoje imtyse (10 lentelė, 6 priedas)). Taip pat iš 3 lentelės matome, kad terapijos lankymo trukmė statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su verkimo terapijoje dažniu, tačiau nėra susijusi nei su verkimo terapijoje polinkiu, nei su savijauta po verkimo terapijoje.

3.6. Savijautą po verkimo terapijoje prognozuojantys veiksniai

Šeštojo tyrimo klausimo uždavinys buvo patikrinti, ar verkimo terapijoje charakteristikos (dažnis, polinkis), savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumas, terapinis aljansas, lytis, amžius ir terapijos lankymo trukmė prognozuoja savijautą po verkimo terapijoje. Tačiau prieš darant tai, reikėjo pirma patikrinti, kurie iš šių kintamųjų apskritai yra susiję su savijauta po verkimo terapijoje. Šias sąsajas tikrinome 2.2, 3.2, 4.2, 5.2 uždaviniuose, ir iš 3 lentelės galime prisiminti, kad koreliaciniais ryšiais su savijauta po verkimo terapijoje buvo susiję tik savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumas ir terapinis aljansas (lyties sąsajos su savijauta po verkimo terapijoje, tikrinamos atskirai - taikant vidurkių palyginimus, taip pat nebuvo aptikta); tad prognostiniam modeliui sudaryti buvo naudojami

tik šie kintamieji. Kadangi visi jie buvo pasiskirstę normaliai, galima buvo taikyti tiesinės regresijos analizę.

Taigi, tyrėme tiesinės regresijos modelį, kuriame priklausomas kintamasis buvo savijauta po verkimo terapijoje, o regresoriai (nepriklausomi kintamieji) – savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumas ir terapinis aljansas ($n = 77$). Kadangi regresorius ‘depresiškumas’ nebuvo statistiškai reikšmingas, jį iš modelio pašalinome. Determinacijos koeficiento reikšmė pašalinus regresorių ‘depresiškumą’ sumažėjo tik per 0,017. Galutinio tiesinės regresijos modelio $F = 17,422$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,320$. Regresoriaus ‘savijauta po verkimo gyvenime’ $\beta = 0,472$, $p < 0,001$, regresoriaus ‘terapinis aljansas’ $\beta = 0,229$, $p = 0,022$; iš standartizuotų beta koeficientų matyti, kad ‘savijauta po verkimo gyvenime’ yra daug įtakingesnis modelio regresorius nei ‘terapinis aljansas’.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Tyrimo rezultatų aptarimas

4.1.1. Ar polinkis į verkimą bei savijauta po verkimo terapijoje ir gyvenime skiriasi?

Jeigu sveiki žmonės po verkimo kasdieniame gyvenime dažniausiai pasijunta geriau, tai depresiškai besijaučiantys susiduria su sunkumais patiriant teigiamą verkimą poveikį bei jo teikiamą naudą (Rottenberg et al., 2008). Svarbu buvo suprasti, o kaip gi yra psichoterapijos atveju: ar terapijoje depresiškai besijaučiantys žmonės pasižymi panašiomis verkimo tendencijomis, kaip ir gyvenime ir, svarbiausia, ar skiriasi jų savijauta po verkimo terapijoje ir po verkimo gyvenime. Tai būtų leidę suprasti, ar terapijos kontekstas yra kuo nors ypatingas šių žmonių verkimui bei savijautai po jo. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad savo verkimo gyvenime polinkį depresiškai besijaučiantys asmenys įvertina kaip šiek tiek didesnį, nei verkimo terapijoje polinkį. Kalbant apie savijautą po verkimo, pastebėta, kad terapijoje ir gyvenime ji yra maždaug vienoda. Toks rezultatas nuteikia kiek pesimistiškai: atrodo, kad vien savaime terapija dar neprideda prie depresiškai besijaučiančio žmogaus savijautos po verkimo gerinimo. Tad svarbu yra toliau žiūrėti, kokie gi būtent depresiškai besijaučiantys klientai bei kokiomis aplinkybėmis daugiau verkia terapijoje bei geriau jaučiasi po verkimo.

4.1.2. Ar verkimas terapijoje ir savijauta po verkimo terapijoje yra susiję tarpusavyje bei su verkimu gyvenime, savijauta po verkimo gyvenime?

Ar terapijoje daugiau verkia būtent tie depresiškai besijaučiantys klientai, kurie daugiau verkia ir gyvenime? Šio tyrimo rezultatai parodė, kad taip: verkiantys terapijoje klientai ir gyvenime verkia žymiai daugiau už tuos, kurie visai neverkia terapijoje; o kuo daugiau žmogus verkia terapijoje, tuo atitinkamai didesni ir jo verkimo gyvenime rodikliai. Šie rezultatai atrodo labai logiški ir galbūt iš anksto nuspėjami. Visgi, tyrimų, kurie tirtų šį ryšį tarp klientų verkimo gyvenime ir verkimo terapijoje, iki šiol atlikta nebuvo: buvo tiriama tik tai, kaip terapeutų verkimas terapijoje yra susijęs su jų verkimu gyvenime, ir gauti analogiški rezultatai, kaip ir šio darbo tyrime (Blume-Marcovici et al., 2013). Įdomu buvo patikrinti ir ar savijauta po verkimo terapijoje yra susijusi su savijauta po verkimo gyvenime, ir šis tyrimas patvirtino, kad iš tikrųjų taip ir yra: tie klientai, kurie geriau jaučiasi po verkimo gyvenime, taip pat yra linkę jaustis ir terapijoje.

