

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Ieva Povilaitienė

PIRMĄ PSICHOŽĘ IŠGYVENUSIŲJŲ ARTIMIEJI:
LIGOS SITUACIJOS VERTINIMO, SOCIALINĖS PARAMOS IR
PSICHOLOGINĖS KANČIOS RYŠYS LAIKUI BĖGANT

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, psichologija (06 S)

Vilnius, 2011

Disertacija rengta 2006–2011 metais Vilniaus universitete

Mokslinė vadovė:

prof. habil. dr. Danutė Gailienė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai,
psichologija – 06 S)

PAGRINDINĖS SAŲVOKOS.....	7
ĮVADAS.....	8
TYRIMŲ APŽVALGA	
1.1. Šiuolaikinis požiūris į psichozes.....	12
1.1.1. Psichozės poveikis sergančiajam.....	12
1.1.2. Artimųjų reikšmė šeimos nario psichozės atsiradimui.....	14
1.1.3. Artimųjų reikšmė šeimos nario ligos atkryčiui.....	16
1.2. Psichozės poveikis artimiesiems.....	17
1.2.1. Įvykio sunkumo kriterijai.....	17
1.2.2. Globos pasekmės artimiesiems.....	19
1.2.3. Psichozės poveikį artimiesiems aiškinantys modeliai.....	23
1.2.2.1. Naštos koncepcija.....	23
1.2.2.2. Streso įveikos modelis.....	24
1.3. Artimųjų ligos situacijos vertinimas ir psichologinė kančia.....	27
1.3.1. Pirminis vertinimas.....	27
1.3.2. Antrinis vertinimas.....	30
1.3.3. Ligos simptomų vertinimas.....	32
1.3.4. Psichozės poveikio šeimos narių tarpusavio santykiams vertinimas.....	33
1.3.5. Priklausomybės nuo sergančiojo vertinimas.....	34
1.3.6. Netekties išgyvenimo vertinimas.....	35
1.3.7. Problemų dėl paslaugų vertinimas.....	37
1.3.8. Stigmos vertinimas.....	40
1.3.9. Pozityvių ligos situacijos aspektų vertinimas.....	43
1.4. Artimųjų gaunama socialinė parama ir psichologinė kančia.....	45
1.4.1. Socialinės paramos samprata.....	45
1.4.2. Socialinės paramos poveikio modeliai.....	47
1.4.3. Socialinės paramos ryšys su psichologine kančia ir ligos situacijos vertinimu.....	48
1.5. Artimųjų psichologinės kančios, ligos situacijos vertinimo ir socialinės paramos ryšys laikui bėgant.....	50

METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai.....	56
2.2. Tyrimo kintamieji ir matavimo metodai.....	57
2.2.1. Ligos situacijos vertinimas	57
2.2.2. Socialinė parama	60
2.2.3. Psichologinė kančia	61
2.2.4. Sociodemografinės charakteristikos.....	62
2.3. Tyrimo eiga.....	62
2.4. Etiniai tyrimo aspektai.....	63
2.5. Duomenų tvarkymas.....	64

REZULTATAI

3.1. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų psichologinė kančia.....	66
3.1.1. Psichologinės kančios intensyvumas ir jo kaita.....	66
3.1.2. Psichologinės kančios ryšys su sociodemografinėmis charakteristikomis.....	68
3.2. Ligos situacijos vertinimo kaita.....	70
3.2.1. Situacijos sunkumo vertinimo kaita.....	70
3.2.2. Įveikos veiksmingumo vertinimo kaita.....	71
3.2.3. Atskirų globos aspektų vertinimo kaita.....	72
3.2.3.1. Negatyvios globėjo patirties kaita.....	72
3.2.3.2. Pozityvios globėjo patirties kaita.....	74
3.3. Ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant...76	
3.3.1. Situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant.....	76
3.3.2. Įveikos veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant.....	80
3.3.3. Situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirties vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant.....	85
3.4. Atskirų globos aspektų vertinimo ir psichologinės kančios ryšio kaita.....	89

3.4.1. Ūmios krizės etapas.....	90
3.4.2. Ankstyvasis atsigavimo etapas.....	91
3.4.3. Vėlyvasis atsigavimo etapas.....	93
3.4.4. Palyginimas su pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų asmenų artimaisiais.....	94
3.5. Socialinės paramos reikšmė psichologinei kančiai.....	95
3.5.1. Socialinės paramos kaita.....	95
3.5.2. Socialinės paramos ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant....	96
3.5.3. Socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo sąveika.....	100
REZULTATŲ APTARIMAS	
4.1. Pirmos šeimos nario psichozės sunkumas artimiesiems.....	108
4.2. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų reagavimo ypatumai.....	109
4.2.1. Psichologinės kančios ir ligos situacijos vertinimo kaita.....	109
4.2.2. Atskirų globos aspektų ir psichologinės kančios ryšio kaita.....	112
4.3. Pirmą psichozę išgyvenusiujų asmenų artimųjų ligos situacijos vertinimo ir vėlesnės psichologinės kančios sąsajos.....	118
4.4. Apsauginis pirmą psichozę išgyvenusiujų asmenų artimųjų gaunamos socialinės paramos vaidmuo.....	123
4.4.1. Socialinės paramos ir psichologinės kančios ryšys.....	123
4.4.2. Socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo sąveika nuspėjant psichologinę kančią.....	124
4.5. Tyrimo pranašumai, ribotumai ir tolimesnių tyrimų gairės.....	127
IŠVADOS.....	130
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	132
LITERATŪRA.....	135
PRIEDAI	
1 priedas. Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos.....	161
2 priedas. Sociodemografinių charakteristikų anketa.....	163
3 priedas. Atskirų respondentų grupių situacijos sunkumo ir įveikos veiksmingumo įverčių palyginimas.....	167
4 priedas. Artimųjų atsisakymo dalyvauti tyrime priežastys.....	169

5 priedas. Tyrimo kintamųjų skirstinių normalumas.....	171
6 priedas. Socialinės paramos, ligos situacijos vertinimo ir jų sandaugos B koeficientai.....	172
7 priedas. Tyrimą atliekančių asmenų prisistatymo telefonu tekstas.....	173
8 priedas. Sutikimo dalyvauti tyrime forma.....	174
PADĖKA.....	175

PAGRINDINĖS SAŲVOKOS

Psichozė – psichikos sutrikimas, pasireiškiantis haliucinacijomis, kludiesiais ir neadekvačiu elgesiu. Psichozė patiriama kaip egzistencinė krizė, susijusi su savęs praradimo jausmu, ryšio su realybe netekimu ir naujos realybės kūrimu.

Artimasis – šeimos narys arba artimais emociniais ryšiais su sergančiuoju susijęs ir juo besirūpinantis asmuo.

Ligos situacijos vertinimas (angl. *appraisal*) – situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir specifinių stresorių, susijusių su liga ar sergančiojo globa, suvokimas.

Psichologinė kančia (angl. *distress*) – neigiamas asmens emocinis atsakas į stresorių, pasireiškiantis trikdančiais nerimo, liūdesio ar psichologinio skausmo išgyvenimais.

Socialinė parama – krizės metu aplinkinių teikiama emocinė, informacinė, instrumentinė pagalba ir asmens pasitenkinimas šia pagalba.

ĮVADAS

Temos aktualumas. 2001 metų Pasaulio sveikatos pranešimas, apibendrinantis psichikos sveikatos mokslinių tyrimų ir praktikos naujoves, paskelbė, kad į psichikos sveikatos sutrikimų atsiradimą ir pagalbą jų atveju būtina žvelgti plačiau – pereiti nuo vienpusiško medicininio prie įvairialypio biopsichosocialinio modelio. Šios mokslinės ir praktinės tendencijos turėjo atgarsį ir psichozinių sutrikimų aiškinimui bei gydymui. Ilgą laiką psichozės diagnozė reiškė lėtinę ligą, palaipsnį asmens degradaciją, tačiau pastarąjį dešimtmetį požiūris į psichozes iš esmės pasikeitė. Nustatyta, kad pacientai, kurių psichozė atspari gydymui, sudaro apie 10 proc. (Edwards et al., 1998). Taigi psichozė nebūtinai reiškia neišvengiamą asmens funkcionavimo pablogėjimą, negalią, o jos pasekmės yra kur kas įvairesnės ir optimistiškesnės nei buvo manyta iki šiol.

Asmens atsigavimo po psichozės sėkmė glaudžiai susijusi su laiku suteikta veiksminga pagalba. Tačiau tai nebūtinai yra įgyvendinama. Neretai šiurkštus, traumuojantis ir susvetimėjimą skatinantis pradinis gydymas ir prastas tolesnių paslaugų tęstinumas lemia paciento nenorą priimti pagalbą (McGorry, 2004). Be to, veiksmingas ankstyvų psichozinių gydymas yra neįmanomas be psichologinės pagalbos tiek sergančiajam, tiek jo šeimai. Patiriantys pirmą psichozę asmenys ir jų artimieji gali gauti ypač daug naudos iš psichologinės pagalbos (Killackey, 2009; Gleeson et al., 2010). Ji spartina atsigavimą, pagerina ryšį su profesionalais, palaiko įsitraukimą į gydymo procesą.

Šeima yra arčiausiai sergančiojo ir jos vaidmuo yra labai svarbus paciento klinikinio, emocinio, socialinio atsigavimo procese (Addington et al., 2005a). Tačiau šeimos nario psichozė artimiesiems yra iššūkis, su kuriuo nelengva susidoroti. Kad artimieji galėtų būti talkininkai sergančiojo atsigavimo procese, jie patys turi gebėti susitvarkyti su savo reakcijomis. Veiksminga profesionalų pagalba gali padidinti artimųjų galias, tačiau, norint veiksmingai padėti, svarbu žinoti, ką artimieji išgyvena, kaip kinta šie išgyvenimai reikšmingais

sergančiojo atsigavimo po psichozės laikotarpiais, kas šiuos išgyvenimus didina, kas mažina, kaip artimųjų išgyvenimai siejasi su įvairiais ligos situacijos aspektų vertinimais, kurie ligos situacijos aspektai yra reikšmingiausi artimųjų psichologinei kančiai skirtingais atsigavimo po ligos laikotarpiais, ir pan.

Mokslinis naujumas. Mokslininkai pirmą psichozę išgyvenančias šeimas intensyviau pradėjo tirti pastarąjį dešimtmetį. Tai susiję su empiriniais įrodymais, kad pirmieji 2–5 atsigavimo po psichozės metai yra „kritinis laikotarpis“, prognostiškai reikšmingas tolesniam paciento funkcionavimui (Birchwood and Mcmillan, 1993). Taigi šiuo laikotarpiu veiksmingas artimųjų dalyvavimas sergančiojo atsigavimo procese yra ypač svarbus. Iki to laiko mokslininkų akiratyje dažniausiai buvo ilgą laiką psichoze sergančiųjų šeimos. Svarbiausi klausimai, į kuriuos tyrėjai ieškojo atsakymo paskutinius porą dešimtmečių, – kokią poveikį artimiesiems turi šeimos nario liga (pvz., Magliano et al., 2006; Laidlaw et al., 2002), kaip artimieji veikia sergančiojo atsigavimo procesą (pvz., Kuipers et al., 2006; van Os et al., 2001), kiek ir kokia pagalba artimiesiems yra efektyvi (pvz., Jenner et al., 2006). Mūsų tyrimas priklausytų psichozės poveikio artimiesiems tyrimų grupei. Ilgą laiką šiuose tyrimuose dominavo naštos koncepcija, kuri riboja mokslinių tyrimų galimybes, nes traktavo sergantįjį kaip pagrindinį artimųjų kančios šaltinį, neleido paaiškinti psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų reakcijų įvairovės ir neatsižvelgė į pozityvius globėjo patirties aspektus. G. I. Szmukler ir kolegos (1986) pirmieji pritaikė R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) streso įveikos modelį, siekdami paaiškinti ilgą laiką sergančiųjų psichoze asmenų artimųjų psichologines ir fizines pasekmes, susijusias su ligos situacija. Šiame modelyje kognityvus ligos situacijos vertinimas laikomas tarpiniu kintamuoju tarp objektyvios situacijos ir artimųjų reakcijos į ją. Modelis buvo patikrintas empiriškai (Szmukler et al., 1996; Joyce et al., 2000) ir pradėtas taikyti pirmą psichozę išgyvenusių artimųjų imtyje (Addington et al., 2003, 2005b). Tyrimais nustatyta, jog artimųjų ligos situacijos vertinimas yra tiesiogiai susijęs su jų psichologine kančia, jis netgi geriau prognozuoja artimųjų kančią

nei objektyvūs sergančiojo simptomai (Addington et al., 2003; Möller-Leimkühler, 2005), o artimųjų gaunama socialinė parama atvirkščiai susijusi su psichologine kančia (Lee et al., 2006). Tačiau lieka neaišku, kaip artimųjų ligos situacijos vertinimas, gaunama socialinė parama, psichologinė kančia sąveikauja tarpusavyje ir kinta reikšmingais sergančiojo atsigavimo po psichozės laikotarpiais: ar artimųjų ligos situacijos vertinimo pokyčiai atsigaunant po psichozės gali prisidėti prie jų psichologinės kančios pokyčių, ar atvirkščiai – psichologinė kančia nulemia ligos situacijos vertinimo pokyčius? Kurie iš ligos situacijos aspektų yra reikšmingiausi artimųjų psichologinei kančiai skirtingais atsigavimo po ligos laikotarpiais ir ar keičiasi atskirų globėjo patirties aspektų reikšmingumas? Koks yra artimųjų gaunamos socialinės paramos vaidmuo šioje sąveikoje laikui bėgant ir ar socialinės paramos pobūdis priklauso nuo ligos specifikos ir atsigavimo etapo? Na ir paskutinis neatsakytas klausimas – ar iš ligos situacijos vertinimo galime prognozuoti vėlesnę psichologinę kančią?

Į šiuos klausimus leistų atsakyti ilgalaikiai tyrimai, tačiau pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų ilgalaikiai tyrimai retai atliekami. Taigi tai paskatino prisidėti prie šios srities mokslinių tyrinėjimų atliekant ilgalaikį tyrimą, kuriame, kontroliuodami ankstesnius artimųjų ligos situacijos vertinimo, socialinės paramos ir psichologinės kančios matavimus, bandysime atsakyti į šiuos klausimus. Mūsų tyrimo tikslas būtų – nustatyti pirmą psichozę išgyvenusiujų artimųjų ligos situacijos vertinimo, socialinės paramos ir psichologinės kančios ryši laikui bėgant.

Praktinė reikšmė. Šio tyrimo rezultatus, rodančius artimųjų ligos situacijos vertinimo, socialinės paramos ir psichologinės kančios tarpusavio sąveiką laikui bėgant, galima būtų taikyti klinikinėje praktikoje, teikiant kryptingesnę ir lankstesnę pagalbą pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimiesiems. Žinodami jog situacijos sunkumo vertinimas lemia psichologinę kančią ir norėdami sumažinti artimųjų vėlesnę psichologinę kančią, turėtume pirmiausia pagerinti artimųjų situacijos sunkumo vertinimą. Žinodami, kokie globėjo patirties aspektai reikšmingiausi artimųjų psichologinei kančiai

skirtingais laikotarpiais, galėtume lanksčiau ir kryptingiau atliepti šiuos artimųjų poreikius. Gautų rezultatų pritaikymas praktikoje galėtų padėti artimiesiems veiksmingiau tvarkytis su užklupusia krizine patirtimi ir padėti sergančio šeimos nario atsigavimo procese.

Ginamieji teiginiai

1. Artimieji pirmą šeimos nario psichozę suvokia kaip sunkiausią ir labiausiai sukrečiantį įvykį gyvenime.
2. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų reagavimas yra specifiskas sergančiojo atsigavimo fazei:
 - įvairiais sergančiojo atsigavimo etapais skiriasi artimųjų ligos situacijos vertinimas ir psichologinės kančios stiprumas;
 - įvairiais sergančiojo atsigavimo etapais skiriasi psichologinei kančiai reikšmingi prognostiniai kintamieji.
3. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų vėlesnę emocinę būseną nuspėja kognityvus aspektas, o ne pradinė emocinė būseną.
4. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų gaunama socialinė parama saugo juos nuo psichologinės kančios – socialinė parama reikšminga artimųjų psichologinei kančiai tiek atskirai, tiek sąveikoje su ligos situacijos vertinimu.

TYRIMŲ APŽVALGA

1.1. Šiuolaikinis požiūris į psichozes

1.1.1. Psichozės poveikis sergančiajam

Psichozės spektro sutrikimai priklauso sunkiausių psichikos sutrikimų kategorijai. Ši sutrikimų grupė pasižymi ryšio su realybe praradimu, mąstymo ir suvokimo sutrikimais ir elgesio pakitimais. Psichozė šiame tekste yra suprantama ne kaip konkreti diagnozė, bet kaip klinikinis sindromas, kuriam būdingi pirmiau išvardyti požymiai.

Psichozės sutrikimai išstinka vėlyvosios paauglystės – ankstyvame suaugusiojo amžiuje. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, vidutinis psichozės pradžios amžius yra 19 metų (Regier, 1984). Tai pereinamasis gyvenimo laikotarpis, kai formuojasi asmens tapatumo jausmas, keičiasi ryšiai su tėvais, o su bendraamžiais jie dar nėra nusistovėję, žmogus dar nėra įsitvirtinęs gyvenime. Sutrikimas trikdo normalią gyvenimo tėkmę ir šiam amžiaus tarpsniui būdingų raidos užduočių atlikimą – surasti savo tapatumo jausmą, užmegzti artimus ryšius ir įsitvirtinti profesiniame kelyje. O tai ir yra pagrindinė problema, nes toks psichozės poveikis yra potencialiai neįgalinantis ir gali sukelti naštą sergančiajam, jo artimiesiems, o kartu ir visuomenei. Nustatyta, kad ūmios psichozės sukeltas, nors ir praeinantis, santykinis negalios sunkumas yra didžiausias ir prilygintinas tokiems fiziniams sutrikimams kaip ūminė migrena ar tetraplegija (Murray and Lopez, 1996). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (2001), Europoje iš visų negalės priežasčių, sukeliančių didžiausią naštą visuomenei, net 43 proc. naštos yra dėl neuropsichiatrinių būklių.

Kalbant apie subjektyvią psichozės patirtį, ją būtų galima prilyginti nesibaigiančio bauginančio sapno potyriui.

Man tapo labai sunku susikaupti, nebegalėjau atlikti net elementariausių pavidimų. Aplinkiniai darbuotojai pradėjo pastebėti mano pasikeitusių

būseną, bet niekam apie tai nediršau pasakyti. Išėjau atostogų, tikėdamasi pailsėti. Atostogos užsienyje nedžiugino, greičiau buvo dar didesnė kančia ir įtampa, nes man ėmė atrodyti, jog mane seka nepažįstami vyrai, ketinantys mane apvogti, o gal pagrobti. Jaučiausi tarytum sapne: aplinkinių žmonių veidai tapo iškreipti. Į juos žiūrint man kildavo mintys, kad jie mato mane kiaurai, žino, ką aš galvoju. Palaipsniui įsitikinau, kad mano vyras yra ne mano vyras, o kažkoks persirengėlis ir nusigrimavęs, kuris savo bendrininkams perduoda visą informaciją apie mane. Man pasirodė, kad man į arbatą jis įpila kažkokių narkotikų, nes mano būseną sparčiai kito: apimdavo nevaldomas nerimas, norėjosi bėgti, arba užvaldydavo visiška apatija, kai gulėdavau po keletą valandų sustingusi ir žiūrėdavau į lubas. Galvoje būdavo visiškai tuščia. Grįžus namo, nėjau į darbą, nes supratau, kad jau oro uoste esu sekama, klausomasi mano mobilaus telefono. Ryte nuėjau į policiją, iš kur mane atvežė į psichiatrijos ligoninę (29 m. moteris; cit. iš Germanavičius ir Povilaitienė, 2010).

Nustatyta, kad tokia visa apimanti, užliejanti ir trikdanti psichozės patirtis gali sukelti traumą. Antai B. Chisholm ir kolegos (2006), nustatė, kad net 61 proc. asmenų, išgyvenusių psichozę buvo galima nustatyti potrauminio streso sutrikimo (PTSS) diagnozę. Didesnis PTSS simptomų išreikštumas buvo susijęs su visais šešiais tyrėjų vertintais prognostiniais kintamaisiais – ankstesne trauma, ankstesniu psichozės epizodu, suvoktu bejėgiškumu, kontrolės praradimu ir persekiojimo kliesiais psichozės metu, socialine parama po epizodo, – kuriuos autoriai išskyrė remdamiesi potrauminio streso ir psichozių literatūra. Autorių tyrimas parodė, kad trauminis stresas dėl tokių intrapsichinių įvykių kaip kliesiai gali būti panašus į trauminį stresą, sukeltą fizinių traumų.

C. Jackson ir kolegos (2004), traktuodami psichozę kaip PTSS sukeltą įvykį, bandė nustatyti kognityvaus vertinimo reikšmę PTSS simptomų atsiradimui. Rezultatai parodė, kad, praėjus 1,5 metų po pirmo epizodo, 31 proc. sergančiųjų išgyveno PTSS simptomus. PTSS simptomai nebuvo susiję su objektyviomis potencialiai traumuojančiomis pirmo epizodo aplinkybėmis, tačiau buvo susiję su subjektyviu ligoninės stresiškumo vertinimu. Autoriai nustatė, kad paciento kognityvūs veiksniai reikšmingi pirmos psichozės trauminiam poveikiui.

Taigi pati psichozės patirtis gali būti traumuojanči, o tradicinė intensyvi psichiatrinė priežiūra neretai ją tik padidina, o ne sumažina (McGorry et al., 1991). Palaikomoji psichoterapija, teikianti intensyvią emocinę paramą ankstyvojoje atsigavimo fazėje, yra esminė. Tačiau ją teikti sunku, jei gydymo aplinka yra autoritarinė. Vertikalūs santykiai atitinka simbiotinius laukimus ir skatina regresą (Gudaitė, 1993). Stigmatizuota, trikdanti aplinka, nėra palanki paciento įsitraukimui į gydymo procesą ir atsigavimui.

1.1.2. Artimųjų reikšmė psichozės atsiradimui

XX amžiuje kai kurios teorijos pacientų šeimai skyrė netgi etiologinį vaidmenį: psichozės kilmę buvo bandoma aiškinti tam tikrais išskirtiniais šeimos komunikacijos ar organizacijos būdais. „Dvigubo ryšio“ teorijos (Bateson, 1956) teigimu, šizofrenijos etiologija susijusi su dviprasmiška komunikacija šeimoje. Jei mama, bendraudama su vaiku, dažnai perteikia prieštarinę informaciją, kai nesutampa jos kūno kalba ir žodžiai (pvz., kalba, kad myli ir rūpinasi, tačiau fiziškai vaiką atstumia arba nesuteikia švelnumo), vaikas išgyvena konfliktinę situaciją ir, nesugebėdamas jos išspręsti, nesąmoningai regresuoja, arba, psichoanalitiniais terminais, „traukiasi į psichozę“. T. Lidz ir kolegos (1957, pgl. Orhagen, 1992) apibūdino šizofrenija sergančiųjų šeimų struktūrą kaip patologinę, kur vienas iš šeimos narių pasirenkamas atlikti ligonio vaidmenį. Tokia patologinė struktūra aprašoma „asimetriškumo“ ir „skilimo“ sąvokomis. „Asimetriškumas“ reiškia, kad vienas iš tėvų prastai atlieka savo vaidmenį (šizoidiškas, vengiantis, neadekvatus, silpnas), o kitas yra dominuojantis ir savininkiškas. „Skilimas“ aprašomas kaip emocinės skyrybos, t. y. šalta neapykanta, pasireiškianti konfliktais arba vengiančiu elgesiu. Abiem atvejais netenkinantys tėvų komunikacijos modeliai gali turėti įtakos ydingos asmenybės susiformavimuisi.

Minėtos teorijos svarbios tuo, kad atkreipė dėmesį į ydingus šeimos komunikacijos ir organizacijos ypatumus, kurie gali neigiamai veikti vaiko

raidą ir tarpasmeninius santykius. Tačiau jos susilaukė kritikos, nes rėmėsi retrospektyviais tyrimais ir nepavyko įrodyti, kad šie šeimų bruožai būtų specifiniai, vien tik šizofrenija sergančiųjų šeimoms būdingi komunikacijos ar organizacijos ypatumai (Goldstein, 1990). Žinoma, tėvų ryšio su vaiku nesklaidumai, empatijos stoka yra nepalankūs vaiko emocinei raidai, gali trikdyti Aš jausmo, ribų, savigarbos formavimąsi. Tačiau raidos psichopatologijos požiūriu (Cicchetti, 2006) vieno rizikos veiksnio poveikis nėra fatališkas. Egzistuoja daugybė rizikos ir apsauginių veiksnių, kurie nuolat sąveikauja. Šių veiksnių sąveikos rezultatas – skirtingi raidos keliai ir galimybė išklydus iš normalios raidos kelio vėl į jį sugrįžti. Taigi vienas rizikos veiksnys gali vesti prie įvairių pasekmių (angl. *multifinality*), o tą patį sutrikimą gali sukelti skirtingi rizikos veiksniai (angl. *equifinality*). Todėl kalbėti apie vieną veiksnį, kaip apie konkrečios ligos priežastį būtų netikslu. O žinant, kad psichozės susirgimai yra stipriai stigmatizuojami, dar reikėtų ir prisidėti prie šeimos stigmatizavimo.

Psichozinių sutrikimų etiologija susijusi su sudėtinga prigimties ir aplinkos veiksnių tarpusavio sąveika. Čia svarbų vaidmenį atlieka tiek pradinis vaiko genetinis, biologinis, socialinis, psichologinis pažeidžiamumas, tiek ankstyvosios vaikystės ir vėlesnio gyvenimo neigiamos emocinės patirtys ir traumos (šeimoje ar už šeimos ribų). Nustatyta, kad pirmą psichozę išgyvenęs asmenys tokių patirčių turi reikšmingai daugiau nei bendra populiacija. Nors epidemiologiniai tyrimai parodė, kad stresinė aplinka gali provokuoti psichozę, mechanizmas nėra visai aiškus. D. Collip ir kolegų (2009) teigimu, aplinkos ir epigenetinių veiksnių sąveika gali sukelti psichologinius ir biologinius pokyčius, t. y. „įjautrinti“ žmogų. Psichologinis įjautrinimas gali būti susijęs su kognityviomis klaidingomis interpretacijos, o biologinis – su pakitusiais biocheminiais procesais galvos smegenyse. Abu šie nukrypimai gali paskatinti psichozės simptomų atsiradimą ir laikymąsi.

1.1.3. Artimųjų reikšmė ligos atkryčiui

Globėjų psichologinių tyrimų rezultatai rodo, kad daugumos sergančiųjų ligos įveika susijusi su tuo, kaip jų artimieji tvarkosi su šia patirtimi (Maes et al., 1996). Pirmą psichozę patyrusių pacientų šeimos – ne išimtis. Kadangi pirmieji 2–5 atsigavimo po psichozės metai yra „kritinis laikotarpis“, prognostiškai reikšmingas tolesniam paciento funkcionavimui (Birchwood and Mcmillan, 1993), šiuo laikotarpiu veiksmingas artimųjų dalyvavimas sergančiojo atsigavimo procese yra ypač svarbus.

Kuo veiksmingiau šeimos nariai tvarkosi su šia patirtimi, tuo geriau jie gali padėti atsigaušančiam po psichozės asmeniui. Palaikantys, šilti santykiai sustiprina teigiamą gydymo poveikį. Tačiau perdėtai reiškiamos emocijos (angl. *expressed emotion*, Brown et al., 1972), pavyzdžiui, kritiškumas ir priešiškus, o kai kurių tyrimų duomenimis, ir perdėta globa bei kontrolė gali trukdyti atsigauti ir paskatinti ligos atkryčius (Kavanagh, 1992; Kuipers and Bebington, 1988). Nustatyta, kad pacientai, gyvenantys šeimose, kurių aukštas išreikštų emocijų rodiklis (EE), dažniau atkrinta (apie 55 proc.) nei šeimose, kurių žemas išreikštų emocijų rodiklis (apie 20 proc.) (Leff, 1982). Ypač svarbus atkryčio prognostinis rodiklis – šeimos narių kritiškumas sergančiojo atžvilgiu (Kuiper et al., 2006; van Os et al., 2001; Harrison et al. 1998). C. A. Harrison ir bendraautoriai (1998) išskyrė tris kintamuosius, reikšmingai nuspėjančius kritiškumą paciento atžvilgiu – santykinai mažiau neigiamų simptomų lyginant su kitais simptomais, menkos artimojo žinios apie ligą, negatyvių simptomų priežasčių aiškinimas paciento asmenybės savybėmis, o ne liga.

W. McFarlane ir kolegos (2002) teigia, kad psichozės simptomų atkryčio rizika tiesiogiai susijusi su šeimos narių tarpasmeninių santykių problemomis. „Ydingo rato“ principu paciento patiriami simptomai, elgesio problemos kelia psichologinę įtampą šeimoje, o įtampa didina hospitalizacijų psichiatrinėse ligoninėse skaičių. E. Kuipers ir bendraautoriai (2006), remdamiesi kognityviu psichozių modeliu, aiškina, kad kritiškumo poveikis atkryčiui susijęs su

afektiniais pokyčiais. Artimųjų kritiškumas susijęs su pacientų nerimu, žemesne artimųjų savigarba ir vengiančia įveikos strategija.

Tačiau išreikštų emocijų rodiklis nėra stabilus. Ne visuomet aišku, ar išreikštos emocijos yra labiau reakcija į šeimos nario psichozę, ar jos paūmėjimo priežastis (Boye et al., 1999; Scazufca and Kuipers, 1998). Reiškiamos emocijos gali būti traktuojamos kaip neveiksminga įveika, negebėjimas susitvarkyti su artimojo ligos patirtimi. Be to, aukštesnis reiškiamų emocijų lygis šeimose sietinas ne vien tik su psichozės atkryčiu, bet būdingas ir sergant kitais psichikos sutrikimais ar fizinėmis ligomis (pvz., Wearden et al., 2000) ir yra būdingas ne vien šeimos santykiams, bet kliento ir profesionalo ryšiui taip pat (van Humbeeck et al., 2001; Tattan and Tarrier, 2000).

Taigi negalime teigti, kad psichozę išgyvenusiųjų šeimos pasižymi išskirtinėmis, tik joms būdingomis ypatybėmis ir suabsoliutinti šeimos vaidmens psichozės atsiradime. Psichozės kilmė sudėtinga ir sietina su daugybės veiksnių sąveika. Todėl mūsų tyrime šeimos nario psichozę traktuosime kaip stresorių, su kuriuo artimieji turi tvarkytis. Kadangi šeimos narių emocinės reakcijos ir elgesys gali padidinti psichozės atkryčio riziką, tai ypač svarbu, kaip artimieji tvarkosi su šia patirtimi pirmaisiais atsigavimo po psichozės metais. Kaip minėjome, pirmieji atsigavimo metai yra „kritinis laikotarpis“, prognostiškai reikšmingas tolesniam paciento funkcionavimui.

1.2. Psichozės poveikis artimiesiems

1.2.1. Įvykio sunkumo kriterijai

Formaliai psichinės traumos diagnostikoje psichikos ligos diagnozė nėra pripažįstama kaip galintis sukelti traumą įvykis. Amerikos psichiatrų asociacijos diagnostinėje klasifikacijoje DSM-IV-R traumos kriterijus yra asmens akistata su mirtimi arba grėsme savo ar kitų fiziniam vientisumui. Asociacija atmetė ypač neigatyvius, bet įprastus įvykius, pavyzdžiui, paprastą

gedėjimą, chronišką ligą, darbinės netektis, vedybinius konfliktus kaip stresinius, bet ne trauminius. Bet daugelis specialistų ir toliau dėl to diskutuoja. Kaip teigia R. Janoff-Bulman (1992), „realybėje neįmanoma aiškiai nubrėžti ribos tarp įprasto ir neįprasto įvykio“. Sunku nuspręsti, kada gedėjimas nebėra „paprastas gedėjimas“ ir kada lėtinės ligos diagnozė yra ekstremali ir neįprasta. Nors DSM-IV-R ir TLK-10 psichozės patirties nepriskiria prie ypač sunkių įvykių, tyrimų rezultatai liudija, kad psichozės patirtis ir su ja susijusios aplinkybės gali turėti traumuojantį poveikį sergančiajam (McGorry et al., 1991; Meyer et al., 1999).

Tai turi atitinkamą poveikį ir šio asmens artimiausiai aplinkai. Artimiesiems šeimos nario psichozė dažnai yra netikėtas, nekontroliuojamas, labai neįprastas ir ypatingomis aplinkybėmis vykstantis įvykis.

Niekaip negaliu patikėti, kad tai įvyko su mano vaiku. Mane tai gąsdina ir bijau net pagalvoti apie ateitį. Paskutinės trys dienos iki ligoninės buvo tikras košmaras – jis nemiegojo naktimis, šnekėjosi su kažkuo kambaryje, nors ten nieko nebuvo. Tai verkė, tai juokėsi. Buvo labai įtarus, manė, kad kažkas jį seka ir nori jam pakenkti. Savo kambaryje laikė užtrauktas užuolaidas, kambario grindis buvo keistai nuklojęs popieriais, su mumis kalbėjosi pašnibždomis, kad esantys lauke iš lango virpesių negalėtų perskaityti jo sakomų žodžių. Klausantis jo apimdavo siaubas, nejau tai liga, nejau mano sūnus išprotėjo? (iš pokalbio su pirmą psichozę išgyvenusio sūnaus tėvu).

Netikėtumas, nekontroliuojamumas, neįprastumas yra tie papildomi kriterijai, kuriuos L. G. Calhoun ir R. G. Tedeshi (1999) išskiria kaip galinčius sukelti potrauminį stresą. Jų atskaitos taškas – klinicisto perspektyva, jai svarbus traumos kriterijus – laipsnis, kuriuo įvykis buvo „seisminis“ asmeniui. J. L. Herman (2006) traumą patyrusių artimųjų išgyvenimus vadina netiesiogine trauma. Artimas ryšys su susirgusiuoju reiškia, kad ne vien reaguoji į kito nelaimę, bet ir pats kenti. Pirmą psichozę patyrusiųjų šeimos pereina natūralias prisitaikymo prie ligos fazes ir išgyvena joms būdingus šoko, neigimo, liūdesio, pykčio, priėmimo (Spaniol et al., 2002), taip pat pasimetimo, kaltės, kad sukėlė ligą, ir ateities baimės išgyvenimus (Addington et al., 2004). Sergančiojo brolių ir seserų jausmai taip nevienodi – šalia meilės sergančiajam jie gali patirti sielvarto, pykčio, pavydo, kaltės, gėdos jausmus

(Stålberg et al., 2004). Taigi subjektyviai šeimos narių reakcijai būdingi dėsningi susiduriančių su traumuojančia liga išgyvenimai, tačiau, L. Spaniol ir kolegų (2002) teigimu, išskirtina yra tai, kad psichozės proceso ir pasekmių aiškumo stoka verčia šeimas nuolat svyruoti tarp vilties ir nusivylimo išgyvenimų.

1.2.2. Globos pasekmės artimiesiems

Ieškodami literatūros apie globos pasekmes psichoze išgyvenusiuju artimiesiems, atlikome literatūros paiešką Medline (Pubmed) duomenų bazėje pagal išankstinius MeSH terminus (*family; caregivers; schizophrenia and disorders with psychotic features; psychotic disorders; stress, psychological; stress disorders, traumatic; emotions; expressed emotion; quality of life*) ir pagal šiuos pagrindinius žodžius (*family OR relatives AND/OR caregiv* AND (psychiatric patient* OR mental* ill* OR mental disorder OR psychotic disorder OR psychosis OR schizophrenia) AND (psychological stress OR traumatic stress disorder OR distress OR burden OR quality of life OR emotions OR expressed emotion OR experiences)*)).

Per abu paieškos etapus buvo rastos 283 publikacijos. Atrinkus publikacijas, kuriose buvo pateikti psichoze išgyvenusiu asmenų artimųjų empirinių tyrimų duomenys, liko 125 publikacijos. Tyrimuose globos poveikiui nusakyti buvo vartojamos šios sąvokos: našta, psichologinė kančia, psichologinė savijauta, gyvenimo kokybė, fizinė sveikata. Globos poveikis buvo matuojamas įvairiose artimųjų funkcionavimo srityse: emocinėje, fizinėje, socialinėje, finansinėje ir pan. Tyrimų rezultatai rodo, kad sunki šeimos nario psichikos liga turi neigiamą poveikį artimųjų psichologinei gerovei, fazinei sveikatai ir gyvenimo kokybei.

Kalbant apie klinikinę psichologinės kančios išreikštumą nustatyta, kad 25 proc. artimųjų gali būti nustatytas psichikos sutrikimas pagal GHQ (*General Health Questionnaire*) (Laidlaw et al., 2002), o 41–45 proc. artimųjų gali būti nustatytas minimalus psichiatrinis morbidiskumas (Pereira et al.,

1999; McGilloway et al., 1997). Bandant išskirti emocinius sunkumus, su kuriais susiduria šių šeimų nariai, nurodoma, kad jiems buvo būdingi depresijos požymiai (pvz., Jungbauer et al., 2002; Wittmund et al., 2002), emocinis perdegimas (Angermeyer et al., 2006), netekties jausmo išgyvenimas (Magliano et al., 2006), sielvarto, pykčio, pavydo, kaltės, gėdos jausmai (Stålberg et al., 2004). Taip pat tyrimų rezultatai rodo, kad pirmą psichozės epizodą patyrusių asmenų šeimų našta ne mažesnė nei pakartotinai susirgusių pacientų šeimų (Ostman, 2004), o kai kurių tyrimų duomenimis, šie artimieji patiria netgi didesnę psichologinę kančią (pvz., Martens and Addington, 2001). 26 proc. pirmą psichozę išgyvenusiujų artimųjų nustatyta stipri psichologinė kančia, o 21 proc. – vidutiniška psichologinė kančia pagal PGWB (*Psychological General Well-being Scale*) lyginant su normalia populiacija (Addington et al. 2003).

Psichozę išgyvenusiujų asmenų artimųjų gyvenimo kokybės tyrimai taip pat rodo reikšmingai prastesnę šių asmenų gyvenimo kokybę nei kontrolinės grupės asmenų (Awadalla et al., 2005; Chen et al., 2004; Fischer et al., 2004). Nustatyta, kad artimųjų gyvenimo kokybė panaši į sergančiųjų gyvenimo kokybę (Chadzyńska et al., 2003) arba truputį geresnė nei sergančiųjų, pasižyminti labiau tenkinančiais socialiniais ryšiais (Alptekin et al., 2004). Tyrėjai taip pat nurodo, kad psichozę išgyvenusiujų artimieji patiria finansinę naštą dėl šeimos nario ligos (Mory et al., 2002 a, b; Jungbauer et al., 2002), socialinių veiklų suvaržymą (Magliano et al., 2006) ir neigiamą poveikį šeimos gyvenimui (Magliano et al., 2006). Tyrimais taip pat nustatyta, kad artimųjų fizinė sveikata yra prastesnė nei apskritai visuomenės. Šie artimieji turi daugiau su psichosomatiniais negalavimais susijusių skundų (Jungbauer et al., 2002), jiems nustatyta padidėjusi infekcinių ligų rizika (Dyck et al., 1999).

Rizikos veiksniai. Tyrimų rezultatai rodo, kad tam tikros paciento, artimojo ir jų tarpusavio santykių charakteristikos gali būti susijusios su didesne artimųjų psichologine kančia, našta ir prastesne gyvenimo kokybe.

Paciento kintamieji. Keliose studijose buvo nustatyta, kad kuo pacientas yra jaunesnis, tuo artimųjų psichologinė kančia yra didesnė (Caqueo-Urizar et

al., 2006; Fortune et al., 2005; Addington et al., 2003). Tyrimų rezultatai dėl paciento lyties nėra vienodi – vieni tyrėjai atskleidė, kad vyriškoji lytis susijusi su didesne artimųjų psichologine kančia (pvz., Sibitz et al., 2002), o kitose studijose šis ryšys nebuvo nustatytas (pvz., Thornicroft et al., 2002). Rastose studijose nustatyta, kad artimųjų psichologinė kančia ir našta buvo susijusios su negatyviais ligos simptomais (Quinn et al., 2003; Wolthaus et al., 2002; Dyck et al., 1999; Bury et al., 1998), dezorganizuotu (Wolthaus et al., 2002) ir agresyviu elgesiu (MacInnes and Watson, 2002). Taip pat tyrimų rezultatai rodo, kad artimieji išgyvena daugiau psichologinės kančios, kai sergančiojo psichosocialinis funkcionavimas yra žemesnio lygio (Koukia et al., 2005; Jungbauer et al., 2002; Wong, 2000; Pereira et al., 1999). Tačiau pirmą psichozę išgyvenusių pacientų artimiesiems psichologinė kančia nebuvo susijusi nei su ligos sunkumu, nei su simptomų pobūdžiu, nei su psichosocialiniu funkcionavimu gulimosi į ligoninę metu (Möller-Leimkühler et al., 2005). Gyvenimo kokybės tyrimuose buvo nustatytas tik reikšmingas paciento pozityvių simptomų ir artimųjų psichologinės gerovės ryšys (Chen et al., 2004), o su kitais sergančiojo kintamaisiais ryšys nebuvo aptiktas (Awadalla et al., 2005).

Ryšio kintamieji. C. Lauber ir kolegos (2003) nustatė, kad pakitęs santykis su sergančiuoju ūmiuoju laikotarpiu yra susijęs su didesne artimųjų našta. Tačiau gyvenimo ir laiko leidimo kartu su sergančiuoju rezultatai artimųjų psichologinei kančiai nėra tokie vienodi. Vieni tyrėjai gauna, kad gyvenimas kartu ir laiko leidimas drauge yra susiję su didesne artimųjų psichologine kančia (Roick et al., 2006; Lauber et al., 2003; Schene et al., 1998), kiti šio ryšio neranda (Laidlaw et al., 2002; Greenberg et al., 1997; Winefield and Harvey, 1993). Gyvenimo kokybės tyrimuose nurodoma, kad aukštesnė gyvenimo kokybė susijusi su gyvenimu atskirai nuo sergančiojo (pvz., Fischer et al., 2004).

Artimojo kintamieji. Nustatyta, kad sergančiojo tėvai (Roick et al., 2006; Caqueo-Úrizar et al., 2006; Gutierrez-Maldonado et al., 2005; Lowyck et al., 2004) patiria didesnę psichologinę kančią nei ne tėvai. Taip pat nurodoma, kad

moterys išgyvena daugiau psichologinės kančios nei vyrai (Greenberg et al., 1997). Tyrimų rezultatai dėl artimųjų psichologinės kančios ryšio su amžiumi prieštaringi. Vieni tyrėjai nurodo, kad daugiau psichologinės kančios išgyvena vyresnio amžiaus artimieji (pvz., Caqueo-Urizar et al., 2006). Kiti tyrėjai randa jaunesnio amžiaus ryšį su didesne psichologine kančia (Cook et al., 2002; Greenberg et al., 1997). Taip pat nustatyta, kad menkas išsilavinimas ir bedarbystė susiję su didesne artimųjų našta (Caqueo-Urizar et al., 2006). Pirmą psichozę išgyvenusių artimųjų didesnė psichologinė kančia ir našta buvo susijusi su artimųjų stigmatizuojančiomis nuostatomis dėl psichikos ligos (Czuchta et al., 2001), į emocijas orientuota įveika ir reiškiamų emocijų lygiu (Möller-Leimkühler et al., 2005), savęs kaltinimu (Dyck et al., 1999).

Gyvenimo kokybės tyrimuose buvo nustatyta, kad artimųjų gyvenimo kokybė siejasi su lytimi ir giminystės ryšiu sergančiojo atžvilgiu – tėvų ir moterų gyvenimo kokybė buvo prasčiausia (Awadalla et al., 2005; Chen et al., 2004, Fischer et al., 2004). Taip pat nustatyta, kad su artimųjų gyvenimo kokybe ir psichiatrinio morbiditeto buvo susijusios artimųjų turimos žinios apie šizofrenijos ligą ir jos atsiradimo priežastis (Chen et al., 2004).

Aplinkos kintamieji. Tyrimais nustatyta, kad sumažėjusi socialinė parama (Dyck et al., 1999; Magliano et al., 1998), stigma (Tsang et al., 2003), psichikos sveikatos priežiūros ir reabilitacijos paslaugų trūkumas (Tsang et al., 2003) susiję su artimųjų patiriama psichologine kančia ir našta. O su prastesne gyvenimo kokybe siejasi diskriminacijos patyrimas (Fischer et al., 2004).

Apsaugantys veiksniai. Tyrimų rezultatai rodo, kad tam tikri veiksniai gali turėti apsauginę reikšmę. Nustatyta, kad dvasinė pagalba (Magliano et al., 1998), socialinė parama (Dyck et al., 1999; Magliano et al., 1998; St-Onge et al., 1997) yra susijusios su mažesne psichologine kančia ir našta. Nustatyti netgi veiksniai, galintys pagerinti gyvenimo kokybę, – tai išplėstinės šeimos parama ir pozityvus paciento priėmimas (Awadalla et al., 2005).

Taigi tyrimų rezultatai rodo, kad sunki šeimos nario psichikos liga turi neigiamą poveikį artimųjų psichologinei gerovei, fizinei sveikatai ir gyvenimo

kokybei. O žinoma, kad artimųjų psichinės ir fizinės sveikatos rodiklių pablogėjimas neigiamai veikia globėjo vaidmens veiksmingumą (Kuipers and Raune, 2000), blogina jų ilgalaikį gebėjimą padėti pacientui ir netgi turi įtakos pačios ligos eigai (Barrowclough, 2005; Lenior et al., 2002).

1.2.3. Globos poveikį artimiesiems aiškinančios koncepcijos

1.2.3.1. Naštos koncepcija

Tiriant globėjo vaidmens poveikį įvairiose globos situacijose, neretai vartojama naštos sąvoka. Psichikos liga sergančio asmens globos našta apibrėžiama kaip „problemos, sunkumai, neigiami įvykiai, kurie paveikia reikšmingų psichiatriniam pacientams žmonių gyvenimą“ (Platt, 1985). Naštos koncepcija remiasi išankstine prielaida, kad globėjo vaidmuo turi neigiamas pasekmes. Išskiriamos dvi naštos dimensijos: subjektyvi ir objektyvi našta (Hoenig and Hamilton, 1966; Schene et al., 1994). Objektyvi našta – tai bet koks objektyviai matomas šeimos gyvenimo sutrikdymas darbinėje, socialinėje, laisvalaikio veikloje, namų ūkio ruošoje, pastebimi finansiniai sunkumai, bendravimo šeimoje problemos. Subjektyvi našta – tai šių sunkumų poveikis šeimos narių savijautai.

Tačiau naštos koncepcijos naudojimas moksliniuose tyrimuose kelia problemų (Szmukler, 1996). Pirma, naštos koncepcija remiasi išankstine prielaida, kad artimųjų našta kelia šeimos nario liga. Bet žinoma, kad ne visada ir ne visi artimųjų patiriami sunkumai yra susiję su šeimos nario liga. Kaip teigia G. I. Szmukler (1996), artimieji šiuos sunkumus galėjo išgyventi iki ligos arba patirti juos šiuo metu dėl asmeninių priežasčių, o ne dėl sergančiojo. Antra, naštos sąvoka jau pati savaime nurodo, kad globos vaidmuo susijęs tik su neigiamomis pasekmėmis. O tyrimų rezultatai (pvz., McCann et al., 2011; Sethabouppha and Kane, 2005; Veltman et al., 2002) liudija, kad artimieji taip pat išgyvena ir teigiamų su globa susijusių patirčių. Trečia, objektyvią našta sunku operacionalizuoti, nes jos vertinimas paprastai remiasi saviataskaita.