O kaip verkimo terapijoje rodikliai yra susiję su savijauta po verkimo terapijoje: ar verkti daugiau – reiškia jaustis geriau po verkimo? Šiuo klausimu gali kilti daug prieštaringų pamąstymų: viena vertus, daugybė mokslinių tyrimų patvirtina verkimo naudą ir teigiamą polinkį žmogui bei akcentuoja, kad po verkimo daugelis žmonių jaučiasi geriau; į verkimą labai teigiamai žiūrima ir terapijoje – jis laikomas „gijimo“ procesu bei kliento saugumo indikatoriumi (Robinson et al., 2015; Cuevas-Escorza & Garrido-Fernández, 2015; Knox et al., 2017; Zingaretti et al., 2017). Tad, atrodytų, dažnesnis verkimas išties galėtų skatinti ir geresnę savijautą po verkimo, o tie žmonės, kurie geriau jaučiasi po verkimo, turėtų, savo ruožtu, būti savotiškai „pastiprinami“ ir verkti daugiau. Iš kitos pusės, yra žinoma ir tai, kad depresiškai besijaučiantieji yra būtent ta žmonių grupė, kurie mažiau už kitus žmones patiria savijautos pagerėjimą po verkimo; tad tokia savita tendencijos išimtis gali atsispindėti ir terapijoje – gali būti net taip, kad dažnesnis verkimas turi ryšį su blogesne jų savijauta po verkimo. Šio darbo tyrimas parodė, kad verkimo terapijoje charakteristikos visgi nėra susijusios su savijauta po verkimo terapijoje, ir daugiau bei mažiau terapijoje verkiantys depresiškai besijaučiantys klientai po verkimo jaučiasi maždaug vienodai. Šis tyrimas parodė ir tai, kad verkiantys ir neverkiantys terapijoje nesiskiria tarpusavyje pagal savijautą po verkimo gyvenime. Papildoma analizė parodė, kad panaši tendencija yra būdinga ir šių žmonių verkimui kasdieniame gyvenime: daugiau gyvenime verkiantys depresiškai besijaučiantys žmonės nesijaučia po verkimo geriau už tuos, kurie verkia mažiau. O ką gi apie visa tai rodo moksliniai tyrimai, nagrinėjantys bendros žmonių populiacijos verkimą kasdieniame gyvenime? Tokių tyrimų atlikta nedaug: dviejuose iš jų, lygiai taip pat kaip ir šio darbo tyrime, nebuvo aptikta ryšio tarp verkimo charakteristikų ir savijautos po verkimo (Rottenberg et al., 2008a; Kazakova, 2017), tuo tarpu trečiame pastebėta, kad didesnis verkimo dažnis netgi yra susijęs su savijautos pablogėjimu po verkimo (Bylsma et al., 2011). Atsižvelgiant į tai, visgi panašu, kad tiek depresiškai besijaučiančių žmonių terapijoje bei kasdieniame gyvenime, tiek ir sveikų žmonių kasdieniame gyvenime, daugiau verkti nereiškia geriau jaustis po verkimo.

4.1.3. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su depresiškumu?

Šiuo tyrimu buvo siekiama sužinoti ir tai, ar depresiškai besijaučiančių klientų verkimas terapijoje yra susijęs su tuo, kaip stipriai depresiški jie jaučiasi. Tokio ryšio aptikta nebuvo: verkiantieji ir neverkiantieji terapijoje nesiskyrė tarpusavyje pagal depresiškumo lygį; be to, verkiančiųjų imtyje verkimo terapijoje dažnis ir polinkis irgi nebuvo susiję su depresiškumu. Atlikus papildomą analizę ir patikrinus, o kaip gi šių žmonių depresiškumas yra susijęs su jų verkimu gyvenime, sąsajų su verkimo

polinkiu irgi nebuvo rasta, bet užtat buvo aptiktas teigiamas ryšys su verkimo dažniu. Turbūt iš karto kyla klausimas, kodėl šiuo atveju taip skyrėsi verkimo gyvenime dažnio ir polinkio ryšys su depresiškumu, jei šios dvi verkimo charakteristikos yra taip tampriai tarpusavyje susijusios? Verkimo dažnis yra labiau kintanti charakteristika, dažnai priklausanti nuo situacinių veiksnių bei bendro gyvenimo konteksto, tuo tarpu polinkis į verkimą – labiau įgimta ir stabili (Vingerhoets & Lensvelt, 1998). Tad gali būti, kad nurodydami tyrime savo polinkį į verkimą, depresiškai besijaučiantys žmonės vadovaujasi nebūtinai tuo, kaip yra būtent šiuo sudėtingesnės savijautos laikotarpiu, bet koks polinkis verkti jiems apskritai yra būdingas; verkimo dažnis šiuo atveju turbūt yra objektyvesnė verkimo charakteristika, todėl tikriausiai tik ji ir buvo susijusi su depresiškumu. Tačiau įdomu, kodėl ši tendencija pasireiškė tik gyvenime, bet ne terapijoje? Depresija yra siejama su sumažėjusiais socialiniais ryšiais bei palaikymu iš aplinkos, o tad gali sumažėti ir „pečių“, ant kurių galima būtų išsiverkti (Vingerhoets et al., 2007). Tik neaišku, kaip depresiški žmonės su tuo tvarkosi: pradeda intensyviau ieškoti tų „pečių“ bei padažnėjusiu verkimu signalizuoti žmonėms apie palaikymo poreikį, arba kaip tik pradeda mažiau verkti prie žmonių, nesitikėdami, kad kažkas išgirs ir padės? Gal psichoterapijoje galimybės gauti palaikymą šiem žmonėms yra kitokios, ir dėl to, kitaip nei gyvenime, terapijoje tas verkimo dažnis ir nėra susijęs su depresiškumu? Prisiminkime, o ką bendrai apie ryšį tarp verkimo ir depresiškumo sako moksliniai (klinikinių bei neklinikinių imčių) tyrimai? Šis ryšys yra nagrinėjamas seniai, tačiau tyrimų rezultatai atskleidžia labai nevienareikšmį vaizdą: vieni nustato teigiamas verkimo ir depresiškumo sąsajas (Frey et al., 1983; Hastrup et al., 1986; Choti et al., 1987), kiti – neranda jų visai (Kraemer & Hastrup, 1986; Labott & Martin, 1987; Gran, 2003; Rottenberg et al., 2002), o dar kiti tyrimai aptinka nelinijinį ryšį, teigdami, kad švelnūs ar vidutiniai depresiškumo lygiai yra susiję su padidėjusiu verkimu, tuo tarpu sunkesni – su sumažėjusiu verkimu arba iš viso gebėjimo verkti praradimu (Hammen & Padesky, 1977; Rottenberg et al., 2008b). Nelinijinio ryšio galimybė iš dalies gali paaiškinti, kodėl šio darbo tyrime verkimas nebuvo susijęs depresiškumu: tarp neverkiančiųjų ar mažai verkiančių terapijoje galėjo būti tiek labai silpnai, tiek ir labai stipriai depresiškų žmonių.

Verkimo terapijoje charakteristikos šiame tyrime nebuvo susijusios su depresiškumu, tačiau o kaip yra su savijauta po verkimo terapijoje? Šiame tyrime savijauta po verkimo terapijoje buvo neigiamai su susijusi su depresiškumu, t.y. labiau depresiški klientai buvo linkę blogiau jaustis po verkimo terapijoje (tiesa, šis ryšys buvo labai silpnas). Tačiau, atlikus papildomą analizę ir patikrinus, o kaip gi verkiančių ir neverkiančių terapijoje žmonių savijauta po verkimo gyvenime yra susijusi su jų depresiškumu, išryškėjo labai įdomių tendencijų: jeigu verkiančiųjų terapijoje imtyje nebuvo aptikta ryšio, tai

neverkiantiems terapijoje aukštesnis depresiškumas buvo labai stipriai susijęs su blogesne jų savijauta po verkimo gyvenime. Tokiu būdu neverkiantiems terapijoje depresiškumas yra žymiai labiau susijęs su jų savijauta po verkimo, nei verkiantiems terapijoje. O ką gi bendrai apie depresiškumo ir savijautos po verkimo ryšį sako mokslas? Tyrimų, nagrinėjančių, kiek stipriai savijauta po verkimo yra susijusi su depresiškai besijaučiančių žmonių depresiškumo lygiu, nėra atlikta; buvo tirta tik, ar skiriasi sveikų ir depresiškų žmonių savijauta po verkimo, ir jei taip, tai kaip ir kodėl. Šie tyrimai rodo, kad depresiškai besijaučiantiems žmonėms nėra būdinga patirti tuos teigiamus savijautos pokyčius po verkimo, kuriuos dažniausiai patiria sveiki žmonės: po verkimo kasdieniame gyvenime depresiškai besijaučiantys dažnai ne tik nepasijunta geriau, bet gali net pasijusti dar blogiau, nei prieš tai (Rottenberg et al., 2002; Rottenberg et al., 2008b; Labott & Martin, 1987). Aiškinant, kodėl taip yra, mokslinėje literatūroje yra pasitelkiamas modelis, skirstantis verkimo funkcijas į asmenines ir tarpasmenines (Vingerhoets et al., 2000). Į asmenines verkimo funkcijas žiūrima kaip į katarsinį neigiamų emocijų ir susikaupusios įtampos paleidimo procesą, turintį fiziologinį pagrindą. Sveikiems žmonėms verkiant yra stimuliuojama jų parasimpatinė nervų sistema, neutralizuojanti simpatinį sužadimą bei skatinanti fiziologinę homeostazę; tačiau depresijos atveju to nenutinka, tad tokie žmonės tarsi netenka katarsinio verkimo poveikio (Rottenberg et al., 2003). Iš tarpasmeninių verkimo funkcijų, susijusių su aplinkinių žmonių atsaku į verkimą, perspektyvos, yra svarstoma, kad depresiškai besijaučiantiems žmonėms būdingas sumažėjęs gebėjimas gauti nuraminimą ir dėmesį iš socialinės aplinkos, o jų verkimą skatinančios situacijos yra sunkiau pataisomos, tad tokie žmonės netenka ir teigiamo tarpasmeninio verkimo poveikio (Rottenberg et al., 2008b).

4.1.4. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su terapiniu aljansu?

Šiuo tyrimu buvo siekiama atskleisti ir tai, ar terapinis aljansas yra susijęs verkimo terapijoje charakteristikomis bei savijauta po verkimo terapijoje. Terapinis aljansas yra ypač svarbus kalbant apie psichoterapiją: daugybė tyrimų rodo, kad geresnis terapinis aljansas yra susijęs su aukštesniais psichoterapijos rezultatais ir yra netgi laikomas vienu svarbiausių psichoterapijos efektyvumą sąlygojančių veiksnių, nepriklausomai nuo klientų populiacijos ypatumų ar terapijos krypties (Martin, Garske ir Davis (2000) bei Horvath ir kitų (2011) atliktos metaanalizės). Terapinio aljanso kūrimas bei išlaikymas ir taip yra nemažų terapeuto pastangų reikalaujantis procesas, tačiau su depresiškai besijaučiančiais klientais tai gali tapti tikru iššūkiu dar ir dėl šių klientų ypatumų: patiriamų

neurovegetacinių ir somatinių simptomų, anhedonijos, motyvacijos stokos, didesnių pažeidžiamumo, stigmos baimės, kaltės, gėdos ir kitų (Stubbe, 2016).

Šiame tyrime su verkimu terapijoje terapinis aljansas buvo susijęs tik iš dalies: viena vertus, verkiantys terapijoje klientai pasižymėjo geresniu terapiniu aljansu, nei neverkiantys (tiek bendrai, tiek ir pagal visus tris atskirus terapinio aljanso komponentus – ryšį, tikslus, uždavinius; tiesa, šis skirtumas nebuvo didelis), tačiau, kita vertus, verkiančiųjų imtyje sąsajų tarp verkimo terapijoje charakteristikų bei terapinio aljanso aptikta nebuvo. Šie rezultatai didžiąja dalimi prieštarauja kitiems tyrimams, atliktiems su bendra psichoterapijos klientų populiacija. Pavyzdžiui, Capps ir kitų (2015) tyrime, priešingai nei šiame darbe, verkiantys ir neverkiantys terapijoje klientai nesiskyrė tarpusavyje pagal terapinį aljansą; tačiau taip pat kaip ir šiame darbe, nebuvo pastebėta ir verkimo charakteristikų ryšio su terapiniu aljansu verkiančiųjų imtyje. Kitų tyrimų rezultatai prieštarauja šiam pastarajam rezultatui, visgi atrasdami sąsajas tarp verkimo terapijoje dažnio ir terapinio aljanso: jų metu aptinkama, kad geresniu terapiniu aljansu pasižymintys klientai yra ne tik linkę daugiau verkti terapijoje, bet ir nurodyti, kad verkimo metu jaučia didžiulį palaikymą iš savo terapeutų, bendrai teigiamai žiūrėti į verkimą bei būti įsitikinę, kad jų verkimas sustiprina jų terapinį aljansą (Knox et al., 2017; Zingaretti et al., 2017; Cuevas-Escorza ir Garrido-Fernández, 2015).

Jeigu verkimo terapijoje charakteristikos šiame tyrime nebuvo susijusios su terapiniu aljansu, tai su savijauta po verkimo terapijoje jau buvo kitaip: nustatyta, kad aukštesniu terapiniu aljansu pasižymintys depresiški klientai taip pat yra linkę ir geriau jaustis po verkimo terapijoje; ši sąsaja yra aptikta tiek su terapiniu aljansu bendrai, tiek ir su visais jo komponentais. Iki šiol šis ryšis buvo tikrinamas tik viename tyrime – Zingaretti ir kitų (2017) (bendroje psichoterapijos klientų populiacijoje), ir jis irgi parodė panašius rezultatus.