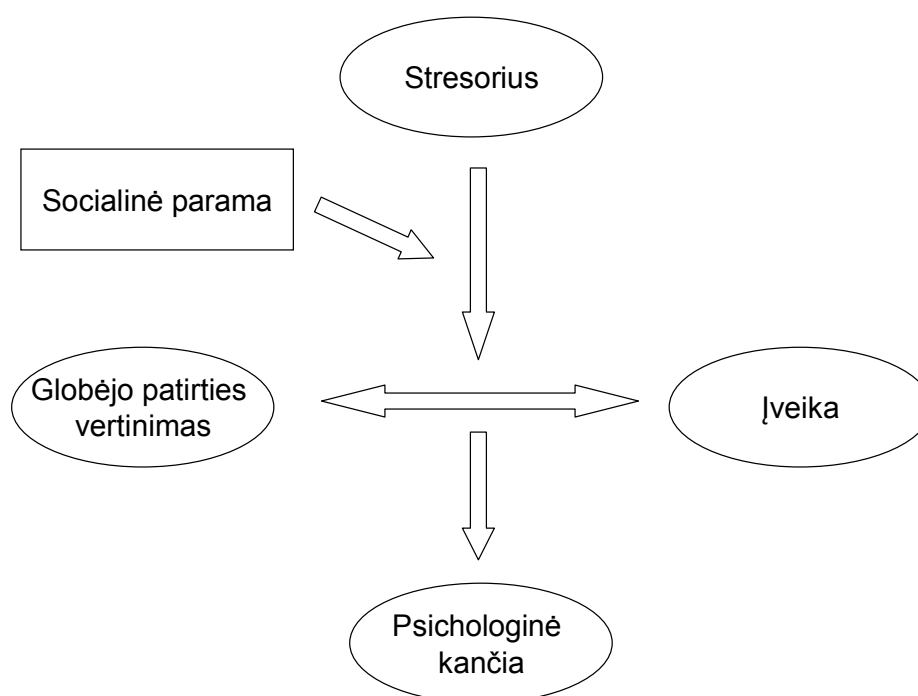
Todėl globėjų įvardijami sunkumai negali būti laikomi objektyviais situacijos sunkumo rodikliais, nes neįmanoma aiškiai atskirti subjektyvios ir objektyvios naštos (Cuijpers and Stam, 2000). Be to, objektyvios globos sąvoka neapima artimųjų psichologinės kančios kylančios dėl „neobjektyvių“ globos aspektų, pavyzdžiui, sielvarto dėl asmens, kuriuo sergantysis buvo arba turėjo tapti, netekties (Szmukler et al., 1996). Ketvirta, subjektyvios naštos vertinimas taip pat kelia sunkumų. Subjektyvi našta paprastai vertinama dviem būdais: kokio dydžio našta yra kiekvienas simptomas, sutrikdymas; arba kiek apskritai artimasis išgyvena psichologinės kančios dėl šeimos nario ligos. Pirmuoju atveju problemų kelia tai, kad neįmanoma įvertinti subjektyvios naštos, kai „objektyvi“ našta jau irgi buvo vertinama subjektyviai. Antruoju atveju subjektyvus naštos vertinimas nesiskiria nuo psichologinio morbidiškumo vertinimo. Ir penkta, naštos koncepcija nėra pagrįsta jokia psichologine arba socialine teorija, kuri numatytų priežastis, pasekmes, tarpinius kintamuosius. Toks teorinio pagrindo nebuvimas neleidžia paaiškinti esamos artimųjų reakcijų įvairovės. Tai padaryti galima pasitelkus streso įveikos modelis.

1.2.3.2. Streso įveikos modelis

R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) sukūrė kognityvų streso modelį, kuris remiasi prielaida, kad žmonės, susidūrę su stresoriumi vertina, jį ir šis vertinimas nulemia jų emocijas ir elgesio reakcijas. Taigi stresas yra kognityvaus vertinimo funkcija. Jei žmonės, susidūrę su įvykiu, vertina jį kaip potencialiai grėsmingą ir viršijantį galimybes su juo susitvarkyti – kyla stresas (Lazarus and Folkman, 1984; Bandura, 2000). Įvykiai turi didesnes neigiamas pasekmes, kai tikima arba prisimenama, kad jie yra neigiami, nekontroliuojami, ambivalentiški, nenuspėjami ir reikalaujantys prisitaikyti (Lazarus and Folkman, 1984).

G. I. Szmukler ir kolegos (1996) pirmieji pritaikė R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) kognityvų streso modelį psichozei išgyvenusiu pacientų artimųjų tyrimams (1 pav.). Stresoriais šiame modelyje laikomi paciento liga

arba reikmės, susijusios su sergančiojo globa. Pasekmės artimiesiems šiame modelyje nusakomos psichologinio arba fizinio artimųjų ligotumo, psichologinės kančios (angl. *distress*) sąvokomis. Šis modelis buvo patvirtintas empiriškai (Szmukler et al., 1996; Joyce et al., 2000) – globėjo patirties įvertinimo kintamasis paaiškino beveik trečdalį psichinės ir fizinės sveikatos duomenų išsibarstymo. Taigi globėjo patirtis apibūdinama kaip su globa susijusių reikmių įvertinimas, o pagrindiniai ją nusakantys aspektai yra ligos simptomai, poveikis šeimai, priklausomybė nuo paciento, netekties išgyvenimas, problemos dėl paslaugų, stigma (Szmukler et al., 1996).



1 pav. Artimųjų streso įveikos modelis (Szmukler et al., 1996)

Tolesni tyrimai patvirtino, kad psichologinę kančią prognozuoja neigiamas globėjiškos patirties įvertinimas. Nė vienas tikrintų demografinių, socialinių arba klinikinių veiksnių nebuvo toks reikšmingas psichologinei kančiai, kai buvo atsižvelgiama į įvertinimo kintamąjį (Harvey et al., 2001). Kad įvertinimo kintamasis reikšmingesnis artimųjų psichologinei kančiai nei objektyvūs paciento simptomai, buvo patvirtinta tiek pakartotinai (Addington

et al., 2003), tiek pirmą kartą susirgusių pacientų artimųjų imtyje (Möller-Leimkühler, 2005). Taip pat pirmą kartą psichozę išgyvenusiu pacientų artimųjų imtyje nustatyta, kad įvertinimo kintamasis reikšmingesnis nei paciento ligos veiksniai artimųjų reiškiamų emocijų intensyvumui, t. y. artimųjų priešiško pacientiui, perdėto emocinio įsitraukimo ar kritinių pastabų intensyvumui (Raune et al., 2004). Artimųjų psichologinei kančiai taip pat svarbu, kaip jie traktuoja su liga susijusius veiksniai, pavyzdžiui, ligos lėtiškumą, pasekmių sunkumą, tikėjimą gydymo kontrole (Fortune et al., 2005).

G. I. Szmukler ir kolegų (1996) adaptuotame modelyje labiau nei R. S. Lazaruso ir G. Folkmano modelyje atsižvelgiama į situacinį kontekstą, čia taip pat įtraukiamas socialinės paramos veiksnys. Tačiau šiame modelyje nėra atsižvelgiama į antrinį situacijos vertinimą, t. y. į tai, kaip asmuo vertina savo įveikos veiksmingumą. O subjektyvus įveikos veiksmingumo vertinimas yra svarbesnis nei objektyvus įveikos elgesio stebėjimas, nes neadaptivi įveika vienoje situacijoje gali būti adaptivi kitoje; antra, išoriškai elgesio lygmeniu asmuo gali atrodyti gerai besitvarkantis, bet jaustis, kad tvarkosi neveiksmingai ir išgyventi krizę (Lewis, 2005).

Taigi savo tyrime mes remsimės G. I. Szmukler ir kolegų (1996) pateiktu modeliu, tačiau vietoje įveikos matuosime įveikos veiksmingumą. Globos pasekmės bus matuojamos psichologinės kančios (angl. *distress*) konstruktu. Psichologinę kančią siūlome kaip lietuvišką termino *distress* atitikmenį. Mokslinėje psichologijos literatūroje *distress* apibūdinamas kaip neigiamas organizmo atsakas į stresą sukeliančius veiksniai (Selye, 1974), o sutrikdytai emociinei pusiausvyrai, kuri gali pasireikšti nerimo, depresijos požymiais, nusakyti vartojamas *psichologinio distreso* terminas (Ziegler, 2011; Fortune, 2005). Nors Valstybinė lietuvių kalbos komisija pripažįsta *distressą* kaip teiktiną terminą angliškam *distress* pavadinti („nemalonus, kenksmingas, trikdantis veiklą stresas“), mes mėginame siūlyti jo lietuvišką atitikmenį *psichologinę kančią*, kurią suprantame kaip neigiamą asmens emocinį atsaką į stresorių, kaip asmenį trikdantį nerimo, liūdesio ar psichologinio skausmo

išgyvenimą. Lietuviškas atitikmuo, mūsų nuomone, aiškiau nusakytų sąvokos turinį.

Pasirinkome matuoti sudėtinį *psichologinės kančios* kintamąjį, apimančią depresiją ir nerimą, nes jis dažnai naudojamas psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų tyrimams (Fortune et al., 2005). Be to, psichologinės kančios lygis yra reikšmingas ir stiprus kintamasis. Depresija ir nerimas dažnai lydi įvairias sveikatos būkles (pvz., širdies ir kraujagyslių sutrikimus, diabetą) ir yra susiję su fiziniais sveikatos rodikliais (Katon and Ciechanowski, 2002). Taigi psichologinės kančios kintamasis pasirinktas matuoti pasekmes dėl jo reikšmingumo psichologinei ir fizinei gerovei.

1.3. Artimųjų ligos situacijos vertinimas ir psichologinė kančia

1.3.1. Pirminis vertinimas

R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) išskiria du vertinimo procesus: pirminį ir antrinį. Pirminio vertinimo metu asmuo nustato įvykio prasmę sau, antrinio vertinimo metu numato savo galimybes susitvarkyti su situacija. Nors ne visos šiuolaikinės vertinimo teorijos laikosi šio suskirstymo, visos pritaria dviem dalykams: pirma, dėl didžiulės aplinkos interpretacijų įvairovės yra didžiulė žmonių emocijų ir jų atspalvių įvairovė; antra, emocijų patirtis yra tęstinis procesas, t. y. „tas pats“ įvykis (įskaitant savo paties reakciją į įvykį) gali būti įvertintas iš naujo, todėl pradinis emocinis atsakas laikui bėgant keičiasi (Ellsworth and Scherer, 2009).

Taigi pirminio vertinimo metu asmuo nusprendžia, ar įvykis yra pozityvus, ar neutralus, ar potencialiai žalingas jam, jo ateičiai, vertybėms ir tikslams. Pozityvios emocijos kyla, kai įvykis vertinamas pozityviai ir į jį žiūrima kaip į iššūkį. Negatyvios emocijos kyla, jeigu įvykis vertinamas kaip keliantis grėsmę fizinei ir emocinei gerovei. Skiriamos dvi negatyvių pasekmių rūšys: nerimas išgyvenamas, kai stresorius suvokiamas kaip grėsmingas, o sielvartas arba pyktis – jei stresorius susijęs su žala, netektimi.

Graužatis (angl. *ruminatio*). Susidūrus su psichoze ar kita bauginančia liga – įvykis vertinamas kaip grėsmingas ir kyla neigiamos emocijos. Neigiamo vertinimo atkaklumas ir graužatis gali ilgam sukelti būseną. Yra įvairių graužaties tipų, tačiau paprastai moksliniai ir klinikiniai apibrėžimai graužatį apibūdina kaip nekontroliuojamas, pasikartojančias mintis apie stresą keliantį įvykį (Denson et al., 2009). Trumpalaikis perdėtas galvojimas gali būti adaptyvus kognityvus-emocinis atsakas į stresinę situaciją, nes jis nukreipia kognityvų aktyvumą į neišspręstą problemą. Tačiau laikui bėgant tai gali sukelti HHA (hipofizės, hipotalamo, antinksčių) ašies ir imuninės sistemos pakitimų (Denson et al., 2009). Nustatyta, kad individualūs perdėto galvojimo skirtumai susiję su kortizolio reaktyvumu, imuninės sistemos pakitimais, fizinių simptomų pasireiškimu (Brosschot et al., 2006).

Socialinė grėsmė. Žinoma, kad psichozės sutrikimas yra susijęs su įvairiomis grėsmėmis, o ypač su socialine grėsme dėl nepalankaus aplinkinių požiūrio į šį sutrikimą. Socialinio atmetimo tyrimai atskleidė, kad fizinis ir socialinis skausmas gana panašiai veikia nervų sistemą (Eisenberger et al., 2003). Remiantis socialinio aš apsaugojimo teorija (Dickerson and Kemeny, 2004), žmonėms būdingas ne vien fizinio aš, bet ir socialinio aš išsaugojimo motyvas, pagrįstas biologiniais procesais ir HHA ašies aktyvavimu. Socialinis aš yra pagrįstas kitų suvokimu apie asmens vertę ir atspindi socialines vertybes, statusą. Asmenys, kuriems būdingos grupės vertinamos savybės, yra gerbiami kitų ir turi aukštą socialinę padėtį. Asmenys, kurie neturi šių vertingų savybių ar jiems būdingos nepageidaujamos savybės, gauna atmetimo arba nesidomėjimo signalų ir žemesnę statusą socialinėje hierarchijoje.

Socialinio aš apsaugojimo sistema koordinuoja psichologinius, fiziologinius ir elgesio atsakus, kad susitvarkytų su iš aplinkos ateinančia grėsme asmens savigarbai ar socialiniam statusui. Į grėsmę reaguojama negatyviu savęs vertinimu (negatyviomis mintimis ir emocijomis), kortizolio lygio pakilimu ir kitų fiziologinių parametrų pokyčiais. Toks adaptyvus psichobiologinis atsakas į socialinę grėsmę būdingas ir gyvūnams. Pakartotinis HHA ašies aktyvinimas dėl dažno patekimo į tokias situacijas arba

nesėkmingas atsako slopinimas pasibaigus šiai situacijai gali turėti neigiamų padarinių psichinei ir fizinei sveikatai. Autorių teigimu, stigmatizuotos asmenų grupės gali nuolat išgyventi nekontroliuojamą socialinio vertinimo grėsmę, o tai gali sukelti lėtinį fiziologinės sistemos aktyvinimą ir turėti neigiamų pasekmių sveikatai. Be to, sveikatai asmenų, kurie nuolat vertina socialinę aplinką kaip atmetančią arba kurie yra ypač jautrūs atmetimui, pavojus yra didesnis.

T. F. Denson ir kolegų (2009) atlikta metaanalizė parodė, kad socialinė grėsmė gali sukelti ne vien kortizolio, bet ir imuninės sistemos pokyčių. Autoriai tai interpretuoja vadovaudamiesi evoliucine teorija. Jų teigimu, gerų santykių palaikymas su pirmine grupe buvo svarbus mūsų protėvių išlikimui ir mūsų psichologinei gerovei šiandieną. Metaanalizėje naudotų tyrimų rezultatai atskleidė, kad žmonės, kurie nuolat bijo socialinės izoliacijos (ypač tai būdinga žemo socioekonominio statuso ar stigmatizuotoms grupėms) gali ilginiui patirti sveikatos sutrikimų. Tačiau tokį fiziologinį reaktyvumą galima mažinti: vengiant susidūrimų su stresoriais, kurie grėsmingi socialiniam statusui; arba, jei stresorių išvengti neįmanoma, bandant naujai įvertinti situaciją arba tiesiogiai mažinti emocinių reakcijų intensyvumą, susijusį su HHA ašies ir imuniniais nesklaidumais. Yra žinoma, kad savigarba, optimistinis mąstymas, asmens vertės patvirtinimas mažina žalingą stresorių poveikį (Creswell et al., 2005). Taigi grėsmės socialiniam aš išgyvenimas kelia ypač stiprias emocijas, fiziologines ir elgesio reakcijas. Tiek fiziologinis atsakas į fizinį išlikimą gali būti nulemtas baimės, tiek fiziologinis atsakas į socialinį išlikimą gali būti nulemtas baimės prarasti socialinį pritarimą ir gėdos, kaltės bei sumišimo jausmų.

Kalbant apie psichozę išgyvenusiųjų asmenų artimųjų tyrimus – yra nustatyta, kad jų psichologinė kančia yra susijusi su tuo, kaip jie suvokia ligą. Artimieji, kurie vertina psichozę kaip lėtinę, kurie labiau tapatinasi su liga, labiau įsitikinę ligos pasekmių sunkumu, mažiau tiki gydymo kontrole, bet labiau sergančiojo galimybėmis kontroliuoti savo būseną, išgyvena didesnę psichologinę kančią (Fortune et al., 2005). Taigi artimųjų neigiamas globos

vertinimas yra stiprus psichologinės kančios prognostinis veiksnys ir nėra vienas iš tikrintų demografinių, socialinių arba klinikinių veiksnių nebuvo toks reikšmingas psichologinei kančiai kaip šis (Harvey et al., 2001). Tačiau iš somatinių ligų psichologinių tyrimų žinoma, kad pasimetimas, nerimas, liūdesys, sielvartas yra tipinė reakcija į onkologinės ligos diagnozę. Laikui bėgant ši reakcija keičiasi (Couzijn et al., 1990). S. Maes ir kolegų (1996) teigimu, tokio pobūdžio interpretacijos dažnos pradinėje konfrontacijos su stresoriumi stadijoje, todėl šiose stadijose būna stiprios nerimo, depresijos, pykčio reakcijos. Taigi būtų svarbu nustatyti kaip ligos situacijos vertinimas keičiasi atsigavimo po psichozės laikotarpiu.

1.3.2. Antrinis vertinimas

Antrinio vertinimo metu asmuo sprendžia apie savo galimybes ir išteklius susitvarkyti su įvykiu sukelta grėsme, žala, netektimi. R. S. Lazarus (1984) akcentuoja, kad antrinis vertinimas nėra vien asmens numatymas, ką reikia daryti šioje situacijoje, bet sudėtingas apmąstymų procesas bandant įvertinti turimus išteklius, jų tinkamumą ir gebėjimą juos veiksmingai panaudoti. Pagal A. Banduros saviveiksmingumo teoriją (1977), kognityvus vertinimas taip pat lemia asmens savijautą. Autoriaus teigimu (1977), nerimą kelia ne pats įvykis, o suvoktas įveikos neveiksmingumas. Taigi kaip ir antrinis vertinimas R. S. Lazarus ir Folkman (1984) modelyje, įveikos saviveiksmingumo vertinimas veikia asmens veiklos pasirinkimą, pastangas, atkaklumą. Nustatyta, kad aukštesnis įveikos veiksmingumo lygis koreliuoja su mažesne psichologine kančia (Benight et al., 1999; Benight et al., 2000).

Socialinės kognityvios teorijos (Bandura, 2000) teigimu, kognityvūs vertinimo procesai abipusiškai sąveikauja su situacijos aplinkybėmis ir elgesiu. Dėl savirefleksijos asmuo reaguoja į aplinkos grįžtamąjį ryšį ir koreguoja savo elgesį, kad pagerintų adaptaciją. Pagrindinis vaidmuo tenka asmens savęs vertinimui, kurio padedamas asmuo nusprendžia apie savo galimybes susitvarkyti su besikeičiančiais aplinkos reikalavimais, pritaikydamas savo

elgesį ir mintis. Savęs vertinimas yra dinamiškas, keičiasi priklausomai nuo sėkmės ar nesėkmės. Savęs vertinimo mintys laikui bėgant keičiasi – priklauso nuo aplinkos pokyčių ir asmens veiksmų. Asmens įsitikinimas, kad jis gali nulemti teigiamas pasekmes, labiau grįstas jo ankstesne sėkminga patirtimi panašiose stresinėse situacijose, nei bendru tikėjimu pozityviomis pasekmėmis apskritai.

C. C. Benight ir A. Bandura (2004) apibrėžia įveikos saviveiksmingumą (angl. *coping self-efficacy*) kaip įsitikinimą savo pajėgumu susitvarkyti su potrauminio atsigavimo užduotimis. Autoriai teigia, kad savęs vertinimas (angl. *self-evaluation*) yra esminis suprantant atsigavimo po traumos dinamiką. Atsigavimo procesui turi įtakos įveikos saviveiksmingumo lygis ir jo pokyčiai laikui bėgant, t. y. meistriškumo jausmo didėjimas ar mažėjimas. Įveikos saviveiksmingumo tyrimai rodo, kad jis nuspėja psichologinį prisitaikymą po stichinių nelaimių (Benight et al., 1999) ar teroristinių išpuolių (Benight et al., 2000). Taigi tyrimai rodo įveikos veiksmingumo vertinimo reikšmę atsigauant po įvairių traumų. Taip pat tyrimai patvirtina, kad kiti aplinkos ir individualūs skirtumai veikia traumos pasekmes būtent per šį kintamąjį (Benight et al., 1999). Psichologinės kančios ryšys su socialine parama, išteklių praradimu, optimizmu, savigarba keičiasi kintant įveikos saviveiksmingumo lygiui.

Tyrimų rezultatai patvirtina įveikos saviveiksmingumo prognostinę vertę trauminiam stresui, tačiau labai mažai yra tyrimų, analizuojančių veiksmingumo pokyčius laikui bėgant ir kaip šie pokyčiai susiję su psichologine kančia. Pacientų, sergančių išsėtine skleroze, pradinis įveikos veiksmingumo lygis ir jo pokyčiai laikui bėgant buvo prognostiškai reikšmingi fiziniam ir psichologiniam atsigavimui (Riazi et al., 2004). Patyrusių autoįvykius asmenų ankstyvi saviveiksmingumo pokyčiai prognozavo psichologinę kančią po trijų mėnesių, kai buvo kontroliuojama psichologinė kančia po septynių dienų ir po mėnesio ir buvo kontroliuojami su trauma susiję kintamieji (atsakomybė už autoįvykį, bylinėjimasis, trauminė disociacija) (Benight et al., 2008). Taigi, šių tyrimų rezultatai rodo, kad laikui bėgant

įveikos veiksmingumo lygis kyla ir tai susiję su reikšmingais fizinės ir emocinės savijautos pokyčiais. Klinikine prasme tai praneša apie ankstyvos pagalbos poreikį stiprinant įveikos veiksmingumą po įvairių traumuojančių situacijų.

Taigi įveikos veiksmingumo tyrimai, ypač pakartotinių matavimų yra labai reti. Tokių tyrimų su psichozę išgyvenusiu artimųjų intimi nepavyko rasti. O tiek mokslinė, tiek klinikinė prasme šie tyrimai yra svarbūs. Pakartotinių matavimų tyrimais galima nustatyti, ar įveikos veiksmingumo pokyčiai atsigaunant po neigiamų gyvenimo įvykių gali prisidėti prie psichologinės kančios pokyčių, ir atvirkščiai – patikrinti hipotezę, kad psichologinė kančia gali lemti įveikos veiksmingumo pokyčius.

1.3.3. Ligos simptomų vertinimas

Visi sutrikimai pasireiškia simptomais arba elgesio problemomis, kurie kelia įtampą artimiesiems. Nustatyta, kad psichozę išgyvenusiu artimieji patiria našta, susijusią su prastu paciento socialiniu funkcionavimu (Koukia et al., 2005; Jungbauer et al., 2002; Wong, 2000; Pereira et al., 1999), dezorganizuotu (Wolthaus et al., 2002) ir agresyviu elgesiu (MacInnes and Watson, 2002), negatyviais simptomais (Quinn et al., 2003; Wolthaus et al., 2002; Dyck et al., 1999; Bury et al., 1998). Lyginant pozityvių (sutrikęs elgesys, besireiškiantis kliesiais, mąstymo sutrikimais, haliucinacijomis) ir negatyvių simptomų (neaktyvumas, motyvacijos stoka, bendras psichinis sulėtėjimas, ribota emocijų raiška, tarpasmeniniai sunkumai) poveikį artimųjų naštai ir psichologinei kančiai, nustatyta, kad artimiesiems didžiausią našta kelia negatyvūs simptomai (Barrowclough, 2005; Provencher and Mueser, 1997). Jie nėra taip stipriai išreikšti kaip pozityvūs simptomai, bet, kitaip nei pozityviesiems simptomams, jiems būdingas tęstinumas.

Tačiau tyrimai rodo, kad yra silpnas ryšys tarp artimojo funkcionavimo matavimų (naštos ir psichologinės kančios) ir paciento funkcionavimo, kai atsižvelgiama į vertinimo kintamąjį (Barrowclough et al., 1997, 2001; Quinn et

al., 2003; Scazufca et al., 1999). Kuo artimieji negatyviau suvokė ligos pasekmes, tuo jų psichologinė kančia ir subjektyvi našta buvo didesnė. Šiuose tyrimuose buvo panaudoti objektyvūs pacientų simptomų įvertinimo būdai ir nustatyta, kad artimųjų našta ir psichologinė kančia labiau susijusi su subjektyviu paciento problemų vertinimu, nei su objektyviomis paciento problemomis.

Taigi stresoriaus vertinimas reikšmingas psichologinės kančios išgyvenimui, tačiau kas prognozuoja patį neigiamą situacijos įvertinimą? Nustatyta (Joyce et al., 2000), kad neigiamas įvertinimas trečdaliu gali būti paaiškintas paciento kintamaisiais (paciento negalios, socialinio tinklo ir įsitraukimo į bendruomenėje teikiamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas). Tačiau yra tyrimų (pvz., Harvey et al., 2001), rodančių, kad paciento simptomai mažiau reikšmingi artimųjų įvertinimui, nei buvo manyta iki šiol. Šių autorių duomenimis, artimieji globėjišką patirtį linkę vertinti negatyviau, kai pacientas bedarbis arba yra jaunesnio amžiaus.

1.3.4. Psichozės poveikio šeimos narių tarpusavio santykiams vertinimas

Šeimos narių ligos, traumos veikia šeimos narių tarpusavio santykius. Psichozę išgyvenusių pacientų šeimos – ne išimtis. Dėl šeimos nario ligos gali atsirasti įtampa, susijusi su vaidmenų konfliktais (Ottens and Pinson, 2005; Janoff-Bulman, 1992). Naujų santykių nesitikėta, šalia užuojautos ir rūpesčio artimieji gali jausti, kad jų poreikiai per dažnai nepatenkinami, gali jaustis patekę į spąstus, sunerimę, įžeisti. Sunkumų šeimoje gali kelti ir tai, kad šeimos nariai skiriasi amžiumi, asmenybės savybėmis, poreikiais ir gali įvairiai reaguoti į stresinę situaciją šeimoje, pasikeitusį gyvenimo ritmą bei ritualus (Mc Gorry, 1997). Nors artimieji, susirgus šeimos nariui, gali būti kupini geriausių ketinimų sergančiojo atžvilgiu, pasikeitusi situacija gali kelti įtampą ir sunkumų net esant labai artimiems tarpusavio santykiams šeimoje. Netikėti pasikeitimai santykiuose paprastai kelia nepatogius klausimus ir jausmus, atstumo jausmą. O sunkumai atkuriant emocinį artumą tiek su sergančiuoju,

tiek su kitais šeimos nariais artimuosius gali versti jaustis bejėgius ir nekompetentingus. Ch. van Audenhove (2002) teigimu, šeimos santykiuose problemų dažnai kyla, kai šeimos nariai yra „įklimpę“ savo skirtinguose vaidmenyse arba kai yra kritikuojami kitų šeimos narių.

1.3.5. Priklausomybės nuo sergančiojo vertinimas

J. Jungbauer ir kolegos (2006) tyrė šizofreniją iš raidos psichologijos perspektyvos. Jų teigimu, neretai pacientai lieka emociškai, praktiškai ir finansiškai priklausomi nuo tėvų. Susirgus šizofrenijos paprastai vėl suintensyvėja tėvų ir vaikų ryšiai, o socialiniai ryšiai už šeimos ribų neretai nutrūksta. Biografiniu požiūriu šizofrenija susijusi su nuolatine tėvyste ir tėvų pagalba visą gyvenimą. Teikiantieji paramą turėtų atsižvelgti į su liga susijusias raidos problemas, ypač sunkesnę paciento atsiskyrimą nuo tėvų.

Išgyvenančio ūmią psichozę asmens kasdienė veikla būna stipriai sutrikdyta. Jis tampa mažiau pajėgus pasirūpinti savimi, artimiesiems tenka perimti kai kurias funkcijas. Toks regresas skatina didesnę artimųjų įsitraukimą, didesnes emocines ir fizines sąnaudas, savo poreikių atsisakymą. Situacijos neapibrėžtumas, padidėjusios susirgusiojo reikmės, artimųjų nerimas kelia priklausomybės nuo sergančiojo jausmą.

Ligos situacija vėl tarsi sustiprina savarankiškumo ir priklausomybės konfliktą. Dauguma asmenų, kurie neįgyvendina vėlyvos paauglystės ir jauno suaugusio amžiaus raidos užduočių, yra įstrigę savarankiškumo ir priklausomybės konflikte (Lefley and Hatfield, 1993). Autorių teigimu, šį priklausomybės konfliktą dar pastiprina tėvų kaltės jausmas, kad sukėlė ligą. Kaltė suteikia „kontrolės iliuziją“. Bandydami „atitaisyti“ žalą, artimieji atsideda pacientui, nuima dalį atsakomybių, tačiau tai tik mažina sergančiojo pasitikėjimo savimi jausmą ir didina priklausomybę. O savęs kaltinimas susijęs su didesne psichologine kančia (Dyck et al., 1999; Fortune et al., 2005).

Perdėtai įsitraukiančiam santykiui būdingas abipusiškumas (Leff et al., 2002). Artimasis nerimauja dėl susirgusiojo, kaip jis susitvarkys be jo. O

sergantysis išgyvena tą patį nerimą, nes nepasitiki savimi. Atsigavimo proceso metu artimiesiems tenka užduotis padėti sergančiajam ugdytis savarankiškumą ir įveikti atsiskyrimo nerimą, nes perdėtas įsitraukimas susijęs su didesne artimųjų psichologine kančia (Boye et al., 1999; Budd et al., 1998) ir gali slopinti sergančiojo atsigavimo procesą. J. Leff ir bendraautoriai (2002) akcentuoja atsiskyrimo svarbą. Nurodo, kad atsiskyrimas galimas skatinant sergančiojo savarankiškumą, prisidėjimą prie šeimos gyvenimo, taip mažinant kaltės ir nenaudingumo jausmą. Tačiau atsiskyrimas artimiesiems gali žadinti nerimą. Artimieji gali bijoti sergantįjį palikti vieną, kad nepadarytų žalos sau ar namams ar bijoti, kad praras ryšį su sergančiuoju, jei atsiskirs. Tėvams neretai reikia nuraminimo, kad kažkada vaikai atsiskiria nuo tėvų, tiesiog liga šį procesą užvėlina.

Ypač šis įsitraukimo jausmas būdingas pradinėje ar ūmioje ligos fazėje. T. King (1993), nustatė, kad pradžioje artimieji būna perdėtai įsitraukę, tai gali kelti net konfliktus, vėliau atsiranda balansas tarp globėjo ir globotinio poreikių. Perdėtas įsitraukimas gali būti artimųjų bandymas būti partneriais paciento gydymo ir atsigavimo procese (van Os et al., 2001).

1.3.6. Netekties išgyvenimo vertinimas

Šiuolaikinėje krizių psichologijoje netektis suprantama plačiau – ne vien kaip artimo žmogaus mirtis. P. Boss (2004), tyrinėdama krizę išgyvenančias šeimas, plėtoja dviprasmiškos (angl. *ambiguous*) netekties, kuri dėl savo neapibrėžtumo gali įklampinti žmogų gedėjimo procese, sampratą. Dviprasmiška netektis – tai neaiškios netekties situacija, kai asmens fiziškai nėra, bet jis laikomas psichologiškai esančiu, nes neįmanoma sužinoti, ar jisai gyvas, ar miręs; arba kai asmuo fiziškai yra, bet psichologiškai jis neprieinamas dėl savo kognityvios ar emocinės būklės. Pastarasis variantas visiškai atitiktų psichozę išgyvenančių asmenų artimųjų patirtį.

Skiriamos dvi, psichikos liga sergančiųjų artimųjų, netekties rūšys: netektis asmens, kurį jie pažinojo; ir vilčių bei lūkesčių, siejamų su juo,

netektis (Leff et al., 2002). Psichikos ligai būdinga motyvacijos stoka, apatija, socialinis atsiribojimas kurį laiką, o kartais ilgam lieka praėjus ūmiai ligos fazei. Tai keičia asmens kasdienį dalyvavimą šeimos gyvenime, jo prisiimamus vaidmenis, bendravimą su kitais šeimos nariais – dėl to šeima gali jausti, kad prarado žmogų, kurį pažinojo. Be to, liga gali trikdyti asmens išsimokslinimo, darbinės veiklos planus, santykius su bendraamžiais. Todėl neretai manoma, kad sergantysis yra prarastas, jo ateitis sužlugdyta. Sielvartas stiprėja, jei asmuo nesveiksta taip greitai, kaip norėtusi. Šeima nuolat svyruoja tarp optimizmo ir susitaikymo su „idealaus“ vaiko, sutuoktinio, brolio ar sesers praradimu, net jei šis praradimas vėliau pasirodo tik laikinas (Mc Gorry, 1997).

Nustatyta, kad pirmų psichozių atveju artimųjų netekties vertinimas yra tiesiogiai susijęs su jų išgyvenama psichologine kančia ir perdėtu emociniu įsitraukimu (Patterson et al., 2000, 2005). Psichologinė kančia mažėja, kai santykiuose su sergančiuoju pereinama iš perdėto emocinio įsitraukimo į kritiškumą arba žemą išreikštų emocijų lygį. Taip pat šie autoriai nurodo, kad pacientų ir artimųjų netekties vertinimas glaudžiai susijęs, ypač kai santykiams būdingas perdėtas įsitraukimas. Autoriai tyrimo rezultatus aiškina J. Bowlby prieraišumo teorija, teigdami, kad perdėtą emocinį įsitraukimą ir kritiškumą galima suvokti kaip adaptyvią reakciją į suvokiamą netektį. Tai, tyrimo autorių teigimu, paaiškintų artimųjų priešinimąsi keisti šį elgesį.

Krizių teorijoje pagalba yra trumpalaikė, orientuota į 6–8 savaitių laikotarpį. Taigi paprastai pagalba kilus krizei teikiama klientui esant šoko fazės. O sielvarto teorijoje tai tik pradžia gedėjimo proceso, kuris gali trukti nuo mėnesio iki metų (McBride and Johnson, 2005). Taigi jei artimieji patiria netektį, svarbu įvertinti ją laiko perspektyvoje.

Taip pat artimųjų netekties išgyvenimas gali atspindėti realią savižudybės riziką. Nustatyta, kad pirmo kontakto su psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis metu apie 50 proc. pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų turėjo minčių apie savižudybę, o 25 proc. bandė nusižudyti (Nordentoft et al., 2002). P. Power (2003) Melbourno ankstyvųjų psichozių prevencijos ir intervencijos centre įvertino ūmiai suicidinių pacientų (N = 312) dinamiką laikui bėgant ir

nustatė, kad savižudybės rizika yra didžiausia pradinio kontakto su paslaugomis metu. Per pirmą mėnesį rizika iš esmės sumažėja, tačiau ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu vėl pradeda didėti ir penktą mėnesį pasiekia piką, pakrinta aštuntą mėnesį ir vėl pakyla devintą mėnesį. Po aštuoniolikos mėnesių ši rizika iš esmės sumažėja. P. Power (2004) teigimu, mintys apie savižudybę ir savižudybės bandymai šiuo atsigavimo laikotarpiu yra glaudžiai susiję su „įžvalgos“ atsiradimu, beviltiškumu ir depresija, kai bandoma atgauti normalų kognityvų, emocinių, socialinį funkcionavimą. Tai yra pats sunkiausias atsigavimo laikotarpis.

1.3.7. Problemų dėl paslaugų vertinimas

Nors psichikos sveikatos priežiūra teikia vis daugiau dėmesio šeimos narių poreikiams, daugybė šeimų kalba apie problemas, susijusias su psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis. Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji susiduria su įvairiomis kliūtimis, kai bando gauti tinkamas paslaugas (Sin et al., 2005). Nustatyta, kad artimieji labiau nepatenkinti paslaugomis, jei sergantysis išgyvena stiprius psichozės simptomus, sergančiojo socialinio funkcionavimo lygis žemas, įsitraukimas į medikamentines ir reabilitacijos paslaugas menkas ir jei artimieji gyvena kartu su sergančiuoju (Stengård et al., 2000).

J. Jungbauer ir kolegos (2002) atliko kokybinį tyrimą, siekdami išsiaiškinti kaip artimieji suvokia kontaktą su profesionalais. Autoriai nustatė šias tris esmines artimųjų kontakto su profesionalais sritis: informacija apie ligą ir gydymą; ilgalaikis bendradarbiavimas su artimaisiais; bendras elgesio su artimaisiais ir pacientais būdas. Autorių teigimu, artimųjų kritiškumas psichiatrijos paslaugų atžvilgiu yra susijęs su negatyvia patirtimi šiose trijose srityse.

Informacija apie ligą ir gydymą. Pirmo epizodo šeimų nariai dažniausiai stokoja informacijos apie ligos simptomus, eigą, medikamentinį ir psichoterapinį gydymą, atkryčio požymius. J. S. Greenberg ir bendraautoriai

(1997) nustatė, kad artimieji, kurie labiau informuoti, išgyvena žemesnę psichologinės kančios lygį nei tie, kurie nėra informuoti. L. C. Wynne (2002) teigimu, jeigu profesionalai vadovaujasi biomedicininio požiūriu, šeimą jie vertina kaip diagnostinės informacijos apie pacientą šaltinį. Be abejo, norint nustatyti tikslią diagnozę ir parinkti tinkamą gydymą, svarbu surinkti objektyvią informaciją apie pacientą. Tačiau kai profesionalas vadovaujasi išimtinai tokiu požiūriu, neatliepia esminių šeimos narių poreikių, susijusių su informacijos gavimu ir emociniu palaikymu. Toks psichikos sveikatos profesionalų paruošimas, orientuotas į ligą ir simptomus, o ne į sergančiojo socialinį tinklą, jo poreikius sukelia šeimos narių nusivylimą paslaugomis ir konfliktus su profesionalais.

Ilgalaikis bendradarbiavimas. Kitas šeimos narių nusiskundimas – jų neįtraukimas į gydymo procesą hospitalizacijos metu. Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji jaučiasi nematomi, tylūs ir nuvertinti partneriai gydymo procese (Sin et al., 2005). Pakartotinai gydomų asmenų artimieji taip pat išgyvena įtampą dėl to – prieš hospitalizaciją ir po jos šeimai tenka visa atsakomybė už sergantįjį, tačiau hospitalizacijos metu jų dalyvavimas gydyme nėra pageidaujamas. J. G. Hanson (1995) teigimu, tokia globos pertrauka artimiesiems gali teikti palengvėjimą, tačiau gali tapti papildomu konfliktų ar naštos šaltiniu.

M. Legatt (2001) šeimos ignoravimą taip pat sieja su netinkamu konfidencialumo arba teisės į privatumą, susijusį su psichiatrine būkle, traktavimu. Jos teigimu, „Konfidencialumas yra paciento teisė – o ne profesionalo“. Profesionalai dažnai nepaklausia paciento, ar jisai nori, kad jo šeimos nariai būtų įtraukti, ar ne. Jei profesionalai įtrauktų artimuosius ir kurtų su jais lygiaverčius partneriškus ryšius, šių problemų būtų galima išvengti. Jautrumas šeimos ir paciento poreikiams pagerintų procesą. Įtraukiant šeimą svarbu išsiaiškinti, kokią paciento informaciją galima atskleisti ir kokia informacija turi likti privati. „Yra legalu, etiška ir moralu padėti šeimoms nepažeidžiant konfidencialumo ir neatskleidžiant asmenišką informaciją“.

Taigi, jos nuomone, profesionalams svarbu mokytis, kaip pateikti šeimoms informaciją ir suvokti, kad pagalba šeimai turi tapti kasdienės praktikos dalimi.

L. C. Wynne (2002) nurodo, kad ne visos šeimos prisiima globėjo vaidmenį, kai kurioms tai nepriimtina, todėl sprendimas įtraukti šeimą turi būti priimtas bendradarbiavimo būdu. Ch. Van Audenhove (2002) antrina, kad šeimos narių įtraukimas yra svarbus, bet kartu tai sunki tema, pasižyminti dvejonėmis, pasipriešinimu ir prieštaravimais.

Profesionalų nuostatos. Kaip teigia L. Spaniol ir kolegos (2002), profesionalai, kaip ir šeimos, dažnai yra nepasiruošę tinkamai reaguoti į krizę, kurią sukelia šeimos nario psichikos liga. Autoriai išvelgia paralelę tarp profesionalų ir šeimos narių reakcijų: abeji jaučiasi bejėgiai, pikti, kupini nevilties ir sunerimę. Jų nuomone, dauguma profesionalų yra mokomi apie psichikos ligas, kai kurie jų apie šeimas, tačiau dauguma profesionalų nesupranta šeimų, kurios patyrė psichikos ligą. Yra didžiulis skirtumas tarp to, ką profesionalai mano esant reikalinga šeimai ir iš tikrųjų šeimai reikia.

Artimieji neretai jaučiasi kalti dėl šeimos nario ligos ir tai susiję su jų didesne psichologine kančia (Fortune et al., 2005). Profesionalų nejautrumas, perdėtas dėmesys šeimos problemoms, tiesioginis ar netiesioginis kaltinimas gali dar labiau įjautrinti šią temą ir sukelti artimųjų nusivylimą profesionalais ir priešiniams. Todėl dirbant su šeima svarbu kreipti dėmesį ne į, tai ką ji ne taip padarė, o padėti pamatyti ligos keliamas problemas šeimos santykių kontekste. L. C. Wynne (2002) teigimu, ši kontroversija išsisprendžia, jei profesionalai ir šeimos nariai abipusiškai sutinka, kad diagnozė teisinga ir kad profesionalai gali būti naudingi tvarkantis su problemomis.

Tam tikros profesionalų nuostatos ir elgesys gali prisidėti prie stigmatos ir diskriminacijos palaikymo. B. Schulze (2007), apžvelgęs 1997–2006 metų studijas, nustatė, kad trys ketvirtadaliai publikacijų rodo panašias į visuomenės arba netgi neigiamesnes profesionalų nuostatas dėl sergančiųjų psichikos ligomis ir jų artimųjų. O. Wahl ir E. Aroesty-Cohen (2010), tęsdami šį B. Schulze tyrimą, atliko 2004–2009 metų publikacijų analizę šia tema. Į tyrimą įtraukė studijas, kurios tyrė psichiatrus, psichologus ir slaugytojus, bet ne šių

specialybių studentus. Autorių išvada teigė, kad apskritai profesionalų nuostatos tapo pozityvesnės, tačiau neigiamų nuostatų vis tiek buvo, pavyzdžiui, daugybė profesionalų manė, kad asmenys, turintys rimtų psichikos sutrikimų yra pavojingi, abejojo jų galimybėmis atsigauti ir tuo, kad jie galėtų tuoktis ir turėti vaikų. Neigiamos nuostatos buvo ypač akivaizdžios socialinio atstumo matavimuose – net kai profesionalų nuostatos dėl psichikos ligų buvo optimistiškos ir supratingos, jie, kaip ir visa visuomenė, nebuvo linkę priimti asmenų, turinčių psichikos sutrikimų į savo socialinį ar profesinį ratą.

Pirmą psichozę išgyvenusių artimųjų poreikių kaita. Pasak E. Kuiper (2001), artimųjų poreikių atliepimas leistų išvengti vėlesnio ligotumo tiek artimųjų, tiek pacientų. Šie poreikiai keičiasi laikui bėgant. Ligos diagnozavimo etape artimieji išgyvena krizę ir šiame etape jiems ypač reikia profesionalų emocinio palaikymo ir žinių, kas vyksta su jų artimu žmogumi ir kokį vaidmenį jie atliks jo gydymo ir atsigavimo procese (Addington and Burnett, 2004). Atsigavimo etape iškyla kompetentingo pagalbos dalyvio, atliekančio svarbų vaidmenį sergančiojo sveikimo procese, poreikis. Pagrindinis profesionalų dėmesys turėtų būti artimųjų galioms, turimiems ištekliams ir įveikos strategijoms. Tai sutampa ir su E. Kuipers (2001) įvardytais artimųjų poreikiais: bendradarbiavimo, žinių ir supratimo, problemų sprendimo, paramos.

1.3.8. Stigmos vertinimas

E. Goffman (1963) stigmą apibūdino kaip žymę, kuri asmenį išskiria iš kitų ir diskredituoja. Psichikos ligų atveju stigma dažnai susijusi su pavojingumo ir kaltės stereotipais (Angermeyer et al., 2004). Tačiau stigma žeidžia ne tik asmenis, kenčiančius dėl psichikos sutrikimų, bet ir jų artimuosius. Asocijuota stigma – tai neigiamos nuostatos ir diskriminacija žmonių ne dėl to, kad jie kuo nors akivaizdžiai išsiskiria (pvz., psichikos liga, sutrikimai), bet dėl to, kad jie artimai susiję su stigmatizuojamu (Goffman, 1963).

Kalbant apie psichikos ligomis sergančiųjų šeimų stigmą, atskiriamos visuomeninė ir savęs stigma (angl. *self-stigma*) (Larson and Corrigan, 2008). Visuomeninė stigma – tai visuomenėje esantys stereotipai ir diskriminuojantis elgesys dėl psichikos ligos. Tyrimai rodo, kad požiūris į psichikos sutrikimus neigiamesnis nei į fizines ligas (Corrigan et al., 1999). Tai yra susiję su stereotipais ir neigiamomis nuostatomis dėl psichikos ligų, kurie yra gajūs daugelyje visuomenių, o Lietuvoje – ypač stipriai išreikšti. 2006 metų Eurobarometro duomenimis, 76 proc. Lietuvos piliečių sutinka, kad žmonės, patiriantys psichologinių ar emocinių problemų, yra nenusipėjami; 58 proc. sutinka, kad šie žmonės kelia grėsmę; 25 proc. sutinka, kad jie niekada neatsigauna; 24 proc. sutinka, kad jie kalti dėl savo ligos. Lietuva gerokai pirmauja Europoje savo požiūriu į šių asmenų pavojingumą, o kitais trimis klausimais taip pat papuola į neigiamiausias nuostatas turinčių valstybių penketuką. 2010 metų Eurobarometro tyrimo duomenimis, Lietuvos piliečiams būtų daug sunkiau nei kitų ES šalių piliečiams kalbėti su kuo nors, patiriančiu akivaizdžių psichikos sveikatos problemų. Šiuolaikinėje visuomenėje žiniasklaida vaidina aktyvų vaidmenį palaikydama neigiamas nuostatas ir stereotipus, susijusius su psichikos sutrikimų turinčiais asmenimis. Lietuvos žiniasklaida ne išimtis. Nustatyta, kad mūsų žiniasklaidoje dominuoja sutrikusios psichikos asmenų vaizdavimas, paremtas stereotipais ir palaikantis jų stigmatizaciją, siejant psichikos sutrikimus su nusikaltimais (Mataitytė-Diržienė, 2011). Įrodyta, kad toks visuomenės požiūris susijęs ir su tam tikromis nuostatomis dėl artimųjų. Nustatyta, kad asmenys, kurie kaltino artimuosius dėl šeimos nario psichikos ligos, pikčiau reagavo į artimuosius, nesuteikė pagalbos, vengė kontakto su jais, pritarė prievartiniam gydymui (Corrigan et al., 2003).