4.1.5. Ar verkimas bei savijauta po verkimo terapijoje yra susiję su lytimi, amžiumi ir terapijos lankymo trukme?

Kadangi lytis, amžius ir terapijos lankymo trukmė taip pat gali turėti įtakos depresiškai besijaučiančių klientų verkimui terapijoje, šiame tyrime buvo nuspręsta patikrinti ir šių kintamųjų ryšį su verkimu terapijoje bei savijauta po jo. Galimų lyčių skirtumų tikrinimas šiuo atveju yra ypač svarbus, kadangi, kaip rodo gyvenimiška patirtis bei daugybė tyrimų, moterys pasižymi žymiai didesniu verkimo dažniu ir polinkiu, nei vyrai (cit. iš Vingerhoets, 2013). Psichoterapijoje irgi yra aptinkamos tokios pačios klientų verkimo tendencijos (Capps et al., 2015). Tačiau, kalbant apie

depresiškai besijaučiančių žmonių lyčių skirtumus verkime, viskas nėra taip vienareikšmiška: nors dauguma tyrimų irgi rodo, kad moterys verkia kasdieniame gyvenime žymiai daugiau už vyrus (Carter et al., 2000; Angst et al., 2002; Sonnenberg et al., 2000; Rottenberg et al., 2002), yra ir tokių, kurie aptinka, jog depressiveiškai besijaučiančių žmonių populiacijoje šie skirtumai tarp lyčių yra mažesni, nei nesergančiųjų kontrolinėse grupėse (Kraemer & Hastrup, 1986; Choti et al., 1987) arba kad šių skirtumų nėra visai (Rottenberg et al., 2008b); pastarieji pagrindžiami tuo, kad depresijos pradžia nulemia vyrų verkimo padidėjimą, keisdama tipinius verkimo skirtumus tarp lyčių. O kaip gi yra su depressiveiškai besijaučiančių žmonių lyčių skirtumais verkiant psichoterapijoje?

Šiame tyrime, lyginant verkiančius ir neverkiančius terapijoje klientus pagal lyčių pasiskirstymą, buvo pastebėta, kad moterų yra daugiau tarp verkiančių, nei tarp neverkiančių terapijoje klientų, tuo tarpu vyrų - atvirkščiai. Tačiau įdomu buvo tai, kad verkiančiųjų terapijoje imtyje lyčių skirtumų jau beveik nebuvo aptikta: moterys nors ir pasižymėjo didesniu bendru verkimo terapijoje polinkiu nei vyrai, šis skirtumas buvo labai nežymus, o pagal realų verkimo terapijoje dažnį lytis nesiskyrė visai; užtat lyčių skirtumai išryškėjo palyginus šiuos žmones pagal verkimo gyvenime charakteristikas. Toks gautas rezultatas verčia susimąstyti apie tai, kad depressiveiška savijauta galbūt išties gali keisti tipinius verkimo skirtumus tarp lyčių, ypatingas psichoterapijos kontekstas gali dar labiau paskatinti būtent depressiveiškai besijaučiančius vyrus leisti sau verkti bei jaustis saugiau tai darant. O kaip gi yra su savijauta po verkimo? Šio darbo tyrimas parodė, kad pagal savijautą po verkimo terapijoje (o taip pat – ir gyvenime) vyrai ir moterys nesiskiria tarpusavyje. Tokie pat rezultatai buvo pastebėti ir kitų dviejų tyrimų metu - tiriant bendros žmonių populiacijos savijautą po verkimo gyvenime (Peter et al., 2001; Kazakova, 2017). Tai teikia vilčių, kad net jeigu ir yra tam tikrų verkimo skirtumų tarp lyčių, užtat kai jau yra verkiama, vyrai nėra „nuskriausti“ savijautos po verkimo pagerėjimo atžvilgiu.

Taip pat šio magistro darbo tyrime buvo tikrinta ir tai, ar amžius bei terapijos lankymo trukmė yra kaip nors susiję su verkimu terapijoje bei savijauta po jo. Mokslinės literatūros, nagrinėjančios suaugusiųjų verkimo terapijoje bei gyvenime sąsajas su amžiumi, nelabai aptinkama; panašiai ir su terapijos lankymo trukme. Kalbant apie pastarąją, galbūt galima tikėtis, kad žmonėms reikia laiko, kad įgytų pasitikėjimo terapeutu bei leistų jam matyti save pažeidžiamus (šiuo atveju – verkiančius), ir kad ilgiau lankantys terapiją galimai ir daugiau verkia bei geriau jaučiasi po verkimo joje. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad verkiantys terapijoje yra vyresni pagal amžių bei ilgiau lankantys terapiją, nei neverkiantys; tačiau nebuvo rasta amžiaus sąsajų nei su verkimo terapijoje charakteristikomis, nei su savijauta po verkimo terapijoje (analogiškai ir su verkimu gyvenime). Terapijos lankymo trukmė irgi nebuvo susijusi su verkimo terapijoje polinkiu bei savijauta po verkimo terapijoje, tačiau aptiktas

neigiamas ryšys tarp jos ir verkimo terapijoje dažnio. Ar tai reiškia, kad, ilgėjant terapijos lankymo trukmei, depresiškai besijaučiantys klientai pradeda verkti vis mažiau? Tai bent iš dalies atrodo logiška, nes su laiku, mezgantis ryšiu su terapeutu bei mokantis terapijoje naujų būdų savo jausmams išreikšti bei poreikiams patenkinti, verkimas gali pamažu darytis nebe tokiu aktualiu signalizuojant savo kančią bei ieškant terapeuto palaikymo. Be to, gal ilgiau lankant terapiją ir savijauta tampa vis geresnė, kas, savo ruožtu, mažina ir verkimą? Visgi, kadangi šio darbo tyrime buvo tirti jau mažiausiai 3 mėnesius terapiją lankantys žmonės, tai galėjo iškreipti rezultatus, nes liko neaišku, kokios verkimo tendencijos yra būdingos būtent pačiai terapijos pradžiai bei kaip paskui viskas kinta su laiku palyginus su ja.

4.1.6. Ar verkimo terapijoje charakteristikos, savijauta po verkimo gyvenime, depresiškumas, terapinis aljansas, lytis, amžius ir terapijos lankymo trukmė prognozuoja savijautą po verkimo terapijoje?

Kaip jau buvo minėta, tiriant savijautos po verkimo terapijoje sąsajas su kitais kintamaisiais, buvo aptiktas teigiamas ryšys su savijauta po verkimo gyvenime bei terapiniu aljansu ir neigiamas – su depresiškumu. Tai rodo tik tai, kad šie kintamieji yra susiję su savijauta po verkimo terapijoje, tačiau lieka neaišku, ar jie prognozuoja ją. Siekiant tai suprasti, šiame tyrime buvo sudarytas bei patikrintas prognostinis modelis: jis parodė, kad savijautą po verkimo terapijoje labiausiai prognozuoja savijauta po verkimo gyvenime, ir, žymiai mažiau – terapinis aljansas, tuo tarpu depresiškumas neleidžia prognozuoti savijautos po verkimo terapijoje. Šitie rezultatai nuteikia kiek pesimistiškai, parodydami, kad savijautai po verkimo terapijoje svarbesni yra kažkurie kiti veiksniai, nulemiantys tą savijautą po verkimo gyvenime, nei terapiniai (šiuo atveju terapinis aljansas). Iš kitos pusės, tai, kad terapinis aljansas apskritai veikia savijautą po verkimo terapijoje, visgi yra svarbus rezultatas.

4.2. Tyrimo ribotumai bei tolimesnių tyrimų kryptys

Vienas iš šio tyrimų trūkumų yra susijęs su lyčių pasiskirstymo netolygumais: vyrai sudarė tik maždaug penktadalį visos verkiančiųjų terapijoje klientų imties, o tai galėjo ne tik apsunkinti palyginimus tarp lyčių, bet ir bendrai iškreipti rezultatus. Šis tyrimas atskleidė svarbias tendencijas apie depresiškai besijaučiančių žmonių verkimą terapijoje; tačiau jis būtų parodęs daug daugiau, jei šalia depresiškų klientų imties būtų tiriama ir kontrolinė sveikų klientų grupė. Kadangi tyrimai apie psichoterapijos klientų verkimą labai skiriasi savo metodologija, o tyrimų specifiskai apie depresiškai

besijaučiančių klientų verkimą psichoterapijoje iki šiol nebuvo atlikta, kontrolinės imties turėjimas būtų leidęs daryti žymiai objektyvesnius palyginimus (ypač pagal savijautą po verkimo terapijoje).

Tam tikrų klausimų kelia ir šiame tyrime pasirinktas būdas depresiškumui įvertinti: sudalyvauti tyrime buvo kviečiami visi žmonės, kurie savo savijautą subjektyviai vertina kaip depresišką; o pačiam tyrime depresiškos savijautos išreikštumas jau buvo matuojamas pasitelkiant BDI-II depresijos skalę, ir į rezultatų analizę įtraukiami visi dalyviai, nepriklausomai nuo jų BDI-II įverčių. Kiek objektyvu buvo spręsti, ar žmogus patenka į tikslinę tyrimo grupę, remiantis vien jo subjektyvia nuomone? Ir kiek apskritai galėjo skirtis tai, kaip skirtingi žmonės supranta depresišką savijautą ir kuo remiantis priskiria save „depresiškai besijaučiančių“ kategorijai? Tokiu būdu tarp tyrimo dalyvių galėjo atsidurti labai skirtingi žmonės su skirtingu patyrimu: turintys arba neturintys depresijos diagnozę, besigydantys arba ne vaistais nuo depresijos (o mokslinių įrodymų, kad antidepresantai labai stipriai slopina verkimą, yra sukaupta daug (cit. iš Vingerhoets & Bylsma, 2007)), atėję į psichoterapiją būtent dėl prasidėjusios depresijos ar kitu laikotarpiu dėl kitų priežasčių, taip pat – tie, kurie depresiškai jaučiasi palyginus trumpą laiko tarpą, ir tie, kuriems tokia savijauta tęsiasi jau metų metus ir atsikartoja, ir t.t. Be to, BDI-II matuoja depresišką savijautą tik pastarųjų 2 savaitių laiko tarpe, ir, pavyzdžiui, kai kurie šio tyrimo dalyviai yra dalinęsi, kad dėl tokio trumpo pateikto laikotarpio šis instrumentas neatspindi bendros jų būsenos situacijos. Taigi, dėl tokio depresiškai besijaučiančių klientų imties nevienodumo galėjo būti paveikti ir tyrimo rezultatai.

Svarstymų kyla ir dėl savijautos po verkimo terapijoje konstrukto. Savijautos po verkimo skalė, kuria jis buvo matuojamas, atspindi labiau momentinius savijautos po verkimo pokyčius „čia ir dabar“; tačiau lieka neaišku, kiek tie pokyčiai išlieka laike po tos terapijos sesijos, kurioje buvo verkama, bei ar turi kokį nors stipresnį, ilgalaikį poveikį žmogui. Be to, remiantis šia skale, buvo laikoma, kad pagerėjusi savijauta po verkimo yra siekiamybė, tuo tarpu pablogėjęsiai ar nepakitusiai suteikiama neigiama prasmė. Ir, nors šio tyrimo rezultatai parodė, kad geresnė savijauta po verkimo buvo susijusi su stipresniu terapiniu aljansu, o tad ir išties turėjo teigiamą prasmę, gali būti, kad prastesnė savijauta po verkimo nebūtinai yra blogai. Pavyzdžiui, kaip parodė anksčiau minėtas Capps ir kitų (2015) tyrimas, nepaisant atskirų psichoterapijos sesijų, kurių metu klientai jautėsi blogai verkdami ir kurias įvertindavo kaip sunkias ir problematiškas, terapinis aljansas tarp jų ir terapeuto vis tiek išlikdavo aukštas. Gal, nepaisant to, kad žmogus jaučiasi blogai tuo metu ir bendrai sieja savo verkimą būtent su neigiamais dalykais, šie sunkūs išgyvenimai saugioje terapinėje aplinkoje yra būtinas procesas tikro gijimo link? Reikėtų tolimesnių tyrimų, kuriuose savijauta po verkimo terapijoje galbūt būtų tiriama kitais būdais, stengiantis koncentruotis labiau į ilgalaikį verkimo poveikį. Kadangi tokį verkimo

poveikį yra tikrai sunku pamatuoti, šiuo atveju galėtų labai praversti būtent kokybiniai tyrimai, nagrinėjantys, kokią reikšmę žmonėms turi jų verkimas terapijoje, kuo jis jiems ypatingas (pavyzdžiui, palyginus su verkimo gyvenime ir savijauta po jo) bei kokių pokyčių jie pastebi po jo. Sužinoti, kaip terapeutai mato verkimo poveikį savo klientų savijautai taip pat galėtų būti įdomu ir naudinga.

Kai šio darbo tyrime buvo tikrinama, kokie būtent veiksniai prognozuoja depresiškai besijaučiančių žmonių savijautą po verkimo terapijoje, ir paaiškėjo, kad daugiausia tai būtent savijauta po verkimo gyvenime ir tik paskui – ženkliai mažiau - terapinis aljansas, šie rezultatai nuteikė kiek pesimistiškai: ar tai reiškia, kad terapijos reikšmė padedant depresiškai besijaučiantiems žmonėms pasijusti geriau po verkimo yra santykinai maža? Atrodo, kad kažkokie kiti veiksniai, nulemiantys ir savijautą po verkimo gyvenime, gali būti svarbesni savijautai po verkimo terapijoje. Pavyzdžiui, yra nemažai tyrimų, rodančių verkimo gyvenime charakteristikų bei savijautos po verkimo gyvenime sąsajas su empatija ir Didžiojo penketo asmenybės bruožais (pavyzdžiui, Rottenberg et al., 2008a ir kiti tyrimai). Tačiau, kalbant apie terapiją, šių konstrukto ryšiai su verkimu, kaip bebūtų keista, buvo tyrinėti tik terapeutų verkimo kontekste (Blume-Marcovici et al., 2013); tad reiktų analogiškų tyrimų ir apie klientų verkimą. Taip pat pastaruoju metu vis daugėja įrodymų, kad prierašumo stiliai (Nelson, 2005; Robinson et al., 2015) bei asmenybės organizacijos lygiai (Zingaretti et al., 2017) yra susiję su verkimu tiek gyvenime, tiek ir terapijoje; tačiau vis dar neaišku, ar jie turi įtakos ir savijautai po verkimo. Tolimesni tyrimai galėtų padėti tai išsiaiškinti. Svarbu būtų tyrinėti ir kaip kiti, specifiskai terapiniai veiksniai, yra susiję su klientų verkimu bei ypač savijauta po jo. Tai galėtų būti klientų bei jų terapeutų nuostatos klientų verkimo terapijoje atžvilgiu, taip pat – terapeutų reagavimo į kliento verkimą būdai. Svarbu, kad tolimesni tyrimai atsižvelgtų ne tik į tai, kokiam kontekste verkiama, bet ir kaip – “kokiomis ašaromis” – verkiama (pavyzdžiui, Nelson (2005) sukurta bei Robinson ir kitų (2015) papildyta verkimo formų klasifikacija), nes nuo to labai gali priklausyti ir savijauta po verkimo. Svarbu būtų pradėti tyrinėti ir klientų verkimą ne tik individualioje, bet ir grupinėje psichoterapijoje.