Stigma gaji. Visuomenei būdingos neigiamos nuostatos dėl psichikos sutrikimų būdingos ir artimiesiems, kaip šios visuomenės dalelei. Šių stereotipų, neigiamų nuostatų ir diskriminacijos savęs atžvilgiu pritaikymas vadinamas savistigma (angl. *self-stigma*). Nors tyrimai rodo, kad visuomenė labiau kaltina dėl ligos sergančiuosius nei jų artimuosius (Corrigan et al.,

2006), sergančiųjų psichikos ligomis artimieji jaučiasi stigmatizuojami, išgyvena gėdą, poreikį slėpti ligos faktą, įsitikinę, kad žmonės vengia arba gali vengti kontakto su jais dėl artimojo psichozės (Corrigan and Miller, 2004). Gėdos išgyvenimas skatina atsiriboti nuo aplinkinių (Goffman, 1968), kartu nuo potencialių socialinės paramos šaltinių. Šie tyrimų rezultatai panašūs į žmonių, kurie turi slepiamą tapatumą dėl kitokių stigmatizuojamų savybių (Quinn and Chaudoir, 2009). Taigi stigmos patirtis verčia artimuosius slėpti ligos faktą ir niekam nepasakot apie tai, o kraštutiniais atvejais net persikraustyti į kitą gyvenamą vietą. Dėl nevykėlio jausmo ir baimės būti atstumtiems aplinkinių šeimos izoliuoja save nuo kitų, taip atitoldamos nuo žmonių, kurie gali suteikti socialinę paramą.

P. Corrigan (2004) teorinėje apžvalgoje teigia, kad visuomenės diskriminacija gali turėti įtakos sprendimui kreiptis pagalbos. Tyrimai patvirtina, kad suvokta stigma tiek apskritai iš visuomenės, tiek iš psichikos sveikatos profesionalų neigiamai susijusi su pagalbos siekimo nuostatomis ir elgesiu (Barney et al., 2006; Vogel et al., 2007). Paties asmens stigmatizuotas požiūris (asmeninė stigma) taip pat reikšmingas (Cooper, 2003), nes tai veikia nuostatas dėl pagalbos, jei tai tampa asmeniškai reikšminga (t. y. internalizuota), kai asmuo tapatinasi su stigmatizuota grupe gaudamas pagalbą. G. Schomerus ir kolegos (2009) Vokietijoje neseniai tyrė šių dviejų stigmos komponentų ryšį su pagalbos siekimo nuostatomis dėl depresijos naudodami reprezentatyvią imtį (N = 2303). Jie nustatė, kad pagalbos siekimą prognozuoja asmeninė stigma, bet ne visuomeninė stigma.

Psichikos ligomis sergančių asmenų artimųjų tyrimai rodo, kad viena iš pagrindinių jų patirties temų yra susijusi su stigma (Veltman et al. 2002). Tokia asocijuota psichikos ligomis sergančiųjų šeimų stigma dažnai apima kaltės, gėdos ir apkrėstumo stereotipus (Larson and Corrigan, 2008). Ir šis patyrimas yra glaudžiai susijęs su artimųjų psichologine kančia (Link et al., 2001; Tsang et al., 2003). Nors pirmą kartą ir pakartotinai gydomų pacientų artimųjų našta mažai skiriasi, daugiau pakartotinių pacientų psichologinės naštos aspektų yra susiję su stigma (Ostman M., 2004). Kaip minėjome, artimieji yra visuomenės

dalis ir jiems patiems būdingos stigmatizuojančios nuostatos. Įrodyta, kad stigmatizuojančios artimųjų nuostatos dėl psichikos ligų yra susijusios su jų išgyvenama psichologine kančia (Czuchta et al., 2001). Tačiau tyrimų, kaip keičiasi stigmos išgyvenimas atsigavimo proceso metu nepavyko rasti.

1.3.9. Pozityvių aspektų vertinimas

Apie 50 proc. žmonių, paklaustų apie patirtų gyvenimo krizių pasekmes, nurodo ir pozityvias pasekmes (Holahan et al., 1996). Pozityvūs pokyčiai aprašomi po įvairaus spektro stresiškų ir netgi trauminių įvykių (Linely and Joseph, 2004; Tedeshi et al., 1998). Traumų psichologijoje pozityviems pokyčiams aprašyti vartojama potrauminio augimo sąvoka, kuri apibūdina radikalias asmenybės transformacijas, įveikiant didžiulius gyvenimo sunkumus (Calhoun and Tedeshi, 2004). Potrauminį augimą autoriai aprašo penkiomis pagrindinėmis sritimis: naujų galimybių išvelgimas, pakitę santykiai, paradoksalus buvimo stipresniam jausmas esant silpnesniam, didesnis gyvenimo branginimas, pokyčiai dvasinėje ir egzistencinėje srityje. Tačiau kaip nurodo autoriai, ne viskas, kas „pozityvu“, yra augimas.

S. Folkman ir J. T. Moskowitz (2000) pozityvius išgyvenimus streso akivaizdoje aiškina asmens gebėjimu iš naujo įvertinti situaciją ir suteikti kasdieniams įvykiams pozityvią prasmę. Autorės, peržiūrėjusios streso įveikos modelį, įtraukė į jį pozityvų psichologinį vertinimą dėl jo naudingo poveikio įveikos procesui. Pozityviems pokyčiams atsirasti taip pat svarbi sąveika su reikšmingais kitais – potrauminio augimo galimybėms įtakos turi draugų ir šeimos reakcija į atsivėrimą apie krizę ir laipsnis, kuriuo artimieji jautriai reaguoja į potrauminio augimo užuominas (Calhoun and Tedeshi, 2004).

C. J. Holahan (1996) teigimu, augimą krizėje nulemia dinamiška įveikos atsako ir asmeninių bei socialinių įveikos išteklių sąveika – naujos krizinės situacijos ugdo naujus įveikos įgūdžius, kurie įgalina naujus asmeninius ir socialinius išteklius. Gyvenimo krizės asmenis priverčia kreiptis pagalbos, o tai savo ruožtu skatina tvirtesnius socialinius ryšius ir ilgalaikius artimus

santykius (Holahan, 1996). S. S. Dhooper (1983) mini, kad beveik pusė pirmą širdies priepuolį išgyvenusių asmenų sutuoktinių jaučia, kad krizinis patyrimas sutvirtino šeimą. Taigi įsitraukimas į santykius, atvirumas patyrimui padeda įveikti gyvenimo sunkumus ir taip atrasti naujų socialinių išteklių. Demencija sergančių asmenų globėjų tyrimais taip pat buvo nustatyti įvairūs pozityvūs globos aspektai. C. A. Cohen ir kolegos (2002) apklausė 289 Kanados globėjus, ar jie galėtų įvardyti ir aprašyti nors vieną pozityvų globos santykių aspektą. Nustatyta, kad 73 proc. galėjo nurodyti bent vieną pozityvų aspektą – išsipildymo, buvimo svarbiam, atsakingu jausmas, bendrumo ir prasmės jausmas santykiuose. Asmenys, kurių aukštesnis pozityvus vertinimas, nurodė žemesnę depresijos, naštos lygį, geresnę subjektyvią sveikatą. Autorių išvada – gebėjimas identifikuoti pozityvius globos aspektus gali apsaugoti nuo neigiamų pasekmių. Kiti autoriai taip pat nurodo, kad pasitenkinimas globos teikimu ir praturtinantis globos vertinimas gali sumažinti globos našta ir pagerinti emocines pasekmes (Kinney and Stephens, 1989; Roff et al., 2004).

Pozityvūs pokyčiai nustatyti ir psichoze išgyvenusių pacientų artimųjų imtyje. A. Veltman ir kolegos (2002) aprašo šiuos pozityvius globėjo patirties aspektus: atpildo, meilės ir pasididžiavimo jausmą. Viena pagrindinių pozityvių temų buvo apie išmoktas gyvenimo pamokas, meilę ir rūpestį sergančiajam šeimoms nariams. L. E. Rose (1998) tyrė, kaip artimieji įprasmina globojimo patirtį ir kaip prasmė paveikia atsaką į globėjo vaidmenį. Atlikus teminę tekstinių duomenų analizę buvo atskleista tokia globojimo prasmė: rasti asmens, pranykusio ligoje, esmę, rasti savo vietą, darant įtaką ligai, padėti sergančiajam judėti į priekį. H. Sethabouppha ir C. Kane (2005) tiria budistų požiūrį į sunkiomis psichikos ligomis sergančiųjų globą. Interviu analizėje iškilo penkos pagrindinės temos: globojimas yra budistų tikėjimas, užuojauta, mokėjimas susidoroti, priėmimas ir kančia. Nors kančia dėl sunkios psichikos ligos keliamų problemų persmelkia jų gyvenimus, jie gali toliau užjausti, mokėti susidoroti ir priimti globojimo patirtį. T. McCann ir kolegos (2011) tyrė pirmą psichoze išgyvenusių asmenų artimųjų patirtį ir nustatė, kad viena pagrindinių temų buvo susijusi šiais pozityviais aspektais – kaip ligos pasekmė

sergančiojo ir globėjo santykiai dažnai tampa artimesni ir tvirtesni, tačiau svarbu, kad jie abu palaikytų viltį dėl ateities. Taigi, tyrimų rezultatai rodo, kad artimųjų patirtis gali būti ne tik negatyvi, bet ir pozityvi. O tai gali saugoti nuo psichologinės kančios.

Visi aprašyti ligos situacijos aspektai yra svarbūs artimųjų psichologinei kančiai. Tačiau tyrimai neatskleidžia, kurie iš šių aspektų yra reikšmingiausi ir kaip ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios ryšys kinta bėgant laikui, t. y. ar keičiasi atskirų globėjo patirties aspektų reikšmingumas skirtingais atsigavimo po psichozės momentais? Ar ligos situacijos vertinimas lemia psichologinę kančią, ar psichologinė kančia nulemia ligos situacijos vertinimą laikui bėgant. Atsakymai į šiuos klausimus gali turėti ne vien mokslinę, bet ir praktinę vertę. Profesionalai, žinodami, kokie globėjo patirties aspektai reikšmingiausi artimųjų psichologinei kančiai skirtingais laikotarpiais, galėtų lanksčiau ir kryptingiau atliepti šiuos poreikius. O geresnė artimųjų adaptacija tiesiogiai susijusi ir su veiksmingesniu psichozę patiriančių asmenų atsigavimo procesu.

1.4. Artimųjų gaunama socialinė parama ir psichologinė kančia

1.4.1. Socialinės paramos samprata

Socialinė parama mokslinėje literatūroje suprantama įvairiai, todėl nėra lengva ją apibrėžti. Išskiriamos šios keturios pagrindinės socialinės paramos funkcijos: parama savigarbai (informacijos, kad asmuo yra priimamas, vertinamas, gerbiamas suteikimas); instrumentinė parama (materialinė pagalba, reikiamų paslaugų suteikimas, reikiamos paslaugos); informacinė parama (žinios, kurios padeda geriau suprasti ir įveikti probleminę situaciją); socialinė draugystė (žmonių buvimas malonioms, neformalioms laisvalaikio veikloms) (Cohen and Wills, 1985).

Apibrėžiant socialinę paramą neretai bandoma atskirti suvokiamą paramą ir gaunamą paramą (Wills and Shinar, 2001). *Suvokiama parama* suprantama kaip galimybė prireikus gauti paramą ir pasitenkinimas šia galimybe. I. G. Sarason ir kolegos (1987) suvokiamą paramą apibūdina kaip laipsnį, kuriuo asmuo tiki, kad kitas vertina, domisi, trokšta jam padėti. Autorių teigimu, šis jausmas vykstant raidai formuojasi apibendrinant įvairių sąveikų rezultatus ir atspindi suvokimą, kiek socialinė aplinka yra pasiekiamą. Tai ankstyvosios prieraišumo patirties atspindys dabartiniame gyvenime, kurį aprašo J. Bowlby.

Tiriant *gautą paramą*, aiškinamasi, kiek jos realiai gaunama šiuo metu. Nustatyta, kad gaunama socialinė parama mažina simptomatiką krizinėse gyvenimo situacijose (Noris and Kaniasty, 1996; Joseph et al., 1992). Kai kurių tyrimų duomenimis, gaunama parama susijusi su didesne psichologine kančia (pvz., Barrera, 1986). Tačiau pozityvi koreliacija gali atspindėti socialinės paramos mobilizavimą (kuo didesnis stresas, tuo daugiau paramos) arba pirmenybės (angl. *triage*) modelį – patiriantiems didžiausią psichologinę kančią reikia daugiausia paramos. Šios koreliacijos turėtų keistis laikui bėgant – pradinė psichologinė kančia gali pakelti paramos lygį, o tai vėliau gali sumažinti psichologinę kančią. K. S. Rook ir L. G. Underwood (2000) teigimu tai gali būti susiję su taikomais duomenų analizės metodais. Kaip pavyzdį jie pateikia A. P. Buunk ir K. Verhoeven (1991) tyrimo rezultatus – policininkai, kurie gavo daugiau paramos, patyrė daugiau psichologinės kančios tyrimo metu, bet parama, kuri buvo mobilizuota, pasirodo, buvo naudinga (labiau nei žalinga), nes jų psichologinė kančia buvo mažesnė tomis dienomis, kai jie gaudavo psichologinę paramą. Taigi tai, kas pradžioje atrodė kaip priešingas apsaugai (angl. *reverse-buffering*) poveikis atliekant tarpasmeninę analizę (angl. *between-person analysis*), pasirodė esąs paramos mobilizacijos poveikis asmens analizės lygmeniu (angl. *within-person analysis*). Krizių ir traumų psichologijoje manoma, kad svarbiau tirti gaunamą paramą (Joseph et al., 1992). Tiriant intervencijos veiksmingumą, apibendrintas suvokiamos paramos vertinimas gali būti stabilus laikui bėgant, o gaunamos paramos matavimas subtiliau atspindi intervencijų pokyčius (Wills and Shinar, 2000).

Taigi tiek socialinės paramos prieinamumas, tiek jos gavimas yra reikšmingi asmens galimybės įveikti stresinę situaciją. Tačiau šiuos konstruktus sunku atskirti, nes abiem atvejais parama vertinama subjektyviai, t. y. informacija paprastai gaunama saviataskaitos būdu, respondentams aprašant skirtingus santykių su kitais aspektus.

1.4.2. Socialinės paramos poveikio modeliai

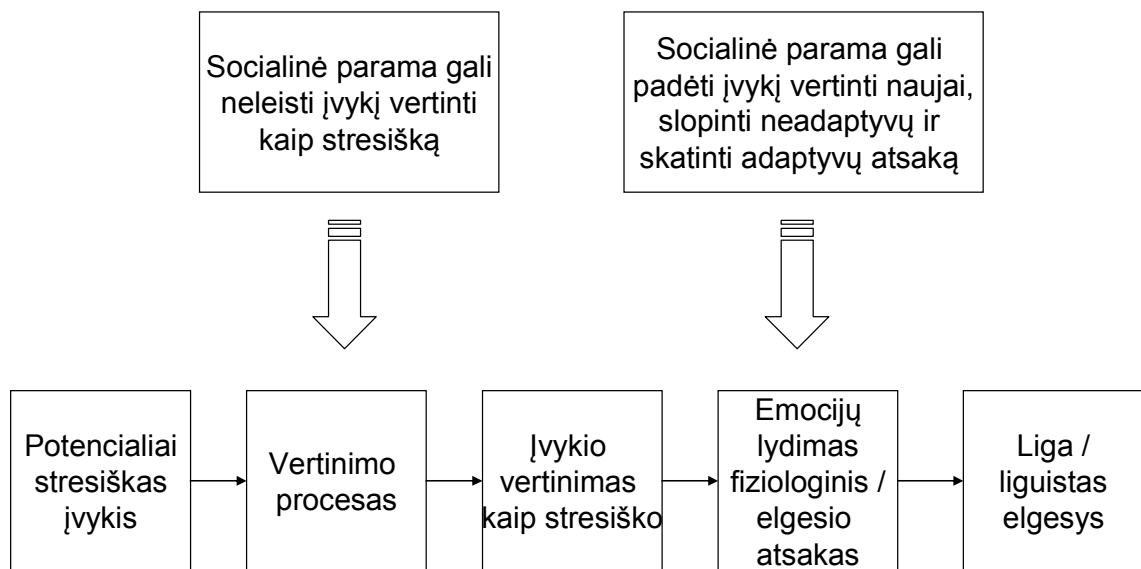
Socialinė parama susijusi su geresniu prisitaikymu po įvairių krizių (Silver and Wortman, 1980), teigiamai susijusi su psichikos sveikata ir neigiamai – su fizinėmis ligomis ir mirtingumu nuo visų ligų (Cohen and Wills, 1985; Dunkel-Schetter, 1984). Socialinės paramos trūkumas vertinamas kaip rimta kliūtis išgyti (Janoff-Bulman, 1992).

Socialinė parama ypač svarbi suprantant neigiamas gyvenimo įvykių pasekmes ir stipriai susijusi su socialine gerove. S. Cohen ir T. Willis (1985) nustatė, kad tarpasmeninė parama apsaugo žmones nuo neigiamų įvykių pasekmių, o integracija į socialinį tinklą naudinga net kai nėra stresiškų įvykių. Pirmuoju atveju tai vadinama „apsauginiu modeliu“ (angl. *Buffering model*), antruoju – „pagrindinio poveikio modeliu“ (angl. *Main-effect model*).

Pagrindinio poveikio modelis teigia, kad socialinis tinklas nuolat teikia teigiamus išgyvenimus ir stabilius, socialiai apdovanojamus vaidmenis bendruomenėje. Ši paramos rūšis susijusi su bendra gerove, nes kelia teigiamas emocijas, palaiko gyvenimo stabilumo, nuspėjamumo jausmą, savivertę. Integracija į socialinį tinklą taip pat padeda išvengti neigiamos patirties (pvz., ekonominių ar teisinių problemų), kuri kitais atvejais gali trikdyti psichikos ar fizinę sveikatą. Šis autorių požiūris paremtas sociologine („sureguliuotų socialinių sąveikų“, „įsitvirtinimo“ socialiniuose vaidmenyse) ir psichologine (socialinių sąveikų, socialinės integracijos, santykių atpildo, statuso parėmimo) perspektyva.

Apsauginio poveikio modelis grindžiamas steso įveikos modeliu. Socialinės paramos apsauginio vaidmens modelis pavaizduotas 2-ame pav.

Socialinė parama streso ir ligos ryšį gali paveikti dviem atvejais. Pirma, socialinė parama gali padėti sumažinti įvykio vertinimo neigiamumą. Jei asmuo aplinkinius suvoks kaip galinčius suteikti būtinus išteklius, tai gali sumažinti situacijos grėsmingumą ir /arba sustiprinti suvokiamą gebėjimą susitvarkyti su situacija. Antra, socialinė parama gali mažinti streso reakciją ar daryti tiesioginę įtaką fiziologiniams procesams, padedant nuraminanti neuroendokrininę sistemą ir /arba skatinant sveikatingą elgesį.



2 pav. Socialinės paramos apsauginio vaidmens modelis. Atvejai, kai socialinė parama gali daryti įtaką hipotetiniam ryšiui tarp stresą sukeliančio įvykio ir ligos (Cohen and Wills, 1985)

1.4.3. Socialinės paramos ryšys su psichologine kančia ir ligos situacijos vertinimu

Iš globėjų tyrimų žinoma, kad socialinė parama veikia kaip apsauginis veiksnys nuo psichologinės kančios (Logsdon and Robinson, 2000). Kitų tyrimų duomenimis, artimieji gali jausti našta, bet kartu išgyventi pakankamą

arba aukštą gerovės lygį dėl esamos suvokiamos socialinės paramos (Chappell and Reid, 2002).

Tiriama ir psichoze išgyvenusių asmenų artimųjų suvokiamos ir gaunamos socialinės paramos reikšmė savijautai ir gebėjimui tvarkytis su ligos situacija. T. C. Lee ir kolegos (2006) nustatė, kad sergančiojo psichopatologijos sudėtingumas neigiamai veikia artimojo psichikos sveikatą, tačiau suvokta parama ištikus krizei turi tiesioginį poveikį artimųjų psichikos sveikatai, o gauta pagalba – apsauganti poveikį. F. P. Chen ir J. S. Greenberg (2004), ištyrę 560 artimųjų, nustatė, kad formali (profesionalų informacijos suteikimas ir bendradarbiavimas) ir neformali (kitų šeimos narių parama, lankymasis paramos grupėje, sergančiojo indėlis) parama teigiamai susijusios su globos sėkme.

Psichoze sergančiųjų artimųjų tyrimų, kurie rodytų ligos situacijos vertinimo ir socialinės paramos ryšį, neradome. Tačiau žinoma, kad socialinė parama gali apsaugoti nuo neigiamų stresoriaus pasekmių padėdama jį interpretuoti mažiau neigiamai – tiek gaunama parama, tiek paramos prieinamumo suvokimas keičia vertinimą, jeigu parama atitinka neigiamo įvykio reikalavimus (Cohen and Hoberman, 1983). Tik yra nustatyta, kad menkesnė socialinė parama susijusi su neveiksminga įveika (Joyce et al., 2003). Autorių teigimu, psichozinių pacientų artimųjų įveikos veiksmingumą galima pagerinti patikimų žmonių parama. Iš tiesų asmens socialinė aplinka gali padidinti įveikos veiksmingumą, suteikdama emocinę paramą, kuri palaiko asmens savigarbą ir pasitikėjimą savimi, taip pat suteikdama informaciją, padedančią įvertinti grėsmę ir planuoti įveikos strategijas (Holahan, 1996). Suvokiama socialinė parama gali daryti įtaką įveikai trimis būdais: skatindama pozityvesnę savęs ir kitų vertinimą; didindama saviveiksmingumą bei gebėjimą siekti pagalbos ir prireikus ją gauti. G. R. Pierce (1996) teigia, kad J. Bowlby prieraišumo teorija (1988) ir susiję tyrimai rodo, jog ankstyvoji socialinė aplinka prisideda prie suaugusio žmogaus santykių kokybės. Saugus prieraišumas skatina tiriamąjį elgesį, kurio pagrindu formuojasi įveikos įgūdžiai ir ugdomas saviveiksmingumo jausmas. Kaip teigia autorius, „ironiška

yra tai, kad, skatinant veiksmingą įveiką, mažėja asmens poreikis pagalbai, susidūrus su sudėtingomis gyvenimo situacijomis“ (Pierce, 1996).

Taigi socialinė parama yra esminė norint sumažinti psichologinę kančią. Tačiau yra tyrimų, rodančių, kad socialinė parama suvokiama kaip nepakankama. M. C. Angermeyer ir kolegos (2000) ištyrė 563 šizofrenija sergančiųjų artimuosius ir nustatė, kad daugiau nei pusė jų jaučia didesnės paramos poreikį. L. Magliano ir kolegos (2006), palyginę šizofrenija sergančiųjų artimuosius su fizinėmis ligomis sergančiųjų artimaisiais, nustatė, kad šizofrenija sergančiųjų šeimos gavo mažiau socialinės paramos nei fizinėmis ligomis sergančiųjų šeimos, o patiriama subjektyvi našta šizofrenijos atveju buvo didesnė. Tai buvo epidemiologinis tyrimas, kuriame dalyvavo 709 šizofrenija sergančiųjų artimieji ir 646 fizinėmis ligomis sergančiųjų artimieji. Autoriai daro išvadą, kad šizofrenija sergančiųjų šeimoms reikia ne tik emocinės ir informacinės paramos, bet ir ypač svarbu skatinti artimųjų socialinį tinklą.

Taigi psichikos ligomis sergančiųjų artimųjų tyrimų rezultatai atspindi tik paskirus socialinės paramos, ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios matavimus. Kadangi socialinės paramos prieinamumą psichikos ligomis sergančiųjų artimiesiems tarpe gali trikdyti stigmatos baimė, būtų svarbu atskleisti specifiską šių kintamųjų sąveiką būtent psichikos ligomis sergančiųjų artimųjų imtyje. Socialinės paramos vertinimas konkrečiame krizės kontekste leistų subtiliau nustatyti psichologinės kančios ir paramos ryšio niuansus. S. Cohen ir kolegų (2000) teigimu, svarbi tyrimų sritis, kuriai skiriama mažai dėmesio, yra streso poveikis paramos tinklui ir jo suvokiamai bei gaunamai paramai. Tai ypač svarbus klausimas asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, ir jų globėjams. Ar socialinės paramos pobūdis, pasitenkinimas keičiasi laikui bėgant? Kaip parama susijusi su specifiniais ligos situacijos vertinimo aspektais? Ar gaunama socialinė parama siejasi su vertinimu kaip ir suvokiama parama? Geresnis socialinės paramos ir vertinimo kintamųjų tarpusavio sąveikos geresnis supratimas prisidėtų prie šios srities tyrinėjimų (Lahey and Cohen, 2000).

1.5. Psichologinės kančios, ligos situacijos vertinimo ir socialinės paramos ryšys laikui bėgant

Psichologinės kančios kaita. Psichologinė kančia yra dinamiška. D. A. Karp ir kolegos (2000) teigia, kad, prieš nustatant diagnozę, artimieji išgyvena emocinį nuopuolį. Diagnozė suteikia medicininius rėmus, kurie žadina vilties, užuojautos sergančiajam jausmus. Suvokimas, kad psichikos liga gali būti nuolatinė būseną, kelia pyktį ir apmaudą. Artimųjų pripažinimas, kad jie negali kontroliuoti šeimos nario ligos, sumažina įsitraukimą nesukeldamas kaltės. J. Gleeson ir kolegos (1999) teigimu sergančiojo šeimos patirties dinamika susipina su ligos eigos etapais. Autoriai šeimos pirmos psichozės patirtį ir su ja susijusius skirtingus poreikius skirsto į keturis etapus:

Iki diagnozės nustatymo, ankstyvojoje ikipsichozės fazėje šeimos mato pokyčius, bet nesupranta jų priežasties. Šeimos išgyvena nerimą, todėl šiame etape svarbu, kad jos gautų tinkamą informaciją apie ankstyvuosius psichozės požymius, tinkamą pagalbą ir taip sumažėtų konfliktų dėl sergančiojo elgesio. Dominuoja nesuspecifinių simptomų paaiškinimas ir tinkamos pagalbos ieškojimas.

Po nustatymo, sielvartas ir stresas. Šiame etape šeimos susiduria su psichozės sutrikimo diagnoze ir gydymo pradžia. Joms yra būtina informacija apie jų pačių reakciją į stresą ir emocinę bei praktinę paramą apsaugant nuo ilgalaikių problemų, susijusių su psichologine kančia. Artimiesiems svarbu suprasti, koks tas sutrikimas, kas vyksta su sergančiuoju ir koks vaidmuo jiems teks jo gydymo ir atsigavimo metu. Šiame etape galima ūmaus streso sutrikimo, pasireiškiančio nerimo, depresijos požymiais ir komplikuoto sielvarto reakcijomis, rizika. Klinikistai turi patvirtinti šeimai, kad tai intensyvių išgyvenimų ir didelių pokyčių laikas. Šiuos išgyvenimus gali apsunkinti netikrumas dėl diagnozės ir gydymo veiksmingumo. Daugumai šeimų netikrumas glaudžiai siejasi su hospitalizacija prieš paciento valią ir kelia sumišusius apgailestavimo ir palengvėjimo jausmus. Psichozės nustatymas ir gydymo pradėjimas yra traumuojantys, todėl artimiesiems, pirmą

kartą susidūrusiems su šeimos nario diagnoze, būtina suteikti galimybę išreikšti savo jausmus, nes edukacinė pagalba bus neveiksminga.

Atsigavimo, įveikos, kompetencijos ir adaptyvaus funkcionavimo etapas.

Šiame etape šeima vertinama kaip potencialiai kompetentingas pagalbininkas atsigavimo procese, dėmesys telkiamas į šeimos galias, išteklius ir įveiką. Jei šeimai trūksta kompetencijos, turi padėti profesionalai. Reikia informacijos apie gydymą atsigavimo metu, tinkamą globos kiekį, derantį su atsigavimo faze, ir ankstyvuosius atkryčio požymius.

Pirmas atkrytis ir užsitiesęs atsigavimas. Šiame etape šeimoms tenka iš naujo permąstyti pradinį psichozės aiškinimo modelį – pereiti nuo laikino prie pastovaus, nuo išorinio prie vidinio (t. y. būdingo klientui) psichozės aiškinimo. Čia tampa svarbus veiksmingas atkryčio gydymas ir ilgalaikių prognozių įsisąmoninimas. Šiame etape artimiesiems kyla didesnė depresijos, komplikuoto sielvarto, vedybinių konfliktų rizika, susijusi su lūkesčių sergančiojo atžvilgiu praradimu ir nerimu dėl galimos ilgalaikės naštos. Sergančiojo broliai ir seserys gali išgyventi nerimą, kad ir jie gali būti pažeidžiami psichozės, dėl to, kaip padėti tėvams ir kaip atsiskirti nuo jų.

Minėti autoriai išskiria etapus, tačiau nenurodo jų trukmės. Atsižvelgiant į kitų tyrėjų duomenis apie bendrus ligos eigos dėsningumus, būtų galima išskirti šiuos kritinius sergančiojo atsigavimo po psichozės laikotarpius: pirmąją hospitalizacijos savaitę, tris ir devynis mėnesius po hospitalizacijos. Žinoma, kad dvi savaitės iki sergančiojo hospitalizacijos yra sunkiausios artimiesiems (Lauber et al., 2003) ir pats pikas yra jo hospitalizacija. Šį laikotarpį galima vadinti ūmios krizės faze. Susirgusiajam kreipusis pagalbos, prasideda atsigavimo laikotarpis. Pirmi trys mėnesiai paprastai priskiriami paciento ankstyvajai atsigavimo fazei (McGorry and Edwards, 1997), nes per 4–6 savaites 60 proc. pacientų būklė reikšmingai pagerėja (tai mažiau nei visiška remisija), o atsako į gydymą vidurkis yra nuo 9 iki 11 savaičių (Robinson et al., 1999; Lieberman et al., 1993). Galiausiai apie 90 proc. pacientų būklė po gydymo pagerėja per 12 mėnesių (Robinson et al., 1999), ir iš tiesų panašus procentas atsigavusių jau yra 9 mėnesiai nuo pirmos

hospitalizacijos pradžios. Šį laikotarpį būtų galima vadinti vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu. Turėdami galvoje, kad artimųjų savijauta susijusi su sergančiojo būseną, manome, kad svarbu būtų atsižvelgti, norint sekti artimųjų būsenos dinamiką.

Kaip keičiasi vertinimas ir psichologinė kančia laikui bėgant? Tyrimų rezultatai prieštaringi. Pirmaisiais tyrimais (Szmukler, 1996) buvo nustatyta, kad ligos situacijos vertinimas ir psichologinė kančia pasikeičia laikui bėgant (per šešis mėnesius). Pokyčiai buvo siejami su šeimai teikiamos pagalbos poveikiu. Tačiau vėlesni tyrimai (Szmukler, 2003) to nepatvirtino. Nei situacijos vertinimas, nei psichologinė kančia nepasikeitė po 9 mėnesių intervencijos (stebėjimo laikas vidutiniškai 16 mėnesių), nors įveika ir pagerėjo (bet ne dėl intervencijos), o tai rodo šių kintamųjų pastovumą. Abiejuose šiuose tyrimuose dalyvavo pakartotinai susirgusių pacientų artimieji, tačiau pirmuoju atveju tiriamieji buvo pradėti tirti ligos paūmėjimo metu, o antruoju – remisijos laikotarpiu, kai paciento negalia ir globėjiški artimųjų rūpesčiai iš esmės nelabai keitėsi. Taigi gali būti, kad būtent tai nulėmė tyrimų rezultatų skirtumus.

Vėlesni pirminių psichozę patyrusių pacientų artimųjų tyrimų rezultatai prieštaravo anksčiau minėtų tyrimų duomenims. J. Addington ir bendraautoriai (2003) nustatė, kad per trejus metus nuo pagalbos šeimai pradžios pirmą psichozę patyrusių pacientų artimųjų situacijos įvertinimas ir savijauta reikšmingai pagerėjo. Prastą artimųjų savijautą geriausiai prognozavo ligos poveikio įvertinimo veiksnys, bet ne paciento simptomų sunkumas ir sutrikęs jo funkcionavimas (Addington et al., 2005). Pakartotinių matavimų tyrimas, trukęs dvejus metus, rezultatus patvirtino – pagerėjo artimųjų naštos rezultatai (McCleery et al., 2007). Taigi tyrimų rezultatai aiškiai nerodo – keičiasi ar nesikeičia artimųjų požiūris į situaciją ir psichologinė kančia? Jei keičiasi, tai kokie veiksniai tai lemia?

Yra dar vienas neatsakytas klausimas – ar galima iš ligos situacijos vertinimo prognozuoti vėlesnę psichologinę kančią? Neradome tokių nei psichikos ligomis sergančiųjų, nei jų artimųjų tyrimų. Tačiau psichologinių

traumos tyrimų duomenimis (pvz., Maercker et al., 2000), per gyvenimą (angl. *lifetime*) pasireiškiantys potrauminio streso sutrikimo simptomai labai dažnai būna nulemti pradinės reakcijos į traumą. Tačiau šis tyrimas buvo retrospektyvus. Radome tik kelis traumų psichologijos pakartotinių matavimų tyrimus, kuriais buvo bandoma nustatyti vertinimo reikšmę psichologinei kančiai laikui bėgant. R. A. Bryant ir kolegės (2007) tyrė būsimų gaisrininkų negatyvų vertinimą mokymų metu (iki traumos) ir turinčių ketverių metų darbo stažą (po traumos). Tyrėjai nustatė, kad negatyvus savęs vertinimas paaiškino 20 proc. potrauminio streso duomenų išsibarstymo po ketverių metų, tačiau šio tyrimo trūkumas tas, kad nebuvo kontroliuojamas neigiamas vertinimas esamu metu. R. Meiser-Stedman ir kolegės (2009) nustatė, kad negatyvus vertinimas yra susijęs su potrauminių simptomų atsiradimu ir palaikymu laikui bėgant vaikų ir paauglių imtyje. C. C. Benight ir kolegės (2008) nustatė, kad įveikos veiksmingumo vertinimas yra reikšmingas šių asmenų potrauminei psichologinei kančiai po trijų mėnesių, kai buvo kontroliuojama ankstesnė psichologinė kančia ir kiti su trauma susiję kintamieji.

Kalbant apie pirmą psichozę išgyvenusius pacientų artimuosius, taip pat kyla klausimas, ar galima iš pradinės reakcijos numatyti vėlesnę psichologinę kančią. Tiksliau atsakyti į šį klausimą padėtų pakartotinių matavimų tyrimas. Nors psichologinės kančios tyrimai atliekami jau daug metų, tačiau retai kada taikoma pakartotinių matavimų tyrimo strategija, kuri padėtų atsakyti į klausimą apie psichologinei kančiai svarbių veiksnių dinamiką laike ir jų prognostinę galią ir nustatyti, ar vertinimas nulemia psichologinę kančią, ar psichologinė kančia nulemia vertinimą.

Koks yra socialinės paramos vaidmuo laikui bėgant? Žinoma, kad socialinė parama reikšminga krizės apimtų asmenų savijautai. Tai buvo patvirtinta įvairių imčių tyrimais. Tačiau neatsakytas klausimas, kaip socialinės paramos procesai ir poveikiai keičiasi laikui bėgant (Rook and Underwood, 2000), ir kaip tai vyksta pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų imtyje, nes socialinės paramos pobūdis gali keistis kintant ligos specifikai. Be to, kaip

minėjome, sergančiųjų artimieji yra svarbi socialinės paramos tyrimų imtis, kuriai skiriama mažai dėmesio (Cohen et al., 2000).

Taigi apibendrinant, mūsų tyrimo problema susijusi su atsakymu į klausimus, kaip ligos situacijos vertinimas ir psichologinė kančia sąveikauja reikšmingais atsigavimo po ligos laikotarpiais, koks yra socialinės paramos vaidmuo šioje sąveikoje ir ar iš ligos situacijos vertinimo galime prognozuoti vėlesnę psichologinę kančią.

Tyrimo tikslas ir uždaviniai. Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų ligos situacijos vertinimo, socialinės paramos ir psichologinės kančios ryšį laikui bėgant.

Uždaviniai:

1. Nustatyti, kaip kinta artimųjų ligos situacijos vertinimas, psichologinė kančia ir gaunama socialinė parama laikui bėgant.
2. Nustatyti artimųjų psichologinei kančiai reikšmingus kintamuosius skirtinguose sergančiojo atsigavimo etapuose ir palyginti su pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimųjų rezultatais.
3. Nustatyti artimųjų ligos situacijos vertinimo prognostines galimybes vėlesnei jų psichologinei kančiai.
4. Įvertinti artimųjų ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios tarpusavio sąveikos kryptį laikui bėgant.
5. Įvertinti artimųjų gaunamos socialinės paramos apsauginę reikšmę jų psichologinei kančiai.

METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo duomenys buvo renkami Vilniaus miesto psichiatrijos ligoninėse. Tyrimo dalyviai – pirmą kartą gyvenime dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimieji. Tyrimo dalyviai buvo atrenkami neatsitiktinai, o siūloma dalyvauti visiems, kurie atitiko pasirinktus kriterijus. Tyrimo dalyvių įtraukimo kriterijai: pirmą kartą hospitalizuoto paciento vienas ar daugiau šeimos narių (tėvai, broliai ar seserys, vyrai, žmonos, partneriai); paciento diagnozė turėjo būti psichozės spektro (F20–29, pagal TLK–10) arba afektinio spektro su psichoze (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, pagal TLK–10); pacientas – ne vyresnis kaip 40 metų. Atmetimo kriterijai: jei pacientas anksčiau buvo hospitalizuotas dėl kitų psichikos sutrikimų; jei paciento psichozė buvo išprovokuota psichoaktyviųjų medžiagų arba organinių sutrikimų; jei paciento artimieji nepilnamečiai.

Duomenims analizuoti naudotos imties dydis – 30 artimųjų (63 proc. tėvų, 26 proc. brolių ar seserų, 10 proc. partnerių). Artimųjų: amžius ($M = 42,3$, $SD = 13,2$), lytis (37 proc. vyrų, 63 proc. moterų). Pacientų: amžius ($M = 24,1$, $SD = 4,9$), lytis (70 proc. vyrų, 30 proc. moterų). Detalesnė sociodemografinė informacija apie tiriamuosius pateikta 1-ame priede.

Siekiant tiksliau atsakyti į antrą mūsų tyrimo uždavinį, buvo pasitelkta lyginamoji grupė. Šią grupę sudarė pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimieji. Lyginamoji imtis buvo sudaryta remiantis tais pačiais kriterijais kaip ir pagrindinė tyrimo grupė, tik šiuo atveju pacientas dėl psichozės turėjo būti hospitalizuotas du ir daugiau kartų. Pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų artimųjų imties dydis 36 artimieji (58 proc. tėvų, 11 proc. brolių ar seserų, 11 proc. partnerių, 25 proc. vaikų, 5 proc. kita). Artimųjų: amžius ($M = 51,1$, $SD = 15,5$), lytis (22,2 proc. vyrų, 77,8 proc. moterų). Pacientų: amžius ($M = 39,9$, $SD = 14,8$), lytis (47,2 proc., 52,8 proc.), hospitalizacijų skaičius ($M = 7,2$, $SD = 6,6$), ligos trukmė metais ($M = 10,3$,

SD = 7,8). Detalesnė informacija apie pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimuosius pateikta 1-ame priede.

2.2. Tyrimo kintamieji ir matavimo metodai

2.2.1. Ligos situacijos vertinimas

Ligos situacijos kintamasis mūsų tyrime yra sudėtinis kintamasis, apimantis situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir specifinių globos aspektų vertinimą.

Situacijos sunkumo vertinimas ir ***įveikos veiksmingumo vertinimas*** matuotas Krizės būsenos vertinimo skalės Suvoktos psichologinės traumos ir Įveikos veiksmingumo sunkumų subskalėmis (*Crisis State Assessment Scale*; Lewis, 2005). Minėtos autorės tekste (p. 728) nurodoma, kad R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) skiria pirminį įvykio / situacijos įvertinimą (kaip suvoktas situacijos sunkumas) ir antrinį įvertinimą (kaip suvoktas įveikos veiksmingumas). Suvoktos psichologinės traumos subskalė, anot skalės sudarytojos, skirta pirminiam įvykio / situacijos vertinimui matuoti ir suvokta psichologinė trauma apibūdinama kaip subjektyvus grėsmės savo fizinei savijautai, gyvenimo būdui ar psichikos būklei suvokimas (Lewis, 2005).

Įveikos veiksmingumo sunkumų subskalė, pasak skalės sudarytojos, skirta antriniam įvykio /situacijos vertinimui matuoti. Suvokti įveikos veiksmingumo sunkumai yra asmens įsitikinimas, kad jis negali veiksmingai susitvarkyti su traumine būsena, kad grėsmė arba iššūkis viršija jo išteklius (Lewis, 2005).

Kiekvieną subskalę sudaro penki teiginiai. Tyrimo dalyviai turi atsakyti, kaip dažnai jie galvojo apie kiekvieną iš metodikos teiginių pastarąją savaitę. Suvoktos psichologinės traumos subskalė apėmė teiginius apie situacijos sudėtingumą, priverstinį galvojimą apie situaciją, išmušimą iš gyvenimo vėžių, kraustymąsi iš proto dėl šios situacijos ir pan. Įveikos veiksmingumo subskalė apėmė teiginius apie neturėjimą jėgų susitvarkyti su situacija, nežinojimą, kaip

ją kontroliuoti, ir pan. Teiginiai vertinami Likerto skale nuo 1 (niekada) iki 7 (visada), nurodant sutikimo su teiginiu stiprumą. Subskalių įverčiai lygūs jų teiginių įverčių vidurkiui. Vidinis subskalių suderinamumas mūsų tyrime nurodytas 1-oje lentelėje.

1 lentelė. Suvoktos psichologinės traumos ir įveikos veiksmingumo sunkumų subskalių vidinio suderinamumo rezultatai

	Cronbacho alfa		
	Mūsų tyrimo (N = 30)	Lietuviškos versijos (N = 90)	Lewis, 2005 (N = 403)
Suvokta psichologinė trauma	0,86	0,86	0,85
Įveikos veiksmingumo sunkumai	0,88	0,87	0,84

Krizės būsenos vertinimo skalė ir jos vadovas buvo publikuoti ir pristatyti viešam naudojimui krizių intervencijos vadovėlyje (Lewis, 2005). Skalės vertimą iš anglų į lietuvių kalbą atliko ekspertų grupė. Bandomojo tyrimo metu šią skalę užpildė psichoze sergančiųjų artimieji. Siekiant įvertinti skalės kriterinį validumą, psichoze išgyvenusiu asmenų artimųjų įverčiai buvo palyginti su onkologinės patirties turinčių asmenų įverčiais ir su studentų įverčiais. Nustatytas statistiškai reikšmingas psichoze išgyvenusiu pacientų artimųjų grupės ir studentų grupės šios skalės įverčių skirtumas. Tai patvirtino skalės pajėgumą diferencijuoti grupes, kurių emocinė patirtis skirtinga (žr. 3-ią priedą).

Atskirų globos aspektų vertinimas buvo matuotas Globėjo patirties aprašu (*Experience of Caregiving Inventory*; Szmukler, 1996). Tai 66 klausimų metodika, taip pat matuojanti vertinimo konstrukta. Ji skirta nustatyti, kaip globėjas vertina stresorius, susijusius su sergančiojo psichikos liga globos situacija. Tyrimo dalyviai turi atsakyti kaip dažnai jie galvojo apie kiekvieną iš metodikos teiginių pastarąją savaitę. Teiginiai įvertinami 5 balų Likerto skale: nuo 0 („Niekada“) iki 4 („Beveik visada“). *Negatyvios globėjo patirties vertinimas* yra aštuonių neigiamų subskalių suma, o *pozityvios globėjo patirties vertinimas* – dviejų teigiamų subskalių suma (Szmukler, 1996).

Sudėtingo elgesio subskalė sudaryta iš 8 būdvardžių, apibūdinančių sudėtingą sergančiojo elgesį, pavyzdžiui, nenuspėjamas, dirglus, besielgiantis keistai, iššaukiančiai, įtarus ir pan. *Negatyvių simptomų* subskalė sudaryta iš 6 būdvardžių, apibūdinančių negatyvius simptomus, pavyzdžiui, atsiribojęs, nebendraujantis, praradęs susidomėjimą, lėtas ir pan. *Stigmos* subskalė apėmė 5 teiginius apie ligos slėpimą, stigmos išgyvenimą, negalėjimą priimti svečių namuose. *Problemų dėl paslaugų* subskalę sudarė 8 teiginiai apie sunkumus mezgant ir palaikant ryšį su profesionalais, gaunant informaciją apie ligą. *Poveikio šeimai* subskalė apėmė 7 teiginius apie artimųjų rūpesčius bendraujant šeimos nariams tarpusavyje, kurie kyla dėl sergančiojo. *Priklausomybės nuo paciento* subskalę sudarė 5 teiginiai apie tai, kiek artimieji jaučiasi priklausomi nuo paciento. *Netekties* subskalė apėmė 7 teiginius apie paciento prarastas galimybes ir savižudybės riziką. *Gerų santykių aspektų* subskalėje buvo pateikti 6 teiginiai apie pasitenkinimą santykiais su sergančiuoju. *Pozityvios asmeninės patirties* subskalę sudarė 8 teiginiai apie asmeninį praturtėjimą ir suartėjimą su kitais dėl šios patirties. Subskalių vidinis suderinamumas mūsų tyrime nurodytas 2-oje lentelėje. Kadangi *Poreikio pagalbai* subskalės vidinis suderinamumas labai mažas, tai jos į duomenų analizę neįtraukėme.

2 lentelė. Globėjo patirties aprašo vidinio suderinamumo rezultatai

	Cronbacho alfa		
	Mūsų tyrimo (N = 30)	Lietuviškos versijos (N = 87)	N = 626 (Szmukler et al., 1996)
<i>Negatyvi patirtis:</i>			
Sudėtingas elgesys	0,86	0,91	0,91
Negatyvūs simptomai	0,89	0,89	0,89
Stigma	0,68	0,72	0,82
Problemos dėl paslaugų	0,72	0,75	0,90
Poveikis šeimai	0,64	0,73	0,82
Pagalbos poreikis	0,13	0,43	0,76
Priklausomybė	0,68	0,68	0,79
Netekties jausmas	0,64	0,66	0,74
<i>Pozityvi patirtis:</i>			
Gerai santykių aspektai	0,67	0,70	0,82
Pozityvi asmeninė patirtis	0,68	0,82	0,86

Metodikos autorius davė leidimą naudoti šią metodiką disertacijos tyrime. Metodikos vertimą į lietuvių kalbą atliko ekspertų grupė. Buvo atliktas bandomasis tyrimas – šią skalę duota užpildyti psichoze sergančiųjų artimiesiems, dalyvavusiems artimųjų paramos grupėje.

2.2.2. Socialinė parama

Šis kintamasis matuotas Paramos krizėje skale (*Crisis Support Scale*; Joseph, 1999). Skalė skirta iš artimųjų ir šeimos narių gaunamos paramos po trauminių įvykių kiekiui ir kokybei įvertinti. Skalę sudaro 14 klausimų, jie suskirstyti į dvi dalis. Pirmoje dalyje įvertinama iš karto po traumuojančio įvykio gaunama parama, antroje – dabartiniu, tyrimo atlikimo, metu gaunama parama. Abiejose dalyse pateikiama po 7 vienodus klausimus apie tai, ar asmuo turi galimybę pasidalyti su artimais žmonėmis savo mintimis ir jausmais, ar jaučiasi išklausomas jų, ar jie padeda spręsti praktinius klausimus, ar bendrauja su kitais žmonėmis, patyrusiais tą pačią situaciją, ar patenkina gaunama parama ir pan. Parama vertinama 7 balų skale: „Niekada“ (1 balas), „Kartais“ (4 balai), „Visada“ (7 balai). Mūsų tyrimo vidinio suderinamumo rezultatai nurodyti 3-oje lentelėje.

3 lentelė. Paramos krizėje skalės vidinio suderinamumo rezultatai

	Cronbacho alfa		Elklit et al., 2000 (N = 4213)
	Mūsų tyrimo (N = 30)	Lietuviškos versijos (N = 327)	
Iš karto po traumos	0,67	0,70	0,75
Dabar gaunama parama	0,69	0,67	0,67
Bendras įvertis	0,71	-----	0,82

PKS skalė buvo adaptuota Lietuvoje 2005 metais. PKS metodikos lietuviškos versijos adaptaciją Lietuvoje rėmė Lietuvos valstybinis mokslo ir studijų fondas (projekto vadovė prof. habil. dr. D. Gailienė). Metodikos psichometrinės charakteristikos patikrintos ištyrus 327 tyrimo dalyvius, amžiaus vidurkis – 21,73. Metodikos lietuvių kalba patikimumas matuojant

Cronbacho alfa vidutinis, dabartiniu metu gaunamos paramos subskalės Cronbacho alfa = 0,70, iš karto po traumos gaunamos paramos Cronbacho alfa = 0,67. PKS įvertis iš karto po traumos – 32,3 (SD = 6,3), PKS įvertis dabartiniu metu – 27,9 (SD = 5,4). PKS lietuviškos versijos patikimumas buvo matuotas pakartotinai testuojant savaitės intervalu (N = 29). Koreliacijos tarp dviejų matavimų savaitės intervalu didelės ($r = 0,76-0,86$, $p < 0,01$). Metodikos patikimumas yra patenkinamas ir metodika gali būti naudojama Lietuvos populiacijoje.

2.2.3. Psichologinė kančia

Psichologinė kančia mūsų tyrime apibrėžiama kaip neigiamas asmens emocinis atsakas į stresorių, pasireiškiantis trikdančiais nerimo, liūdesio ar psichologinio skausmo išgyvenimais. Šią sąvoką mes vartojame kaip lietuvišką *distress* atitikmenį. Psichologinės kančios kintamasis buvo matuotas Klinikine anketa apie nerimą ir depresiją (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmont and Snaith, 1983). Tai 14 teiginių skalė, skirta įvertinti nerimą ir depresiją. HADS teiginiai buvo vertinami 4 balų Likerto skale (nuo 0 iki 3), kuri nurodo pritarimo kiekvienam teiginiui stiprumą.

4 lentelė. Klinikinės anketos apie nerimą ir depresiją vidinio suderinamumo rezultatai

	Cronbacho alfa	
	Mūsų tyrimo (N = 30)	Lietuviškos versijos (Bunevicius et al., 2007, N = 450)
Nerimas	0,91	0,78
Depresija	0,89	0,83
Psichologinė kančia	0,93	-----

Kai koreliacijos tarp HADS nerimo ir depresijos subskalių yra labai tvirtos, tyrėjai jas sujungia bendram „psichologinės kančios“ kintamojo vertinimui (pvz., Fortune et al., 2005; Ziegler et al., 2011). Nerimo ir depresijos subskalių koreliacija mūsų tyrime $r = 0,82$. HADS plačiai

naudojama pacientams, kenčiantiems dėl psichozės, ir jų artimiesiems tirti (Fortune et al., 2005). Mūsų tyrimo vidinio suderinamumo rezultatai pateikiami 4-oje lentelėje. *GL Assessment Ltd.* ir *MAPI Research Trust* suteikė mums teisę naudoti HADS savo tyrime.

2.2.4. Sociodemografiniai kintamieji

Šiems kintamiesiems vertinti buvo sudaryta anketa. Ji apėmė pagrindinius demografinius klausimus apie tyrimo dalyvių amžių, lytį, šeiminę padėtį, išsilavinimą, giminystės ryšį su sergančiuoju, gyvenimą kartu su pacientu, vaikų skaičių šeimoje, sirgimą lėtinėmis ligomis, kitų šeimos narių psichikos ligas, kitų šeimos narių slaugymą. Antrojo ir trečiojo matavimo metu papildomai klausta, ar artimasis kreipėsi psichologinės ir medicininės pagalbos per pastaruosius tris ir devynis mėnesius. Kita grupė klausimų buvo apie paciento amžių, lytį, diagnozę, išsilavinimą, užimtumą, šeiminę padėtį, socialinio tinklo dydį. Pirmojo matavimo metu papildomai klausta apie būsenos pablogėjimo trukmę ir gydymąsi ambulatoriškai, antrojo matavimo metu – apie gydymąsi stacionare trukmę, trečiojo matavimo metu – apie paciento būsenos pagerėjimą ir ar nebuvo hospitalizuotas pakartotinai. Sociodemografinės anketos pavyzdį galima rasti 2-ame priede.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo tęstinis, sudarytas iš trijų įvertinimo etapų. Pirmą kartą artimieji buvo apklausti pirmąją hospitalizacijos savaitę, pakartotinai – po trijų ir devynių mėnesių. Su artimaisiais buvo susitinkama individualiai. Pokalbis truko 45–60 min. Pirmojo tyrimo etapo metu artimieji buvo kviečiami susitikti ligoninės, kurioje gydomas pacientas, patalpose. Susitikimas vyko ramioje aplinkoje. Antro ir trečio etapo metu su artimaisiais buvo susitinkama Vilniaus universiteto patalpose arba tiriamiesiems patogioje vietoje.

Tyrimo metu pasitraukė 41 proc. imties. Atsisakymo dalyvauti tyrime priežastys nurodytos 4-ame priede. Pirmame matavime dalyvavo 51 asmuo, antrame – 37 asmenys iš jų, trečiame – 30 asmenų. Norint nustatyti, ar tyrimo kintamieji ir tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos galėjo nulemti tyrimo dalyvių pasitraukimą iš tyrimo, buvo atlikta logistinė regresinė analizė. Gauti rezultatai rodo, kad nei situacijos sunkumas ($\text{Exp}(B) = 1,24$, $p = 0,63$), nei negatyvi globėjo patirtis ($\text{Exp}(B) = 0,99$, $p = 0,60$), nei pozityvi globėjo patirtis ($\text{Exp}(B) = 0,95$, $p = 0,16$), nei patiriama psichologinė kančia ($\text{Exp}(B) = 0,87$, $p = 0,11$), nei socialinė parama ($\text{Exp}(B) = 0,97$, $p = 0,24$), nei tiriamojo amžius ($\text{Exp}(B) = 1,06$, $p = 0,29$), lytis ($\text{Exp}(B) = 1,68$, $p = 0,53$), išsilavinimas ($\text{Exp}(B) = 0,89$, $p = 0,90$), vedybinis statusas ($\text{Exp}(B) = 0,36$, $p = 0,24$) ar giminytės ryšys su sergančiuoju ($\text{Exp}(B) = 0,11$, $p = 0,11$) nenulėmė tyrimo dalyvių pasitraukimo iš tyrimo. Vienintelio įveikos veiksmingumo reikšmingumo lygmuo buvo $p < 0,05$. Taigi, tik viename ar visuose tyrimo etapuose dalyvavę pacientų artimieji panašiai suvokia situacijos sunkumą, globėjo patirtį, patiria psichologinę kančią ir pasižymi panašiomis demografinėmis charakteristikomis. Tačiau ryškėja tendencija, kad tie, kurie jaučiasi neveiksmingai besitvarkantys su situacija, turi 2,5 karto didesnę tikimybę pasitraukti iš tyrimo. Gali būti, kad iš tyrimo labiau linkę pasitraukti tie, kurie jautėsi neveiksmingai besitvarkantys su situacija.

2.4. Etiniai tyrimo aspektai

Tyrimui atlikti buvo gauti Lietuvos psichologų sąjungos Etikos komiteto ir ligoninių direktorių leidimai. Su šeimų nariais padėjo susisiekti gydytojai. Artimieji apie galimybę dalyvauti tyrime buvo informuojami telefonu (prisistatymo telefonu tekstą žr. 7-ame priede). Susidomėjusius tyrimu artimuosius kvietėme susitikti. Susitikimo metu artimiesiems individualiai buvo pateikta standartinė informacija apie tyrimo tikslus bei procedūrą ir prašoma raštiškai patvirtinti sutikimą arba nesutikimą dalyvauti tyrime (žr. 8-ą priedą).

Remiantis Tarptautiniu testų naudojimo reglamentu (2003) ir psichologo profesinės etikos reikalavimais, klausdami žmogaus apie jam skaudžius patyrimus laikėmės nuostatos, kad negalima pakenkti asmeniui. Norint išvengti labai prastos artimųjų savijautos, su tiriamaisiais buvo susisiekiama individualiai, ne anksčiau kaip ketvirtą hospitalizacijos dieną, bet ir ne vėliau kaip po septynių dienų. Visi tyrimo dalyviai buvo informuoti, kur galima gauti profesionalią psichologinę pagalbą, gavo išsamų informacinį leidinį apie pirmąjį psichozės epizodą ir skrajutę, kviečiančią dalyvauti artimųjų paramos grupėje.

2.5. Duomenų tvarkymas

Surinktiems duomenims apdoroti buvo naudojami SPSS 15.0 ir MPLUS 6 programiniai paketai. Taikyti šie SPSS analizės metodai:

- Kolmogorovo ir Smirnovo kriterijus taikytas skirstinių normalumui patikrinti (5 priedas).
- Logistinė regresija taikyta nustatyti, ar tyrimo kintamieji ir tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos nenulėmė tyrimo dalyvių pasitraukimo iš tyrimo.
- Blokuotų duomenų dispersinė analizė (angl. *Repeated Measures Anova*) buvo naudojama nustatyti skirtumus tarp matavimo etapų.
- Norėdami nustatyti globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšius kiekviename matavimo etape taikėme Pearsono koreliacijas ir atlikome daugialypę tiesinę regresiją.
- Norėdami nustatyti psichologinės kančios ryšius su sociodemografiniais duomenimis, taikėme Pearsono koreliacijas intervaliniams duomenims ir Spearmano koreliacijas kategoriniams duomenims.
- Norėdami nustatyti socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo sąveiką nuspėjant psichologinę kančią, atlikome tiesinę daugialypę regresiją su dviejų kintamųjų sąveika. Naudojantis gautais B koeficientais buvo apskaičiuotos keturios koordinatės plokštumoje:

didelės paramos ir didelio ligos situacijos neigiamumo; didelės paramos ir mažo neigiamumo; mažos paramos ir didelio neigiamumo; mažos paramos ir mažo neigiamumo. Sujungus šiuos taškus plokštumoje buvo išvestos dvi tiesės, kurios atspindėjo kintamųjų sąveiką nuspėjant psichologinę kančią.

Norėdami įvertinti situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirtis, socialinės paramos ir psichologinės kančios ryšius laikui bėgant, naudojome struktūrinių lygčių modeliavimą Mplus 6.0 programiniu paketu (Muthén, L. K. and Muthén, B. O., 1998–2010). Testavome kryžminį ankstinių (angl. *cross-lagged*) modelį, kuris įvertina ryšius laikui bėgant ir kartu atsako į klausimą apie pokyčius per tam tikrus laiko tarpus ir ryšių tarp kintamųjų kryptingumą (Curran, 2000). Tokiame modelyje kiekvienas kintamasis (pvz., patiriama psichologinė kančia antru matavimu), matuotas vėliau, yra nuspėjamas anksčiau matuoto to paties kintamojo (pvz., patiriama psichologinė kančia pirmu matavimu) ir nuspėjamas kito kintamojo iš ankstesnio matavimo, kurio poveikį norime įvertinti (pvz., subjektyvus situacijos sunkumo įvertinimas pirmu matavimu). To paties matavimo kintamieji yra susiję koreliaciniais ryšiais (pvz., patiriama psichologinė kančia ir subjektyvus situacijos sunkumo įvertinimas pirmu matavimu) (5-7 pav., 12 pav.).

Struktūrinis kryžminis ankstinių modelis buvo įvertintas trimis tinkamumo kriterijais: CFI (palyginimo indeksas; Bentler, 1990); RMSEA (aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida; Browne and Cudeck, 1993); TLI (Tucker-Lewis indeksas; Tucker and Lewis, 1973). CFI ir TLI indeksų reikšmės, didesnės už 0,90, rodo, kad modelis adekvačiai atitinka duomenis (Bentler and Bonett, 1980); reikšmės, didesnės už 0,95, rodo, kad atitikimas geras (Hu and Bentler, 1998). RMSEA reikšmės, mažesnės už 0,08, reprezentuoja pakankamą aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaidą; reikšmės, mažesnės už 0,05, rodo gerą modelio tikimą duomenims (Browne and Cudeck, 1993). Papildomai modelio tinkamumą įvertinome χ^2 kriterijumi, jo reikšmingumo lygmuo turėjo būti didesnis kaip 0,05.

REZULTATAI

3.1. Pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų psichologinė kančia

3.1.1. Psichologinės kančios intensyvumas ir jo kaita

5-oje lentelėje pateikti duomenys apie artimųjų psichologinės kančios įverčių vidurkius ir jų palyginimą. Iš šios lentelės matome, kad artimieji psichologinę kančią intensyviausiai išgyvena ūmios krizės metu (1 matavimas), o vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu ji yra mažiausia (3 matavimas). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp pirmo ir antro bei pirmo ir trečio artimųjų psichologinės kančios matavimų. Taigi pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų psichologinė kančia didžiausia ūmios krizės metu, tačiau ankstyvuju atsigavimo laikotarpiu ji sumažėja ir išlieka panaši vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu.

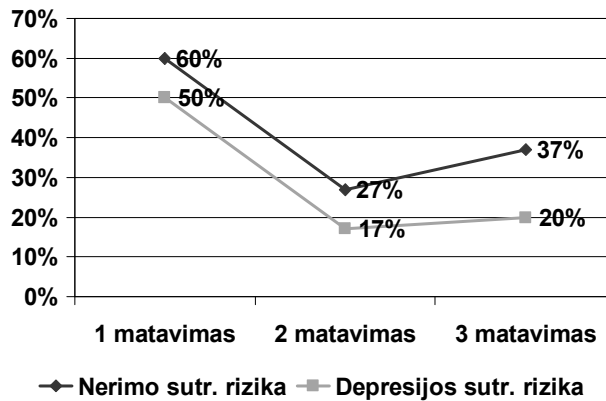
5 lentelė. Psichologinės kančios įverčių vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų

	Vid.	St. nk	Palyginimas	Vid. sk.
Psichologinė kančia 1	18,43	9,81	1 su 2	7,87***
			1 su 3	7,97***
Psichologinė kančia 2	10,57	8,20	2 su 1	-7,87***
			2 su 3	0,10
Psichologinė kančia 3	10,47	9,21	3 su 1	-7,97***
			3 su 2	-0,10

Pastaba. *** $p < 0,001$

Psichologinė kančia mūsų tyrime yra sudėtinis kintamasis, apimantis nerimo ir depresijos įverčius. Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad ūmios krizės metu (1 matavimas) 60 proc. artimųjų – į nerimo sutrikimo rizikos grupę ir 50 proc. artimųjų patenka depresijos sutrikimo rizikos grupę (4 pav.). A. Bunevičius ir kolegos (2007) nustatė, kad Lietuvos pirminės priežiūros pacientų imtyje (N=503) nerimo sutrikimą geriausiai nuspėja HADS Nerimo subskalės įverčiai, siekiantys 9 balus ir daugiau, o didžiosios depresijos

epizodą geriausiai nuspėja HADS Depresijos subskalės įverčiai, siekiantys 6 balus ir daugiau.



3 pav. Artimieji, turintys nerimo ar depresijos sutrikimo riziką

Tačiau ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu (2 ir 3 matavimas) artimųjų nerimo lygis reikšmingai sumažėja ir į nerimo sutrikimo grupę patenka tik trečdalis artimųjų. Šiuo laikotarpiu reikšmingai pažemėja artimųjų depresyvumo lygis – ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu (2 ir 3 matavimas) į depresijos sutrikimo rizikos grupę patenka penktadalis artimųjų.

Taigi tyrimo rezultatai rodo, kad pirma šeimos nario psichozė artimiesiems kelia daug psichologinės kančios. Ūmios psichiatrinės krizės metu daugiau nei pusės artimųjų nerimo ir depresijos įverčiai siekia klinikinį lygį. Ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu psichologinės kančios įverčiai reikšmingai sumažėja ir panašūs išlieka vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu. Gali būti, kad didžiausi artimųjų psichologinės kančios išgyvenimų pokyčiai vyksta sergančiajam pereinant iš ūmios fazės į ankstyvąją atsigavimo fazę.

3.1.2. Psichologinės kančios ryšys su sociodemografinėmis charakteristikomis

6-oje lentelėje pateikti duomenys apie artimųjų psichologinės kančios ryšį su sociodemografinėmis charakteristikomis. Aptikta tendencija, kad psichologinė kančia yra susijusi su artimųjų lytimi – psichologinę kančią labiau išgyvena moterys nei vyrai. Taip pat išryškėjo tendencija, kad psichologinė kančia yra susijusi su giminystės ryšiu su sergančiuoju – psichologinę kančią stipriau išgyvena tėvai, nei ne tėvai. Lygiai kaip gyvenantys kartu su sergančiuoju išgyvena daugiau psichologinės kančios, nei gyvenantys atskirai.

6 lentelė. Psichologinės kančios ryšys su sociodemografinėmis charakteristikomis (Spearmano koreliacijos)

	1 matavimas	2 matavimas	3 matavimas
<i>Artimojo</i>			
Amžius	0,19	0,04	0,15
Lytis	0,39†	0,29	0,33†
Giminystės ryšys su pacientu	0,30†	0,19	0,28†
Išsilavinimas	-0,16	0,06	-0,15
Šeiminė padėtis	0,28	0,27	0,11
Vaikų skaičius šeimoje	0,29	0,30†	0,26
Šeimoje yra sergančių psichikos ligomis	-0,24	-0,04	0,00
Globoja dar vieną šeimos narį	0,08	0,06	0,10
Gyvenimas kartu su pacientu	0,32†	0,28†	0,23
Serga lėtinėmis ligomis	-0,13	0,17	0,15
Kreipėsi psichologinės pagalbos per 3 mėn.		0,19	
Kreipėsi medicininės pagalbos per 3 mėn.		0,05	
Kreipėsi psichologinės pagalbos per 9 mėn.			-0,03
Kreipėsi medicininės pagalbos per 9 mėn.			0,17
<i>Sergančiojo</i>			
Amžius	-0,14	0,20	0,12
Lytis	-0,24	-0,01	0,07
Išsilavinimas	-0,20	0,14	0,22
Užimtumas	-0,17	-0,13	-0,16
Šeiminė padėtis	0,00	0,13	-0,03
Draugų turėjimas	-0,39*	-0,19	-0,44*
Būsenos pablogėjimo trukmė	0,19		
Gydymasis ambulatoriškai iki hospitalizacijos	0,01		
Gydymosi (dienos) stacionare trukmė		0,04	
Būklės pagerėjimas			-0,40*
Pakartotinė hospitalizacija			-0,46**

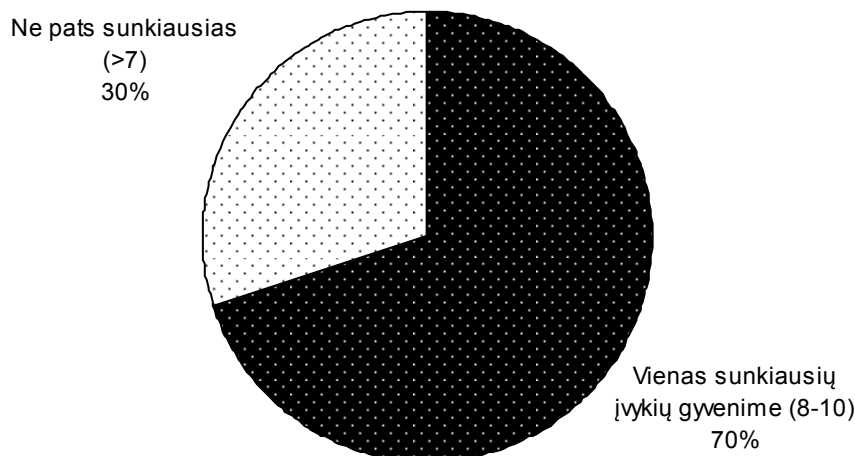
Pastaba. † $p < 0,1$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Taip pat nustatyta, kad psichologinė kančia gali būti susijusi su šiais sergančiojo kintamaisiais: draugų turėjimu, būklės pagerėjimu ir pakartotine hospitalizacija per devynis mėnesius. Psichologinę kančią stipriau jaučia tie artimieji, kurie vertina sergantį šeimos narį kaip neturintį draugų, prasčiau atsigavusį per devynis mėnesius ir nurodo pakartotinės hospitalizacijos faktą per šį laikotarpį. Tačiau rezultatus, susijusius su sergančiųjų kintamaisiais, reikėtų vertinti atsargiai, nes į tyrimą kvietėme visus norinčius jame dalyvauti artimuosius. Kadangi iš kai kurių šeimų buvo ne po vieną, o po kelis artimuosius, tokia situacija galėjo iškreipti sergančiųjų imties vaizdą ir paveikti artimųjų psichologinės kančios ir paciento kintamųjų koreliacijų rezultatus. Pavyzdžiui, jei keli to paties sergančiojo šeimos nariai atsakė, kad sergantieji neturi draugų, tai galėjo pabloginti sergančiųjų rezultatus, susijusius su draugų turėjimu ir sustiprinti atvirkštinį koreliacinį ryšį tarp artimųjų išgyvenamos psichologinės kančios ir sergančiojo draugų turėjimo. Lygiai kaip ir tuo atveju, jei keli to paties sergančiojo šeimos nariai nurodė, kad sergančiojo būklė per devynis mėnesius menkai tepagerėjo, tai galėjo pabloginti sergančiųjų rezultatus, susijusius su būklės pagerėjimu ir sustiprinti koreliacinį ryšį tarp artimųjų išgyvenamos psichologinės kančios ir sergančiojo būklės pagerėjimo.

3.2. Ligos situacijos vertinimo kaita

3.2.1. Situacijos sunkumo vertinimo kaita

Dauguma artimųjų pirmąją šeimos nario psichožė ūmios krizės metu nurodė kaip vieną sunkiausių savo gyvenimo įvykių, palyginti su iki tol patirtais įvykiais (mediana lygi 9, moda lygi 9 ir 10, vidurkis lygus 8,3) (4 pav.). Artimųjų buvo prašoma įsivaizduoti, kad jie susiduria su lengviausiu įvykiu, kurį jiems yra tekę patirti, ir įvertinti jį 0; įsivaizduoti, jog susiduria su pačiu sunkiausiu įvykiu, kurį jiems yra tekę patirti gyvenime, ir įvertinti jį 10. Tada jie turėjo įvertinti skale nuo 1 iki 10 savo situacijos, susijusios su artimojo liga, sunkumą.



4 pav. Įvykio sunkumas lyginant su gyvenime patirtais sunkiausiais įvykiais

7-oje lentelėje pateikti duomenys apie pirmą psichožė išgyvenusių asmenų artimųjų situacijos sunkumo vertinimo vidurkius ir jų palyginimą. Iš šios lentelės matome, kad artimieji situaciją vertina kaip sunkiausią ūmios krizės metu (1 matavimas), o vėlyvuojū atsigavimo laikotarpiu ji yra mažiausiai sunki (3 matavimas). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp pirmo ir antro bei pirmo ir trečio artimųjų situacijos sunkumo matavimų. Taigi artimųjų vertinimu situacija yra sunkiausia ūmios krizės metu, tačiau

ankstyvuoju atsigavimo laikotarpiu situacijos sunkumas sumažėja ir išlieka panašus vėlyvuoju atsigavimo laikotarpiu.

7 lentelė. Situacijos sunkumo vertinimo vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų

	Vid.	St. nk.	Palyginimas	Vid. sk.
Situacijos sunkumas 1	4,54	1,50	1 su 2	1,29***
			1 su 3	1,51***
Situacijos sunkumas 2	3,25	1,59	2 su 1	-1,29***
			2 su 3	0,22
Situacijos sunkumas 3	3,03	1,64	3 su 1	-1,51***
			3 su 2	-0,22

Pastaba. *** $p < 0,001$

3.2.2. Įveikos veiksmingumo vertinimo kaita

8-oje lentelėje pateikti duomenys apie artimųjų įveikos veiksmingumo sunkumų vertinimo vidurkius ir jų palyginimą. Iš šios lentelės matome, kad artimieji prasčiausiai įveikos veiksmingumą vertina ūmios krizės metu (1 matavimas), ankstyvuoju atsigavimo laikotarpiu įveikos veiksmingumas yra mažiausiai neigiamas (2 matavimas), o vėlyvuoju atsigavimo laikotarpiu jis vėl pasidaro neigiamesnis (3 matavimas). Tačiau šis išryškėjęs skirtumas yra tik statistinė tendencija. Galime sakyti, kad nepaisant nedidelių svyravimų, artimųjų įveikos veiksmingumo vertinimas yra pakankamai stabilus laikui bėgant.

8 lentelė. Įveikos veiksmingumo sunkumų vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų

	Vid.	St. nk.	Palyginimas	Vid. sk.
Įveikos veiksmingumo sunkumai 1	3,27	1,53	1 su 2	0,63†
			1 su 3	0,47
Įveikos veiksmingumo sunkumai 2	2,64	1,45	2 su 1	-0,63†
			2 su 3	-0,16
Įveikos veiksmingumo sunkumai 3	2,80	1,32	3 su 1	-0,47
			3 su 2	0,16

Pastaba. † $p < 0,1$

3.2.3. Atskirų globos aspektų vertinimo kaita

3.2.3.1. Negatyvios globėjo patirties kaita

9-oje lentelėje pateikti duomenys apie artimųjų negatyvios globėjo patirties vertinimo vidurkius ir jų palyginimą. Iš šios lentelės matome, kad neigiamiausiai globėjo patirtį artimieji vertina ūmios krizės metu (1 matavimas), o vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu ji yra mažiausiai neigiama (3 matavimas). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp pirmo ir antro bei pirmo ir trečio artimųjų negatyvios globėjo patirties matavimų. Taigi artimųjų vertinimu globėjo patirtis yra neigiamiausia ūmios krizės metu, tačiau ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu globėjo patirties neigiamumas sumažėja ir išlieka panašus vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu.

9 lentelė. Negatyvios globėjo patirties ir jos aspektų vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų

Negatyvi globėjo patirtis	Vid.	St. nk.	Palyginimas	Vid. sk.
Negatyvi globėjo patirtis 1	81,43	26,83	1 su 2 1 su 3	23,60*** 26,80***
Negatyvi globėjo patirtis 2	57,83	33,14	2 su 1 2 su 3	-23,60*** 3,20
Negatyvi globėjo patirtis 3	54,63	36,50	3 su 1 3 su 2	-26,80*** -3,20
Sudėtingas elgesys				
Sudėtingas elgesys 1	19,20	7,13	1 su 2 1 su 3	9,23 *** 8,03 ***
Sudėtingas elgesys 2	9,97	7,83	2 su 1 2 su 3	-9,23 *** -1,20
Sudėtingas elgesys 3	11,17	8,71	3 su 1 3 su 2	-8,03 *** 1,20
Negatyvūs simptomai				
Negatyvūs simptomai 1	12,23	6,89	1 su 2 1 su 3	2,23 3,23 *
Negatyvūs simptomai 2	10,00	6,16	2 su 1 2 su 3	-2,23 1,00
Negatyvūs simptomai 3	9,00	6,62	3 su 1 3 su 2	-3,23 * -1,00

Stigma	Vid.	St. nk.	Palyginimas	Vid. sk.
Stigma 1	7,87	4,24	1 su 2 1 su 3	1,77 2,73**
Stigma 2	6,10	4,69	2 su 1 2 su 3	-1,77 0,97
Stigma 3	5,13	4,49	3 su 1 3 su 2	-2,73** -0,96
Problemos dėl paslaugų				
Problemos dėl paslaugų 1	9,50	5,10	1 su 2 1 su 3	2,00 2,43
Problemos dėl paslaugų 2	7,50	5,62	2 su 1 2 su 3	-2,00 0,43
Problemos dėl paslaugų 3	7,07	5,63	3 su 1 3 su 2	-2,43 -0,43
Poveikis šeimai				
Poveikis šeimai 1	8,33	4,92	1 su 2 1 su 3	2,33 ** 2,73 **
Poveikis šeimai 2	6,00	5,46	2 su 1 2 su 3	-2,33 ** 0,40
Poveikis šeimai 3	5,60	5,01	3 su 1 3 su 2	-2,73 ** -0,40
Priklausomybė				
Priklausomybė 1	11,07	4,14	1 su 2 1 su 3	2,63** 3,20***
Priklausomybė 2	8,43	4,42	2 su 1 2 su 3	-2,63** 0,57
Priklausomybė 3	7,87	4,88	3 su 1 3 su 2	-3,20*** -0,57
Netektis				
Netektis 1	13,23	4,52	1 su 2 1 su 3	3,40*** 4,43***
Netektis 2	9,83	5,53	2 su 1 2 su 3	-3,40*** 1,03
Netektis 3	8,80	5,93	3 su 1 3 su 2	-4,43*** -1,03

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

9-oje lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad sergančiojo sudėtingo elgesio, ligos poveikio šeimai, priklausomybės nuo paciento ir netekties vertinimas panašus į bendrą artimųjų negatyvios globėjo patirties vertinimą. Artimieji neigiamiausiai šiuos globėjo patirties aspektus vertina ūmios krizės metu (1 matavimas), o vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu jie yra mažiausiai neigiami (3 matavimas). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp pirmo ir antro bei pirmo ir trečio artimųjų šių globėjo patirties aspektų matavimų. Tai reiškia, kad

sergančiojo sudėtingo elgesio, ligos poveikio šeimai, priklausomybės nuo sergančiojo ir netekties išgyvenimų vertinimas reikšmingai pasikeičia jau ankstyvuju atsigavimo laikotarpiu (2 matavimas). O negatyvių simptomų ir stigmos vertinimas skiriasi tik pirmo ir trečio matavimo. Tai reiškia, kad stigmos ir sergančiojo negatyvių simptomų vertinimas pasikeičia tik vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu (3 matavimas). Artimųjų patiriamų problemų dėl paslaugų vertinimas tarp matavimų nesiskiria. Tai reiškia, kad artimųjų patiriamos problemos dėl paslaugų laikui bėgant nesikeičia.

3.2.3.2. Pozityvios globėjo patirties kaita

10-oje lentelėje pateikti duomenys apie artimųjų pozityvios globėjo patirties vertinimo vidurkius ir jų palyginimą. Iš šios lentelės matyti, kad artimieji globėjo patirtį pozityviausiai vertina ūmios krizės metu (1 matavimas), o vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu ji yra mažiausiai pozityvi (3 matavimas). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp pirmo ir trečio artimųjų pozityvios globėjo patirties matavimų. Tačiau nėra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp artimųjų pirmo ir antro bei antro ir trečio matavimų. Tai reiškia, kad artimųjų pozityvios patirties vertinimas reikšmingai pasikeičia vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu. Taigi artimųjų vertinimu globėjo patirtis pozityviausia yra ūmios krizės metu, tačiau pozityvumas palaipsniui mažėja ir vėlyvuju atsigavimo etapu tampa reikšmingai mažesnis.

Analizuojant artimųjų pozityvios globėjo patirties subskalių rezultatus (10 lentelė) matyti, kad asmeniškai pozityvios patirties vertinimų skirtumai tarp matavimų nėra statistiškai reikšmingi. Tai reiškia, kad artimųjų asmeninės pozityvios patirties vertinimas yra gana stabilus laikui bėgant. O artimųjų gerų santykių su sergančiuoju vertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi tarp pirmo ir trečio bei antro ir trečio matavimų. Tai reiškia, kad santykių su sergančiuoju vertinimas tampa mažiau pozityvus vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu (3 matavimas). Taigi pozityvi asmeninė patirtis laikui bėgant yra pakankamai

stabili, o pozityvus santykių su sergančiuoju vertinimas vėlyvučiu atsigavimo laikotarpiu reikšmingai sumažėja.

10 lentelė. Pozityvios globėjo patirties aspektų vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų

Pozityvi globėjo patirtis	Vid.	St. nk.	Palyginimas	Vid. sk.
Pozityvi globėjo patirtis 1	27,50	7,55	1 su 2 1 su 3	3,43 5,47*
Pozityvi globėjo patirtis 2	24,07	9,87	2 su 1 2 su 3	-3,43 2,03
Pozityvi globėjo patirtis 3	22,03	10,65	3 su 1 3 su 2	-5,47* -2,03
Praturtinanti asmeninė patirtis				
Praturtinanti asmeninė patirtis 1	14,93	4,91	1 su 2 1 su 3	2,27 2,93
Praturtinanti asmeninė patirtis 2	12,67	6,16	2 su 1 2 su 3	-2,27 0,67
Praturtinanti asmeninė patirtis 3	12,00	6,66	3 su 1 3 su 2	-2,93 -0,67
Geri santykių aspektai				
Geri santykių aspektai 1	12,57	3,93	1 su 2 1 su 3	1,17 2,53 **
Geri santykių aspektai 2	11,40	4,73	2 su 1 2 su 3	-1,17 1,37 †
Geri santykių aspektai 3	10,03	5,30	3 su 1 3 su 2	-2,53 ** -1,37 †

Pastaba. † $p < 0,10$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Apibendrinant artimųjų ligos situacijos kaitos rezultatus galima teigti, kad dauguma artimųjų pirmąją šeimos nario psichozę vertina kaip vieną sunkiausių savo gyvenime patirtų įvykių. Nustatyta, kad neigiamas ligos situacijos vertinimas laikui bėgant reikšmingai sumažėja – situacijos sunkumo, sudėtingo elgesio, poveikio šeimai, priklausomybės ir netekties vertinimas statistiškai reikšmingai sumažėja ankstyvučiu atsigavimo laikotarpiu (2 matavimas), o negatyvių simptomų ir stigmos vertinimas – vėlyvučiu atsigavimo laikotarpiu (3 matavimas). Artimųjų patiriamų problemų dėl paslaugų vertinimas skirtingais matavimais nesiskiria. Tai reiškia, kad laikui bėgant artimųjų patiriamos problemos dėl paslaugų nekinta. Įveikos veiksmingumo sunkumų

vertinimas gana stabilus – ankstyvuoju atsigavimo laikotarpiu jis linkęs mažėti, bet paskui vėl didėja. Analizuojant pozityvų ligos situacijos vertinimą, paaiškėjo, kad pozityvi asmeninė patirtis laikui bėgant yra gana stabili, o pozityvus santykių su sergančiuoju vertinimas vėlyvuoju atsigavimo laikotarpiu (3 matavimas) reikšmingai sumažėja.

Taigi artimųjų ligos situacijos vertinimas laikui bėgant keičiasi. Tiksliai įveikos veiksmingumo, problemų dėl paslaugų ir pozityvios asmeninės patirties vertinimai išlieka gana stabilūs. Didžiausi ligos situacijos vertinimo pokyčiai vyksta pacientui pereinant iš ūmios fazės į ankstyvąjį atsigavimo etapą, o kai kuriais atvejais jau vėlyvuoju atsigavimo laikotarpiu. Nerasta skirtumų tarp ligos situacijos vertinimo ankstyvuoju ir vėlyvuoju atsigavimo laikotarpiu.

3.3. Ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant

3.3.1. Situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant

11-oje lentelėje pateikti duomenys apie pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios tarpusavio ryšius. Iš šios lentelės matyti, kad artimųjų situacijos sunkumo vertinimas ir psichologinė kančia gana stipriai susiję tuo pačiu matavimu – kuo artimieji situaciją vertina kaip sunkesnę, tuo stipriau išgyvena psichologinę kančią bet kuriame tyrimo etape.

Taip pat šie kintamieji gana stipriai siejasi laikui bėgant – artimieji, neigiamiau įvertinę situacijos sunkumą ir išgyvenantys didesnę psichologinę kančią, ir vėliau linkę situaciją vertinti neigiamiau ir stipriau išgyventi psichologinę kančią. Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp pirmo ir antro psichologinės kančios matavimo, o tai galėtų reikšti, kad psichologinė kančia laikui bėgant gali būti veikiamą kitų kintamųjų ir mažiau priklausyti nuo ankstesnių psichologinės kančios matavimų.

11 lentelė. Situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios tarpusavio ryšiai (Pearsono koreliacijos)

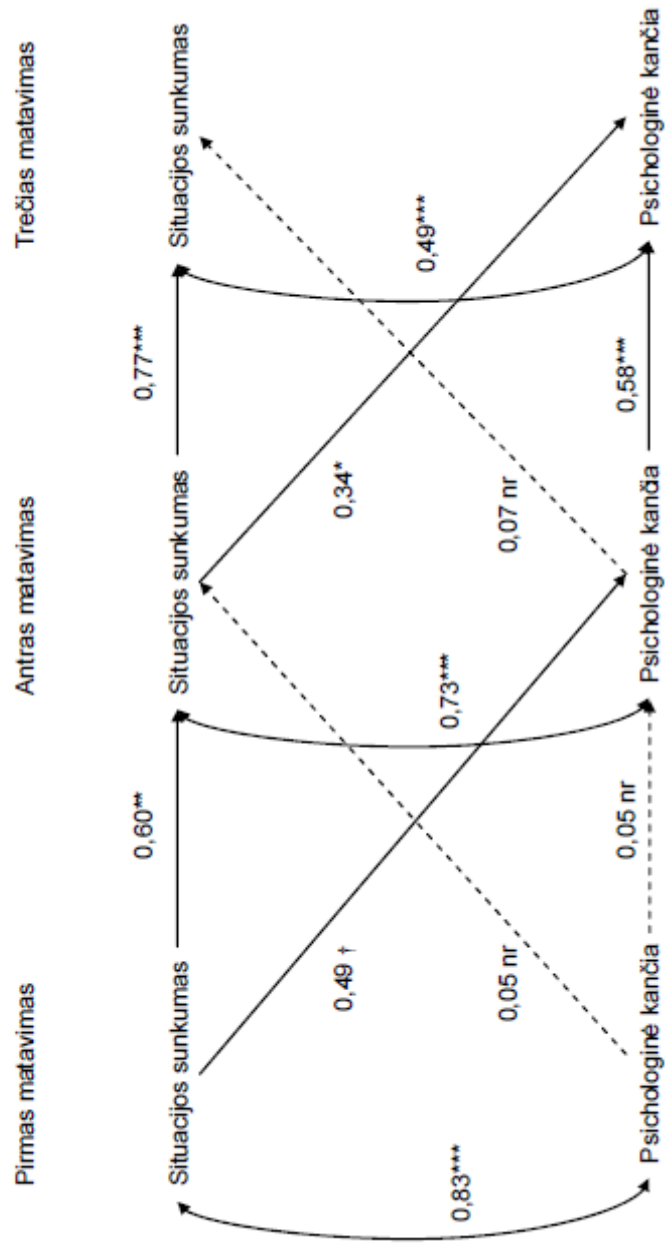
	Situacijos sunkumo v. 1	Situacijos sunkumo v. 2	Situacijos sunkumo v. 3	Psichologinė kančia 1	Psichologinė kančia 2	Psichologinė kančia 3
Situacijos sunkumo v. 1	1	-----	-----	-----	-----	-----
Situacijos sunkumo v. 2	0,64***	1	-----	-----	-----	-----
Situacijos sunkumo v. 3	0,68***	0,82***	1	-----	-----	-----
Psichologinė kančia 1	0,83***	0,55**	0,54**	1	-----	-----
Psichologinė kančia 2	0,53**	0,82***	0,69***	0,46*	1	-----
Psichologinė kančia 3	0,59***	0,81***	0,81***	0,49**	0,85***	1

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Norėdami patikrinti psichologinės kančios ir situacijos sunkumo vertinimo ryšius, kai kontroliuojami ankstesni ryšiai tarp jų, tikrinome šių kintamųjų kryžminį ankstinių modelį (5 pav.). Modelio tinkamumo rodikliai rodo, kad modelis gana gerai tinka duomenims ($\chi^2 = 4,36$, kai $p = 0,36$; RMSEA = 0,06; TLI = 0,99; CFI = 0,99).

Modelio rezultatai rodo (5-as pav.), kad pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų situacijos sunkumo vertinimas išlieka pakankamai stabilus laikui bėgant (standartizuoti autoregresijos koeficientai 0,60 ir 0,77), tačiau psichologinė kančia nėra stabili tarp pirmo ir antro matavimo (standartizuotas autoregresijos koeficientas 0,05), bet vidutiniškai stabili tarp antro ir trečio matavimo (standartizuotas autoregresijos koeficientas 0,58).

Šiame modelyje svarbiausi buvo ryšiai tarp atskirų matavimų, tai yra kelias nuo situacijos sunkumo vertinimo iki psichologinės kančios ir kelias nuo psichologinės kančios iki situacijos sunkumo vertinimo. Gauti rezultatai rodo, kad pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų psichologinė kančia negali nuspėti situacijos sunkumo vertinimo, kai kontroliuojami visi modelio ryšiai.



Pastaba. † $p < 0,10$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, nr – statistiškai nereikšmingas.

5 pav. Situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios kryžminių ankstinių modelio rezultatai

Tačiau rezultatai rodo, kad situacijos sunkumo vertinimas gali nuspėti patiriamą psichologinę kančią, kai kontroliuojami visi modelio ryšiai. Tai patvirtintų prielaidą, kad psichologinę kančią kelia ne tiek pati situacija, kiek subjektyvus jos vertinimas. Kuo tiriamieji situaciją mano esant sunkesnę, tuo didesnę psichologinę kančią jie patiria laikui bėgant.

Kadangi artimųjų psichologinė kančia yra susijusi su artimųjų lytimi, giminystės ryšiu ir gyvenimu kartu su sergančiuoju (žr. 6-ą lentelę, 68 p.), tai kryžminį ankstinių modelių patikrinome atsižvelgdami į kiekvieną šių kintamųjų.

Lytis. Lytis į tikrinamą modelį buvo įtraukta kaip galinti nuspėti psichologinę kančią ir situacijos sunkumo vertinimą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojama lytis, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 4,30$, kai $p = 0,37$; CFI = 1,00; TLI = 0,99; RMSEA = 0,05. Kontroliuojant lytį, ryšiai tarp situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė, tačiau sustiprėjo situacijos sunkumo prognostinės galimybės ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu ($\beta = 0,54$, $p = 0,03$; $\beta = 0,35$, $p = 0,02$). Papildomai nustatėme, kad lyties kintamasis reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ūmios krizės metu (1 matavimas) ($\beta = 0,39$, $p = 0,01$). Vėlesniuose atsigavimo etapuose reikšmingumas dingsta. Tai rodytų, kad moterys neigiamiau vertina situacijos sunkumą ir išgyvena stipresnę psichologinę kančią nei vyrai ūmios krizės metu. Vėliau šis skirtumas tarp lyčių išsilygina.

Giminystės ryšys su sergančiuoju. Giminystės ryšys į tikrinamą modelį taip pat buvo įtrauktas kaip galintis nuspėti psichologinę kančią ir situacijos sunkumo vertinimą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojamas giminystės ryšys, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 4,15$, kai $p = 0,39$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,03. Kontroliuojant giminystės ryšį, ryšiai tarp situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė, tik sustiprėjo situacijos sunkumo prognostinės galimybės ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu ($\beta = 0,51$, $p = 0,05$; $\beta = 0,37$, $p = 0,02$). Išryškėjo tendencija, kad giminystės ryšys

gali būti reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ūmios krizės metu ($\beta = 0,31$, $p = 0,06$). Ūmios krizės metu tėvai gali stipriau išgyventi psichologinę kančią, nei ne tėvai. Vėliau matuojant ši tendencija nebeaptinkama.

Gyvenimas kartu su sergančiuoju. Kadangi gyvenimas kartu su sergančiuoju taip pat gali nuspėti psichologinę kančią ir situacijos sunkumo vertinimą, patikrinome modelį ir su šiuo kintamuoju. Modelis, kuriame buvo kontroliuojamas gyvenimas kartu su sergančiuoju, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 3,78$, kai $p = 0,44$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00. Kontroliuojant gyvenimą kartu su sergančiuoju, ryšiai tarp situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė, tačiau sustiprėjo situacijos sunkumo vertinimo reikšmė psichologinei kančiai antro ir trečio matavimo metu ($\beta = 0,49$, $p = 0,05$; $\beta = 0,36$, $p = 0,01$). Papildomai nustatėme, kad gyvenimas kartu su sergančiuoju yra reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ($\beta = 0,35$, $p = 0,03$) ir gali būti reikšmingas situacijos sunkumo vertinimui ($\beta = 0,31$, $p = 0,06$) ūmios krizės metu.

Taigi, kontroliuojant lytį, giminystės ryšį ir gyvenimą kartu su sergančiuoju, ankstesni modelio ryšiai nepasikeitė, iš dalies sustiprėjo situacijos sunkumo vertinimo prognostinės galimybės ir papildomai nustatyta, kad šie kintamieji reikšmingiausi psichologinei kančiai ūmios krizės metu. Situacijos sunkumo vertinimui ūmios krizės metu gali būti reikšmingas gyvenimas kartu su sergančiuoju.

3.3.2. Įveikos veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant

12-oje lentelėje pateikti duomenys apie pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų įveikos veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios tarpusavio ryšius. Iš lentelės matyti, kad artimųjų įveikos veiksmingumo vertinimas ir psichologinė kančia gana stipriai susiję tuo pačiu matavimu – kuo artimieji prasčiau vertina įveikos veiksmingumą, tuo stipriau išgyvena psichologinę kančią bet kuriame tyrimo etape.

12 lentelė. Įveikos veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios tarpusavio ryšiai (Pearsono koreliacijos)

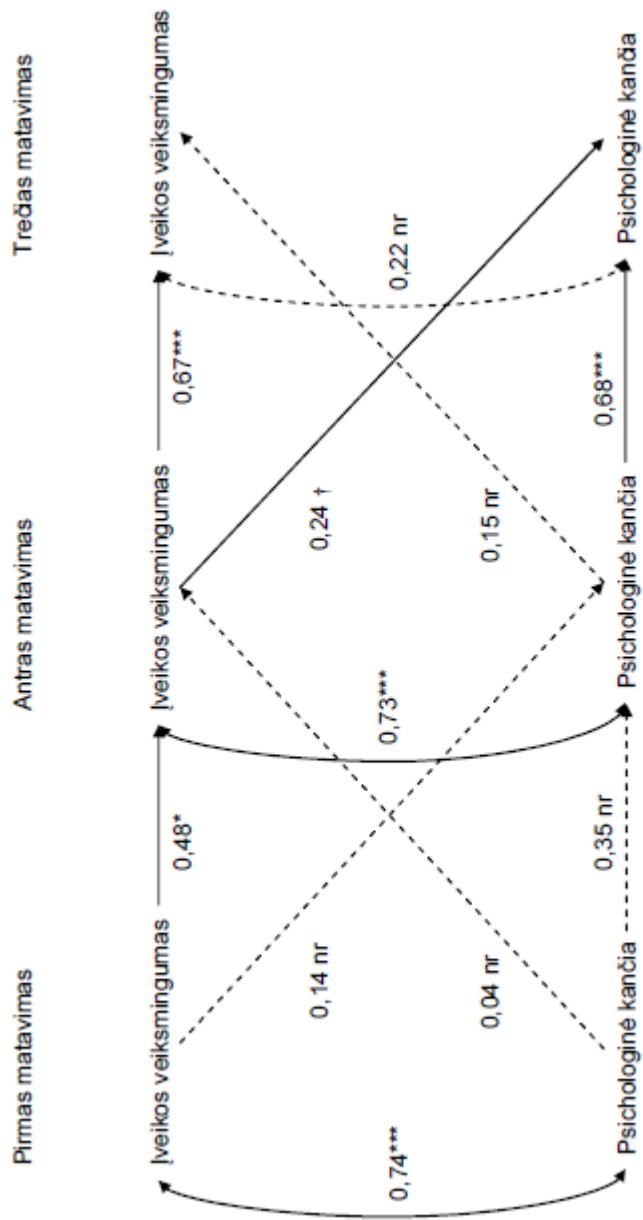
	Įveikos veiksmingumo vertinimas 1	Įveikos veiksmingumo vertinimas 2	Įveikos veiksmingumo vertinimas 3	Psichologinė kančia 1	Psichologinė kančia 2	Psichologinė kančia 3
Įveikos veiksmingumo vertinimas 1	1	-----	-----	-----	-----	-----
Įveikos veiksmingumo vertinimas 2	0,45*	1	-----	-----	-----	-----
Įveikos veiksmingumo vertinimas 3	0,50**	0,78***	1	-----	-----	-----
Psichologinė kančia 1	0,74***	0,31	0,47**	1	-----	-----
Psichologinė kančia 2	0,40*	0,75***	0,65***	0,46*	1	-----
Psichologinė kančia 3	0,43*	0,75***	0,69***	0,49**	0,85***	1

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Taip pat šie kintamieji gana stipriai koreliuoja laikui bėgant – artimieji, prasčiau vertinantys įveikos veiksmingumą ir stipriau išgyvenantys psichologinę kančią, ir vėliau linkę įveikos veiksmingumą vertinti neigiamiau ir stipriau išgyventi psichologinę kančią. Vienodai maži koreliacijos koeficientai yra tarp pirmo ir antro psichologinės kančios ir įveikos veiksmingumo vertinimo matavimų. Tai galėtų reikšti, kad tiek psichologinė kančia laikui bėgant gali būti veikiamą kitų kintamųjų ir mažiau priklausyti nuo ankstesnių psichologinės kančios matavimų, tiek įveikos veiksmingumo vertinimas laikui bėgant gali būti veikiamas kitų kintamųjų ir mažiau priklausyti nuo ankstesnių įveikos veiksmingumo vertinimo matavimų.