IŠVADOS

1.1. Verkiantys terapijoje depresiškai besijaučiantys klientai pasižymi didesniu verkimo gyvenime, nei verkimo terapijoje, polinkiu, tačiau jų savijauta po verkimo terapijoje ir gyvenime nesiskiria.

2.1. Verkiantys terapijoje pasižymi didesnėmis verkimo gyvenime charakteristikomis, nei neverkiantys, tačiau pagal savijautą po verkimo gyvenime šios grupės nesiskiria.

2.2. Verkimo terapijoje charakteristikos bei savijauta po verkimo terapijoje nėra tarpusavyje susijusios, tačiau kiekvienas iš jų yra teigiamai susijęs su atitinkamais verkimo gyvenime konstruktais.

3.1. Verkiantys ir neverkiantys terapijoje nesiskiria tarpusavyje pagal depresiškumą.

3.2. Blogesnė savijauta po verkimo terapijoje yra susijusi su didesniu depresiškumu, tačiau verkimo terapijoje charakteristikos su depresiškumu susiję nėra.

4.1. Verkiantys terapijoje pasižymi didesniu terapiniu aljansu, nei neverkiantys.

4.2. Geresnė savijauta po verkimo terapijoje yra susijusi su didesniu terapiniu aljansu, tačiau verkimo terapijoje charakteristikos su terapiniu aljansu susiję nėra.

5.1. Tarp verkiančių terapijoje yra didesnė dalis moterų, nei vyrų, tarp neverkiančių, priešingai – didesnė dalis vyrų. Verkiantys terapijoje yra vyresni bei ilgiau lankantys terapiją, nei neverkiantys.

5.2. Moterys pasižymi didesniu verkimo terapijoje polinkiu, nei vyrai, tačiau pagal verkimo dažnį bei savijautą po verkimo terapijoje lytys nesiskiria. Verkimo polinkis bei savijauta po verkimo terapijoje nėra susiję su amžiumi ir terapijos lankymo trukme; verkimo terapijoje dažnis yra neigiamai susijęs su terapijos lankymo trukme, bet nesusijęs su amžiumi.

6.1. Geresnę savijautą po verkimo terapijoje prognozuoja geresnė savijauta po verkimo gyvenime bei (žymiai mažiau) geresnis terapinis aljansas.

LITERATŪRA

- Alexander, T. (2003). Narcissism and the experience of crying. *British Journal of Psychotherapy*, *20*, 27-37.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Le'pine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* *252*(5), 201-209. doi: 10.1007/s00406-002-0381-6
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., ... & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(4), 627–638. doi: 10.1037/a0031530
- Becht, M. C., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2002). Crying and mood change: A cross-cultural study. *Cognition and Emotion*, *16*(1), 87–101. doi: 10.1080/02699930143000149
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bekker, M. H., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2001). Male and female tears: Swallowing versus shedding? The relationship between crying, biological sex, and gender. In A. J. J. M. Vingerhoets & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult crying: A biopsychosocial approach* (pp. 91–114). East Sussex, UK: Brunner-Routledge.

- Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? The role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy, 50*, 224–234. doi: 10.1037/a0031384
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). Client and Therapist Attachment Styles and Working Alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(2), 155-165. doi: 10.1002/cpp.1944
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment, 15*(2), 193–197. doi: 10.1037/1040-3590.15.2.193
- Bylsma, L. M., Croon, M. A., Vingerhoets, A. J. J. M., & Rottenberg, J. (2011). When and for whom does crying improve mood? A daily diary study of 1004 crying episodes. *Journal of Research in Personality, 45*, 385-392. doi: 10.1016/j.jrp.2011.04.007
- Bylsma, L. M., Vingerhoets, A. J. J. M., & Rottenberg, J. (2008). When is crying cathartic?: An international study. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(10), 1080–1102. doi: 10.1521/jscp.2008.27.10.1165
- Capps, K. L., Fiori, K., Mullin, A. S., & Hilsenroth, M. J. (2015). Patient crying in psychotherapy: Who cries and why? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*, 208–220. doi: 10.1002/cpp.1879
- Carter, J. D., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Luty, S. E., & Mckenzie, J. M. (2000). Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *Journal of Affective Disorders, 61*(1-2), 59-67. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00151-8
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 271–279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Choti, S. E., Marston, A. R., Holston, S. G., & Hart, J. T. (1987). Gender and personality variables in film-induced sadness and crying. *Journal of Social and Clinical Psychology, 5*(4), 535-544. doi: 10.1521/jscp.1987.5.4.535

- Constantino, M. J., Marnell, M. E., Haile, A. J., Kanther-Sista, S. N., Wolman, K., Zappert, L., & Arnow, B. (2008). Integrative cognitive therapy for depression: A randomized pilot comparison. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*, 122–134. doi:10.1037/0033-3204.45.2.122
- Cornelius, R. R., & Labott, S. M. (2001). The social psychological aspects of crying. In A. J. J. M. Vingerhoets & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult crying: A biopsychosocial approach* (pp. 91–114). East Sussex, UK: Brunner-Routledge.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *16*, 268–281. doi: 10.1080/10503300500268557
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*, 267–278. doi: 10.1037/a0023668
- Cuevas-Escorza, L., & Garrido-Fernández, M. (2015). Client crying in the context of family therapy: An exploratory study. *Journal of Family Therapy*, *37*(3), 308–321. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00596.x
- Davis, D., Lamberti, J., & Ajans, Z. A. (1969). Crying in depression. *British Journal of Psychiatry*, *115*(522), 597–598. doi: 10.1192/bjp.115.522.597
- Denckla, A. C., Fiori, C. L., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2014). Development of the Crying Proneness Scale: Associations Among Crying Proneness, Empathy, Attachment, and Age. *Journal of Personality Assessment*, *96*(6), 619–631. doi: 10.1080/00223891.2014.899498
- Frey, W. H., Hoffman-Ahern, C., Johnson, R. A., Lykken, D. T., & Tuason, V. B. (1983). Crying behavior in the human adult. *Integrative Psychiatry*, *1*(3), 94–98. Paimta iš: https://www.researchgate.net/publication/284116062_Crying_behavior_in_the_human_adult
- Gran, M. E. (2003). Depression in women with focus on the postpartum period. Doctoral Dissertation. Oslo, Norway: Oslo University