Norėdami patikrinti psichologinės kančios ir įveikos veiksmingumo vertinimo ryšius, kai kontroliuojami ankstesni ryšiai tarp jų, tikrinome šių kintamųjų kryžminį ankstinių modelį (6 pav.). Modelio tinkamumo rodikliai liudija, kad modelis gana gerai tinka duomenims ($\chi^2 = 5,30$, kai $p = 0,26$; RMSEA = 0,10; TLI = 0,96; CFI = 0,99).

Modelio rezultatai rodo (6-as pav.), kad įveikos veiksmingumo vertinimas išlieka gana stabilus laikui bėgant (standartizuoti autoregresijos koeficientai 0,48 ir 0,67), tačiau psichologinė kančia nėra stabili tarp pirmo ir antro matavimų, bet vidutiniškai stabili tarp antro ir trečio matavimų



Pastaba. † $p < 0,10$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, nr – statistiškai nereikšmingas.

6 pav. Iveys veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios kryžminių ankstinių modelių rezultatai

(standartizuotas autoregresijos koeficientas 0,68). Šiame modelyje svarbiausi buvo ryšiai tarp atskirų matavimų, tai yra kelias nuo įveikos veiksmingumo vertinimo iki psichologinės kančios, ir kelias nuo psichologinės kančios iki įveikos veiksmingumo vertinimo. Gauti rezultatai rodo, kad psichologinė kančia negali nuspėti įveikos veiksmingumo vertinimo, kai kontroliuojami visi modelio ryšiai. Tačiau įveikos veiksmingumo vertinimas ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu gali nuspėti artimųjų patiriamą psichologinę kančią vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu, kai kontroliuojami visi modelio ryšiai. Tai patvirtintų prielaidą, kad psichologinę kančią kelia ne tiek pati situacija, kiek subjektyvus jos vertinimas. Kuo artimieji įveikos veiksmingumą prasčiau vertina, tuo patiria daugiau psichologinės kančios.

Kadangi artimųjų psichologinė kančia gali būti susijusi su artimųjų lytimi, giminystės ryšiu ir gyvenimu kartu su sergančiuoju (žr. 6-ą lentelę, 68 p.), tai toliau kryžminį ankstinių modelių patikrinome atsižvelgdami į kiekvieną šių kintamųjų.

Lytis. Lytis į tikrinamą modelį buvo įtraukta kaip galinti nuspėti psichologinę kančią ir įveikos veiksmingumo vertinimą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojama lytis, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 5,32$, kai $p = 0,26$; CFI = 0,99; TLI = 0,94; RMSEA = 0,10. Kontroliuojant lytį, ryšiai tarp įveikos veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė. Papildomai nustatėme, kad lyties kintamasis reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ($\beta = 0,39$, $p = 0,01$) ir įveikos veiksmingumo vertinimui ($\beta = 0,32$, $p = 0,05$) ūmios krizės metu. Vėlesniuose atsigavimo etapuose reikšmingumas dingsta. Tai galėtų reikšti, kad moterys neigiamiau vertina įveikos veiksmingumą ir išgyvena stipresnę psichologinę kančią nei vyrai ūmios krizės metu. Vėliau šis skirtumas tarp lyčių išsilygina.

Giminystės ryšys su sergančiuoju. Giminystės ryšys taip pat buvo įtrauktas į tikrinamą modelį kaip galintis nuspėti psichologinę kančią ir įveikos veiksmingumo vertinimą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojamas giminystės ryšys, tinka duomenims. Modelio tinkamumo

rodikliai: $\chi^2 = 6,85$, kai $p = 0,14$; CFI = 0,98; TLI = 0,90; RMSEA = 0,10. Kontroliuojant giminystės ryšį, įveikos veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios ryšiai modelyje nepasikeitė, tik sustiprėjo įveikos veiksmingumo reikšmė psichologinei kančiai ($\beta = 0,28$, $p = 0,04$). Išryškėjo tendencija, kad giminystės ryšis gali būti reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ūmios krizės metu ($\beta = 0,31$, $p = 0,06$). Ūmios krizės metu tėvai gali stipriau išgyventi psichologinę kančią, nei ne tėvai. Vėliau matuojant ši tendencija išnyksta.

Gyvenimas kartu su sergančiuoju. Kadangi gyvenimas kartu su sergančiuoju taip pat gali nuspėti psichologinę kančią ir įveikos veiksmingumo vertinimą, patikrinome modelį ir su šiuo kintamuoju. Modelis, kuriame buvo kontroliuojamas gyvenimas kartu su sergančiuoju, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 4,04$, kai $p = 0,40$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,02. Kontroliuojant gyvenimą kartu su sergančiuoju, ryšiai tarp įveikos veiksmingumo vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė, tačiau sustiprėjo įveikos veiksmingumo vertinimo reikšmė psichologinei kančiai ($\beta = 0,27$, $p = 0,04$). Papildomai nustatėme, kad gyvenimas kartu su sergančiuoju yra reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ($\beta = 0,35$, $p = 0,03$) ir gali būti svarbus įveikos veiksmingumo vertinimui ($\beta = 0,30$, $p = 0,07$) ūmios krizės metu.

Taigi, kontroliuojant lytį, giminystės ryšį ir gyvenimą kartu su sergančiuoju, ankstesni modelio ryšiai nepasikeitė, iš dalies sustiprėjo įveikos veiksmingumo vertinimo prognostinės galimybės ir dar buvo nustatyta, kad šie kintamieji reikšmingiausi psichologinei kančiai ūmios krizės metu. Įveikos veiksmingumo vertinimui ūmios krizės metu gali būti reikšmingi lytis ir gyvenimas kartu su sergančiuoju.

3.3.3. Situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirties vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant

Patikrinome kryžminių ankstinių modelį su globėjo patirties ir psichologinės kančios kintamaisiais. Tačiau modelio tinkamumo rodikliai liudijo, kad modelis netinka duomenims ($\chi^2 = 11,10$, kai $p = 0,03$; CFI = 0,94; TLI = 0,80; RMSEA = 0,24). Kai kontroliavome kintamųjų stabilumą laikui bėgant ir jų ryšius tuo pačiu matavimu, tie kintamieji nenulėmė vienas kito pokyčių laikui bėgant. Analizuojant nebuvo aptikti kryžminiai kintamųjų ryšiai. Statistiškai reikšminga buvo tik galimybė iš ankstesnio globėjo patirties matavimo numatyti vėlesnius matavimus ir iš ankstesnio psichologinės kančios matavimo numatyti vėlesnę psichologinės kančios matavimą. Todėl situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir atskirų globos aspektų vertinimo įverčius pavertėme į standartizuotus Z balus ir sujungėme į bendrą „ligos situacijos vertinimo“ kintamąjį, norėdami patikrinti ligos situacijos kintamojo ryšį su psichologine kančia laikui bėgant.

13-oje lentelėje pateikiami artimųjų ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios koreliacijų koeficientai. Iš šios lentelės matome, kad artimųjų ligos situacijos vertinimas ir psichologinė kančia gana stipriai susiję tuo pačiu matavimu – kuo artimieji prasčiau vertina ligos situaciją, tuo stipriau išgyvena psichologinę kančią bet kuriame tyrimo etape.

Taip pat šie kintamieji gana stipriai koreliuoja laikui bėgant – artimieji, prasčiau vertinantys ligos situaciją ir stipriau išgyvenantys psichologinę kančią, ir vėliau linkę ligos situaciją vertinti neigiamiau ir stipriau išgyventi psichologinę kančią. Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp pirmo ir trečio psichologinės kančios matavimo. O tai galėtų reikšti, kad psichologinė kančia laikui bėgant gali būti veikiamą kitų kintamųjų ir mažiau priklausyti nuo ankstesnių psichologinės kančios matavimų.

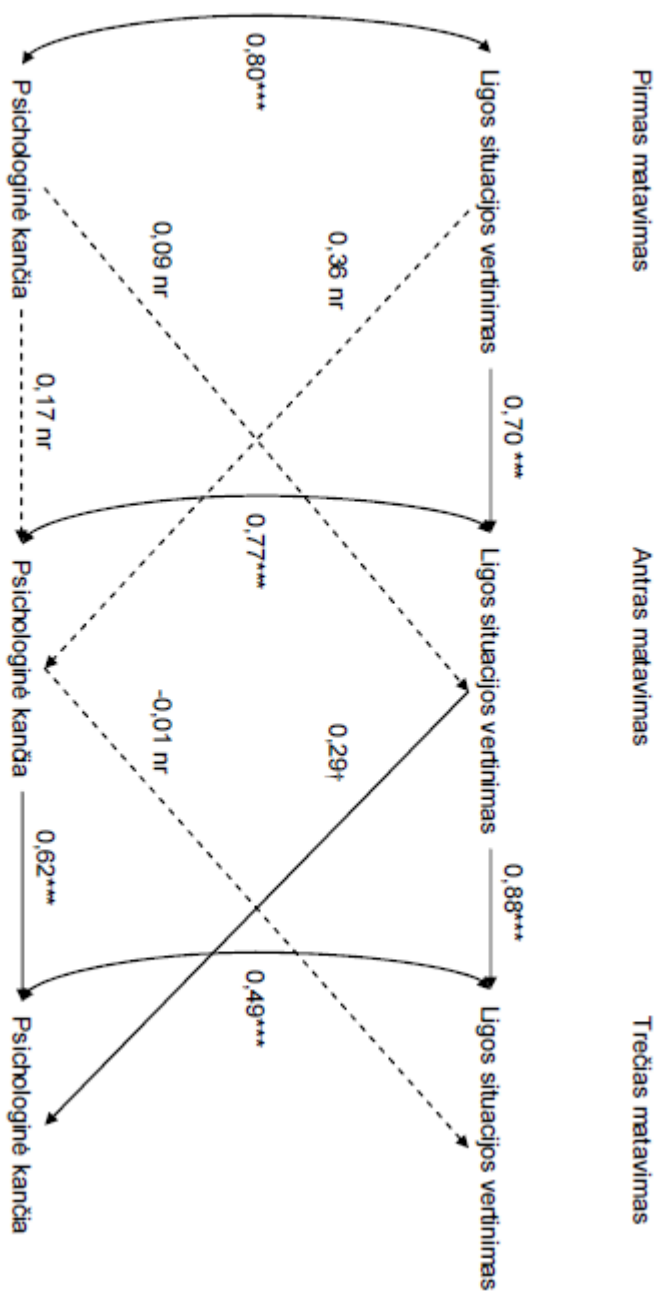
13 lentelė. Ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios tarpusavio ryšiai (standartizuotų balų Pearsono koreliacijos)

	Ligos situacijos vertinimas 1	Ligos situacijos vertinimas 2	Ligos situacijos vertinimas 3	Psichologinė kančia 1	Psichologinė kančia 2	Psichologinė kančia 3
Ligos situacijos vertinimas 1	1	-----	-----	-----	-----	-----
Ligos situacijos vertinimas 2	0,63***	1	-----	-----	-----	-----
Ligos situacijos vertinimas 3	0,64***	0,87***	1	-----	-----	-----
Psichologinė kančia 1	0,80***	0,47**	0,49**	1	-----	-----
Psichologinė kančia 2	0,50*	0,82***	0,71***	0,60*	1	-----
Psichologinė kančia 3	0,55**	0,80***	0,81***	0,49**	0,85***	1

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Norėdami patikrinti psichologinės kančios ir ligos situacijos vertinimo ryšius, kai kontroliuojami ankstesni ryšiai tarp jų, tikrinome šių kintamųjų kryžminį ankstinių modelį (7 pav.). Modelis gerai tinka duomenims ($\chi^2 = 2,43$, kai $p = 0,66$; RMSEA = 0,00; TLI = 1,00; CFI = 1,00). Modelio rezultatai rodo (7-as pav.), kad ligos situacijos vertinimas išlieka stabilus laikui bėgant (standartizuoti autoregresijos koeficientai 0,70 ir 0,88), tačiau psichologinė kančia nėra stabili tarp pirmo ir antro matavimo (standartizuotas autoregresijos koeficientas 0,17), bet vidutiniškai stabili tarp antro ir trečio matavimo (standartizuotas autoregresijos koeficientas 0,62).

Šiame modelyje svarbiausi buvo ryšiai tarp atskirų matavimų, tai yra kelias nuo ligos situacijos vertinimo iki psichologinės kančios, ir kelias nuo psichologinės kančios iki ligos situacijos vertinimo. Nustatyta, kad psichologinė kančia negali nuspėti ligos situacijos vertinimo, kai yra kontroliuojami visi modelio ryšiai. Tačiau rezultatai rodo, kad ligos situacijos vertinimas gali nuspėti patiriamą psichologinę kančią, kai kontroliuojamii visi modelio ryšiai. Nustatėme, kad artimųjų psichologinę kančią atsigavimo laikotarpiu nuspėja ligos situacijos vertinimas. Tai patvirtintų prielaidą, kad artimiesiems psichologinę kančią kelia ne tiek pati situacija, kiek subjektyvus jos vertinimas. Kuo artimieji neigiamiau vertina ligos situaciją, tuo didesnę psichologinę kančią jie patiria laikui bėgant.



Pastaba. $tp < 0,10$, $*p < 0,05$, $**p < 0,01$, $***p < 0,001$, nr – statistškai nereikšmingas.

7 pav. Ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios kryžminių ankstinių modelio rezultatai

Kadangi artimųjų psichologinė kančia gali būti susijusi su artimųjų lytimi, giminystės ryšiu bei gyvenimu kartu su sergančiuoju (žr. 6-ą lentelę, 68 p.), tai toliau kryžminį ankstinių modelių patikrinome atsižvelgdami į kiekvieną šių kintamųjų.

Lytis. Lytis į tikrinamą modelį buvo įtraukta kaip galinti nuspėti psichologinę kančią ir ligos situacijos vertinimą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojama lytis, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 2,37$, kai $p = 0,67$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00. Kontroliuojant lytį, ryšiai tarp ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė. Papildomai nustatėme, kad lyties kintamasis reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ūmios krizės metu ($\beta = 0,39$, kai $p = 0,01$), tačiau vėlesnėse atsigavimo fazėse nebereikšmingas. Tai dar kartą rodytų, kad moterys išgyvena stipresnę psichologinę kančią nei vyrai ūmios krizės metu, tačiau vėliau šis skirtumas išsilygina.

Giminystės ryšys su sergančiuoju. Giminystės ryšys taip pat buvo įtrauktas į tikrinamą modelį kaip galintis nuspėti psichologinę kančią ir ligos situacijos vertinimą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojamas giminystės ryšys, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 2,13$, kai $p = 0,71$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00.

Kontroliuojant giminystės ryšį, ryšiai tarp ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė, tačiau sustiprėjo ligos situacijos vertinimo prognostinės galimybės ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu ($\beta = 0,45$, $p = 0,06$; $\beta = 0,31$, $p = 0,04$). Papildomai aptikta tendencija, kad giminystės ryšys gali būti reikšmingas psichologinei kančiai ūmios krizės metu ($\beta = 0,31$, $p = 0,06$). Tai dar kartą rodytų, kad tėvai stipriau išgyvena psichologinę kančią, nei ne tėvai. Vėliau matuojant ši tendencija išnyksta.

Gyvenimas kartu su sergančiuoju. Kadangi gyvenimas kartu su sergančiuoju taip pat gali nuspėti psichologinę kančią ir ligos situacijos vertinimą, patikrinome modelį ir su šiuo kintamuoju. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 1,44$, kai $p = 0,84$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00.

Kontroliuojant gyvenimą kartu su sergančiuoju, ryšiai tarp ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė, tačiau sustiprėjo ligos situacijos vertinimo prognostinės galimybės vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu ($\beta = 0,30$, $p = 0,05$). Papildomai nustatėme, kad gyvenimas kartu su sergančiuoju yra reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ($\beta = 0,35$, $p = 0,03$) ir gali būti reikšmingas ligos situacijos vertinimui ($\beta = 0,30$, $p = 0,07$) ūmios krizės metu.

Taigi kontroliuojant lytį, giminystės ryšį ir gyvenimą kartu su sergančiuoju, ankstesni modelio ryšiai nepasikeitė, iš dalies sustiprėjo ligos situacijos vertinimo prognostinės galimybės ir papildomai buvo nustatyta, kad šie kintamieji reikšmingiausi psichologinei kančiai ūmios krizės metu. Bendram ligos situacijos vertinimui ūmios krizės metu gali būti reikšmingas gyvenimas kartu su sergančiuoju.

3.4. Atskirų globos aspektų vertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant

14-oje lentelėje pateikti duomenys apie pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų ir pakartotinę psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų psichologinės kančios ir atskirų globos aspektų vertinimo koreliacijų koeficientus. Iš šios lentelės matyti, kad atskirų globos kintamųjų vertinimas ir psichologinė kančia susiję tiesiogiai – kuo neigiamiau artimieji vertina negatyvius globos kintamuosius, tuo stipriau išgyvena psichologinę kančią bet kuriame tyrimo etape.

Norėdami įvertinti, kurie iš šių septynių globos aspektų reikšmingiausi pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų psichologinei kančiai skirtingais paciento atsigavimo etapais, atlikome skerspjūvio regresinę analizę. Į kiekvieno etapo regresinę analizę įtraukėme tik tame etape su psichologine kančia susijusius globos aspektus. Taip pat šiuos duomenis palyginome su pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų asmenų artimųjų duomenimis ($N=36$, imties charakteristikos 1-ame priede).

14 lentelė. Globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys skirtingais laiko momentais

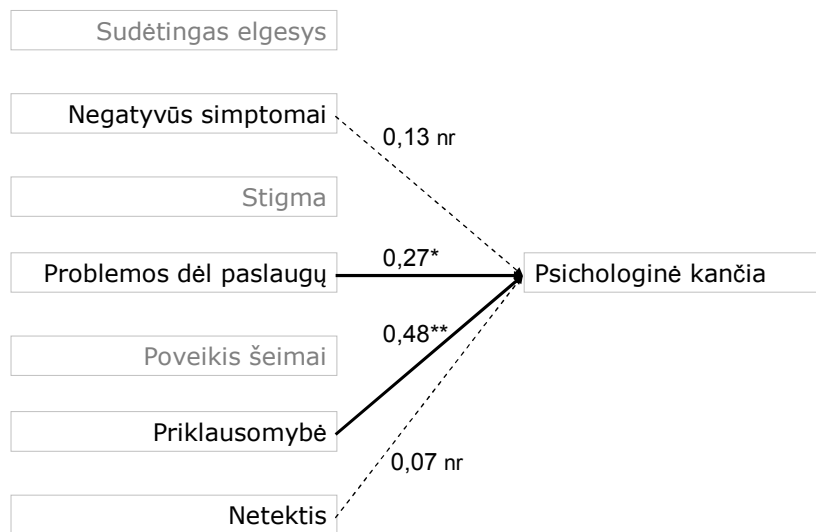
	Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji			Pakartotinių pacientų artimieji
	Ūmios krizės et.	Ankstyvojo atsigavimo et.	Vėlyvojo atsigavimo et.	
	Psichologinė kančia	Psichologinė kančia	Psichologinė kančia	
Negatyvi globėjo patirtis:	0,59**	0,70***	0,77***	0,56***
Sudėtingas elgesys	0,35	0,35	0,65***	0,45**
Negatyvūs simptomai	0,42*	0,62**	0,71***	0,40*
Stigma	0,24	0,74***	0,77***	0,66***
Problemos dėl paslaugų	0,53**	0,67***	0,55***	0,31
Poveikis šeimai	0,32	0,68***	0,70***	0,41*
Priklausomybė	0,67***	0,60***	0,65***	0,38*
Netekties jausmas	0,53**	0,59***	0,79***	0,22
Pozityvi globėjo patirtis:	0,23	0,29	0,30	0,07
Praturtinanti patirtis	0,35†	0,37*	0,39*	0,17
Gerai santykiai	0,01	0,12	0,12	0,11

Pastaba. † $p < 0,1$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

3.4.1. Ūmios krizės etapas (1 matavimas)

Ūmios krizės metu artimųjų psichologinė kančia susijusi su negatyviais simptomais, priklausomybe nuo sergančiojo, problemomis dėl paslaugų, netektimi. Su sudėtingu elgesiu, stigma, poveikiu šeimai psichologinė kančia nesusijusi (14 lentelė).

Reikšmingai su psichologine kančia šiame etape susijusius globos aspektus įtraukėme į regresinę analizę (8 pav.). Modelio $R^2 = 0,56$; reikšmingi kintamieji – priklausomybė ($\beta = 0,48$, $p < 0,01$) ir problemos dėl paslaugų ($\beta = 0,27$, $p < 0,1$). Multikolinearumo nėra, visų kintamųjų VIF < 4 . Modelis duomenims tinka.



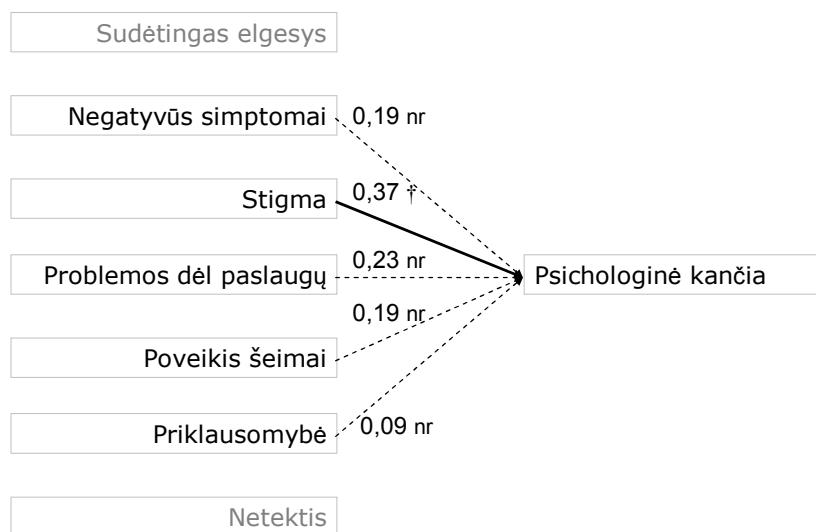
Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, nr – statistiškai nereikšmingas

8 pav. Ūmios krizės etapo (1 matavimas) regresinės analizės rezultatai

Iš koreliacijų ir regresinės analizės rezultatų matyti, kad ūmios krizės metu artimiesiems daugiau psichologinės kančios kelia priklausomybės nuo sergančiojo išgyvenimas ir sunkumai, susiję su gaunamomis paslaugomis, o ne ligos simptomai (subjektyviai suvokiami negatyvūs simptomai ar sudėtingas elgesys).

3.4.2. Ankstyvasis atsigavimo etapas (2 matavimas)

Ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu artimųjų psichologinė kančia susijusi su negatyviais simptomais, stigma, problemomis dėl paslaugų, poveikiu šeimai, priklausomybe, netekties išgyvenimu. Su sudėtingu elgesiu psichologinė kančia nesusijusi (14 lentelė). Reikšmingai su psichologine kančia šiame etape susijusius globos kintamuosius įtraukėme į regresinę analizę (9 pav.). Modelio pirminis $R^2 = 0,65$, reikšmingas kintamasis yra stigma ($\beta = 0,62$, $p < 0,05$).



Pastaba. † $p < 0,1$, nr – statistiškai nereikšmingas

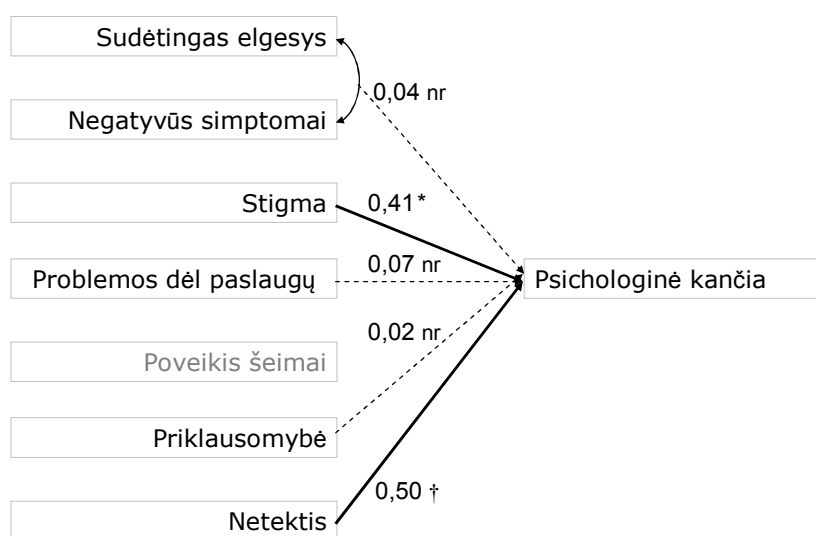
9 pav. Ankstyvojo atsigavimo etapo (2 matavimas) regresinės analizės rezultatai

Kadangi stigos ir netekties kintamųjų VIF > 4 , tai atlikome kintamųjų redukciją (Čekanavičius ir Murauskas, 2002). Perskaičiavome modelį be netekties kintamojo, kuris stipriai koreliavo su stigma ($r = 0,80$), negatyviais simptomais ($r = 0,78$) ir poveikiu šeimai ($r = 0,80$), o su psichologine kančia koreliavo mažiausiai ($r = 0,59$). Perskaičiuotame modelyje multikolinearumas dingo. Perskaičiuoto modelio $R^2 = 0,62$, reikšmingas kintamasis yra stigma ($\beta = 0,37$; $p < 0,1$), visų kintamųjų VIF < 4 . Modelis duomenims tinka.

Iš koreliacijų ir regresinės analizės rezultatų matyti, kad ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu pasikeičia artimųjų psichologinei kančiai reikšmingi kintamieji. Ūmios krizės metu reikšmingiausi buvo priklausomybė nuo sergančiojo ir problemos dėl paslaugų. O ankstyvuojų laikotarpiu išryškėja stigos reikšmė psichologinei kančiai.

3.4.3. Vėlyvasis atsigavimo etapas (3 matavimas)

Vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu artimųjų psichologinė kančia susijusi su visais septyniais globos aspektais: sudėtingu elgesiu, negatyviais simptomais, stigma, problemomis dėl paslaugų, poveikiu šeimai, priklausomybe, netekties išgyvenimu (14 lentelė). Šiuos kintamuosius įtraukėme į regresinę analizę (10 pav.). Modelio pirminis $R^2 = 0,72$; reikšmingas kintamasis stigma ($\beta = 0,45$; $p < 0,05$). Kadangi sudėtingo elgesio ir poveikio šeimai kintamųjų VIF > 4 , tai atlikome kintamųjų redukciją (Čekanavičius ir Murauskas, 2002). Sudėtingo elgesio ir negatyvių simptomų kintamuosius sujungėme į bendrą „Ligos simptomų“ kintamąjį (subskalių $r = 0,9$) ir į analizę įtraukėme jų rezultatų vidurkius. Nebeįtraukėme į modelį poveikio šeimai kintamojo, nes jis stipriai koreliavo su „Ligos simptomų“ rezultatu ($r = 0,88$). Perskaičiuotame modelyje multikolinearumas dingo. Perskaičiuoto regresijos modelio rezultatai: $R^2 = 0,71$; reikšmingi kintamieji yra stigma ($\beta = 0,41$; $p < 0,05$) ir netektis ($\beta = 0,50$; $p < 0,1$). Visų kintamųjų VIF < 4 . Modelis duomenims tinka.



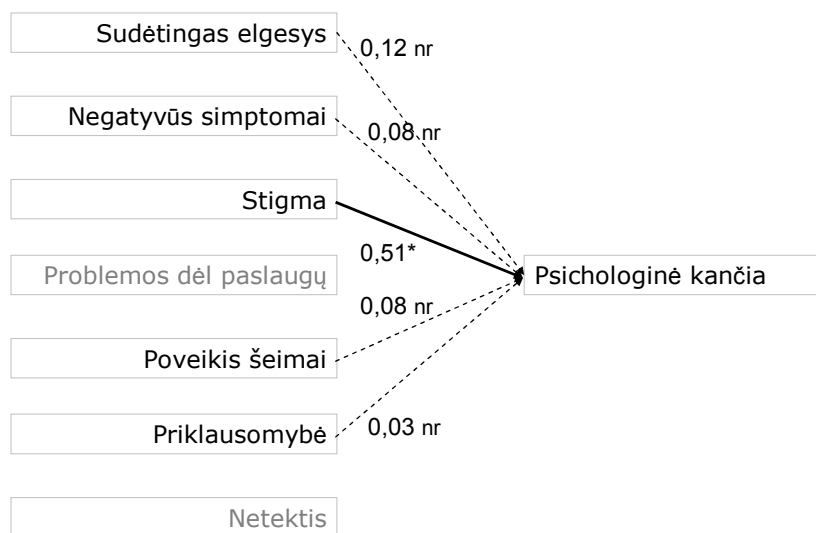
Pastaba. † $p < 0,1$, * $p < 0,05$, nr – statistškai nereikšmingas

10 pav. Vėlyvojo atsigavimo etapo (3 matavimas) regresinės analizės rezultatai

Iš koreliacijų ir regresinės analizės rezultatų matyti, kad vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu, kaip ir ankstyvuju, psichologinei kančiai ypač reikšminga yra stigma. Be to, šiuo laikotarpiu pradeda ryškėti netekties išgyvenimo reikšmė psichologinei kančiai.

3.4.4. Palyginimas su pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų asmenų artimaisiais (N = 36)

Pakartotinai psichoze susirgusių asmenų artimųjų psichologinė kančia susijusi su sudėtingu elgesiu, negatyviais simptomais, poveikiu šeimai, priklausomybe. Su netektimi ir problemomis dėl paslaugų psichologinė kančia nesusijusi (14 lentelė). Reikšmingai su psichologine kančia šiame etape susijusius globos kintamuosius įtraukėme į regresinę analizę (11 pav.). Modelio $R^2 = 0,46$; reikšmingas kintamasis stigma ($\beta = 0,51$; $p < 0,01$), visų kintamųjų VIF < 4 . Modelis duomenims tinka.



Pastaba. * $p < 0,05$, nr – statistiškai nereikšminga

11 pav. Pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų asmenų artimųjų regresinės analizės rezultatai (N = 36)

Iš korelacių ir regresinės analizės rezultatų matyti, kad pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų asmenų artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausia yra stigma. Tai sutampa su ankstyvojo ir vėlyvojo atsigavimo laikotarpio rezultatais ir patvirtina šio kintamojo svarbą psichozę išgyvenusių asmenų artimiesiems.

Taigi artimųjų psichologinė kančia labiausiai susijusi su šiais globėjo patirties aspektais: stigma, netektimi, priklausomybe ir patiriamomis problemomis dėl paslaugų. Psichologinės kančios ryšys su šiais kintamaisiais laikui bėgant kinta: ūmios krizės metu artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų; ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu išryškėja stigmos reikšmė psichologinei kančiai ir išlieka reikšminga tiek vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu, tiek pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimiesiems; vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu pradeda ryškėti netekties kintamojo reikšmė artimųjų psichologinei kančiai.

3.5. Socialinės paramos reikšmė psichologinei kančiai

3.5.1. Socialinės paramos kaita

15-oje lentelėje pateikti duomenys apie pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų gaunamos socialinės paramos įverčių vidurkius ir jų palyginimą. Iš lentelės matyti, kad artimieji daugiausia paramos gauna ūmios krizės metu (1 matavimas), ankstyvuojų laikotarpiu ji sumažėja (2 matavimas) ir panaši lieka vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu (3 matavimas). Tačiau ši tendencija nėra statistiškai reikšminga. Vadinasi, gaunama socialinė parama yra gana stabili laikui bėgant, nepaisant nedidelių svyravimų.

15 lentelė. Socialinės paramos vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų (N = 21)

Socialinė parama	Vid.	St. nk.	Palyginimas	Vid. sk.
Socialinė parama 1	59,81	13,96	1 su 2 1 su 3	6,71 5,91
Socialinė parama 2	53,10	16,52	2 su 1 2 su 3	-6,71 -0,81
Socialinė parama 3	53,90	13,32	3 su 1 3 su 2	-5,91 0,81
Gauta po įvykio				
Gauta po įvykio 1	29,29	7,27	1 su 2 1 su 3	1,81 1,14
Gauta po įvykio 2	27,48	8,56	2 su 1 2 su 3	-1,81 -0,67
Gauta po įvykio 3	28,14	6,60	3 su 1 3 su 2	-1,14 0,67
Gaunama dabar				
Gaunama dabar 1	30,52	7,29	1 su 2 1 su 3	4,91† 4,76†
Gaunama dabar 2	25,62	8,69	2 su 1 2 su 3	-4,91† -0,14
Gaunama dabar 3	25,76	7,44	3 su 1 3 su 2	-4,76† 0,14

Pastaba. † $p < 0,1$

Analizuojant artimųjų gaunamos socialinės paramos subskalių rezultatus (15 lentelė) matyti, kad socialinės paramos, gautos iškart po įvykio, įverčių skirtumai tarp matavimų nėra statistiškai reikšmingi. Gaunamos dabar socialinės paramos įverčių svyravimai yra tik statistinė tendencija. Bendro socialinės paramos balo įverčių skirtumai tarp matavimų taip pat nėra statistiškai reikšmingi. Taigi galima sakyti, kad artimųjų gaunama socialinė parama yra pakankamai stabili laikui bėgant.

3.5.2. Socialinės paramos ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant

16-oje lentelėje pateikti duomenys apie artimųjų socialinės paramos ir psichologinės kančios tarpusavio ryšį. Iš šios lentelės matome, kad ryšio tarp socialinės paramos ir psichologinės kančios ūmios krizės metu nėra (1 matavimas). Jis nustatytas tik ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu

(2 ir 3 matavimas) – kuo artimieji gauna mažiau paramos, tuo išgyvena didesnę psichologinę kančią.

16 lentelė. Socialinės paramos ir psichologinės kančios tarpusavio ryšiai (Pearsono koreliacijos, N = 21)

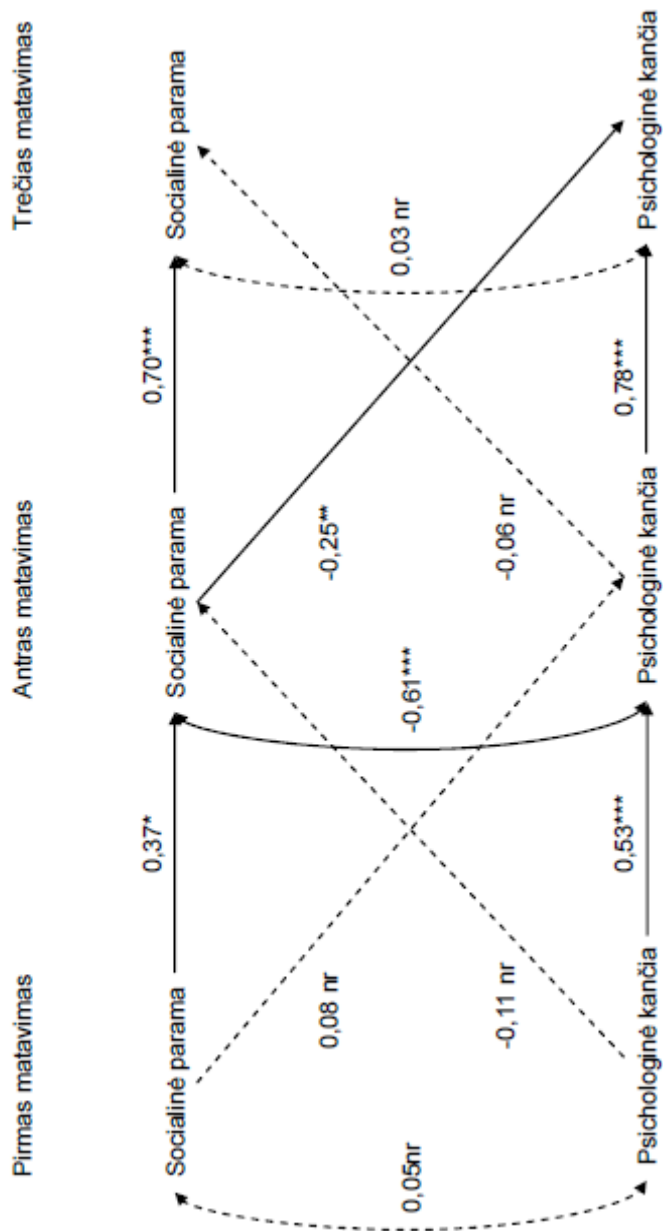
	Socialinė parama 1	Socialinė parama 2	Socialinė parama 3	Psichologinė kančia 1	Psichologinė kančia 2	Psichologinė kančia 3
Socialinė parama 1	1	-----	-----	-----	-----	-----
Socialinė parama 2	0,36†	-----	-----	-----	-----	-----
Socialinė parama 3	0,20	0,72***	1	-----	-----	-----
Psichologinė kančia 1	0,05	-0,09	-0,22	1	-----	-----
Psichologinė kančia 2	0,10	-0,49*	-0,40†	0,54*	1	-----
Psichologinė kančia 3	-0,05	-0,63**	-0,49*	0,46*	0,90***	1

Pastaba. † $p < 0,1$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Norėdami patikrinti psichologinės kančios ir socialinės paramos ryšius, kai kontroliuojami ankstesni jų ryšiai, tikrinome šių kintamųjų kryžminių ankstinių modelį. Modelio tinkamumo rodikliai liudija, kad modelis gana gerai atitinka duomenis ($\chi^2 = 1,68$, kai $p = 0,79$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00).

Modelio rezultatai rodo (12 pav.), kad socialinė parama (standartizuoti autoregresijos koeficientai 0,37 ir 0,70) ir psichologinė kančia (standartizuoti autoregresijos koeficientai 0,53 ir 0,78) laikui bėgant išlieka gana stabilios. Šiame modelyje svarbiausi buvo ryšiai tarp atskirų matavimų, tai yra kelias nuo socialinės paramos iki psichologinės kančios ir kelias nuo psichologinės kančios iki socialinės paramos.

Gauti rezultatai rodo, kad psichologinė kančia negali nuspėti socialinės paramos, kai kontroliuojami visi modelio ryšiai. Tačiau rezultatai rodo, kad socialinė parama ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu gali nuspėti patiriamą psichologinę kančią vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu, kai kontroliuojami visi modelio ryšiai. Tai patvirtintų teorinę prielaidą, kad socialinė parama gali lemti psichologinę kančią. Kuo mažiau socialinės paramos, tuo daugiau



Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, nr – statistiškai nereikšmingas.

12 pav. Socialinės paramos ir psichologinės kancijos kryžminių ankstinių modelio rezultatai

psichologinės kančios, ir atvirkščiai – kuo daugiau socialinės paramos, tuo mažiau psichologinės kančios.

Kadangi artimųjų psichologinė kančia gali būti susijusi su lytimi, giminystės ryšiu ir gyvenimu kartu su sergančiuoju (žr. 6-ą lentelę, 68 p.), tai toliau kryžminį ankstinių modelių patikrinome atsižvelgdami į kiekvieną šių kintamųjų.

Lytis. Lytis į tikrinamą modelį buvo įtraukta kaip galinti nuspėti psichologinę kančią ir socialinę paramą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojama lytis, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 2,07$, kai $p = 0,67$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00. Kontroliuojant lytį, ryšiai tarp socialinės paramos ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė. Papildomai nustatėme, kad lyties kintamasis reikšmingas socialinei paramai ($\beta = 0,38$, kai $p = 0,05$) ūmios krizės metu, tačiau nėra reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai. Tai gali rodyti, kad moterys gauna daugiau socialinės paramos nei vyrai ūmios krizės metu, tačiau vėliau šis skirtumas išsilygina.

Giminystės ryšys su sergančiuoju. Giminystės ryšys į tikrinamą modelį taip pat buvo įtrauktas kaip galintis nuspėti psichologinę kančią ir socialinę paramą skirtingais matavimo etapais. Modelis, kuriame buvo kontroliuojamas giminystės ryšys, tinka duomenims. Modelio tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 1,76$, kai $p = 0,78$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00. Kontroliuojant giminystės ryšį, socialinės paramos ir psichologinės kančios ryšiai modelyje nepasikeitė. Nustatyta, kad giminystės ryšio kintamasis nėra statistiškai reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai, tačiau ryškėja tendencija, kad ūmios krizės metu tėvai stipriau išgyvena psichologinę kančią, nei ne tėvai. Vėliau matuojant ši tendencija išnyksta.

Gyvenimas kartu su sergančiuoju. Kadangi gyvenimas kartu su sergančiuoju taip pat gali nuspėti psichologinę kančią ir socialinę paramą, patikrinome modelį ir su šiuo kintamuoju. Modelis tinka duomenims, jo tinkamumo rodikliai: $\chi^2 = 0,82$, kai $p = 0,94$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,00. Kontroliuojant gyvenimą kartu su sergančiuoju, ryšiai tarp socialinės

paramos ir psichologinės kančios modelyje nepasikeitė. Papildomai nustatėme, kad gyvenimas kartu su sergančiuoju yra reikšmingas artimųjų psichologinei kančiai ūmios krizės metu ($\beta = 0,41$, $p = 0,03$). Tai gali rodyti, kad gyvenantys kartu su sergančiuoju ūmios krizės laikotarpiu patiria daugiau psichologinės kančios. Taigi kontroliuojant lytį, giminystės ryšį ir gyvenimą kartu su sergančiuoju, ankstesni modelio ryšiai nepasikeitė. Papildomai nustatyta, kad lytis reikšminga socialinei paramai ūmios krizės metu. Tai gali rodyti, kad moterys gauna daugiau socialinės paramos nei vyrai ūmios krizės metu, tačiau vėliau šis skirtumas išsilygina.

3.5.3. Socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo sąveika

Norėdami įvertinti socialinės paramos apsauginį vaidmenį patikrinome ryšius tarp socialinės paramos ir psichologinės kančios (16 lentelė), ryšius tarp socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo (17 lentelė) ir atlikome regresinę analizę.

Tikrindami ryšius nustatėme, kad ūmios krizės metu socialinė parama nėra susijusi nei su psichologine kančia, nei su ligos situacijos vertinimu. Psichologinės kančios ryšys su šiais kintamaisiais atsiranda tik matuojant antrą ir trečią kartą. Nustatėme, kad socialinė parama yra atvirkščiai susijusi su psichologinės kančios intensyvumu ir ligos situacijos vertinimo neigiamumu (situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir šių globos aspektų vertinimu: stigma, poveikiu šeimai, priklausomybe, netektimi). Tai reiškia, kad, mažėjant paramai, didėja psichologinė kančia ir ligos situacija vertinama neigiamiau.

Norint nustatyti, ar psichologinė kančia sumažėja, padidėjus socialinei paramai, kai situacijos vertinimas yra neigiamas, atlikta regresinė analizė. Nepriklausomi kintamieji buvo ligos situacijos vertinimas, socialinė parama bei ligos situacijos vertinimo ir socialinės paramos sandauga. Ligos situacijos vertinimo ir socialinės paramos sandauga atspindi šių kintamųjų tarpusavio sąveiką, o jos statistinis reikšmingumas psichologinei kančiai leidžia daryti prielaidą, kad socialinė parama gali turėti apsauginę reikšmę. Kadangi

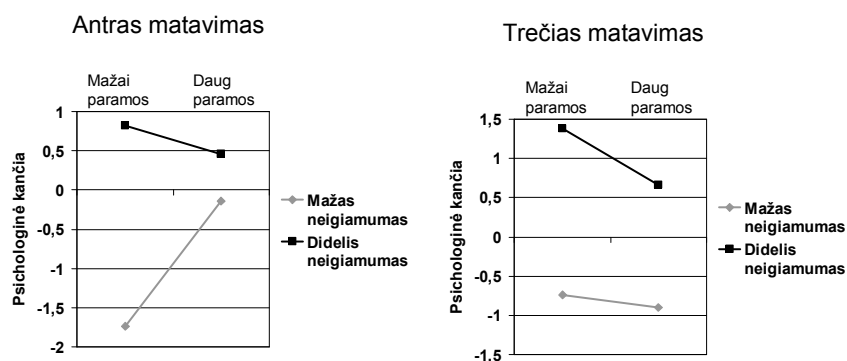
socialinė parama su ligos situacijos kintamuoju ir psichologine kančia koreliuoja tik antrame ir trečiame matavimo etape, tai atlikome šių laikotarpių regresinę analizę. Analizei buvo naudoti standartizuoti kintamųjų balai. Socialinės paramos, ligos situacijos vertinimo ir jų sandaugos B koeficientai nurodyti 6-ame priede.

17 lentelė. Socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo ryšys laikui bėgant (N = 21)

	1 matavimas	2 matavimas	3 matavimas
	Socialinė parama	Socialinė parama	Socialinė parama
Ligos situacijos vertinimas:	0,17	-0,52*	-0,37†
Situacijos sunkumas	0,08	-0,50*	-0,35†
Iveikos veiksmingumas	0,19	-0,53*	-0,45*
Negatyvi globėjo patirtis	0,20	-0,35 †	-0,24
Sudėtingas elgesys	0,01	-0,10	-0,24
Negatyvūs simptomai	0,16	-0,24	-0,21
Stigma	0,11	-0,52*	-0,33†
Problemos dėl paslaugų	0,27	-0,14	0,04
Poveikis šeimai	0,35	-0,47*	-0,22
Priklausomybė	0,20	-0,35†	-0,34†
Netektis	-0,06	-0,47*	-0,33†
Pozityvi globėjo patirtis	0,22	-0,11	0,04
Praturtinanti patirtis	0,43	0,01	0,19
Gerai santykiai	-0,11	-0,24	-0,14

Pastaba. † $p < 0,1$, * $p < 0,05$

Situacijos sunkumo vertinimas. Antro ir trečio etapo situacijos sunkumo ir socialinės paramos sąveika reikšminga psichologinei kančiai ($B = -0,49$, $p = 0,01$; $B = -0,22$, $p = 0,05$). Keliame prielaidą, kad socialinė parama turi apsauginę reikšmę. Pavaizdavus šių kintamųjų sąveiką matyti, kad artimieji, kurie vertina situaciją kaip labai sunkią („didelis neigiamumas“) ir gauna mažai paramos, išgyvena didžiausią psichologinę kančią (13 pav.). Jų psichologinė kančia mažėja, didėjant socialinei paramai. Ši tendencija ryškesnė trečiame matavime. Tai gali rodyti socialinės paramos apsauginę reikšmę.

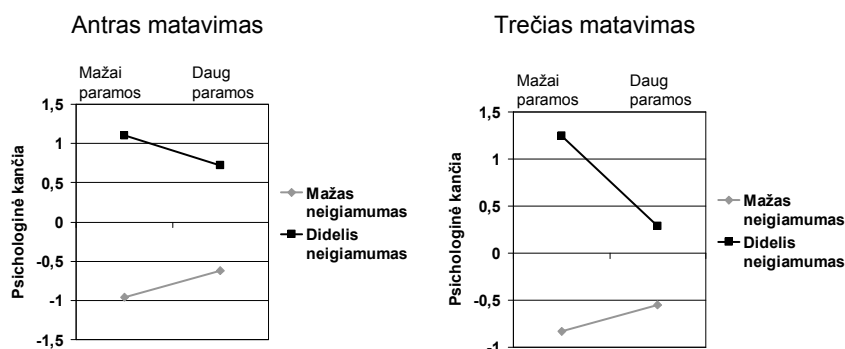


13 pav. Situacijos sunkumo vertinimo ir socialinės paramos sąveika nuspėjant psichologinę kančią

Artimieji, kurių situacijos sunkumo vertinimas yra mažiausiai neigiamas („mažas neigiamumas“) ir kurie gauna mažai paramos, patiria mažiausiai psichologinės kančios. Netikėta, kad didėjant socialinei paramai, antrame etape jų psichologinės kančios lygis pakyla. Galbūt tai susiję su situacijos sunkumo neigimu – psichologinės kančios dydį rodo socialinės paramos kiekis, o ne deklaruojamas situacijos sunkumo vertinimas. Trečiame matavime šių artimųjų psichologinės kančios lygis yra stabiliai žemas ir nesusijęs su socialine parama. O artimiesiems, vertinantiems situaciją kaip labai sunkią, socialinė parama mažina psichologinę kančią.

Įveikos veiksmingumo vertinimas. Trečio matavimo įveikos veiksmingumo vertinimo ir socialinės paramos sąveika reikšminga psichologinei kančiai ($B = -0,31$, $p = 0,05$). Pavaizdavus situacijos sunkumo ir socialinės paramos sąveiką matyti, kad trečiame matavime artimieji, kurie vertina įveiką kaip neveiksmingą („didelis neigiamumas“) ir gauna mažai paramos, išgyvena didžiausią psichologinę kančią (14 pav.). Jų psichologinė kančia smarkiai sumažėja, didėjant socialinei paramai ir priartėja prie artimųjų, kurių įveikos veiksmingumo vertinimas mažai neigiamas. Tai rodytų socialinės

paramos apsauginę reikšmę sąveikoje su įveikos veiksmingumo vertinimu. Panaši tendencija ryškėja ir antrame matavime.



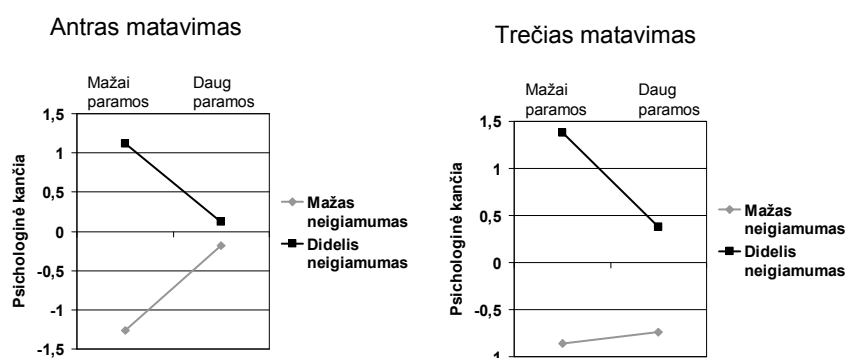
14 pav. Įveikos veiksmingumo vertinimo ir socialinės paramos sąveika nuspėjant psichologinę kančią

Artimieji, kurių įveikos veiksmingumo vertinimas yra mažiausiai neigiamas (“žemas neigiamumas”) ir gauna mažai paramos – patiria mažiausiai psichologinės kančios. Didėjant paramai, jų psichologinė kančia nežymiai padidėja.

Globėjo patirties vertinimas. Antro ir trečio etapo globėjo patirties ir socialinės paramos sąveika reikšminga psichologinei kančiai ($B = -0,52, p = 0,04$; $B = -0,28, p = 0,04$). Keliame prielaidą, kad socialinė parama turi apsauginę reikšmę. Pavaizdavus šių kintamųjų sąveiką matyti, kad artimieji, kurie vertina situaciją kaip labai sunkią (“aukštas neigiamumas”) ir gauna mažai paramos - išgyvena didžiausią psichologinę kančią (15 pav.). Jų psichologinė kančia stipriai sumažėja, padidėjant socialinei paramai. Tai gali liudyti apie socialinės paramos apsauginę reikšmę sąveikoje su neigiamu globėjo patirties vertinimu.

Artimieji, kurių globos patirties vertinimas yra mažiausiai neigiamas (“žemas neigiamumas”) ir gauna mažai paramos – patiria mažiausiai psichologinės kančios. Tačiau didėjant socialinei paramai, jų psichologinės

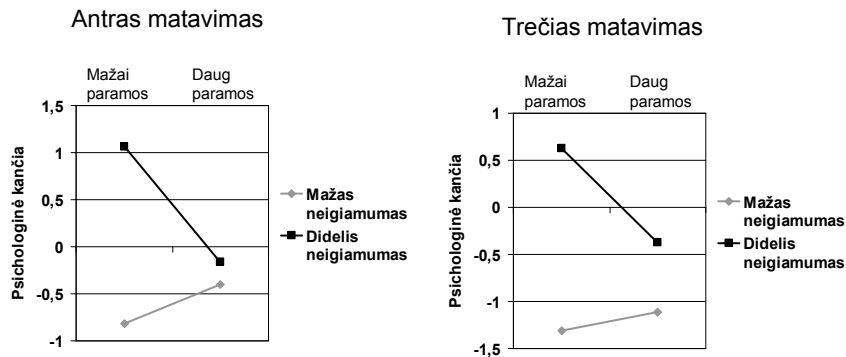
kančios lygis antrame etape pakyla. Trečiame matavime šių artimųjų psichologinės kančios lygis yra stabiliai žemas ir nesusijęs su socialine parama. Tuo tarpu artimiesiems, vertinantiems situaciją kaip labai sunkią, socialinė parama mažina psichologinę kančią.



15 pav. Globėjo patirties vertinimo ir socialinės paramos sąveika nuspėjant psichologinę kančią

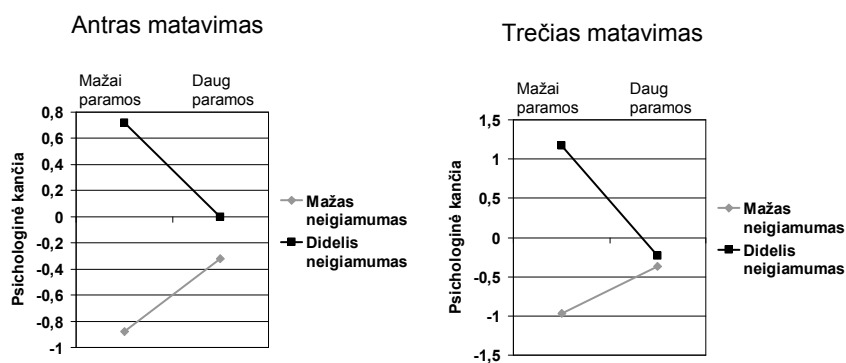
Globėjo patirties aspektai, kurių sąveika su socialine parama buvo reikšminga antrame ir trečiame etape: sudėtingas elgesys, simptomai, poveikis šeimai, priklausomybė. Stigmos ir netekties sąveika su socialine parama reikšminga buvo tik trečiame etape, o problemų su paslaugomis sąveika nebuvo reikšminga nė viename etape.

Ryškesniausi sąveikos su socialine parama antrame ir trečiame etape pavyzdžiai būtų negatyvių simptomų ($B = -0,41$, $p = 0,01$; $B = -0,30$, $p = 0,03$), poveikio šeimai ($B = -0,32$, $p = 0,05$; $B = -0,50$, $p = 0,00$) ir priklausomybės vertinimas ($B = -0,51$, $p = 0,04$; $B = -0,35$, $p = 0,05$). Pavaizdavus šių kintamųjų sąveiką aiškiai matyti, kad artimieji, kurie negatyvius simptomus, poveikį šeimai, priklausomybę nuo sergančiojo vertina labai neigiamai (“didelis neigiamumas”) ir gauna mažai paramos, išgyvena didžiausią psichologinę kančią (16–18 pav.).



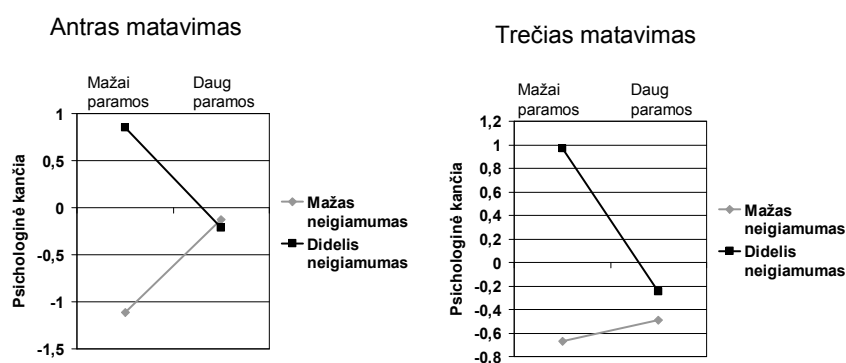
16 pav. Negatyvių simptomų vertinimo ir socialinės paramos sąveika nuspėjant psichologinę kančią

Esant didelei paramai artimųjų psichologinė kančia labai smarkiai sumažėja ir priartėja prie mažiau neigiamai vertinančių negatyvių simptomus, poveikį šeimai ir priklausomybę. Tai galėtų rodyti socialinės paramos apsauginę reikšmę sąveikoje su šiais kintamaisiais.



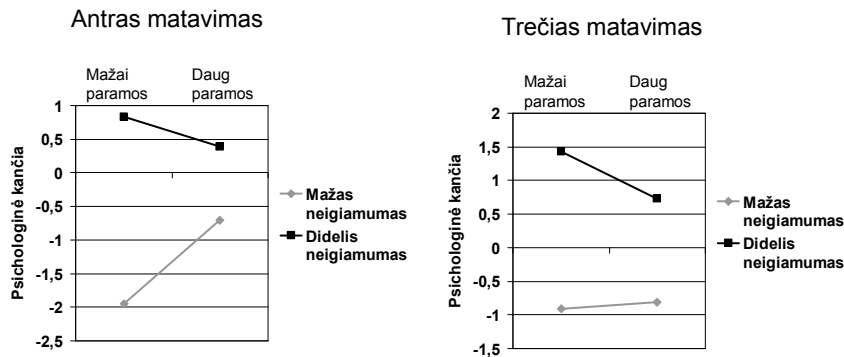
17 pav. Poveikio šeimai vertinimo ir socialinės paramos sąveika nuspėjant psichologinę kančią

Antro etapo tendencija, kad mažas neigiamumas ir didelė parama susiję su didesne psichologine kančia, trečiame etape pranyksta. Galbūti tai gali rodyti ilgalaikį socialinės paramos poveikį, „įsisotinimą“, todėl trečiame etape mažas neigiamumas susijęs su maža psichologine kančia, ka dir kokio dydžio būtų socialinė parama.



18 pav. Priklausomybės nuo sergančiojo vertinimo ir socialinės paramos sąveika nuspėjant psichologinę kančią

Apibendrinimui pateiksime jungtinio ligos situacijos vertinimo kintamojo sąveiką su socialine parama (19 pav.). Antro ir trečio etapo ligos situacijos vertinimo ir socialinės paramos sąveika reikšminga psichologinei kančiai ($B = -0,42, p = 0,01$; $B = -0,20, p = 0,05$). Pavaizdavus šių kintamųjų sąveiką matyti, kad artimieji, kurie vertina ligos situaciją labai neigiamai ir gauna mažai paramos, išgyvena didžiausią psichologinę kančią. Jų psichologinė kančia sumažėja, didėjant socialinei paramai. Ši tendencija ryškesnė trečiame matavime. Tai gali liudyti apie socialinės paramos apsauginę reikšmę.



19 pav. Ligos situacijos vertinimo ir socialinės paramos sąveika nuspėjant psichologinę kančią

Artimieji, kurių situacijos sunkumo vertinimas yra mažiausiai neigiamas („mažas neigiamumas“) ir kurie gauna mažai paramos, patiria mažiausiai psichologinės kančios. Antrame etape mažas neigiamumas ir didelė parama susijusi su didesne psichologine kančia, tačiau trečiame etape šių artimųjų psichologinės kančios lygis yra stabiliai žemas ir nesusijęs su socialine parama. Galbūt tai gali rodyti specifinius etapams būdingus socialinės paramos ypatumus.

REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Pirmos šeimos nario psichozės sunkumas artimiesiems

Dauguma artimųjų pirmąją šeimos nario psichozę nurodė kaip vieną sunkiausių savo gyvenimo įvykių, palyginti su iki tol patirtaisiais įvykiais. Neradome kitų tyrimų, kurie bandytų nustatyti tokio įvykio sunkumą artimiesiems ar palygintų įvykio sunkumą su kitomis grupėmis. Preliminariai palyginę mūsų imties rezultatus su onkologine liga sergančiųjų ir jų artimųjų duomenimis gavome, kad ūmios krizės metu pirmoji šeimos nario psichozė artimiesiems gali būti sunkesnis gyvenimo įvykis nei onkologinės ligos epizodas sergantiesiems ir jų artimiesiems (3 priedas). Šią išvadą formuluoju kaip hipotezę, nes onkologinę patirtį turinčių asmenų atranka nebuvo taip organizuota, kad būtų tinkama naudoti duomenų analizei. Tam reikėtų tolesnių tyrimų. Tačiau tokie rezultatai buvo netikėti, todėl juos ir pristatome norėdami iliustruoti pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų situacijos išskirtinumą.

Taip pat nustatėme, kad pirmas šeimos nario psichozės epizodas kelia daug psichologinės kančios artimiesiems. Ūmios psichiatrinės krizės metu daugiau nei pusės artimųjų nerimo ir depresijos įverčiai pasiekia klinikinės rizikos lygį. Tai sutampa su kitų tyrėjų duomenimis. M. G. Pereira ir kolegės (1999) ir S. McGilloway ir kolegės (1997) nustatė, kad minimalus psichiatrinis morbiditetas pagal GHQ (*General Health Questionnaire*) yra būdingas 41–45 proc. ilgą laiką sergančių asmenų artimųjų. J. Addington ir kolegės (2003, 2005) nurodo, kad stipri psichologinė kančia būdinga 24–26 proc. pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų, o 21–23 proc. būdinga vidutiniška psichologinė kančia pagal PGWB skalę (*Psychological General Well-being*), kai populiacijos norma atitinkamai būtų 13 proc. ir 15 proc.

Žinoma, kyla klausimas – ar nerimo ir depresijos sutrikimo rizika reikėtų sieti su šeimos nario psichoze, ar ji atspindi ankstesnes artimųjų emocinės būklės problemas? Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad rimstant šeimos nario

ligai, daugiau nei perpus sumažėja artimųjų, patenkančių į nerimo ir depresijos sutrikimo grupę, skaičius. Taigi padidėjusią artimųjų nuotaikos sutrikimų riziką ūmios psichiatrinės krizės metu, labiausiai sietume su šeimos nario psichoze.

Kadangi krizę išgyvena ne vien pacientas, bet ir artimieji, tai ūmios krizės metu pagalba artimiesiems yra būtina. Dauguma artimųjų, kurie sutiko dalyvauti mūsų tyrime, tikėjosi turėsia galimybę pasidalyti savo skausmu, nerimu, abejonėmis, paklausti jiems rūpimų klausimų. Lygiai kaip ir dalis atsisakiusių dalyvauti tyrime pacientų artimųjų jautė, kad jiems per sunku kalbėtis apie tai arba dar buvo šoko būsenoje ir neigė, kad šeimos narys serga psichikos liga (4 priedas). Taigi vienus artimuosius šie intensyvūs išgyvenimai veikė motyvuojančiai, jie ieškojo nors kokios galimos pagalbos, o kai kuriuos – vertė atsiriboti. Tiek vienu, tiek kitu atveju tai liudijo patirties intensyvumą. Taigi mūsų tyrimo rezultatai ir klinikiniai stebėjimai rodo, kad pirmas šeimos nario psichozės epizodas yra ypač sunkus ir sukrečiantis įvykis artimųjų gyvenime.

4.2. Pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų reagavimo ypatumai

Tyrimas parodė, kad pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų reagavimas yra specifiskas sergančiojo atsigavimo fazei. Skirtingais atsigavimo laikotarpiais keičiasi ligos situacijos vertinimo negatyvumas, psichologinės kančios intensyvumas ir atskirų globos aspektų reikšmė psichologinei kančiai.

4.2.1. Psichologinės kančios ir ligos situacijos vertinimo kaita

Tyrimo rezultatai rodo, kad pradinis psichologinės kančios intensyvumas reikšmingai sumažėja jau ankstyvuju atsigavimo laikotarpiu ir išlieka panašaus lygio vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu. Ko gero didžiausi artimųjų psichologinės kančios pokyčiai vyksta sergančiajam pereinant iš ūmios fazės į

ankstyvąją atsigavimo fazę. J. Addington ir kolegos (2005) taip pat nurodo, kad laikui bėgant pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų kančia reikšmingai sumažėja. Jų tirti artimieji gavo pagalbą ankstyvųjų psichozių centre ir buvo tirti pagalbos pradžioje bei pakartotinai po šešių mėnesių, po vienerių, dvejų ir trejų metų tol, kol lankėsi šiame centre. Tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausi pokyčiai šiems artimiesiems įvyko per pirmus šešis mėnesius, vėliau jų psichologinė kančia nebesikeitė. Tyrimo autoriai tai siejo su pagalbos artimiesiems veiksmingumu, tačiau mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad ir be papildomos pagalbos artimųjų psichologinė kančia sumažėja laikui bėgant.

Ligos situacijos vertinimas, mūsų tyrimo duomenimis, taip pat tampa mažiau neigiamas laikui bėgant. Ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu reikšmingai sumažėja situacijos sunkumo, daugelio globėjo patirties aspektų (sudėtingo elgesio, poveikio šeimos tarpusavio santykiams, priklausomybės nuo sergančiojo ir netekties) vertinimo neigiamumas. Vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu galiausiai sumažėja negatyvių simptomų ir stigmatos vertinimo neigiamumas. J. Addington ir kolegos (2005) taip pat nurodo, kad laikui bėgant keičiasi pirmą psichozę išgyvenusiu asmenų artimųjų globėjo patirties vertinimas. Tyrimo rezultatai rodo, kad didžiausi pokyčiai įvyko per šešis–dvylika mėnesių, vėliau globėjo patirties neigiamas vertinimas nebesikeitė.

Mūsų tyrime pakankamai stabilūs lieka tik įveikos veiksmingumo ir problemų dėl paslaugų vertinimas. Įveikos veiksmingumo sunkumų svyravimai (pagerėjimas ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu ir vėlesnis pablogėjimas) yra tik statistinė tendencija. Ji gali atspindėti šio kintamojo sąveiką su ligos situacija. Nuslūgus pozityviems simptomams ir ryškiai pagerėjus sergančiojo būsenai ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu, iškyla nauji uždaviniai – emociškai susitvarkyti su ligos patirtimi ir atsigauti socialiai. Šis procesas nėra toks spartus kaip norėtusi, tai lūkesčių ir kantrybės išbandymo laikas, galimi depresijos ir psichozės atkryčio požymiai. Tiek sergantieji, tiek jų artimieji šalia atsigavimo optimizmo gali išgyventi nusivylimą ir neveiksmingumo

jausmą. Galbūt tai ir atspindi artimųjų įveikos veiksmingumo vertinimo dinamika. Bet ši dinamika nėra esminė psichologinei kančiai, nes situacijos sunkumo vertinimas yra ryškiai sumažėjęs. O pasak R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984), psichologinė kančia stipriausiai išgyvenama tuomet, kai situacija vertinama kaip gerokai sunkesnė ir grėsmingesnė nei asmuo pajėgus su ja susitvarkyti.

Kaip minėjome, problemų dėl paslaugų vertinimas skirtingais matavimais nesiskiria. Tai galėtų reikšti, kad laikui bėgant artimųjų sunkumai tvarkantis su šia situacija ir patiriamos problemos dėl paslaugų nekinta. Kalbant apie pozityvų ligos situacijos vertinimą, pasakytina, kad pozityvi asmeninė patirtis laikui bėgant yra gana stabili, o pozityvus santykių su sergančiuoju vertinimas po devynių mėnesių sumažėja. J. Addington ir kolegų (2005) tyrime ši mažėjimo, nors ir statistiškai nereikšmingo, tendencija taip pat pastebima. Galbūt tai gali būti reorganizacijos įveika – kuo situacija tampa mažiau grėsminga, labiau suprantama, kontroliuojama ir priimama, tuo mažiau artimieji galvoja tiek apie neigiamus, tiek apie teigiamus dalykus.

Taigi artimųjų psichologinė kančia ir ligos situacijos vertinimas laikui bėgant keičiasi. Didžiausi artimųjų ligos situacijos vertinimo pokyčiai vyksta pacientui pereinant iš ūmios krizės į ankstyvąjį atsigavimo etapą, o kai kuriais atvejais jau vėlyvajame atsigavimo etape. Tokią artimųjų reakcijų dinamiką galima sieti su paciento, patyrusio psichozę, simptominiu pagerėjimu. Nustatyta, kad nemažas simptominis pagerėjimas vidutiniškai būna jau po devynių–vienuolikos savaičių (Robinson et al., 1999; Lieberman et al., 1993), nors visapusiškas (klinikinis, socialinis, psichologinis) atsigavimo procesas po psichozės užtrunka apie metus. Atrodytų, pagerėjus pacientui – palengvėja artimiesiems. Tačiau įvairių studijų duomenimis, artimųjų psichologinę savijautą geriausiai paaiškina ne paciento klinikinės ir demografinės charakteristikos, o artimųjų neigiamas ligos situacijos vertinimas (Harvey et al., 2001; Addington et al., 2005), kuris tik iš dalies susijęs su paciento simptomais (Joyce, 2000). Taigi didesnę ligos situacijos neigiamumo vertinimo ir psichologinės kančios sumažėjimą būtų galima sieti su natūralia krizės

būsenos dinamika. Pagal klasikinius krizės modelius, susigražinti prarastą emocinę pusiausvyrą užtrunka keturias–šešias savaites (Caplan, 1964), o nugalėti krizę, išmokti naujų įveikos būdų, gali užtrukti nuo kelių savaičių iki kelių mėnesių (Roberts, 2005). Tad, remiantis krizių ir streso įveikos teorijomis, tikėtina, kad po trijų mėnesių artimieji jau bus pakankamai prisitaikę prie stresoriaus keliamų reikalavimų. Greičiausiai tai lemia ir gydomos psichozės dinamika, ir bendrieji išgyvenamos krizės dėsningumai.

Lygindami savo tyrimo rezultatus su prieštariniais kitų tyrėjų (McCleery et al., 2007; Addington et al., 2005; Szmukler et al., 1996, 2003) rezultatais, pastebime tendenciją, kad artimųjų situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirties, bendro ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios pokyčiai gali būti glaudžiai susiję su ligos faze ir trukme. Įtraukus artimuosius į tyrimą ūmioje paciento ligos fazėje, ypač pirmo epizodo metu, tikėtini ne vien psichologinės kančios pokyčiai laikui bėgant, bet ir gerokai stabilesnio ligos situacijos vertinimo pokyčiai. Ir atvirkščiai – artimuosius įtraukus į tyrimą paciento remisijos laikotarpiu, ypač jei tai bus ilgalaikių pacientų artimieji, psichologinės kančios, o ypač ligos situacijos pokyčiai bus mažai tikėtini. Taigi atliekant paslaugų veiksmingumo tyrimus būtina kontrolinė grupė, nes, mūsų tyrimo duomenimis, ligos situacijos neigiamumas ir psichologinė kančia natūraliai sumažėja be papildomų intervencijų artimiesiems. Ligos situacijos vertinimo kintamasis yra jautrus perėjimui iš krizės etapo į ankstyvąjį atsigavimo laikotarpį, tačiau nėra jautrus perėjimui iš ankstyvojo į vėlyvąjį atsigavimo laikotarpį. Kaip paslaugų vertinimo rodiklis šiuo laikotarpiu jis nelabai galėtų būti naudojamas.

4.2.2. Atskirų globos aspektų ir psichologinės kančios ryšio kaita

Mūsų tyrimas parodė, kad psichologinės kančios ir atskirų globėjo patirties aspektų ryšys laikui bėgant kinta. Psichologinei kančiai reikšmingiausi globos aspektai skiriasi. Jie priklauso nuo atsigavimo fazės.

Ūmios krizės etape (1 matavimas) artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės nuo sergančiojo išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų. Kitų tyrėjų duomenys (pvz., King, 1993) taip pat rodo, kad ligos pradžioje artimieji gali būti perdėtai įsitraukę, jaustis priklausomi nuo sergančiojo ir tik vėliau gali rasti balansą tarp globėjo ir globotinio poreikių balansą. Priklausomybės išgyvenimo ryšį su artimųjų psichologine kančia aiškintume kaip artimųjų reakciją į nelauktą, nenorimą, nekontroliuojamą šeimos nario regresą. Kaip minėjome, asmens, išgyvenančio ūmią psichozę, kasdienė veikla būna stipriai sutrikdyta. Jis tampa mažai pajėgus pasirūpinti savimi, tarsi grįžta į ankstesnę raidos stadiją, kai kontaktas su juo iš aplinkinių reikalauja daugiau laiko, fizinės ir psichinės energijos. Kančią keliantis priklausomybės išgyvenimas gali būti natūrali reakcija į ūmios krizės ištiktą asmenį, nes artimieji yra visomis savo mintimis ir jausmais su sergančiuoju, tapatinasi su jo būseną, nori jam padėti, bet kartu suvokia, kad taip neturėtų būti ir nėra tikri, ar kada nors tai baigsis. Kad priklausomybė keltų mažesnę artimųjų susirūpinimą, matyt, reikia užtikrinimo, kad tai laikina.

Priklausomybė nuo sergančiojo vėlesniais etapais ir pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų asmenų artimųjų imtyje jos reikšmė sumažėja. Galbūt tai reiškia, kad priklausomybės nuo sergančiojo vertinimas labiau situacinis, kaip reakcija į artimojo regresą, o ne stabilus artimųjų ypatumas. Tai sutaptų su kitų tyrėjų (pvz. van Os et al., 2001) rezultatais, kad perdėtas artimųjų įsitraukimas yra labiau reakcija į ligą, o ne stabilus jų charakteristika.

Gaunamų paslaugų reikšmė artimųjų psichologinei kančiai atsispindi ir kitų tyrėjų publikacijose (Tsang et al., 2003; van Audenhove et al., 2002; Jungbauer et al., 2002; Stengård et al., 2000). Sunkumų, susijusių su gaunamomis paslaugomis, svarbą psichologinei kančiai būtų galima paaiškinti tuo, kad nėra pakankamai atliepiamas artimųjų bendradarbiavimo su gydytoju poreikis ūmios krizės metu. Pirmojo epizodo metu artimieji būna stipriai sukrėsti. O gydytojai ir kitas psichikos sveikatos priežiūrą teikiantis personalas artimiesiems neretai sunkiai prieinami, pokalbio laikas labai ribotas. Pagrindinis dėmesys yra sergančiajam ir ne visuomet randama laiko, jėgų,

resursų atliepti artimųjų poreikius, kurie pirmosios hospitalizacijos metu būna ypač suintensyvėję. Artimieji paprastai stokoja elementarių žinių apie ligą, jos gydymą ir atsigavimo procesą, o tai susiję su psichologine kančia (Greenberg et al., 1997). Kita problema, kad net jei ši informacija ir yra pateikiama, artimieji ją nebūtinai iš karto įsisavina dėl krizės išgyvenimų poveikio kognityviems procesams. Didelio streso apimti žmonės sunkiau įsisavina informaciją. Nepasitenkinimas paslaugomis gali kilti ir dėl skirtingo artimųjų ir profesionalų įsivaizdavimo, kas naudinga sergančiajam. Kartais problemų kelia ir neigiamas profesionalų požiūris į artimuosius, kaip paciento ligos šaltinį ar papildomų problemų specialistams kūrėjus.

Netikėta tai, kad patiriamos problemos dėl paslaugų laikui bėgant nesikeičia, tačiau psichologinei kančiai jos reikšmingiausios tik ūmios krizės metu. Nei vėlesniais etapais, nei pakartotinių gydymų pacientų artimiesiems patiriamos problemos dėl paslaugų nebėra statistiškai reikšmingos. Galbūt tai reiškia, kad jau yra nusistovėjęs bendravimo būdas su sveikatos priežiūros profesionalais, kuris nebekelia psichologinės kančios, – galbūt bendradarbiaujantis, o galbūt palaikantis distanciją ir todėl nebekeliantis nusivylimo.

Taip pat netikėta, kad ūmios krizės etape artimųjų psichologinei kančiai reikšmingesnis priklausomybės nuo sergančiojo išgyvenimas ir susirūpinimas paslaugomis, o ne sudėtingas elgesys ar negatyvūs simptomai. Ką tai galėtų reikšti? Juk „nebūtų ligos – nebūtų kančios“? Viena hipotezė būtų, kad artimiesiems baisiausia ne pati liga, o jos poveikis nusistovėjusiam gyvenimui, santykiams, kasdieniams vaidmenims, atsakomybių pasidalijimui, pagalbos pobūdis ir aplinkinių reakcijos į ligą.

Ankstyvajame atsigavimo etape (2 matavimas) artimųjų psichologinei kančiai reikšmingesnė nei kiti kintamieji tampa suvokiama stigma. Po trijų mėnesių ūmi krizė būna nuslūgusi, simptomai apmalšinti, būseną stabilesnę, asmens savarankiškumas padidėjęs. Trys mėnesiai – tai ankstyvasis atsigavimo laikotarpis, kai po truputį grįžtama į gyvenimą prie kasdienių veiklų, darbų ir santykių. Nuo bendravimo su profesionalais pereinama prie bendravimo su

įprastine aplinka. Taigi darosi aktualu kaip aplinkiniai reaguos į psichozę išgyvenusį asmenį ir jo artimuosius, kokią informaciją ir kam atskleisti. Stigmatizacijos jausmas, apimantis gėdos išgyvenimą, poreikį slėpti tai ir įsitikinimą, kad kiti vengia arba gali vengti bendrauti su jais dėl šios stigos, yra būdingi ir kitų šalių psichikos ligomis sergančiųjų artimiesiems (Corrigan et al., 2004). Nuolatinis nerimas dėl paslapties saugojimo ir ambivalencija tarp noro pasidalyti ir netikrumo, su kuo ir kaip tai padaryti, yra visiems artimiesiems pažįstama būseną. Toks asocijuotos stigos patyrimas susijęs su artimųjų psichologine kančia (Link et al., 2001). Mūsų tyrimo rezultatai tai patvirtina.

Vėlyvajame atsigavimo etape (3 matavimas) artimųjų psichologinei kančiai ir toliau reikšmingiausia išlieka suvokiama stigma. Be to, sustiprėja netekties išgyvenimo reikšmė psichologinei kančiai. Tai, kad šalia stigos išgyvenimo išryškėja ir netekties išgyvenimo aktualumas, gali būti susiję su atsigavimo fazės specifika. Nuslūgus psichozės simptomams, prasideda psichologinis atsigavimas. Grįžta kritika, asmuo iš naujo turi susidėlioti ribas, atskirti, kas yra jo, o kas atėję iš ligos, kas yra realu, o kas yra jo vaizduotės padarinys. Atsigavimo proceso metu kai kurie pacientai gali išgyventi popsichozinę depresiją (Mc Gorry and Edwards, 1997). Tai gali būti panašu į sielvarto ar gedėjimo laikotarpį, susijusį su prarastu savęs jausmu arba nerimu dėl savo neišnaudotų ar atsidėjusių galimybių. Asmuo gali nerimauti dėl būsimų, nors ir nerealių, netekčių. Taigi artimųjų netekties išgyvenimas gali atspindėti pastaruosius atsigaunančio po psichozės asmens išgyvenimus. Taip pat artimieji gali išgyventi netektį dėl jų pačių neatlieptų lūkesčių – laikas eina, o šeimos narys dar visiškai negrįžęs į save ir nesveiksta taip greitai, kaip norėtųsi. Ankstesnį tikėjimą gydymo galia, gydytojais ir psichikos sveikatos priežiūros sistema gali pakeisti nusivylimas ir pesimizmas. Taip pat artimųjų netekties išgyvenimo reikšmė psichologinei kančiai gali būti susijusi su suicido nerimu. Savižudos rizika yra šiuo laikotarpiu būna padidėjusi (Power, 2003, 2004).

Netekties kintamasis reikšmingas tik pirminių pacientų artimųjų imtyje, pakartotinai gydomų pacientų artimųjų imtyje jis nebereikšmingas. Jos reikšmė psichologinei kančiai labiausiai išryškėja vėlyvučiu atsigavimo laikotarpiu. Tai sutaptų su gedulo proceso dėsniniais, nes būtent šiuo laikotarpiu vyksta intensyviausias darbas su sielvarto išgyvenimais (McBride and Johnson, 2005). Tačiau pakartotinai gydomų pacientų artimųjų imties rezultatai liudija, kad ilgai šio kintamojo svarba sumažėja.

Pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų asmenų artimųjų psichologinei kančiai stigma yra ypač reikšminga kaip ir pirminių pacientų artimųjų psichologinei kančiai ankstyvučiu ir vėlyvučiu atsigavimo laikotarpiu. Besikartojanti tendencija tiek pirminių, tiek pakartotinai gydomų pacientų artimųjų imtyse liudytų apie stigos kintamojo svarbą artimųjų psichologinei kančiai vėlesniais atsigavimo laikotarpiais.

Gėdos išgyvenimas, poreikis slėpti ligos faktą ir tvirtas įsitikinimas, kad aplinkiniai gali vengti bendrauti dėl šios patirties tiek su sergančiuoju, tiek su jo artimaisiais, yra būdingi ir visų šalių psichozę išgyvenusiu pacientų artimiesiems. Tačiau palyginus J. Addington (2003, 2005) ir G. Szmukler (1996) pateiktus stigos įvertinimų vidurkius su mūsų imties stigos vidurkiais matyti, kad mūsų tyrimo dalyviai stigmą vertina santykinai neigiamiau. Tai galbūt gali atspindėti ir objektyvią mūsų šalies situaciją. Kaip minėjome, 2006 m. Eurobarometro duomenimis Lietuva gerokai pirmauja Europoje savo požiūriu į šių asmenų pavojingumą, o 2010 m. Eurobarometro išvada – Lietuvos piliečiams iš visų ES šalių piliečių būtų sunkiausia kalbėti su kuo nors, patiriančiu akivaizdžių psichikos sveikatos problemų. Taip pat nustatyta, kad Lietuvos žiniasklaidoje dominuoja sutrikusios psichikos asmenų vaizdavimas, paremtas stereotipais ir palaikantis jų stigmatizaciją – psichikos sutrikimai siejami su nusikaltimais (Mataitytė-Diržienė, 2011). Taigi Lietuvoje neigiami stereotipai psichikos ligomis sergančiųjų atžvilgiu ir šių žmonių baimė iš tiesų yra stipriai išreikšti.

Tačiau pasaulyje stigma irgi veši. Ne veltui 1999 metais Pasaulio psichiatrijos asociacija pradėjo pasaulinę programą „Atverkite duris“ prieš stigmą

ir diskriminaciją, susijusią su šizofrenija (PSO, 2001). Darbas šia linkme vyksta toliau – skatinama psichikos ligomis sergančių asmenų integracija ir mažinama diskriminacija. Tačiau tai pasiekti nėra taip paprasta. Po tragiškų Norvegijos įvykių pasaulio žiniasklaidoje sumirgėjus pranešimams apie žudiko psichikos būklę, nevyriausybinė organizacija *Mental Health Europe* reagavo pranešimu, kuriame teigiama, kad „*Breivikas galėjo turėti arba galėjo neturėti psichikos sveikatos problemų. Ne tai svarbiausia. Pagrindinė problema, kad tučtuoju teigiama, jog Breivikas **privalėjo** turėti psichikos sveikatos problemų, kad padarytų tokį baisingą nusikaltimą, nors vienos pačios psichikos sveikatos problemos neveda prie prievartos. Tokie rizikos veiksniai kaip prievarta vaikystėje, piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis ar ankstesnis smurtinis elgesys patikimiau nuspėja būsimą prievartą. Vadindama Breiviką pamišėliu, žiniasklaida pastiprina žalingus stereotipus apie žmones, turinčius psichikos sveikatos problemų, ir ignoruoja platesnį žudynių kontekstą. Ir taip darydama apvilia abu – savo skaitytojus ir vieną iš pažeidžiamiausių grupių visuomenėje“.*

Daryti įtaką žiniasklaidai nėra lengva. Žiniasklaida rūpinasi savo reitingais ir žinodama kokioms temoms visuomenė jautri, pataikauja tokiam jos „skoniui“. Ir taip yra jau nuo senų laikų. Pavyzdžiui, kai buvo filmuojamas Akademijos prizu apdovanotas filmas „Skrydis virš gegutės lizdo“, jo kūrėjai masinėse scenose galėjo filmuoti tikrus pacientus, tačiau šios minties buvo atsisakyta, nes tikri pacientai neatrodė pakankamai keistai, kad atitiktų visuomenėje susiklosčiusį įvaizdį (Wahl, cit. pagal Warner, 2003). Taigi ydingas ratas sukasi – žiniasklaida ieško sensacijų, tai formuoja žmonių nuostatas ir palaiko žalingus stereotipus, galiausiai žiniasklaida bando prisiderinti prie šių nuostatų ir stereotipų, kad išlaikytų vartotojo dėmesį.

Laikui bėgant keičiasi nuomonės, kaip aiškinti psichozes, kad žmonės labiau priimtų šiuos asmenis. Daugybė antistigminių programų remiasi biogenetiniu požiūriu į psichozes, kad „psichikos ligos yra kaip ir bet kurios kitos ligos“. J. Read (2006) atlikęs publikacijų analizę PsychInfo ir Medline duomenų bazėse nustatė, kad žmonės ir toliau teikia pirmenybę

psychosocialiniam požiūriui į ligą ir jos gydymą. Biogenetinis aiškinimas ir „ligos“ etiketė tiesiogiai susiję su šių asmenų pavojingumo ir nenuspėjamumo suvokimu, jų baime ir noru palaikyti distanciją. Taigi klausimas, kaip veikti visuomenę, kad mažėtų neigiamas požiūris į psichikos ligas ir ko reikia, kad artimieji ir sergantieji neprisiimtų šių stereotipų asmeniškai ir nepradėtų patys savęs stigmatizuoti, lieka atviras.

Taigi mūsų tyrimas parodė, kad skirtingais sergančiojo atsigavimo laikotarpiais keičiasi jo artimųjų ligos situacijos vertinimo negatyvumas. Taip pat nustatėme, kad artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausi globos aspektai priklauso nuo atsigavimo fazės: ūmios krizės metu psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų; ankstyvuojant atsigavimo laikotarpiu išryškėja stigmos reikšmė psichologinei kančiai, ji išlieka reikšminga tiek vėlyvuojant atsigavimo laikotarpiu, tiek pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimiesiems; vėlyvuojant atsigavimo laikotarpiu pradeda ryškėti netekties kintamojo reikšmė artimųjų psichologinei kančiai. Taigi darome išvadą, kad pirmą psichozę išgyvenusių artimųjų reagavimas yra specifiskas sergančiojo atsigavimo fazei.

4.3. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų ligos situacijos vertinimo ir vėlesnės psichologinės kančios sąsajos

Psichologinės kančios ryšys su kintamaisiais tuo pačiu matavimu. Mūsų tyrime psichologinė kančia glaudžiai susijusi tuo pačiu matavimu su situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirties ir bendru ligos situacijos vertinimu. Taigi, kad ir koks būtų krizės etapas, ryšys išlieka stabilus – kuo psichozę išgyvenusiujų artimieji situacijos sunkumą, įveikos veiksmingumą, globėjo patirtį ir bendrą ligos situaciją vertina neigiamiau, tuo jie patiria didesnę psichologinę kančią. Tai sutampa su minėtomis streso įveikos teorijos

prielaidomis apie vertinimo ir patiriamo streso tarpusavio ryšį (Folkman and Lazarus, 1984) taip pat sutampa tiek su psichoze išgyvenusiu asmenų artimųjų tyrimų rezultatais (pvz., McCleery et al., 2007; Addington et al., 2005), tiek su infarktą patyrusių asmenų artimųjų rezultatais (pvz., Carek et al., 2010).

Ligos situacijos vertinimo stabilumas laikui bėgant. Mūsų tyrime ligos situacijos vertinimo kintamasis gana stabilus laikui bėgant. Kuo neigiamiau artimieji vertina situacijos sunkumą, įveikos veiksmingumą, globėjo patirtį, bendrą ligos situaciją ūmios krizės etape, tuo neigiamiau juos vertina ir vėlesniais atsigavimo laikotarpiais. Kryžminė ankstinių analizė patvirtino, kad situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirties ir bendras ligos situacijos vertinimas ūmios krizės metu leidžia prognozuoti vėlesnes šių kintamųjų reikšmes, nors ankstyvuojant atsigavimo laikotarpiu ir būna ryškus šių kintamųjų lūžis. Keliame prielaidą, kad ligos situacijos vertinimo veiksnys yra gana stabilus, nes gali būti susijęs su tiriamųjų asmenybės charakteristikomis, pavyzdžiui, neadaptiviomis schemomis, neurotiškumu ar kognityviu stiliumi, graužatimi (angl. *ruminatio*). Neadaptyvios schemas formuojasi dar vaikystėje ir daro asmenis pažeidžiamesnius nepalankioms vėlesnio gyvenimo aplinkybėms (Beck, 1997; Young, 1999). Negatyvių vertinimų stabilumą galima būtų sieti ir su neurotiškumu. K. C. Gunthert ir kolegos (1999) nustatė, kad neurotiškumas kasdieniame gyvenime yra susijęs su pirminiu ir antriniu vertinimu. Didelio neurotiškumo asmenys palyginant su mažu neurotiškumu, nurodo daugiau tarpasmeninių stresorių, pasižymi neigiamesniu pirminiu ir antriniu vertinimu ir reaguoja didesne psichologine kančia į didėjantį neigiamą pirminį ir antrinį vertinimą. O kognityvus stilius, pasižymintis polinkiu į graužatį, jau pats savaime rodo negatyvių, nerimastingų vertinimų rigidiškumą. S. Nolen-Hoeksema (1994) nustatė, kad asmenims, kurie į prastos nuotaikos epizodą reaguoja didesne graužatimi, šis epizodas ilgiau trunka.

Psichologinės kančios stabilumas laikui bėgant. Psichologinės kančios matavimai laikui bėgant silpniau koreliuoja tarpusavyje. Tai reiškia, kad laikui bėgant psichologinė kančia gali būti veikiama kitų kintamųjų ir mažiau priklausyti nuo ankstesnių psichologinės kančios matavimų. Kryžminė

ankstinių analizė patvirtino, kad negalime prognozuoti vėlesnės psichologinės kančios remdamiesi šio kintamojo vertinimu ūmios krizės metu. Tai galime padaryti tik remdamiesi ankstyvojo atsigavimo etapo vertinimu. Taigi psichologinės kančios kintamajam daugiau įtakos turi kiti kintamieji, nei ankstesnis psichologinės kančios įvertinimas. Šie rezultatai derėtų su traumų psichologijoje kylančiomis abejonėmis dėl ūmaus streso sutrikimo diagnozės prognostinių galimybių, nuspėjant vėlesnį potrauminio streso sutrikimą (Harvey and Bryant, 2002). Tyrimų rezultatai rodo, kad tik 42 proc. asmenų, kurie pirmąjį mėnesį po piktybinio susirgimo diagnozės išgyveno ūmaus streso sutrikimą, po vienerių metų buvo galima diagnozuoti potrauminio streso sutrikimą (Kangas et al., 2005). Taigi pradinė ūmi reakcija į diagnozę yra sudėtinga emocinių, kognityvių ir biologinių veiksnių sąveika. Pavyzdžiui, mūsų tyrimo atveju, galbūt psichologinės kančios kintamasis susijęs su emocinio reagavimo ypatumais – didesniu jaudrumu ar emociniu reaktyvumu. Tokie asmenys gali būti jautresni situaciniams pokyčiams, jų išgyvenimų lygmuo intensyvesnis, tačiau, įvertinę situaciją, jie gali nurimti ir palaipsniui adaptuotis kaip ir silpniau reaguojantieji.

Situacijos sunkumo vertinimo ir psichologinės kančios ryšio kryptis.

Kryžminė ankstinių analizė padėjo atsakyti į ryšio krypties klausimą – ar psichologinė kančia nuspėja situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, bendrą ligos situacijos vertinimą, ar situacijos sunkumas, įveikos veiksmingumas, bendras ligos situacijos vertinimas nuspėja psichologinę kančią, kai yra kontroliuojami visi šių kintamųjų tarpusavio ryšiai įvairiais laiko momentais. Nustatėme, kad situacijos sunkumo vertinimas nuspėja psichologinę kančią įvairiais laiko momentais, o įveikos veiksmingumo ir bendros ligos situacijos vertinimas nuspėja psichologinę kančią vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu. Taigi situacijos sunkumas, įveikos veiksmingumas ir bendras ligos situacijos vertinimas leidžia prognozuoti vėlesnę psichologinę kančią. Tai patvirtintų R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) bei P. C. Ellsworth ir K. R. Scherer (2009) teorines prielaidas apie vertinimo svarbą emociniam reagavimui. Vertinimo reikšmė psichologinei kančiai laikui bėgant yra

nustatyta ir kitų tyrėjų studijose. C. C. Benight ir kolegos (2008) tyrė nukentėjusių autoavarijose asmenų potrauminę psichologinę kančią septynios dienos po avarijos ir pakartotinai po vieno mėnesio bei po trijų mėnesių. Autoriai nustatė, kad įveikos veiksmingumo vertinimas yra reikšmingas šių asmenų potrauminei psichologinei kančiai po trijų mėnesių, kai buvo kontroliuojama ankstesnė psichologinė kančia ir kiti su trauma susiję kintamieji. R. Meiser-Stedman ir kolegos (2009) nustatė, kad negatyvus vertinimas yra susijęs su potrauminių simptomų atsiradimu ir palaikymu laikui bėgant vaikų ir paauglių imtyje. R. A. Bryant ir kolegos (2007) tyrė būsimų gaisrininkų negatyvų vertinimą mokymų metu (iki traumos) ir turinčių ketverių metų darbo stažą (po traumos). Autoriai nustatė, kad negatyvus savęs vertinimas paaiškino 20 proc. potrauminio streso duomenų išsibarstymo po ketverių metų, tačiau šio tyrimo trūkumas tas, kad nebuvo kontroliuojamas neigiamas vertinimas esamu metu.

Lyties, giminystės ryšio ir gyvenimo kartu reikšmė. Kontroliuojant lytį, giminystės ryšį ir gyvenimą kartu su sergančiuoju, ankstesni modelių ryšiai nepasikeitė, iš dalies sustiprėjo situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir bendro ligos situacijos vertinimo prognostinės galimybės. Papildomai nustatyta, kad šie kintamieji reikšmingiausi psichologinei kančiai ūmios krizės metu. Situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir bendram ligos situacijos vertinimui ūmios krizės metu gali būti reikšmingas gyvenimas kartu su sergančiuoju.