- Hammen, C. L., & Padesky, C. A. (1977). Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology, 86*(6), 609–614. doi: 10.1037//0021-843x.86.6.609
- Hastrup, J. L., Baker, J. G., Kraemer, D. L., & Bornstein, R. F. (1986). Crying and depression among older adults. *The Gerontologist, 26*(1), 91–96. doi: 10.1093/geront/26.1.91
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1326–1336. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1326
- Hendriks, M. C., Croon, M. A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2008). Social reaction to adult crying: the help-soliciting function of tears. *Journal of Social Psychology, 148*(1), 22–41. doi: 10.3200/SOCP.148.1.22-42
- Hendriks, M. C. P., Rottenberg, J., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2007). Can the distress-signal and arousal-reduction views of crying be reconciled? Evidence from the cardiovascular system. *Emotion, 7*(2), 458–463. doi: 10.1037/1528-3542.7.2.458
- Hilsenroth, M. (2015). *Crying in Therapy Survey*. Unpublished manuscript, Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, NY.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (p. 37–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223–233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Kazakova, E. (2017). *Suaugusiųjų verkimo, empatijos ir asmenybės bruožių sąsajos* (Nepublikuotas bakalauro darbas). Vilnius, Lietuva: Vilniaus Universitetas.

- Keller, MC, & Nesse, R. M. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders*, 86(1), 27-35 doi: 10.1016/j.jad.2004.12.005
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., ... & Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997–1006. doi: 10.1037/0022-006X.71.6.997
- Knox, S., Hill, C. E., Knowlton, G., Chui, H., Pruitt, N., & Tate, K. A. (2017). Crying in Psychotherapy: The Perspective of Therapists and Clients. *Psychotherapy*, 54(3), 292-306. doi: 10.1037/pst0000123
- Kraemer, D. L., & Hastrup, J. L. (1986). Crying in natural settings: global estimates, self monitored frequencies, depression and sex differences in an undergraduate population. *Behaviour Research and Therapy*, 24(3), 371–373. doi: 10.1016/0005-7967(86)90199-3
- Labott, S. M., & Martin, R. B. (1987). The stress-moderating effects of weeping and humor. *Journal of Human Stress*, 13(4), 159–164. doi: 10.1080/0097840X.1987.9936809
- Mander, J., Neubauer, A. B., Schlarb, A., Teufel, M., Bents, H., Hautzinger, M., ... & Sammet, I. (2017). The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 649-667. doi: 10.1111/papt.12131
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Nelson, J. K. (2005). *Seeing through tears: Crying and attachment*. New York: Routledge. doi: 10.4324/9780203955758
- Peter, M., Vingerhoets, A. J. J. M., & Van Heck, G. L. (2001). Personality, gender, and crying. *European Journal of Personality*, 15(1), 19–28. doi: 10.1002/per.386

- Robinson, N., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M. (2015). Crying as communication in psychotherapy: The influence of client and therapist attachment dimensions and client attachment to therapist on amount and type of crying. *Journal of Counseling Psychology, 62*, 379–392. doi: 10.1037/cou0000090
- Rottenberg, J., Bylsma, L. M., Wolvin, V., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2008a). Tears of sorrow, tears of joy: An individual differences approach to crying in Dutch females. *Personality and Individual Differences, 45*, 367–372. doi: 10.1016/j.paid.2008.05.006
- Rottenberg, J., Cevaal, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2008b). Do mood disorders alter crying? A pilot investigation. *Depression and Anxiety, 25*(5), 9-15. doi: 10.1002/da.20331
- Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion Context Insensitivity in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 627–639. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.627
- Rottenberg, J., Gross, J. J., Wilhelm, F. H., Najmi, S., & Gotlib, I. H. (2002). Crying Threshold and Intensity in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(2), 302-312. doi: 10.1037/0021-843X.111.2.302
- Rottenberg, J., Wilhelm, F. H., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2003). Vagal rebound during resolution of tearful crying among depressed and nondepressed individuals. *Psychophysiology 40*(1), 1-6. doi: 10.1111/1469-8986.00001
- Scheirs, J. G. M., & Sijtsma, K. (2001). The study of crying: Some methodological considerations and a comparison of methods for analyzing questionnaires. In A. J. J. M. Vingerhoets & R. R. Cornelius (Eds.). *Adult crying: A biopsychosocial approach* (pp. 277–298). Hove, UK: Brunner-Routledge. Paimta iš: https://pure.uvt.nl/ws/files/428180/STUDY____.PDF
- Sonnenberg, C. M., Beekman, A. F. T., Deeg, D. J. H., & Van Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(4): 286–292. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101004286.x
- Stubbe, D. E. (2016). Defeating Depression: The Healing Power of the Therapeutic Relationship. *Depression: Challenges and Treatments, 14*(2): 219–221. doi: 10.1176/appi.focus.20160004

- 't Lam, C. (2011). *Attitudes ten aanzien van en ervaringen met huilen tijdens therapie. Een onderzoek onder hulpverleners [Attitudes towards and experiences with crying during therapy. A study among mental health professionals]* (Unpublished master's thesis). Tilburg University, The Netherlands.
- 't Lam, C., Vingerhoets, A. J. J. M., & Bylsma, L. M. (2018). Tears in therapy: A pilot study about experiences and perceptions of therapist and client crying. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 20(2), 199–219. doi: 10.1080/13642537.2018.1459767
- TKL-10-AM. Elektroninis vadovas. (2015). Paimta iš: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrus.html>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210. doi: 10.1037/1040-3590.1.3.207
- Trezza, G. R., Hastrup, J. L., & Kim, S. E. (1988). *Clinicians' attitudes and beliefs about crying behavior*. Paper presented at the Eastern Psychological Association Annual Meeting, Buffalo, NY.
- Van Tilburg, M. A. L., Unterberg, M. L., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2002). Crying during adolescence: The role of gender, menarche, and empathy. *British Journal of Developmental Psychology*, 20(1), 77–87. doi: 10.1348/026151002166334
- Vingerhoets, A. J. J. M. (2013). *Why only humans weep: Unraveling the mysteries of tears*. New York: Oxford University Press, USA. doi: 10.1093/acprof:oso/9780198570240.001.0001
- Vingerhoets, A. J. J. M., & Becht, M. C. (1996). *Adult Crying Inventory (ACI)*. Unpublished questionnaire, The Netherlands: Department of Psychology, Tilburg University.
- Vingerhoets, A. J. J. M., & Bylsma, L. M. (2007). Crying and Health: Popular and Scientific Conceptions. *Psychological Topics* 16(2), 275-296. doi: 159.942.3:613
- Vingerhoets, A. J. J. M., Cornelius, R. R., Van Heck, G. L., & Becht, M. C. (2000). Adult crying: A model and review of the literature. *Review of General Psychology*, 4, 354–377. doi: 10.1037/1089-2680.4.4.354