Lyties reikšmė psichologinei kančiai nustatyta ir kitų tyrėjų studijose (pvz. Tytherleigh et al., 2007). L. K. Tamres ir kolegų metaanalizė (2002) atskleidė, kad moterys stresorius vertina kaip sunkesnius nei vyrai. Tą patį patvirtino R. J. Eaton ir G. Bradley (2008) tyrimas. D. M. Almeida ir R. C. Kessler (1998) bandė nustatyti kuri teorija geriau paaiškina šiuos skirtumus – lyčių vaidmenų ar graužaties (angl. *ruminatio*). Jų išvada – kasdienės psichologinės kančios lyčių skirtumai susiję su moterų dažniau patiriamais stresoriais, o ne ilgesniu psichologinės kančios išgyvenimu. Taigi šiuos gautus duomenis geriau paaiškintų lyčių vaidmenų teorinė perspektyva. K. Dedovic ir

kolegos (2009), žvelgdami į lytį iš raidos perspektyvos teigia, kad tyrimuose vyrų ir moterų skirtingų reakcijų į stresorius negalima paaiškinti biologiniais veiksniais, kad tai labiau susiję su lyčių vaidmenimis, įgytais socializacijos metu. Vyrų ir moterų reakcijų stiprumas glaudžiai susijęs su stresoriaus tipu – vyrai stipriau reaguoja į stresorius, susijusius su pasiekimais, o moterys – į stresorius, susijusius su santykiais. Tai, matyt, paaiškintų, kodėl mūsų tyrime moterys patiria stipresnę psichologinę kančią. Gyvenančių kartu su segančiuoju didesnę psichologinę kančią, ko gero, būtų galima sieti su dažnesne akistata su stresoriais, neigiamesniai įvertinimui tokia akistata tikriausiai irgi turi reikšmės. O tėvų didesnę kančią nei ne tėvų – vėlgi geriausiai paaiškintų skirtingi vaidmenys ir su jais susijusi atsakomybė. Didesnę atsakomybę susijusi su didesne psichologine kančia.

Taigi artimųjų situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir bendro ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios tarpusavio sąveika patvirtina streso įveikos modelio prielaidas, kad vertinimas lemia psichologinės kančios skirtumus ir kognityvinės psichologijos hipotezę, kad kiekvienoje emocijoje yra kognityvus vertinimo komponentas (Beck, 1997). O klinacistams svarbiausia pradinėje stadijoje vertinti ne asmens emocinę kančią, bet atsižvelgti į tai, kaip artimieji vertina situacijos sunkumą, įveikos veiksmingumą, bendrą ligos situaciją. Iš situacijos sunkumo vertinimo galima prognozuoti artimųjų psichologinę kančią po devynių mėnesių. Ankstyvojo atsigavimo laikotarpiu vėlesnę psichologinę kančią galima prognozuoti iš įveikos veiksmingumo vertinimo ir bendro ligos situacijos vertinimo. Kai artimieji yra tėvai, tai vėlesnę psichologinę kančią galima prognozuoti iš pradinio ligos situacijos vertinimo.

4.4. Apsauginis pirmą psichozę išgyvenusiujų asmenų artimųjų gaunamos socialinės paramos vaidmuo

4.4.1. Socialinės paramos ryšys su psichologine kančia

Iš kryžminių ankstinių modelio matyti, kad pacientų artimųjų gaunama socialinė parama gana stabili laikui bėgant. Pastebimas socialinės paramos mažėjimas ankstyvuoju laikotarpiu yra tik statistinė tendencija. Šią tendenciją galima būtų sieti su mažėjančiu artimųjų socialinės paramos poreikiu, kai krizė atslūgsta. Tokia prielaida derėtų su kitų tyrėjų duomenimis (pvz., Barrera et al., 1996), kurie nustatė, kad, esant didesnei psichologinei kančiai, žmonės gauna daugiau socialinės paramos.

Netikėta, kad socialinė parama nesusijusi su psichologine kančia ūmios krizės metu. Ryšys tarp socialinės paramos ir psichologinės kančios atsiranda vėlesniais atsigavimo laikotarpiais. Šis ryšys yra atvirkštinis, t. y. kuo artimieji gauna daugiau paramos, tuo jų psichologinė kančia yra mažesnė. Keltume kelias prielaidas, dėl ko gali nebūti ryšio tarp socialinės paramos ir psichologinės kančios ūmios krizės metu. Pirmą, ligos faktas yra sunkus įvykis, keliantis intensyvias reakcijas, kad ir kokių būtų individualių skirtumų, todėl ryšys su gaunama socialine parama nusilpsta. Antra, tai gali būti susiję su tuo, kad dėl didelio artimųjų emocinio reaktyvumo pirmąją hospitalizacijos savaitę gaunamas paramos poveikis pradeda ryškėti tik vėliau. Taip pat gali būti, kad ūmios krizės metu žmonės labai skirtingai reaguoja į socialinę paramą – vieni jos siekia, kiti atsiriboja, vieniems psichologinė kančia ją gaunant mažėja, kitiems didėja ir dėl to nebenustatoma bendra šių kintamųjų ryšio tendencija.

Kryžminių ankstinių modelio rezultatai rodo, kad psichologinė kančia nenuspėja socialinės paramos, tačiau socialinė parama ankstyvuoju atsigavimo laikotarpiu gali nuspėti vėlesnę psichologinę kančią. Kuo mažiau socialinės paramos artimieji gaun ankstyvuoju atsigavimo laikotarpiu, tuo daugiau psichologinės kančios jie patiria vėlyvuoju atsigavimo laikotarpiu ir atvirkščiai

– kuo daugiau socialinės paramos gaun ankstyvuoju atsigavimo laikotarpiu, tuo mažiau psichologinės kančios patiria vėlyvuoju atsigavimo laikotarpiu. Tai gali rodyti ilgalaikę apsauginę socialinės paramos reikšmę psichologinei kančiai.

Kontroliuojant lytį, giminystės ryšį ir gyvenimą kartu su sergančiuoju, ankstesni modelio ryšiai tarp socialinės paramos ir psichologinės kančios nepasikeitė. Papildomai nustatyta, kad lytis reikšminga socialinei paramai ūmios krizės metu. Tai gali liudyti, kad moterys gauna daugiau socialinės paramos nei vyrai ūmios krizės metu, tačiau vėliau šis skirtumas išsilygina.

Tokius rezultatus galima būtų aiškinti iš lyčių vaidmenų perspektyvos. Moterys labiau nei vyrai siekia artumo, vertina tarpusavio priklausomybę ir rūpestį kitais, stengiasi neįskaudinti kito. O vyrai labiau orientuoti į autonomiją, pasiekimus ir dominavimą grupėje (Rose and Rudolph, 2006). Lyčių vaidmenų skirtumai lemia moterų jautrumą stresoriams, susijusiems su santykiais ir socialiniu atmetimu, o vyrų – jautrumą stresoriams, susijusiems su pasiekimais (Stroud et al., 2002). Taigi socialinės paramos siekimas labiau derėtų su moters lyties vaidmeniu nei vyro. Remiantis mūsų tyrimo rezultatais, šis vyrų ir moterų vaidmenų skirtumas ypač išryškėja ūmios krizės metu.

4.4.2. Socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo sąveika nuspėjant psichologinę kančią

Socialinės paramos ir ligos situacijos vertinimo ryšys. Ūmios krizės metu socialinė parama nėra susijusi su ligos situacijos vertinimu. Socialinės paramos ryšys su ligos situacijos vertinimu nustatytas ankstyvajame ir vėlyvajame atsigavimo etape. Šiuose etapuose psichologinė kančia yra atvirkščiai susijusi su ligos situacijos vertinimo neigiamumu, t. y. situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirties (stigmatos, poveikio šeimos tarpusavio santykiams, priklausomybės nuo sergančiojo, netekties) vertinimo neigiamumu. Tai reiškia, kad didėjant paramai, mažėja ligos situacijos neigiamesnis vertinimas ir psichologinė kančia, o mažėjant paramai, didėja ligos situacijos neigiamesnis vertinimas ir psichologinė kančia. Kaip rašėme

anksčiau, tokia dinamika taip pat būdinga socialinės paramos ir psichologinės kančios ryšiui.

Keliame prielaidą, kad socialinė parama ir ligos situacijos vertinimas ūmios krizės metu nėra susiję, nes vertinimas yra gana stabilus veiksnys. Kadangi jis gali būti iš dalies susijęs su artimųjų asmenybės charakteristikomis, tai sunku tikėtis, kad pasikeistų per savaitę dėl socialinės paramos poveikio ir atsirastų ryšys tarp šių dviejų kintamųjų. Tačiau pradinė socialinė parama gali prisidėti prie to, kad laikui bėgant ligos situacijos vertinimas darosi teigiamesnis ir galiausiai atsiranda ryšys tarp šių kintamųjų. Tai galėtų liudyti socialinės paramos kaupiamąjį poveikį, kurio reikšmė išryškėja po tam tikro laiko, ir galimybes keisti vertinimo kintamąjį.

Didelis vertinimo neigiamumas ir mažai socialinės paramos nuspėja didžiausią psichologinę kančią. Artimieji, kurie gauna mažai socialinės paramos, o situacijos sunkumą, įveikos veiksmingumą, skirtingus globos aspektus vertina labai neigiamai, išgyvena didžiausią psichologinę kančią. Tačiau didėjant socialinei paramai ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu, jų psichologinė kančia sumažėja. Ši tendencija akivaizdžiausia esant neigiamam globėjo patirties vertinimui, o ypač priklausomybės nuo sergančiojo, poveikio šeimos tarpusavio santykiams ir negatyvių simptomų vertinimui. Esant didelei socialinei paramai, psichologinė kančia labai stipriai sumažėja ir jos įverčiai priartėja prie mažiau neigiamai vertinančių artimųjų. Taigi šie globėjo patirties aspektai jautriausi socialinei paramai. Situacijos sunkumo ir įveikos veiksmingumo atveju socialinės paramos reikšmė psichologinei kančiai sustiprėja vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu.

Sujungę situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo ir globėjo patirties vertinimą į bendrą ligos situacijos vertinimo kintamąjį, matome tas pačias tendencijas. Artimieji, kurie vertina ligos situaciją labai neigiamai ir gauna mažai paramos, išgyvena didžiausią psichologinę kančią. Jų psichologinė kančia sumažėja, didėjant socialinei paramai. Ši tendencija ryškesnė trečiame matavime. Taigi socialinė parama turi apsauginę reikšmę ir jos reikšmė stiprėja laikui bėgant.

Mažas vertinimo neigiamumas ir mažai socialinės paramos nuspėja mažiausią psichologinę kančią. Artimieji, kurių situacijos sunkumo, įveikos veiksmingumo, globėjo patirties vertinimas yra mažiausiai neigiamas ir gauna mažai paramos – patiria mažiausiai psichologinės kančios. Atsižvelgę į bendrą ligos situacijos kintamąjį, matome tą pačią tendenciją. Panašu, kad kai situacija vertinama kaip nesudėtinga ir negrėsminga, tai ir socialinės paramos nereikia.

Mažas vertinimo neigiamumas ir daug socialinės paramos nuspėja didelę psichologinę kančią ankstyvuju atsigavimo laikotarpiu; vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu ji sumažėja. Gavome netikėtus rezultatus, kad žemas situacijos sunkumo ir globėjo patirties vertinimas esant dideliame socialinės paramos kiekiui nuspėja didelę psichologinę kančią. Vertinant įveikos veiksmingumą atveju ši tendencija nėra akivaizdi, tačiau atsižvelgę į jungtinio ligos situacijos kintamojo sąveiką su socialine parama gavome tą pačią tendenciją.

Kyla du klausimai: pirma, ar tai reiškia, kad socialinė parama gali turėti neigiamą poveikį? Antra, kodėl tokia tendencija yra tik ankstyvuju atsigavimo laikotarpiu, o vėlyvuju ji išnyksta?

Viena hipotezių galėtų būti susijusi su situacijos sunkumo neigimu. Asmenys situacijos sunkumą gali neigti tiek dėl sąmoningų, tiek dėl pasąmoningų priežasčių. Sąmoningos priežastys gali būti susijusios su socialinio pageidaujimumo reiškiniu, o pasąmoningos – kaip gynybos mechanizmas apsisaugant nuo dar didesnio nerimo. Taigi psichologinės kančios ir socialinės paramos ryšys šiuo atveju liudytų ne socialinės paramos neigiamą poveikį, bet tai, kad šiems asmenims situacija iš tikrųjų yra sunki ir jiems reikia pagalbos, nors ir deklaruojama kitaip. Tai, kad vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu šių asmenų psichologinės kančios lygis tampa stabiliai žemas, kad ir kokio dydžio būtų socialinė parama, tik patvirtintų pastarąją hipotezę. Galbūt tai gali rodyti kaupiamąjį socialinės paramos poveikį, „įsotinimą“, todėl trečiame etape mažas neigiamumas susijęs su maža psichologine kančia, kad ir kokio dydžio būtų socialinė parama.

Tačiau neatmetame ir tos galimybės, kad esant mažam neigiamam vertinimui ir didelei socialinei paramai – didelė psichologinė kančia gali būti dėl socialinės paramos ir asmenų poreikių neatitikimo arba socialinės paramos pobūdis gali pastiprinti asmenų psichologinės kančios išgyvenimus. Tačiau tada nelabai aišku, kodėl vėlyvajame atsigavimo etape šių asmenų psichologinės kančios lygis tampa stabiliai žemas, kad ir koks būtų socialinės paramos dydis.

Taigi, remdamiesi mūsų tyrimo rezultatais, darome išvadą, kad socialinė parama atlieka apsauginį vaidmenį: ji atvirkščiai susijusi su psichologine kančia ir neigiamu ligos situacijos vertinimu, dėl jos silpnėja ryšys tarp neigiamo situacijos vertinimo ir psichologinės kančios, ji iš dalies nulemia psichologinę kančią vėlesniu laikotarpiu ir sąveikauja su neigiamu ligos situacijos vertinimu nuspėjant psichologinę kančią tuo pačiu matavimu. Socialinės paramos apsauginė reikšmė išryškėja ankstyvuojant atsigavimo laikotarpiu ir stiprėja laikui bėgant.

4.5. Tyrimo pranašumai, ribotumai ir tolesnių tyrimų galimybės

Šio tyrimo pranašumas yra tas, kad sudaryta labai specifinė *pirmą kartą psichozę išgyvenusių pacientų artimųjų* imtis. Tokia imtis tiriama retai, ji yra sunkiai prieinama ir motyvuojama. Įvertinimas atliktas ankstyvajame psichozės sutrikimo diagnozavimo etape – su tiriamaisiais susitikta per pirmąsias dešimt hospitalizacijos dienų. Tai leido išmatuoti pirminę artimųjų reakciją į sunkios ligos diagnozę ir stebėti tolesnę šios reakcijos kaitą.

Kitas šio tyrimo pranašumas - tai *prospektyvus, pakartotinių matavimų* reikšmingais atsigavimo po psichozės momentais tyrimas. Tokia tyrimo sandara leido išvengti retrospektyvumo ir dėl jo atsirandančių patikimumo problemų. Trys, o ne du matavimai tyrimo išvadoms taip pat suteikia patikimumo, nes leidžia nustatyti ne atsitiktines tendencijas, o dėsningus pasikartojimus.

Tačiau svarbu atsižvelgti ir į šio tyrimo ribotumus. Vienas jų – *maža imtis*. Specifinės klinikinės imtys jau savaime apriboja potencialių tyrimo dalyvių skaičių. Tačiau imtis sumažėjo dar ir dėl kitų dviejų priežasčių: dėl atsisakiusių dalyvauti tyrime skaičiaus ir atkritusių tyrimo metu tiriamųjų skaičiaus. Iš pakviestų tyrimui žmonių atsisakė dalyvauti 34 proc., tačiau šis skaičius nėra išskirtinis klinikinė, krizę išgyvenančių imčių atvejais. Iš sutikusiu dalyvauti tyrime toliau nebedalyvavo 41 proc. tiriamųjų. Kėlėme hipotezę, kad atsisakymas dalyvauti tyrime galėjo būti susijęs su neigiamesniu situacijos sunkumo įvertinimu, intensyvesne psichologine kančia ir demografinėmis charakteristikomis. Vienintelio įveikos veiksmingumo reikšmingumo lygmuo buvo $p < 0,05$. Taigi tik viename ar visuose tyrimo etapuose dalyvavę pacientų artimieji panašiai suvokia situacijos sunkumą, globėjo patirtį, patiria psichologinę kančią ir pasižymi panašiomis demografinėmis charakteristikomis. Tačiau ryškėja tendenciją, kad tie, kurie jaučiasi neveiksmingai besitvarkantys su situacija, turi 2,5 karto didesnę tikimybę pasitraukti iš tyrimo. Atskirai šis kintamasis nepajėgus skirti šių dviejų grupių. Taigi likusi imtis įveikos veiksmingumą vertina mažiau neigiamai. Todėl įveikos veiksmingumo ir psichologinės kančios ryšio rezultatus reikėtų vertinti atsargiai.

Kitas šio tyrimo ribotumas susijęs su *pirminio ir antrinio vertinimo matavimo netolygumais*. Šiame tyrime matavome įvairius pirminio vertinimo aspektus, tačiau antrinis vertinimas buvo labai apibendrintas. Ateityje būtų svarbu matuoti ne vien apibendrintą antrinį vertinimą, t. y. ne vien kaip asmuo apskritai vertina savo įveikos veiksmingumą, bet ir kiek jis jaučiasi pajėgus susitvarkyti su konkrečiais ligos situacijos aspektais.

Taip pat mūsų tyrimas ribotas dėl *socialinės paramos imties dydžio*. Ji yra mažesnė nei bendra imtis, nes tyrimo metu keitėme socialinės paramos metodiką. Taigi neturime dalies tiriamųjų socialinės paramos rezultatų. Todėl išvadas, susijusias su socialinės paramos kintamuoju, reikėtų vertinti atsargiai.

Kadangi mūsų tyrime išryškėjo stigmatos ir po ja slypinčios gėdos reikšmė artimųjų psichologinės kančios išgyvenimams, tai toliau būtų svarbu gilintis,

kokie yra stigos ir gėdos išgyvenimų rizikos ir apsauginiai veiksniai, kokie veiksniai padeda tvarkytis su šiais išgyvenimais, kaip vyksta šis procesas ir kokia jo yra dinamika, koks vaidmuo šiame procese tenka socialinei paramai ir kaip artimųjų stigos išgyvenimų įveika susijusi su sergančiojo stigos išgyvenimų įveika. Tiek mūsų tyrimo rezultatai, tiek klinikinė praktika rodo, kad stigma ir gėda dėl psichikos ligos yra gili ir intensyvi patirtis, su kuria neišvengiamai susiduria tiek sergantieji, tiek jų artimieji. Kadangi psichologinė kančia dėl stigos yra susijusi su suvokiama stigma, bet ne objektyvia stigma, tai geresnis šių išgyvenimų supratimas leistų ieškoti veiksmingesnių pagalbos sergantiesiems ir jų artimiesiems būdų.

IŠVADOS

1. Pirmas šeimos nario psichozės epizodas yra ypač sunkus ir sukrečiantis įvykis artimųjų gyvenime. Pirma psichozė ūmios krizės metu daugumai artimųjų buvo vienas sunkiausių gyvenimo įvykių ir daugiau nei pusės artimųjų psichologinė kančia tuo metu siekė kliniškai reikšmingą lygį.
2. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų reagavimas yra specifiškas sergančiojo atsigavimo etapui:
 - Skirtingame etape skiriasi artimųjų ligos situacijos ir psichologinės kančios neigiamumas. Didžiausi artimųjų ligos situacijos vertinimo ir psichologinės kančios pokyčiai vyksta sergančiajam pereinant iš ūmios krizės į ankstyvąjį atsigavimo etapą (stigmos ir negatyvių simptomų vertinimo atveju – pereinant į vėlyvąjį atsigavimo etapą). Gana stabilūs lieka tik įveikos veiksmingumo, problemų dėl paslaugų ir pozityvios asmeninės patirties vertinimai.
 - Skirtingame etape skiriasi artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausi globos aspektai. Ūmios krizės metu artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų; ankstyvuojant atsigavimo laikotarpiu išryškėja stigmos reikšmė psichologinei kančiai ir išlieka reikšminga tiek vėlyvuojant atsigavimo laikotarpiu, tiek pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimiesiems; vėlyvuojant atsigavimo laikotarpiu pradeda ryškėti netekties kintamojo reikšmė artimųjų psichologinei kančiai.
3. Artimųjų ligos situacijos vertinimas yra stabilesnis nei jų psichologinė kančia laikui bėgant – iš pradinio ligos situacijos vertinimo galima prognozuoti vėlesnį ligos situacijos vertinimą, tačiau iš pradinės psichologinės kančios negalima prognozuoti vėlesnės psichologinės

kančios. Artimieji, didesnę psichologinę kančią patiriantys pradiniam etape, nebūtinai jaus didesnę kančią vėlesniais atsigavimo etapais.

4. Pirmą psichozę išgyvenusių asmenų artimųjų vėlesnę psichologinę kančią nuspėja ligos situacijos vertinimas, o ne pradinė psichologinė kančia. Vėlesnę psichologinę kančią galime prognozuoti iš pradinio situacijos sunkumo vertinimo ir iš įveikos veiksmingumo vertinimo ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu. Tačiau negalime to padaryti iš globėjo patirties vertinimo.
5. Artimųjų gaunama socialinė parama atlieka apsauginį vaidmenį: ji atvirkščiai susijusi su psichologine kančia ir neigiamu ligos situacijos vertinimu; silpnina ryšį tarp neigiamo situacijos vertinimo ir psichologinės kančios; nuspėja psichologinę kančią vėlesniu laikotarpiu; sąveikauja su neigiamu ligos situacijos vertinimu nuspėjant psichologinę kančią tuo pačiu matavimu. Socialinės paramos apsauginė reikšmė išryškėja ankstyvuojų atsigavimo laikotarpiu ir stiprėja laikui bėgant.
6. Praktinis rezultatų taikymas reikštų, kad, norėdami sumažinti vėlesnę artimųjų psichologinę kančią, turėtume pirmiausia pagerinti jų ligos situacijos vertinimą.

PRAKTINĒS REKOMENDACIJOS

1. Mūsu tyrimo rezultāti rāda, ka pirmais šēimos nario psihozēs epizods ir īpašs sunkus ir sukrečiantis īvykis artīmujū gyvenime, todėl būtū svarbu, ka jie gautū pagalbā nuo pirmū sergančiojo hospitalizācijas dienu. Tai leistū artimiesiems nuo pat pradziū veiksmingiau dalyvauti šēimos nario atsigavimo procese.
2. Tyrimē nustatēme, ka artīmujū ligos situācijas vertinimas nuspēja ne tik dabartinē, bet ir vēlesnē jū psihologinē kančią. Klinikiniame darbe tai reikštū, ka, siekdami sumažinti artīmujū vēlesnē psihologinē kančią, psihikos sveikatos specialistai pirmiausia turētū pagerinti esamā situācijas sunkumo ir īveikos veiksmingumo vertinimā. Švietimas, praktinis mokymas ir emocinis palaikymas artimiesiems būtū svarbūs padedant ligos situācijā vertinti mažiau grēsmingai ir jaustis veiksmingiau su ja besitvarkantiems.
 - *Švietimas.* Artimiesiems svarbu suteikti žiniū apie psichožē, kurios palaikytū atsigavimo vilti, akcentuotū psihikos sveikatos problemū universalumā, paaiškintū tiek sergančiojo, tiek artīmujū reakcijū ī ligā īvairovē, dinamikā ir psihologinē prasmē, padētū pamatyti atsigavimo procesā kaip žingsnini.
 - *Praktinis mokymas.* Artimiesiems svarbu padēti kelti adekvačius tikslus, lūkesčius sergančiojo ir savo atžvilgiu, mokyti pastebēti nedidelius teigiamus pokyčius šēimos nario atsigavimo procese. Taip pat svarbu padēti nustatyti artīmujū atsakomybēs už sergantijī ir jo atsigavimo procesā ribas, t. y. atskirti tai, kā jie pajēgūs keisti, nuo to, ko nepajēgūs, padrašinti keisti tai, kas jū galioje, ir padēti susitaikyti su tuo, kas jiems nepavaldu.
 - *Emocinis palaikymas.* Artīmujū jautrumas socialiniams ryšiams ir padidējēs, nes psihikos ligos susijusios su socialinio atstūmimo baime. Todēl īpašs svarbus būtū emocinē artīmujū patirti patvirtinantis,

dėmesingas ir bendradarbiaujantis specialistų kontaktas. Artimieji bus pajėgūs keisti savo vertinimus ir elgesį, jei jaus, kad yra išgirstas ir suprastas jų nerimas, kančia, abejonės, nusivylimai.

3. Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad artimųjų reagavimas yra specifiškas sergančiojo atsigavimo etapui. Ūmios krizės metu artimųjų psichologinė kančia glaudžiausiai susijusi su priklausomybės nuo sergančiojo išgyvenimu ir nepasitenkinimu psichiatrinėmis paslaugomis, o vėlesniais etapais – su stigmos ir netekties išgyvenimu. Klinikiniame darbe tai reikštų, kad specialistai turėtų lanksčiai reaguoti į artimųjų poreikius, susijusius su skirtingais sergančiojo atsigavimo etapais.
- Kančią dėl *priklausomybės nuo sergančiojo* ūmios krizės metu galima būtų mažinti akcentuojant sergančiojo ūmios būsenos laikinumą, normalizuojant artimųjų reakcijas (nuraminant, kad panašiai reaguoja daugelis artimųjų, kad jų įsitraukimas rodo rūpestį sergančiuoju), padedant pamatyti priklausomybės išgyvenimo prasmę dabartiniame šeimos nario ligos etape, tačiau palaiptinai skatinant suteikti artimajam vis daugiau psichologinės ir fizinės erdvės. *Problemy dėl paslaugų* keliamą kančią būtų galima mažinti padrašinant artimuosius kalbėtis su psichikos sveikatos priežiūros profesionalais apie jiems svarbius klausimus, susijusius su gydymo procesu ir jų pačių dalyvavimu jame. Tai kuria bendradarbiavimo atmosferą ir mažina artimųjų nerimą. Specialistams svarbu būtų artimųjų nerimo, nepasitenkinimo nepriimti asmeniškai ir nereaguoti gynybiškai.
- Psichologinę kančią dėl suvokiamos *stigmos* ankstyvuojų ir vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiais galima mažinti palaikant terapinį santykį ir skatinant artimųjų socialinius ryšius su jiems palankiais žmonėmis – mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad socialinės paramos sąveika su ligos situacijos vertinimu yra reikšminga artimųjų psichologinės kančios išgyvenimui. Anksčiau minėti psichikos sveikatos problemų universalumo pabrėžimas, atsigavimo vilties palaikymas ir artimųjų

patirties normalizavimas taip pat būtų svarbūs stigmatos išgyvenimui mažinti. Kadangi tam tikros profesionalų nuostatos ir elgesys gali prisidėti prie stigmatos ir diskriminacijos palaikymo, tai rekomenduotume rengiant psichikos sveikatos priežiūros studentus daugiau dėmesio skirti antistigmatinėms nuostatomis ugdyti ir didinti studentų jautrumą pačioms subtiliausioms psichikos ligonius ar jų artimuosius stigmatizuojančio ir diskriminuojančio elgesio formoms.

- *Netekties* išgyvenimą vėlyvuojų atsigavimo laikotarpiu galima palengvinti skatinant šalia dabartinių sergančiojo apribojimų (laikinių ar ilgalaikių) gebėti pamatyti esamas, neišnaudotas galimybes. Artimųjų gebėjimas priimti netektis ir matyti perspektyvą yra būtini sergančiojo vilčiai palaikyti. Svarbu padėti artimiesiems peržiūrėti savo lūkesčius, prioritetus, ambicijas sergančiojo atžvilgiu, nes tiek per maži, tiek per didelį lūkesčiai dėl sergančiojo jį demoralizuoja ir gniuždo.

LITERATŪRA

- Addington J., Burnett P. Working with families in the early stages of psychosis // Psychological interventions in early psychosis / Ed. by J.F.M. Gleeson and P.M. McGorry. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd., 2004. P. 99–116.
- Addington J., Coldhem E., Jones B., Ko T., Addington D. The first episode of psychosis: The experience of relatives // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003, vol. 108, p. 285–289.
- Addington J., Collins A., McCleery A., Addington D. The role of family work in early psychosis // Schizophrenia Research. 2005a, Vol. 79 (1), p. 77–83.
- Addington J., McCleery A., Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis program // Schizophrenia Research. 2005b, vol. 79 (1), p. 107–116.
- Almeida D. M. and Kessler R. C. Everyday stressors and gender differences in daily distress // Journal of Personality and Social Psychology. 1998, vol. 75 (3), p. 670–680.
- Alptekin K., Akdede B. B., Akvardar Y., Celikgün S., Dilşen N. S., Durak G., Türk A., Fidaner H. Quality of life assessment in Turkish patients with schizophrenia and their relatives // Psychological Reports. 2004, vol. 95 (1), p. 197–206.
- Angermeyer M. C., Diaz Ruiz de Zárate J., Matschinger H. [Information and support needs of the family of psychiatric patients] // Gesundheitswesen. 2000, vol. 62, p. 483–486.
- Angermeyer M. C., Matschinger H., Corrigan P. W. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population survey // Schizophrenia Research. 2004, vol. 69, p. 175–182.

- Angermeyer M. C., Bull N., Bernert S., Dietrich S., Kopf A. Burnout of caregivers: A comparison between partners of psychiatric patients and nuries // *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006, vol. 20, p. 158–165.
- Audenhove Ch. van. Implementing rehabilitation knowledge: a matter of perspective // *Community Care and Psychiatric Rehabilitation for Persons with Serious Mental Illness* / Ed. by J. Van Weeghel. Sphera: Kyiv, 2002. P. 522–531.
- Awadalla A. W., Ohaeri J. U., Salih A. A., Tawfiq A. M. Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients // *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2005, vol. 40 (9), p. 755–763
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change // *Psychological Review*. 1977, vol. 84, p. 191–215.
- Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman, 2000. P. 604.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., Christensen, H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006, vol. 40, 51–54.
- Barrera M., Sandler I. N., Ramsty T. B. Preliminary development of a scale of social support // *American Journal of Community Psychology*. 1986, vol. 9, p. 435–447.
- Barrowclough C. Families of people with schizophrenia // *Families and Mental Disorders* / Ed. by M. Sartorius, J. Leff, J. Lopez-Ibor, M. Maj, A. Okasha. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 2005. P. 1–24.
- Bateson G., Jackson D. D., Haley J., Weakland J. Towards a theory of schizophrenia // *Behavioral Science*. 1956, vol. 1, p. 251-264.
- Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1997.
- Benight C. C. and Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy// *Behaviour research and therapy*. 2004, vol. 42, p. 1129–1148.

- Benight C. C., Cieslak R., Molton I. R., Johnson L. E. Self-evaluative appraisals of coping capability and posttraumatic distress following motor vehicle accidents // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008, vol. 76 (4), p. 677–685.
- Benight C. C., Freyaldenhoven R. W., Hughes J., Ruiz J. M., Zoshke T. A., Lovallo T. Coping self-efficacy and psychological distress following the Oklahoma bombing // *Journal of Applied Social Psychology*. 2000, vol. 30(7), p. 1331–1344.
- Benight C. C., Swift E., Sanger J., Smith A., Zeppelin D. Coping self-efficacy as a mediator of distress following a natural disaster // *Journal of Applied Social Psychology*. 1999, vol. 29(12), p. 2443–2464.
- Bentler P. M. and Bonnett D. G. Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures // *Psychological Bulletin*. 1980, vol. 88, p. 588–606.
- Bentler P. M. Comparative fit indexes in structural models // *Psychological Bulletin*. 1990, vol. 107, p. 238–246.
- Birchwood M., Macmillan F. Early intervention in schizophrenia // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1993, vol. 27, p. 374–378.
- Boye B., Bentsen H., Notland T. H., Munkvold O. G., Lersbryggen A. B., Oskarsson K. H., Uren G., Ulstein I., Bjørge H., Lingjaerde O., Malt U. F. What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? // *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 1999, vol. 34 (1), p. 35–43.
- Boss P. Ambiguous Loss Research, Theory, and Practice: Reflections After 9/11 // *Journal of Marriage and Family*. 2004, vol. 66, p. 551–566.
- Brosschot J. F., Gerin W., Thayer J. F. The preservative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation and health // *Journal of Psychosomatic Research*. 2006, vol. 60, p. 113–124.
- Brown G. W., Birley J. L. T. and Wing J. K. The influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication // *British Journal of Psychiatry*. 1972, vol. 121, p. 241–58.

- Browne M. W., Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit // *Testing Structural Equation Models* / Ed. by K. A. Bollen, J. S. Long. London: Sage, 1993. P. 136–162.
- Bryant R. A. and Guthrie R. M. Maladaptive Self-Appraisals Before Trauma Exposure Predict Posttraumatic Stress Disorder // *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright. 2007, vol. 75 (5), p. 812–815.
- Budd R. J., Oles G., Hughees I. C. The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998, vol. 98 (4), p. 304–309.
- Bunevicius A., Peceliuniene J., Mockuviene N., Valius L., Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients // *Depression and Anxiety*. 2007, vol. 24, p. 455–460.
- Bury L., Zaborowski B., Koniecznyńska Z., Jarema M., Cikowska G., Kunicka A., Bartoszewicz J., Muraszkiwicz L. [Family burden of schizophrenic patients with various forms of psychiatric care] // *Psychiatria Polska*. 1998, vol. 32 (3), p. 275–285.
- Buunk B. P. and Verhoeven K. Companionship and support at work: A microanalysis of the stress-reducing features of social interaction // *Basic and Applied Social Psychology*. 1991, vol. 12, p. 243–258.
- Calhoun L. G. and Tedeshi R. G. The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations // *Psychological Inquiry*. 2004, vol. 15, p. 93–102.
- Caqueo-Urizar A., Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia // *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*. 2006, vol. 15 (4), p. 719–724.
- Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.
- Carek V., Norman P., Barton J. Cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms in informal caregivers of stroke survivors // *Rehabilitation Psychology*. 2010, vol. 55 (1), p. 91–96.

- Chadzyńska M., Spiridonow K., Kasperek B., Meder J. [Quality of life of schizophrenic patients and their caregivers--comparison] // *Psychiatria Polska*. 2003, vol. 37 (6), p. 1025–1036.
- Chappell N. L. and Reid R. C. Burden and well-being among caregivers: examining the distinction // *The Gerontologist*. 2002, vol. 42, p. 772–780.
- Chen F. P. and Greenberg J. S. A positive aspect of caregiving: the influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia // *Community Mental Health Journal*. 2004, vol. 40, p. 423–435.
- Chisholm B., Freeman D., Cooke A. Identifying potential predictors of traumatic reactions to psychotic episodes // *British Journal of Clinical Psychology*. 2006, vol.45, p. 545-59.
- Cicchetti D. Development and psychopathology // *Developmental Psychopathology: Volume 1. Theory and Method* / Ed. by D. Cicchetti and D. J. Cohen. Hoboken, N. J.: John Willey & Sons, Inc., 2006. P. 1–23.
- Cohen S., Hoberman H. M. Positive events and social support as buffers of life change stress // *Journal of Applied Social Psychology*. 1983, vol. 13, p. 99–125.
- Cohen S., Wills T. A. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis // *Psychological Bulletin*. 1985, vol. 98, p. 310–357.
- Cohen S., Gottlieb B. H., Underwood L. G. Social relationships and health // *Social Support Measurement and Intervention: Guide for Health and Social Scientists* / Ed. by Cohen S., Underwood L. G., Gottlieb B. H. Oxford: Oxford university press, 2000. P. 3–28.
- Cohen C. A., Colantonio A., Vernich L. Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002, vol. 17, p. 184–188.

- Collip D., Myin-Germeys I., Van Winkel R., van Os J. Stress and psychosis: Is sensitisation the underlying mechanism? // *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51. 2009, vol. 8, p. 559 – 567.
- Cook J. A., Cohler B. J., Pickett S. A., Beeler J. A. Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European Family Associations // *European Psychiatry*. 2002, vol. 17, p. 425–433.
- Cooper A. E., Corrigan P. W., Watson A. C. Mental illness stigma and care seeking // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003, vol. 191, p. 339–341.
- Corrigan P. How stigma interferes with mental health care // *American Psychologist*. 2004, vol. 59, p. 614–625.
- Corrigan P. W., Markowitz F. E., Watson A. C., Rowan D., Kubiak M. A. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness // *Journal of Health and Social Behavior*. 2003, vol. 44, p. 162–179.
- Corrigan P. W., Miller F. E. Shame, blame, and contamination: a review of the impact of mental illness stigma on family members // *Journal of Mental Health*. 2004, vol. 22 (1), p. 40–48.
- Corrigan P. W., Miller F. E., Watson A. C. Shame, blame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members // *Journal of Family Psychology*. 2006, vol. 20 (2), p. 239–246.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., et al. Predictors of participation in campaigns against mental illness stigma // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999, vol. 187, p. 378–380.
- Couzijn A. L., Ros W. J. G., Winnubst J. A. M. Cancer // *Behavioural medicine* / Ed. by A. A. Kaptein, H. M. van der Ploeg, B. Garssen, R. Beunderman. 1990: New York, Willey. P. 231-247.
- Creswell J. D., Welch W. T., Taylor S. E., Sherman D. K., Gruenewald T. L., Mann T. Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and

- psychological stress responses // *Psychological Science*. 2005, vol. 16, p. 846–851.
- Cuijpers J. and Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups // *Psychiatric Services*. 2000, vol. 51, p. 375–379.
- Curran P. J. A latent curve framework for the study of developmental trajectories in adolescent substance use // *Multivariate Application in Substance Use Research: New Methods for New Questions* / Ed. by J. S. Rose, L. Chassin, C. C. Presson, S. J. Sherman Mahwah. New Jersey: Erlbaum, 2000. P. 1–4.
- Czuchta D. M., McCay E. Help-seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia // *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2001, vol. 15 (4), p. 159–170.
- Čekanavičius V. ir Murauskas G. Statistika ir jos taikymai: II dalis. Vilnius: TEV, 2002. P. 268.
- Dedovic K., Wadiwala M., Engert V., Pruessner J. C. The role of sex and gender socialization in stress reactivity // *Developmental Psychology*. 2009, vol. 45 (1), p. 45–55.
- Denson T. F., Spanovic M., Miller N. Cognitive appraisal and emotions predict cortisol and immune responses: A meta-analysis of acute laboratory social stressors and emotion inductions // *Psychological Bulletin*. 2009, vol. 135 (6), p. 823–853.
- Dhooper S. S. Family coping with the crisis of heart attack // *Social Work in Health Care*. 1983, vol. 83, p. 15–31.
- Dickerson S. S., Gruenewald T. L., Kemeny M. E. When the social self is threatened: Shame, physiology, and health // *Journal of Personality*. 2004, vol. 72, p. 1191–1216.
- Dickerson S. S., Kemeny M. E. Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research // *Psychological Bulletin*. 2004, vol. 130 (3), p. 355–391.

- Drake R. E., Gates C., Cotton P. G., Whitaker A. Suicide among schizophrenics: who is at risk? // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984, vol. 172, p. 613–617.
- DSM-IV-R. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (revised). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Dyck D., Short R., Vitaliano P. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers // *Psychosomatic Medicine*. 1999, vol. 61, p. 411–419.
- Dunkel-Schetter C. A. Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications // *Journal of Social Issues*. 1984, vol. 40, p. 77–98.
- Eaton R. J. and Bradley G. The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection // *International Journal of Stress Management*. 2008, vol. 15 (1), p. 94–115.
- Edwards J., Maude D., McGorry P. D., Harrigan S. M., Cocks J. T. Prolonged recovery in first-episode psychosis // *British Journal of Psychiatry*. 1998, vol. 172(33), p. 107-116.
- Eisenberger N. I., Lieberman M. D., Williams K. D. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion // *Science*. 2003, vol. 302, p. 290–292.
- Elklit A., Schmidt Pedersen S., Jind L. The Crisis Support Scale: psychometric qualities and further validation // *Personality and Individual Differences*. 2001, vol. p.1291–1302.
- Ellsworth P. C. And Scherer K. R. Appraisal processes in emotion // *Handbook of Affective Sciences* / Ed. by R. J. Davidson, K. R. Scherer, H. H. Goldsmith. Oxford: Oxford University Press, 2009. P. 572–595.
- Emmelkamp P. Is cognitive-behaviour therapy really evidence based: does CBT work because of the presumed underlying theoretical mechanisms? Keynote speaker in The 12th European Congress of Psychology: Understanding and Embracing Diversities. Istanbul 04/08 July.

- EUROBAROMETER 64.4. Special Eurobarometer 248 “Mental well-being“, 2006.
- EUROBAROMETER 73.2. Special Eurobarometer 345 “Mental Health“, 2010.
- Fischer M., Kemmler G., Meise U. "How Nice that Someone is Interested in me for a Change" // *Psychiatrische Praxis*. 2004, vol. 31 (2), p. 60–67.
- Folkman S. and Moskowitz J. T. Positive affect and the other side of coping // *American Psychologist*. 2000, vol. 55 (6), p. 647–654.
- Folkman S. and Moskowitz J. T. Coping: Pitfalls and promise // *Annual Review of psychology*. 2004, vol. 55, p. 745–774.
- Fortune D. G., Smith J. V., Garvey K. Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using self-regulation theory // *The British Journal of Clinical Psychology*. 2005, vol. 44, p. 319–331.
- Germanavičius A., Povilaitienė I. Pirmasis psichozės epizodas: biopsichosocialinis modelis. Vilnius: Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centras, 2010.
- Gleeson J. F., Cotton S. M., Alvarez-Jimenez M., Wade D., Crisp K., Newman B., Spiliotacopoulos D., McGorry P. D. Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis // *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 2010, vol. 71 (4), p. 475–483.
- Gleeson J., Jackson H. J., Stavelly H., Burnett P. Family intervention in early psychosis // *The recognition and management of early psychosis – a preventive approach* / Ed. by P. D. McGorry and H. J. Jackson. Cambridge: University Press, 1999. P. 376– 406.
- Goffman E. *Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.
- Goffman E. *Stigma*. London: Penguin, 1968.
- Goldstein M. J. Psychosocial factors relating to etiology and course of schizophrenia // *Handbook of schizophrenia* / Ed. by M. I. Herz, S. J.

- Keit, J. P. Docherty. Volume 4: Psychosocial treatment of schizophrenia. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1990.
- Greenberg J. S., Greenley J. R., Brown R. Do mental health services reduce distress of families of people with serious mental illness? // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1997, vol. 21, p. 40–50.
- Gudaitė G. Sergančiųjų šizofrenija savęs vaizdo kitimas. Daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas, 1993.
- Gunthert K. C., Cohen L. H., Armeli S. The role of neuroticism in the daily stress and coping // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999, vol. 77(5), p. 1087-1100.
- Gutierrez-Maldonado J., Caqueo-Urizar A., Kavanagh D. J. Burden of care and general health in families patients with schizophrenia // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005, vol. 40, p. 899–904.
- Hanson J. G. Families' perceptions of psychiatric hospitalization of relatives with a severe mental illness // *Administration and Policy in Mental Health*. 1995, vol. 22 (5), p. 531–541.
- Harrison C. A., Dadds M. R., Smith G. Family caregivers' criticism of patients with schizophrenia // *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* // 1998, vol. 49 (7), p. 918–24.
- Harvey K., Burns T., Fahy T., Manley C., Tattan T. Relatives of patients with severe psychotic illness: Factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001, vol. 36 (9), p. 456–461.
- Harvey A. G. and Bryant R. A. Acute stress disorder: A synthesis and critique // *Psychological Bulletin*. 2002, vol. 128 (6), p. 886–902.
- Herman J. L. Trauma ir išgijimas: prievartos pasekmės nuo buitinio smurto iki politinio teroro. Vilnius: Vaga, 2006.
- Hoening J., Hamilton M. W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household // *International Journal of Social Psychology*. 1966, vol. 12, p. 165–176.

- Holahan C. J., Moos R. H., Holahan C. K., Brennan P. L. Social support, coping strategies, and psychosocial adjustment to cardiac illness: Implications for assessment and prevention // *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 1996, vol. 13, p. 33–52.
- Hu L., Bentler P. M. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification // *Psychological Bulletin*, 1998, vol. 3, p. 424–453.
- Jackson C., Knott C., Skeate A., Birchwood M. The trauma of first episode psychosis: the role of cognitive mediation // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004, vol. 38 (5), p. 327–333.
- Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press, 1992. P. 272.
- Jenner J. A., van de Willige G., Wiersma D. Multi-family treatment for patients with persistent auditory hallucinations and their relatives: a pilot study // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006, vol. 113 (2), p. 154-158.
- Joyce J., Leese M., Kuipers E., Szmukler G., Harris T., Staples E. Evaluating a model of caregiving for people with psychosis // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003, vol. 38, p. 189–195.
- Joyce J., Leese M., Szmukler G. The experience of caregiving inventory: Further evidence // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000, vol. 35, p. 185–189.
- Joseph S., Andrews B., Williams R. and Yule W. Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster // *British Journal of Clinical Psychology* . 1992, vol. 31, p. 63–73.
- Joseph S. *Social Support and Mental Health Following Trauma // Post-traumatic stress disorders / Ed. by W. Yule*. Chichester: John Willey & Sons, 1999. P. 71–91.
- Jungbauer J., Stelling K., Angermeyer M. C. ["He will never be able to stand on his own two feet": developmental problems in families with

- schizophrenia patients from the parents' perspective // *Psychiatrische Praxis*. 2006, vol. 33 (1), p. 14–22.
- Jungbauer J., Wittmund B., Dietrich S., Angermeyer M. C. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients // *Schizophrenia Bulletin*. 2004, vol. 30 (3), p. 665–675.
- Jungbauer J., Wittmund B., Dietrich S., Angermeyer M. C. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia // *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2003, vol. 17 (3), p. 126–134.
- Jungbauer J., Mory C., Angermeyer M. C. [Does caring for a schizophrenic family member increase the risk of becoming ill? Psychological and psychosomatic troubles in caregivers of Schizophrenia patients] // *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*. 2002, vol. 70 (10), p. 548–554.
- Jungbauer J., Wittmund B., Angermeyer M. C. [Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden?] // *Psychiatrische Praxis*. 2002, vol. 29 (6), p. 279–284.
- Kangas M., Henry J. L., Bryant R. A. The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005b, vol. 73 (4), p. 763–768.
- Karp D. A., Tanarugsachock V. Mental illness, caregiving, and emotion management // *Qualitative Health Research*. 2000, vol. 10 (1), p. 6–25.
- Katon W., Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness // *Journal of Psychosomatic Research*. 2002, vol. 53, 859–863.
- Kavanagh D. J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia // *British Journal of Psychiatry*. 1992, vol 160, p. 601–620.
- Killackey E. Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements for recovery // *Early Intervention in Psychiatry*. 2009, Sup.1, vol. 3, p. 17-21.
- King T. The experience of midlife daughters who are caregivers for their mothers // *Health Care for Women International*. 1993, vol. 14, p. 419–426.

- Kinney J. M. and Stephens M. A. P. Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia // *Psychology and Aging*. 1989, vol. 4, p. 402–408.
- Koukia E., Madianos M. G. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study // *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*. 2005, vol. 12 (4), p. 415–422.
- Kramer B. J. Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist* // 1997, vol. 37, p. 218–232.
- Kuipers E. Needs of carers // *Measuring mental health needs* / Ed. by G. Thonicroft. London: Gaskell, 2001. P. 342–362.
- Kuipers E., Bebbington P. Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications // *Psychological Medicine*. 1988, vol.18, p. 893–909.
- Kuipers E., Bebbington P., Dunn G., Fowler D., Freeman D., Watson P., Hardy A., Garety P. Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis // *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 2006, vol. 188, p. 173–179.
- Kuipers E., Raune D. The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis // *Early Intervention in Psychosis* / Ed. by M. Birchwood, D. Fowler, C. Jackson. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2000. P. 128–140.
- Laidlaw T. M., Coverdale J. H., Falloon I. R., Kydd R. R. Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia // *Community Mental Health Journal*. 2002, vol. 38, p. 303–310.
- Lahey B. and Cohen S. Social support theory and measurement // *Social Support Measurement and Intervention: Guide for Health and Social Scientists* / Ed. by Cohen S., Underwood L. G., Gottlieb B. H. Oxford: Oxford university press, 2000. P. 29–52.
- Larson J. E., Corrigan P. The stigma of families with mental illness // *Academic Psychiatry*. 2008, vol. 32, p. 87–91.

- Lauber C., Eichenberger A., Luginbühl P., Keller C., Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia // *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 2003, vol. 18 (6), p. 285–289.
- Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
- Lee T. C., Yang Y. K., Chen P. S., Hung N. C., Lin S. H., Chang F. L., Cheng S. H. Different dimensions of social support for the caregivers of patients with schizophrenia: main effect and stress-buffering models // *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. 2006, vol. 60, p. 546–550.
- Leff J., Kuipers E., Lam D. *Family work for schizophrenia – a practical guide*. London: Gaskell, 2002.
- Lefley H. P. Expressed emotion: conceptual, clinical, and social policy issues // *Hospital and Community Psychiatry*. 1992, vol. 43(6), p. 591–598.
- Leggatt M. Carers and carer organizations // *Textbook of community psychiatry* // Ed. by G. Thornicroft, G. Szukler. Oxford: Oxford University Press, 2001. P. 475–486.
- Lenior M., Dingemans P., Schene A., Hart A., Don H. Linszen. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia: A longitudinal study // *Schizophrenia Research*. 2002, vol. 57, p. 183–190.
- Lewis S. J. The Crisis State Assessment Scale: Development and Psychometrics // *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research* / Ed. by R. Roberts. Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 723–741.
- Lieberman J., Jody D., Geisler S., Alvir J., Loebel A., Szymansky S., Woerner M., Borenstein M. Time course and biological correlates of treatment response in first-episode schizophrenia // *Archives of General Psychiatry*. 1993, vol. 50, p. 369–376.
- Linely P. A. and Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review // *Journal of Traumatic Stress*. 2004, vol. 17, p. 11–21.

- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses // *Psychiatric Services*. 2001, vol. 52, p. 1621–1626.
- Logsdon M. C. and Robinson K. Helping women caregivers obtain support: Barriers and recommendations // *Archives of Psychiatric Nursing*. 2000, vol. 14, p. 244–248.
- Lowyck B., De Heert M., Peeters E., Wampers M., Gilis P., Peuskens J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenia patients // *European Psychiatry*
- MacInnes D., Watson J. The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from schizophrenia // *Journal of Mental Health*. 2002, vol. 11, p. 375–388.
- Maercker A., Beauducel A. and Schutzwohl M. Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners // *Journal of traumatic stress*. 2000, vol. 13 (4), p. 651– 660.
- Maes S., Leventhal H., DeRidder D. Coping with chronic diseases // *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* / Ed. by M. Zeidner, N. S. Endler. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 1996. P. 221–251.
- Magliano L., Fiorillo A., Rosa C., Maj M. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: Preliminary results from an Italian national study // *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 2006, vol. 429, p. 60–63.
- Magliano L., Fadden G., Madianos M., de Almeida J. M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P., Maj M. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study // *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 1998a, vol. 33 (9), p. 405–412.
- Magliano L., Fadden G., Economou M., Xavier M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P., Maj M. Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia:

- results of the BIOMED I study // *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 1998b, vol. 33 (9), p. 413–419.
- Mak W. W. S., Poon C. Y. M., Pun L. Y. K., Cheung S. F. Meta-analysis of stigma and mental health // *Social Science and Medicine*. 2007, vol. 65, p. 245–261.
- Martens L., Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia // *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2001, vol. 36, p. 128–133.
- Mataitytė – Diržinė J. Sutrikusios psichikos asmenų vaizdavimas Lietuvos žiniasklaidoje. Daktaro disertacija. *Socialiniai mokslai, sociologija* (05 S). Vilnius: Vilniaus universitetas, 2011.
- McBride J., Johnson E. D. Crisis intervention, grief therapy and loss of life // *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research* / Ed. by R. Roberts. Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 279– 290.
- McCann T. V., Lubman D., Clark E. First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis // *Schizophrenia Bulletin*. 2011, vol. 37 (2), p. 381–388.
- McCleery A., Addington J., Addington D. Family Assessment in early psychosis // *Psychiatry research*. 2007, vol. 152, p. 95–102.
- McGilloway S., Donnelly M., Mays N. The experience of caring for former long-stay psychiatric patients // *The British Journal Of Clinical Psychology*. 1997, vol. 36 (1), p. 149–151.
- McGorry P. D. An Overview of the Background and Scope for Psychological Interventions in Early Psychosis // *Psychological interventions in early psychosis* / Ed. by J.F.M. Gleeson and P.M. McGorry. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd., 2004. P. 1-22.
- McGorry P. D., Chanen A., McCarthy E., Van Riel R., McKenzie D., Singh B. S. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: an unrecognised post-psychotic syndrome // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1991, vol. 179, p. 253–258.

- McGorry P. D., Edwards J. Early psychosis training pack. Macclesfield: Gardiner-Caldwell Communications Ltd., 1997.
- Meiser-Stedman R., Dalgleish T., Glucksman E., Yule E., Smith P. Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors // *Journal of Abnormal Psychology*. 2009, vol. 118 (4), p. 778–787.
- Meyer H., Taiminen T., Vuori T., Aijala A., Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999, vol. 187, p. 343–352
- Möller-Leimkühler A. M. Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2005, vol. 255 (4), p. 223–231.
- Mory C., Jungbauer J., Angermeyer M. C. [Financial burden on caregivers of schizophrenic patients: a comparison between parents and spouses]. Part I // *Psychiatrische Praxis*. 2002, vol. 29 (4), p. 175–80.
- Mory C., Jungbauer J., Bischof J., Angermeyer M. C. [Financial burden on spouses of patients suffering from schizophrenia, depression or anxiety disorder] // *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*. 2002, vol. 70 (2), p. 71–7.
- Muthen L. K. and Muthen B. O. Mplus User's Guide. Sixth Edition. Los Angeles CA: Muthen & Muthen, 1998– 2010.
- Murray C. J. L., Lopez A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study // *Lancet*. 1997, vol. 349, p. 1436–1442.

- Nolen-Hoeksema S., Parker L. E., Larsen J. Ruminative coping with depressed mood following loss // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994, vol. 67, p. 92–104.
- Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M., Kasso P., Petersen L., Thorup A., Krarup G., Hemmingsen R., Jorgensen P. Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial // *British Journal of Psychiatry*. 2002, vol. 181 (43), p. 98–106.
- Noris F. H. And Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996, vol. 71, p. 498–511.
- Nuechterlein K. H., Dawson M. E., Gitlin M., Ventura J., Goldstein M. J., Snyder K. S., Cindy M. Yee C. M., Mintz J. Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress // *Schizophrenia Bulletin*. 1992, vol. 18(3), p. 387–425.
- Orhagen T. Working with families in schizophrenic disorders: the practice of psychoeducational intervention. Linkoping University Medical Dissertations No. 363. Linkoping, 1992.
- Ostman M. Family burden and participation in care: Differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004, vol. 11 (5), p. 608–613.
- Ottens A., Pinson D. Crisis intervention with caregivers // *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment and research* / Ed. by R. Roberts. Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 703–720.
- Parabiaghi A., Lasalvia A., Bonetto C., Cristofaldo D., Marella G., Tansella M., Ruggeri M. Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: a 3-year follow-up study in a community mental health service // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007, vol. 116, p. 66–76.

- Pasaulio Sveikatos organizacija (PSO). Pasaulio sveikatos pranešimas 2001 – Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.
- Patterson P., Birchwood M., Cochrane R. Expressed emotion as an adaptation to loss: prospective study in first-episode psychosis // *The British Journal Of Psychiatry. Supplement.* 2005, vol. 48, p. 59–64.
- Patterson P., Birchwood M., Cochrane R. Preventing the entrenchment of high expressed emotion in first episode psychosis: early developmental attachment pathways // *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry.* 2000, vol. 34 Suppl, p. 191–197.
- Pereira M. G., de Almeida J. M. [The repercussions of mental disease in the family. A study of the family members of psychotic patients] // *Acta Médica Portuguesa.* 1999, vol. 12 (4-6), p. 161–168.
- Pierce G. R., Sarason I. G., Sarason B. R. Coping and Social Support // *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications / Ed. by M. Zeidner and N. S. Endler.* New Jersey: John Willey and Sons, Inc, 1996. P. 434–451.
- Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness in the family: an evaluation of some rating scales // *Psychological Medicine.* 1985, vol. 15, p. 383–393.
- Power P. Suicide prevention in early psychosis // *Psychological interventions in early psychosis / Ed. by J.F.M. Gleeson and P.M. McGorry.* Chichester: John Wiley and Sons, Ltd., 2004. P. 175–189.
- Power P., Bell R., Mills R., Herrmann-Doig T., Davern M., Henry L., Yuen H. P., Khademy-Deljo A., McGorry P. D. Suicide prevention in first episode psychosis: The development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2003, vol. 37, p. 414–420.
- Provencher H., Mueser K. Positive and negative symptom behaviours and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia // *Schizophrenia Research.* 1997, vol. 26, p. 71–80.

- Quinn D. M. and Chaudoir S. R. Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2009, vol. 97, p. 634–651.
- Raune D., Kuipers E., Bebbington P. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model // *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 2004, vol. 184, p. 321–326.
- Read J., Haslam N., Sayce L., Davies E. Prejudice and schizophrenia: A review of the ‘Mental illness is an illness like any other’ approach // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006, vol. 114, p. 303–318.
- Regier D. A., Myers J. K., Kramer M., Robins L. N., Blazer D. G., Hough R. L., Eaton W. W., Locke B. Z. The NIMH epidemiologic catchment area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics // *Archives of General Psychiatry*. 1984, vol. 41, p. 934–941.
- Riazi A., Thompson A. J., Hobart J. C. Self-efficacy predicts self-reported health status in multiple sclerosis // *Multiple Sclerosis*. 2004, vol. 10, p. 61–66.
- Roberts A. Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management // *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research* / Ed. by R. Roberts. Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 3–34.
- Robinson G., Woerner M., Alvir J., Geisler S., Koren A., Sheitman B., Chakos M., Mayerhoff D., Bilder R., Goldman R., Lieberman J. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1999, vol. 156, p. 544–549.
- Robinson J., Harris M., Harrigan S., Henry L., Farrelly S., Prosser A., Schwartz O., Jackson H., McGorry P. D. Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study // *Schizophrenia Research*. 2010, vol. 116 (1), p. 1–8.

- Roff L. L., Burgio L. D., Gitlin L., Nichols L., Chaplin W., Hardin J. M. Positive aspects of Alzheimer's caregiving: The role of race // *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2004, vol. 59, p. 185–190.
- Roick C., Heider D., Toumi M., Angermeyer M. C. The impact of caregivers' characteristics, patients' conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006, vol. 114, p. 363–374.
- Rook K. S. and Underwood L. G. Social support measurement and interventions: comments and future directions // *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* / Ed. by S. Cohen, L. G. Underwood, B. H. Gotlieb. Oxford: Oxford University Press, 2002. P. 311–334.
- Rose A. J., Rudolph K. D. A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development in girls and boys // *Psychological Bulletin*. 2006, vol. 132, p. 98–131.
- Sarason I. G., Sarason B. R., Shearin E. N. and Pierce G. R. A brief measure of social support: Practical and theoretical implications // *Journal of Social and Personal Relationships*. 1987, vol. 4, p. 497–510.
- Scazufca M., Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning // *Psychological Medicine*. 1998, vol. 28 (2), p. 453–61.
- Scazufca M., Kuipers E. Coping strategies in people with schizophrenia before and after psychiatric admission // *British Journal of Psychiatry*. 1999, vol. 174, p. 154–158.
- Schene A. H., Tessler R. C., Gamache G. M. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1994, vol. 29, p. 228–240.

- Schene A. H., van Wijngaarden B., Koeter M. W. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress // *Schizophrenia Bulletin*. 1998, vol. 24 (4), p. 609–618.
- Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. C. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2009, vol. 259, p. 298–306.
- Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the literature // *International Review of Psychiatry*. 2007, vol. 19, p. 137–155.
- Selye H. *Stress without Distress*. Lippincott Williams & Wilkins, 1974. P.171.
- Sethabouppha H., Kane C. Caring for the seriously mentally ill in Thailand: Buddhist family caregiving // *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2005, vol. 19 (2), p. 44–57.
- Sibitz I., Amering M., Kramer B., Griengl H., Katschnig H. [The course of illness and problems of schizophrenic women and men from the relatives' perspective] // *Psychiatrische Praxis*. 2002, vol. 29 (3), p. 148–53.
- Silver R. L. and Wortman C. B. *Coping with undesirable life events // Human Helplessness: Theory and Application / Ed. by J. Garber, M. E. P. Seligman*. New York: Academic Press, 1980.
- Sin J., Moon N., Wellman N. Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis: listening to their experiences and needs // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005, vol. 12, p. 589–597.
- Spaniol L., Zipple A. M., Lockwood D. The role of the family in psychiatric rehabilitation // *Community Care and Psychiatric Rehabilitation for Persons with Serious Mental Illness / Ed. by J. Van Weeghel*. Sphera: Kyiv, 2002. P. 398–405.
- Stålberg G., Ekerwald H., Hultman C. M. At issue: siblings of patients with schizophrenia: sibling bond, coping patterns, and fear of possible schizophrenia heredity // *Schizophrenia Bulletin*. 2004, vol. 30 (2), p. 445-458.

- Stengård E., Honkonen T., Koivisto A. M., Salokangas R. K. Satisfaction of caregivers of patients with schizophrenia in Finland // *Psychiatric Services* (Washington, D.C.). 2000, vol. 51 (8), p. 1034–1039.
- St-Onge M., Lavoie F. The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: factors associated with their psychological distress // *American Journal Of Community Psychology*. 1997, vol. 25 (1), p. 73–94.
- Stroud L. R., Salovey P., Epel E. S. Sex differences in stress responses: Social rejection versus achievement stress // *Biological Psychiatry*. 2002, vol. 52, p. 318–327.
- Szmukler G. I., Kuipers E., Joyce J., Harris T., Leese M., Maphosa W., Stakles E. An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with psychosis // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003, vol. 38, p. 411–418.
- Szmukler G. I., Burges P., Herrman H., Benson A., Colusa S., Bloch S. Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1996a, vol. 31, p. 137–148.
- Szmukler G. I., Herman H., Colusa S., Benson A., Bloch S. A controlled trial of a counseling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1996b, vol. 31, p. 149–155.
- Tattan T. and Tarrier N. The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: The influence of expressed emotion on clinical outcomes // *Psychological Medicine*. 2000, vol. 30, p. 195–204.
- Tamres L. K., Janicki D., Helgeson V. S. Sex differences in coping behaviour: A metaanalytic review and an examination of relative coping // *Personality and Social Psychology*. 2002, vol. 6, p. 2–30.
- Tedeschi R. G., Park C. L., Calhoun L. G. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1998.

- Thornicroft G., Leese M., Tansella M., Howard L., Toulmin H., Herran A., Schene A. Gender differences in living with schizophrenia. A cross-sectional European multi-site study // *Schizophrenia Research*. 2002, vol. 57 (2-3), p. 191–200.
- TLK – 10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Kaunas: Medicina, 1997.
- Tsang H. W., Tam P. K., Chan F., Cheung W. M. Sources of burdens on families of individuals with mental illness // *International Journal Of Rehabilitation Research*. 2003, vol. 26 (2), p. 123–30.
- Tucker L. R., Lewis C. The reliability coefficients for maximum likelihood factor analysis // *Psychometrika*. 1973, vol. 3, p. 1–10.
- Tytherleigh M. Y., Jacobs P. A., Webb C., Ricketts C., Cooper C. Genre, health and stress in English universities: exposure or vulnerability? // *Applied psychology*. 2007, vol. 56, p. 367–287.
- Van Brakel W. H. Measuring health-related stigma – a literature review // *Psychology, Health and Medicine*. 2006, vol. 11, p. 307–34.
- Van Humbeeck G., Van Audenhove Ch., Pieters G., De Hert M., Storms G., Vertommen H., Peuskens J., Heyrman J. Expressed emotion in staff-patient relationships: The professionals' and residents' perspectives // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001, vol. 36, p. 486–492.
- Van Os J., Marcelis M., Germeys I., Graven S., Delespaul P. High expressed emotion: marker for a caring family? // *Comprehensive Psychiatry*. 2001, vol. 42 (6), p. 504–507.
- Veltman A., Cameron J., Stewart D. E. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness // *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2002, vol. 190 (2), p. 108–114.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Larson, L. M. Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help // *Journal of Counseling & Development*. 2007, vol. 85, 410–422.

- Wahl O. and Aroesty-Cohen E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature // *Journal of Community Psychology*. 2010, vol. 38 (1), p. 49–62.
- Warner R. Schizofrenijos aplinka: praktikos, politikos ir komunikacijos naujovės. Vilnius: Via Recta, 2003. P. 143.
- Wills T. A., Shinar O. Measuring perceived and received social support // *Social Support Measurement and Intervention: Guide for Health and Social Scientists* / Ed. by Cohen S., Underwood L. G., Gottlieb B. H. Oxford: Oxford university press, 2000. P. 86–135.
- Winfield H. R., Harvey E. J. Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia // *Schizophrenic Bulletin*. 1993, vol. 19, p. 619–625.
- Wittmund B., Wilms H. U., Mory C., Angermeyer M. C. Depressive disorders in spouses of mentally ill patients // *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2002, vol. 37, p. 177–182.
- Wolthaus J., Dingemans P., Schene A., Linszen D., Wiersma D., Van den Bosch R., Cahn W., Hijman R. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002, vol. 190, p. 241–247.
- Wong C., Davidson L., Anglin D., Link B., Gerson R., Malaspina D., McGlashan T., Corcoran C. Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis // *Early Intervention in Psychiatry*. 2009, vol. 3(2), p. 108–115.
- Wong D. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practice // *British Journal of Social Work*. 2000, vol. 30, p. 365–382.
- Wynne L. C. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients // *Community Care and Psychiatric Rehabilitation for Persons with Serious Mental Illness* / Ed. by J. Van Weeghel. Sphera: Kyiv, 2002. P. 389–397.

- Ziegler, L., Hill, K., Neilly, L., Bennett M.I., Higginson I.J., Murray S.A., Stark D. Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: a systematic review of validated self-report measures // *Journal Of Pain And Symptom Management*. 2011, vol. 41 (3), p. 619–36.
- Zigmont A. S., Snaith R. P. The Hospital and Anxiety Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, vol. 67, p. 361–370.
- Young J. E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota FL: Professional Resource Exchange, 1999.

**1 priedas. Psichozę patyrusių pacientų artimųjų ir jų globojamų pacientų
sociodemografinės charakteristikos**

18 lentelė. Pirmą psichozę patyrusių pacientų artimųjų sociodemografinės charakteristikos

Artimieji	Pacientai
Lytis 11 (36,7%) vyrų 19 (63,3%) moterų	Lytis 21 (70,0%) vyrų 9 (30,0%) moterų
Amžius 42,3 (13,24) vid. (st. n.) 18 – 66 pasiskirstymas	Amžius 24,07 (4,07) vid. (st. n.) 17 – 34 pasiskirstymas
Giminystės ryšys su pacientu 19 (63,3%) tėvai 3 (10,0%) sutuoktinis (-ė)/ sugyventinis (-ė) 7 (23,3%) brolis/ sesuo 1 (3,3%) kitas giminaitis	Preliminari diagnozė pirmąją savaitę 2 (6,7%) šizofrenija 3 (10,0%) šizotipinis (1 pac.) 18 (60,0%) ūmi psichožė (13 pac.) 2 (6,7%) ūmi psichožė (po gimdymo) (1 pac.) 4 (13,3%) šizoafektinis (2 pac.) 1 (3,3%) depresija su psichoze
Šeiminė padėtis 6 (20,0%) nesusituokę 18 (60,0%) susituokę 6 (20,0%) išsiskyrę	Šeiminė padėtis 23 (76,7%) nesusituokę 6 (20,0%) susituokę 1 (3,3%) išsiskyrę
Išsilavinimas 1 (3,3%) žemesnis už vidurinį 7 (23,3%) vidurinis 22 (73,3%) aukštesnis už vidurinį	Išsilavinimas 1 (3,3%) žemesnis už vidurinį 14 (46,7%) vidurinis 15 (50,0%) aukštesnis už vidurinį
Gyvenimas kartu su pacientu 19 (63,3%) taip (I etapas) 18 (60,0%) taip (II etapas) 23 (76,7%) taip (III etapas)	Užimtumas (dirba/ mokosi) 22 (73,3%) taip (I etapas) 17 (56,7%) taip (II etapas) 20 (66,7%) taip (III etapas)
Vaikų skaičius šeimoje 7 (23,3%) vienas 15 (50,0%) du 8 (26,7%) nėra	Socialinio tinklo dydis 6 (20%) turi draugą (-ę) 13 (43%) turi kelis draugus 11 (37%) neturi draugų
Serga lėtinėmis ligomis 3 (10%) taip	Būsenos pablogėjimo trukmė (mėn.) iki pirmos hospitalizacijos 3,61 (4,97) vid. (st. n.) 1 – 24 pasiskirstymas (40% iki mėnesio)
Šeimoje yra sergančių psichikos ligomis 4 (13,3%) taip	Gydėsi ambulatoriškai iki pirmos hospitalizacijos 6 (20,0%) taip
Globoja dar vieną šeimos narį 7 (23,3%) taip	Gydymosi (dienos) stacionare trukmė (sav.) 4,33 (2,93) vid. (st. n.) 1 – 12 pasiskirstymas (36,7% iki 2 sav., 70% iki mėn.)
Kreipėsi psichologinės pagalbos 3 (10,0%) taip (II etapas) 5 (16,7%) taip (III etapas)	Būsenos pagerėjimas per 9 mėn. 5,03 (1,61) vid. (st. n.) 1 – 7 pasiskirstymas
Kreipėsi medicininės pagalbos 9 (30%) taip (II etapas) 14 (46,7%) taip (III etapas)	Pakartotinė hospitalizacija per 9 mėn 5 (16%) taip (4 pac.)

19 lentelė. Pakartotinai psichozę patyrusių pacientų artimųjų ir pacientų sociodemografinės charakteristikos

Artimieji (N=36)	Pacientai
Lytis 8 (22,2%) vyrų 28 (77,8%) moterų	Lytis 17 (47,2%) vyrų 19 (52,8%) moterų
Amžius 51,08 (15,45) vid. (st. n.) 25 – 83 pasiskirstymas	Amžius 39,92 (14,80) vid. (st. n.) 21 – 73 pasiskirstymas
Giminystės ryšys su pacientu 21 (58,3%) tėvai 4 (11,1%) partneris (-ė) 4 (11,1%) brolis/ sesuo 5 (13,9%) vaikas 2 (5,6%) kitas giminaitis	Vedybinis statusas 21 (58,3%) nesusituokę 5 (13,9%) susituokę 10 (27,8%) išsiskyre
Vedybinis statusas 4 (11,1%) nesusituokę 18 (50,0%) susituokę 14 (38,9%) išsiskyre	Socialinio tinklo dydis 10 (27,8%) turi draugą (-ę) 13 (36,1%) turi kelis draugus 13 (36,1%) neturi draugų
Gyvenimas kartu su pacientu 20 (55,6%) taip	Ligos trukmė metais 10,26 (7,75) vid. (st. n.) 1 – 29 pasiskirstymas
	Hospitalizacijų skaičius 7,21 (6,66) vid. (st. n.) 2 – 30 pasiskirstymas

2 priedas. Sociodemografinių charakteristikų anketa

2.1. Sociodemografinės charakteristikos (1 matavimas)

Jūsų:

Amžius:

Lytis: 1) V 2) M

Giminystės ryšys sergančiojo atžvilgiu: 1) tėvas/mama 2) sutuoktinis/sugyventinis(-ė)
3) brolis/sesuo 4) kita.....

Išsilavinimas: 1) žemesnis už vidurinį 2) vidurinis 3) aukštesnis už vidurinį

Vedybinis statusas: 1) nesusituokęs 2) susituokęs 3) išsiskyręs

Vaikai: 1) vienas 2) du 3) trys ir daugiau 4) nėra

Ar šeimoje dar kas nors serga/sirgo psichikos liga? 1) Taip 2) Ne

Ar globojate šiuo metu dar kurį nors šeimos narį? 1) Taip 2) Ne

Ar gyvenate kartu su sergančiuoju: 1) Taip 2) Ne

Tiesioginio kontakto su sergančiuoju valandų skaičius per savaitę: 1) >10 2) 10-35
3) >35

Ar sergate lėtinėmis ligomis? 1) Taip 2) Ne

Sergančiojo

Amžius:

Lytis:

Išsilavinimas: 1) žemesnis už vidurinį 2) vidurinis 3) aukštesnis už vidurinį

Dirba/mokosi: 1) Taip 2) Ne

Vedybinis statusas: 1) nesusituokęs 2) susituokęs 3) išsiskyręs

Socialinis tinklas: 1) turi draugą (-ę) 2) turi kelis draugus 3) neturi draugų

Kiek laiko pablogėjusi būseną?

Kiek laiko gydėsi ambulatoriškai?

Diagnozė:

Dėkui Jums už dalyvavimą tyrime

2.2. Sociodemografinės charakteristikos (2 matavimas)

Jūsų:

Amžius:

Lytis: 1) V 2) M

Giminystės ryšys sergančiojo atžvilgiu: 1) tėvas/mama 2) sutuoktinis/sugyventinis(-ė)
3) brolis/sesuo 4) kita.....

Išsilavinimas: 1) žemesnis už vidurinį 2) vidurinis 3) aukštesnis už vidurinį

Šeiminė padėtis: 1) nesusituokęs 2) susituokęs 3) išsiskyręs

Vaikai: 1) vienas 2) du 3) trys ir daugiau 4) nėra

Ar šeimoje dar kas nors serga/sirgo psichikos liga? 1) Taip 2) Ne

Ar globojate šiuo metu dar kurį nors šeimos narį? 1) Taip 2) Ne

Ar gyvenate kartu su sergančiuoju: 1) Taip 2) Ne

Ar sergate lėtinėmis ligomis? 1) Taip 2) Ne

Ar kreipėtes psichologinės pagalbos per pastaruosius tris mėnesius? 1) Taip 2) Ne

Jei atsakėte Taip, įvardinkite pagalbos rūšį ir kiekį:

psichologo/psichoterapeuto konsultacijos.....

psichiatro konsultacijos.....

apsilankymas artimųjų paramos grupėje.....

apsilankymas artimųjų forume internete.....

kt.....

Ar teko lankytis pas gydytojus per pastaruosius tris mėnesius? 1) Taip 2) Ne

Jei atsakėte Taip, įvardinkite apsilankymo priežastį.....

Sergančiojo

Amžius:

Lytis: 1) V 2) M

Išsilavinimas: 1) žemesnis už vidurinį 2) vidurinis 3) aukštesnis už vidurinį

Dirba/mokosi: 1) Taip 2) Ne

Šeiminė padėtis: 1) nesusituokęs 2) susituokęs 3) išsiskyręs

Socialinis tinklas: 1) turi draugą (-ę) 2) turi kelis draugus 3) neturi draugų

Kiek laiko gydėsi ligoninės stacionare?

Kiek laiko gydėsi ligoninės dienos stacionare/ ambulatoriškai?.....

Dėkui Jums už dalyvavimą tyrime

2.3. Sociodemografinės charakteristikos (3 matavimas)

Jūsų: Amžius:.....

Lytis: 1) V 2) M

Giminystės ryšys sergančiojo atžvilgiu: 1) tėvas/mama 2) sutuoktinis/sugyventinis(-ė)
3) brolis/sesuo 4) kita.....

Išsilavinimas: 1) žemesnis už vidurinį 2) vidurinis 3) aukštesnis už vidurinį

Šeiminė padėtis: 1) nesusituokęs 2) susituokęs 3) išsiskyręs

Vaikai: 1) vienas 2) du 3) trys ir daugiau 4) nėra

Ar šeimoje dar kas nors serga/sirgo psichikos liga? 1) Taip 2) Ne

Ar globojate šiuo metu dar kurį nors šeimos narį? 1) Taip 2) Ne

Ar gyvenate kartu su sergančiuoju: 1) Taip 2) Ne

Ar sergate lėtinėmis ligomis? 1) Taip 2) Ne

Ar kreipėtes psichologinės pagalbos per pastaruosius šešis mėnesius? 1) Taip 2) Ne

Jei atsakėte Taip, įvardinkite pagalbos rūšį ir kiekį:

psichologo/psichoterapeuto konsultacijos.....

psichiatro konsultacijos.....

apsilankymas artimųjų paramos grupėje.....

apsilankymas artimųjų forume internete.....

kt.....

Ar teko lankytis pas gydytojus per pastaruosius šešis mėnesius? 1) Taip 2) Ne

Jei atsakėte Taip, įvardinkite apsilankymo priežastį.....

Sergančiojo:

Amžius:.....

Lytis: 1) V 2) M

Išsilavinimas: 1) žemesnis už vidurinį 2) vidurinis 3) aukštesnis už vidurinį

Dirba/mokosi: 1) Taip 2) Ne

Šeiminė padėtis: 1) nesusituokęs 2) susituokęs 3) išsiskyręs

Socialinis tinklas: 1) turi draugą (-ę) 2) turi kelis draugus 3) neturi draugų

Kiek pagerėjo būseną per 9 mėn., lyginant su ta, kokios buvo pirmą kartą atsigulus į ligoninę?

1	2	3	4	5	6	7
Visiškai nepagerėjo			Labai pagerėjo			

Ar per pastaruosius 9 mėn teko pakartotinai gultis į ligoninę? 1) Taip 2) Ne

Dėkui Jums už dalyvavimą tyrime

2.4. Sociodemografinės charakteristikos (pakartotinai gydomų pacientų artimųjų tyrimas)

Jūsų:

Amžius:

Lytis: 1) V 2) M

Giminystės ryšys sergančiojo atžvilgiu: 1) tėvas/mama 2) sutuoktinis/sugyventinis(ė)

3) brolis/sesuo 4) kita.....

Šeiminė padėtis: 1) nesusituokęs (-usi) 2) susituokęs (-usi)

3) išsiskyręs (-usi)

Ar gyvenate kartu su sergančiuoju: 1) Taip 2) Ne

Sergančiojo:

Amžius:

Lytis: 1) V 2) M

Šeiminė padėtis: 1) nesusituokęs (-usi) 2) susituokęs (-usi)

3) išsiskyręs (-usi)

Socialinis tinklas: 1) turi draugą (-ę) 2) turi kelis draugus

3) neturi draugų

Kada pirmą kartą susirgo?

Kelintą kartą gydosi psichiatrijos ligoninėje?

Dėkui Jums už dalyvavimą tyrime

3 priedas. Atskirų respondentų grupių situacijos sunkumo ir įveikos veiksmingumo vertinimo palyginimas

Imčių dydžiai: pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji (N=51), onkologine liga sergantys ir jų artimieji (N=23), studentai (N=16)

20 lentelė. Atskirų respondentų grupių suvoktos psichologinės traumos, įveikos veiksmingumo ir bendro krizės būsenos įverčių palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų

	Vid.	St. nk.	Palyginimas	Vid. sk.
Suvokta psichologinė trauma (Situacijos sunkumo vertinimas)				
Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji (1)	4,52	1,46	1 su 2 1 su 3	0,56 1,76***
Onkologine liga sergantys ir jų artimieji (2)	3,96	1,43	2 su 1 2 su 3	-0,56 1,20*
Studentai (3)	2,76	0,87	3 su 1 3 su 2	-1,76*** -1,20*
Įveikos veiksmingumo sunkumai (Įveikos veiksmingumo vertinimas)				
Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji (1)	3,54	1,49	1 su 2 1 su 3	0,31 1,34**
Onkologine liga sergantys ir jų artimieji (2)	3,24	1,75	2 su 1 2 su 3	-0,31 1,03*
Studentai (3)	2,20	1,01	3 su 1 3 su 2	-1,34** 1,03*
Bendras įvertis				
Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji (1)	4,03	1,31	1 su 2 1 su 3	0,47 1,55***
Onkologine liga sergantys ir jų artimieji (2)	3,56	1,51	2 su 1 2 su 3	-0,47 1,08 *
Studentai (3)	2,48	0,86	3 su 1 3 su 2	-1,55*** -1,08*

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

21 lentelė. Atskirų respondentų grupių palyginimas Kruskal-Wallis kriterijumi pagal situacijos sunkumą lyginant su gyvenime patirtais įvykiais

	Rangų vid.	χ^2
Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji	50,50	27,84***
Onkologine liga sergantys ir jų artimieji	44,43	
Studentai	28,25	

Pastaba. *** $p < 0,001$

22 lentelė. Situacijos sunkumas lyginant su gyvenime patirtais įvykiais: gupių palyginimas Mano-Vitnio-Vilkoksono kriterijumi

	Rangų vid.	Z reikšmė
Pimą psichožę išgyvenusiujų artimieji	38,50	2,68**
Onkologine liga sergantys ir jų artimieji	33,52	

Pastaba. ** $p < 0,01$

23 lentelė. Atskirų respondentų gupių suvoktos psichologinės traumos, įveikos veiksmingumo ir bendro skalės įverčių normalaus pasiskirstymo įvertinimas

	Suvokta trauma	Įveikos veiksmingumas	Bendras įvertis	Įvykio sunkumas
Onkologine liga sergantys ir jų artimieji	0,55, $p=0,93$	0,62, $p=0,84$	0,59, $p=0,88$	0,68, $p=0,74$
Studentai	1,05, $p=0,22$	0,86, $p=0,45$	1,26, $p=0,80$	0,92, $p=0,36$
Pimą psichožę išgyvenusiujų artimieji	0,93, $p=0,35$	0,80, $p=0,55$	0,62, $p=0,84$	1,67, $p=0,01$

4 priedas. Artimųjų atsisakymo dalyvauti tyrime priežastys

24 lentelė. Artimųjų atsisakymo dalyvauti pirmame tyrimo etape priežastys

1 tiriamasis (mama)	Paskambinus paprašė laiko pagalvoti ir paskambinti vėliau. Daugiau nebeatsiliepė į skambučius
2 tiriamasis (mama)	Atvyko į susitikimą. Kadangi tikėjosi pokalbio apie susirgusią dukrą, atsisakė pildyti anketą ir išėjo.
3 tiriamasis (žmona)	Atsisakė dalyvauti, teigdama, kad neturi laiko susitikti
4 tiriamasis (mama)	Gydantis gydytojas pranešė, kad tėvai griežtai atsisako dalyvauti, nes užima aukštas pareigas ir bijo viešumos
5 tiriamasis (tėvas)	
6 tiriamasis (tėvas)	Paskambinus: <i>Psichologai nieko negali padėti, jie nieko nesupranta</i> , ir padėjo ragelį
7 tiriamasis (mama)	
8 tiriamasis (tėvas)	Atvyko į susitikimą, bet atsisakė pildyti anketą, dėl to, jog jų sūnus nėra „psichas“ ir jie nėra psichikos liga sergančiojo artimieji
9 tiriamasis (teta)	
10 tiriamasis (sutuoktinis)	Gydytojai pasiūlius sudalyvauti tyrime, atsisakė, teigdamas, jog jam pačiam dabar reikia pagalbos
11 tiriamasis (močiutė)	<i>Aš per sena, man per sunku</i>
12 tiriamasis (sesuo)	Atsisakė dalyvauti, nepaaiškindama dėl kokių priežasčių
13 tiriamasis (mama)	Atvyko į susitikimą, bet neturėjo akinių ir nepildė anketos
14 tiriamasis (mama)	<i>Nenoriu ir neturiu kada atvykti, prižiūriu susirgusios dukters kūdikį</i>
15 tiriamasis (mama)	Iš pradžių sutiko dalyvauti, bet vėliau atsisakė, dėl to, jog jos serganti duktė dėl to pykstanti
16 tiriamasis (mama)	Nežinojo, kada planuoja vykti į ligoninę, paskambinus vėliau sakė, jog nežada vykti į ligoninę
17 tiriamasis (mama)	Prašė vėliau paskambinti, paskui nebeatsiliepė į skambučius
18 tiriamasis (mama)	Mama labai susijaudinusi verkė: <i>Man pačiai labai reikia pagalbos</i> , bet susitikti atsisakė
19 tiriamasis (mama)	
20 tiriamasis (sesuo)	Sutiko dalyvauti bet dėl įtempto darbo grafiko sakė galinčios tik po dviejų savaitių
21 tiriamasis (mama)	Atsisakė dalyvauti, teigdama: <i>Man ir taip labai sunku, reikia pagalbos, o dar čia jūs kišatės</i>
22 tiriamasis (tėvas)	
23 tiriamasis (mama)	Tėvas ilgam laikui išvyksta, o mama su seserim teigė, jog joms per sunku susitikti
24 tiriamasis (sesuo)	
25 tiriamasis (tėvas)	
26 tiriamasis (mama)	Tėvas atsisakė iš karto dalyvauti apklausoje, jo blogas santykis su sūnumi; mama su sese dar svarstė, bet irgi atsisakė dalyvauti
27 tiriamasis (sesuo)	

25 lentelė. Artimųjų atsisakymo dalyvauti antrame tyrimo etape priežastys

1 tiriamasis (tėvas)	Atsisakė dalyvauti: <i>Vėl susijaudinsiu, vėl susinervinsiu</i>
2 tiriamasis (pusseserė)	Susitartu laiku neatvyko į susitikimą; daugiau nebepavyko prisiskambinti
3 tiriamasis (mama) 4 tiriamasis (tėvas)	Atsisakė susitikti: <i>Ji kvaila, nesupranta kaip bendrauti su tėvu ir su motina. Su ja reikia dirbti, ne su mumis. Ką jai dar vaistus reikia vartoti? Jie gi skrandį gadina...</i>
5 tiriamasis (sutuoktinis)	Neprisiskambinome
6 tiriamasis (mama)	Nesutiko susitikti, nekomentavo
7 tiriamasis (tėvas)	Atidėliojo susitikimą, kol galiausiai atsisakė
8 tiriamasis (brolis)	Nesutiko susitikti, nekomentavo
9 tiriamasis (mama)	Neprisiskambinome
10 tiriamasis (tėvas) 11 tiriamasis (mama)	Nebenori dalyvauti, šią žinią perdavė per dukrą
12 tiriamasis (tėvas) 13 tiriamasis (mama)	Nepavyko prikalbinti, vis atidėliojo dėl intensyvaus darbų grafiko, kol galiausiai pasakė, kad nepajėgs rasti laiko
14 tiriamasis (sesuo)	Atsisakė dalyvauti, priežasties nenurodė

26 lentelė. Artimųjų atsisakymo dalyvauti trečiame tyrimo etape priežastys

1 tiriamasis (tėvas)	Pasikeitė telefono numeris
2 tiriamasis (sutuoktinis)	Ilgam laikui išvykęs
3 tiriamasis (teta)	Atsisakė, nes nemato prasmės
4 tiriamasis (sesuo)	Neprisiskambinome
5 tiriamasis (teta)	Niekaip nerado laiko
6 tiriamasis (dėdė)	
7 tiriamasis (sesuo)	Jau antrame etape pasakė, kad trečią kartą neateis. Neatėjo į susitikimą

5 priedas. Tyrimo kintamųjų skirstinių normalumas

27 lentelė. Pirmą psichozę patyrusių pacientų artimųjų kintamųjų skirstinių normalumo įvertinimas Kolmogorovo – Smirnovo kriterijumi

	1 matavimas	2 matavimas	3 matavimas
Situacijos sunkumas	0,93, p = 0,35	0,83, p = 0,50	0,79, p = 0,56
Įveikos efektyvumas	0,93, p = 0,36	0,74, p = 0,64	1,51, p = 0,2
Negatyvi globėjo patirtis:	0,43, p = 0,99	0,48, p = 0,98	0,92, p = 0,37
Sudėtingas elegesys	0,61, p = 0,85	0,99, p = 0,28	0,55, p = 0,93
Negatyvūs simptomai	0,55, p = 0,92	0,58, p = 0,89	0,70, p = 0,72
Stigma	0,64, p = 0,81	0,60, p = 0,87	0,45, p = 0,12
Problemos dėl paslaugų	0,66, p = 0,77	0,72, p = 0,68	1,18, p = 0,12
Poveikis šeimai	0,40, p = 1,00	0,95, p = 0,33	0,90, p = 0,40
Priklausomybė	0,62, p = 0,84	0,70, p = 0,71	0,66, p = 0,78
Netektis	0,53, p = 0,94	0,71, p = 0,70	1,02, p = 0,25
Pozityvi globėjo patirtis:	0,59, p = 0,88	0,57, p = 0,90	0,77, p = 0,60
Gerai santykių aspektai	0,79, p = 0,55	0,37, p = 0,10	0,61, p = 0,85
Praturtinanti asmeninė patirtis	0,78, p = 0,58	0,60, p = 0,87	0,77, p = 0,59
Socialinė parama (N=21): bendras	0,92, p = 0,37	0,87, p = 0,44	0,57, p = 0,90
Gauta iškart po įvykio	0,85, p = 0,46	0,87, p = 0,44	0,66, p = 0,78
Gaunama dabar	0,63, p = 0,82	0,88, p = 0,43	0,61, p = 0,85
Psichologinė kančia	0,61, p = 0,86	1,08, p = 0,19	1,17, p = 0,13

28 lentelė. Pakartotinai psichozę patyrusių asmenų artimųjų kintamųjų skirstinių normalumo įvertinimas Kolmogorovo - Smirnovo kriterijumi

	Ilgalaikių pacientų artimieji
Negatyvi globėjo patirtis:	0,44, p = 0,99
Sudėtingas elegesys	0,88, p = 0,43
Negatyvūs simptomai	0,68, p = 0,74
Stigma	1,21, p = 0,11
Problemos dėl paslaugų	0,83, p = 0,50
Poveikis šeimai	1,19, p = 0,12
Priklausomybė	0,48, p = 0,98
Netektis	0,89, p = 0,41
Pozityvi globėjo patirtis:	0,31, p = 1,00
Gerai santykių aspektai	0,60, p = 0,86
Praturtinanti asmeninė patirtis	0,67, p = 0,77
Psichologinė kančia	0,78, p = 0,58

6 priedas. Socialinės paramos, ligos situacijos vertinimo ir jų sandaugos B koeficientai

29 lentelė. Socialinės paramos, ligos situacijos vertinimo ir jų sandaugos B koeficientai

	2 matavimas	3 matavimas
Ligos situacijos vertinimas	B = 0,97***	B = 0,97***
Socialinė parama	B = 0,20	B = -0,15
Sandauga	B = -0,42**	B = -0,20*
Situacijos sunkumo vertinimas	B = 0,79***	B = 0,92***
Socialinė parama	B = 0,31	B = -0,22*
Sandauga	B = -0,49**	B = -0,14
Įveikos efektyvumo vertinimas	B = 0,85**	B = 0,73**
Socialinė parama	B = -0,01	B = -0,17
Sandauga	B = -0,18	B = -0,31*
Globėjo patirties vertinimas	B = 0,67**	B = 0,84***
Socialinė parama	B = 0,02	B = -0,22
Sandauga	B = -0,52*	B = -0,28*
Sudėtingo elgesio vertinimas	B = 0,48*	B = 0,69***
Socialinė parama	B = -0,41*	B = -0,20
Sandauga	B = -0,17	B = -0,32*
Negatyvių simptomų vertinimas	B = 0,53**	B = -0,67***
Socialinė parama	B = -0,12	B = -0,20
Sandauga	B = -0,41*	B = -0,30*
Stigmos vertinimas	B = 0,62**	B = 0,62**
Socialinė parama	B = 0,09	B = -0,15
Sandauga	B = -0,30	B = -0,29*
Poveikio šeimai vertinimas	B = 0,48*	B = 0,57***
Socialinė parama	B = -0,04	B = -0,20
Sandauga	B = -0,32*	B = -0,50**
Priklausomybės vertinimas	B = 0,47*	B = 0,47
Socialinė parama	B = -0,02	B = -0,26
Sandauga	B = -0,51*	B = -0,35*
Netekties vertinimas	B = 0,52*	B = 0,74***
Socialinė parama	B = -0,16	B = -0,12
Sandauga	B = -0,11	B = -0,21*

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

**7 priedas. Tyrimą atliekančių asmenų prisistatymo telefonu tekstas:
pirmasis, antrasis ir trečiasis tyrimo etapas**

Sveiki,

Aš esu psichologė/-as (*Vardas Pavardė*), šiuo metu ligoninėje atliekama pacientų artimųjų apklausa. Tikslas geriau suprasti, kokia yra artimųjų situacija. Apklausos dalyviai gaus išsamią informacinę medžiagą. Gauti duomenys bus panaudoti tik apibendrintame moksliniame tyrime. Norėtume apklausti visus suaugusius šeimos narius. Jei sutinkate dalyvauti, norėčiau paklausti, kada galima būtų susitikti?

Sveiki,

Aš esu psichologė/-as (*Vardas Pavardė*). Prieš tris mėnesius sutikote dalyvauti tyrime apie artimųjų psichologinę savijautą. Tada mes su Jumis matėmės pirmą kartą ir kitą kartą sutarėme pasimatyti dabar. Norėčiau pasiteirauti, kokių metu Jums būtų patogų susitikti pabendrauti?

Sveiki,

Aš esu psichologė/-as (*Vardas Pavardė*). Prieš devynis mėnesius sutikote dalyvauti tyrime apie artimųjų psichologinę savijautą. Tada mes su Jumis matėmės pirmą kartą, po trijų mėnesių antrą kartą ir kitą kartą sutarėme pasimatyti dabar. Norėčiau pasiteirauti, kokių metu Jums būtų patogų susitikti pabendrauti?

8 priedas. Sutikimo dalyvauti tyrime forma

Vilniaus m. Psichikos sveikatos centre atliekamas tyrimas apie psichikos ligomis sergančiųjų artimųjų psichologinę savijautą. Šio tyrimo tikslas – geriau suprasti pirmą kartą hospitalizuotų pacientų artimųjų situaciją bei jos pokyčius laike. Tyrimo dalyviai bus apklausiami tris kartus: paciento hospitalicijos metu, po trijų bei po devynerių mėnesių.

Gautieji duomenys bus panaudoti tik apibendrintame moksliniame tyrime. Individualūs duomenys ir faktai nebus atskleisti.

Visi tyrimo dalyviai galės gauti išsamų informacinį leidinį.

Sutinku dalyvauti tyrime.....

Mano telefono Nr.....

Nesutinku dalyvauti tyrime.....

Data:.....

PADĖKA

Dr. Vilmantei Pakalniškienei – už jos vertingas konsultacijas matematinės statistikos klausimais ir atsidėjimą ugdyti kolegų, atliekančių taikomosios psichologijos tyrimus, statistinį išprusimą.

Tyrimo dalyviams, kurie nepabūgo atvirumo ir skyrė brangų savo gyvenimo laiką bendram tikslui.

Tyrėjų komandai: Donatai Linkutei, Eglei Kasiulytei, Justinui Dižavičiui, be kurių pagalbos šis tyrimas būtų sunkiai įmanomas tiek fiziškai, tiek emociškai.

Vasaros ligoninės ir Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės psichiatrams, kurie padėjo susisiekti su tyrimo dalyviais, o ypač psichiatrei doc. Aldonai Šiurkutei už jos geranoriškumą ir pagarbą mokslui.

Mieloms dr. Vaidai Kalpokienei ir dr. Neringai Grigutytei už rankraščio skaitymą, pasidalijimą vertingomis pastabomis, palaikymą.

Dukrelėms Gabijai ir Urtei už kantrybę, kol buvau susitelkusi į rašymą. Mamai Jūratei, tėčiui Rimui, močiutei Irenai ir auklei Genutei už pagalbą rūpinantis mergaičių gerove, o vyrui Robertui – už visapusį palaikymą.

Ir visiems kitiems draugams, kolegoms, pažįstamiems, kurie įvairiais būdais padėjo šiam rankraščiui išvysti dienos šviesą.