- Vingerhoets, A. J. J. M., & Lensvelt, G. (1998). Crying in monozygotic and dizygotic twins. Unpublished raw data.
- Vingerhoets, A. J. J. M., Rottenberg, J., Cevaal, A., & Nelson, J. K. (2007). Is there a relationship between depression and crying? A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(5), 340-351. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00948.x
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*(4), 416–431. doi: 10.1590/1516-4446-2012-1048
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*, 279–283. doi: 10.1037/a0023252
- Zingaretti, P., Genova, F., Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2017). Patients' crying experiences in psychotherapy: Relationship with the patient level of personality organization, clinician approach, and therapeutic alliance. *Psychotherapy*, *54*(2), 159–166. doi: 10.1037/pst0000110

PRIEDAI

1 priedas. Verkimo gyvenime charakteristikų ir savijautos po verkimo gyvenime sąsajos

5 lentelė. Spearman koreliacijos tarp verkimo gyvenime charakteristikų ir savijautos po verkimo gyvenime

	Savijauta po verkimo gyvenime		
	Verkiantys terapijoje (n = 77)	Neverkiantys terapijoje (n = 43)	Visa imtis (N = 120)
Verkimo gyvenime dažnis	-0,091	-0,087	-0,052
Verkimo gyvenime polinkis	0,201	0,018	0,148

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

2 priedas. Verkimo gyvenime charakteristikų ir savijautos po verkimo gyvenime sąsajos su depresiškumu

6 lentelė. Spearman koreliacijos tarp verkimo gyvenime charakteristikų bei savijautos po verkimo gyvenime ir depresiškumo

	Depresiškumas		
	Verkiantys terapijoje (n = 77)	Neverkiantys terapijoje (n = 43)	Visa imtis (N = 120)
Verkimo gyvenime dažnis	0,305**	0,243	0,233*
Verkimo gyvenime polinkis	0,175	0,113	0,133
Savijauta po verkimo gyvenime	-0,201	-0,537**	-0,308**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

3 priedas. Verkiančių ir neverkiančių terapijoje palyginimas pagal atskirus terapinio aljanso komponentus

7 lentelė. *Verkiančių ir neverkiančių terapijoje palyginimas pagal atskiras terapinio aljanso skales taikant Mann-Whitney U testą*

	Verkiantys terapijoje (n = 77)	Neverkiantys terapijoje (n = 43)	U	p
	M (SD)	M (SD)		
Ryšys	22,88 (4,16)	20,56 (5,74)	1283,50	0,041
Tikslai	22,34 (4,46)	20,09 (5,38)	1255,50	0,028
Užduotys	21,74 (4,48)	19,28 (5,48)	1220,50	0,017
<i>Bendras terapinis aljansas</i>	<i>66,96 (11,96)</i>	<i>59,93 (15,67)</i>	<i>1221,00</i>	<i>0,017</i>

Pastaba: M – vidurkiai, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

4 priedas. Verkimo terapijoje charakteristikų ir savijautos po verkimo terapijoje sąsajos su atskirais terapinio aljanso komponentais

8 lentelė. *Spearman koreliacijos tarp verkimo terapijoje charakteristikų bei savijautos po verkimo terapijoje ir atskirų terapinio aljanso skalių (n = 77)*

	Ryšys	Tikslai	Užduotys	<i>Bendras terapinis aljansas</i>
Verkimo terapijoje dažnis	0,054	0,011	0,078	<i>0,054</i>
Verkimo terapijoje polinkis	0,014	-0,055	0,063	<i>0,017</i>
Savijauta po verkimo terapijoje	0,349**	0,266*	0,300**	<i>0,340**</i>

*Pastaba. * p < 0,05; ** p < 0,01.*

5 priedas. Vyrų ir moterų palyginimas pagal verkimo gyvenime charakteristikas ir savijautą po verkimo gyvenime

9 lentelė. Vyrų ir moterų palyginimas pagal verkimo gyvenime charakteristikas ir savijautą po verkimo gyvenime taikant Mann-Whitney U testą

	Vyrai	Moterys	U	p
	M (SD)	M (SD)		
Verkiantys terapijoje (15 vyrų ir 62 moterys)				
Verkimo gyvenime dažnis	6,27 (8,57)	10,82 (10,70)	285,50	0,021
Verkimo gyvenime polinkis	4,53 (3,27)	7,26 (2,73)	230,00	0,002
Savijauta po verkimo gyvenime	1,73 (4,30)	1,45 (3,64)	420,00	0,561
Neverkiantys terapijoje (19 vyrų ir 24 moterys)				
Verkimo gyvenime dažnis	5,05 (11,93)	7,54 (11,94)	160,50	0,093
Verkimo gyvenime polinkis	4,79 (3,50)	5,33 (3,16)	202,50	0,528
Savijauta po verkimo gyvenime	0,47 (3,47)	1,08 (3,87)	198,50	0,468
Visa imtis (34 vyrai ir 86 moterys)				
Verkimo gyvenime dažnis	5,59 (10,45)	9,91 (11,09)	857,00	<0,001
Verkimo gyvenime polinkis	4,68 (3,35)	6,72 (2,96)	915,00	0,001
Savijauta po verkimo gyvenime	1,03 (3,85)	1,35 (3,69)	1406,50	0,745

Pastaba: M – vidurkiai, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

6 priedas. Verkimo gyvenime charakteristikų ir savijautos po verkimo gyvenime sąsajos su amžiumi

10 lentelė. Spearman koreliacijos tarp verkimo gyvenime charakteristikų bei savijautos po verkimo gyvenime ir amžiaus

	Amžius		
	Verkiantys terapijoje (n = 77)	Neverkiantys terapijoje (n = 43)	Visa imtis (N = 120)
Verkimo gyvenime dažnis	-0,095	-0,011	0,007
Verkimo gyvenime polinkis	-0,078	-0,013	0,012
Savijauta po verkimo gyvenime	0,036	0,112	0,080

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.