

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Julija Voinė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

Psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų užsitęsusio gedulo reakcijos

Darbo vadovas: prof. dr. Evaldas Kazlauskas

Vilnius
2025

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
1. ĮVADAS.....	5
1.1. Užsitęsusio gedulo samprata.....	5
1.2. Užsitęsusio gedulo paplitimas.....	8
1.3. Užsitęsęs gedulas ir kiti psichikos sutrikimai	10
1.4. Užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai	15
1.5. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai	18
2. METODIKA	20
2.1. Tyrimo dalyviai.....	20
2.2. Tyrimo instrumentai.....	21
2.3. Tyrimo eiga	23
2.4. Duomenų analizės metodai	23
3. TYRIMO REZULTATAI	24
3.1. Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo patyrimas tyrimo imtyje.....	24
3.2 Užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai tyrimo imtyje	28
3.3. Užsitęsusio gedulo sąsajos su depresija ir nerimu tyrimo imtyje	33
4. REZULTATŲ APTARIMAS	35
4.1. Užsitęsusio gedulo sutrikimo rizikos grupė ir jos ypatumai.....	35
4.2. Depresijos ir nerimo simptomų paplitimas tyrimo imtyje	38
4.3. Užsitęsusio gedulo rizikos ir prognostiniai veiksniai	39
4.4. Užsitęsusio gedulo ir depresijos bei nerimo sąsajos	41
4.5. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams.....	42
LITERATŪRA.....	46
PRIEDAI	52

SANTRAUKA

Voinė, J. (2025). *Psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų užsitęsusio gedulo reakcijos*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 52.

Netektys ir gedulas yra natūrali ir neišvengiama gyvenimo dalis, dažnai lydimi įvairių intensyvių emocijų. Ilgainiui daugumai artimojo netektį patyrusių žmonių intensyvios gedulo reakcijos mažėja, adaptuojamasi prie naujos gyvenimo realybės. Tačiau daliai gedinčiųjų šis procesas komplikuojasi ir virsta ilgalaikiu, intensyviu ilgesiu, sukelia emocinių kančių ar net stipriai sutrikdo įprastą gyvenimą. Pastebėta, kad nebūdingai ilgai užsitęsusios sielvarto reakcijos gali reikšmingai pabloginti asmens gyvenimo kokybę – padažnėti depresijos ir nerimo simptomai, savižudybės rizika, sutrikti miegas, padažnėti somatinių sutrikimų ir kt. Reaguojant į tai 2018 m. į Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ąją leidimą (TLK-11), o 2022 m. į Amerikos psichiatrų asociacijos Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovą (DSM-5-TR) buvo įtraukta nauja diagnostinė kategorija – užsitęsusio gedulo sutrikimas. Šio darbo tikslas – įvertinti užsitęsusio gedulo ypatumus psichiatrijos stacionaro pacientų imtyje. Tyrime dalyvavo 136 psichiatrijos stacionare besigydantys suaugusieji (58,1% – moterys; amžiaus vidurkis – 40,5 m.). Užsitęsusiam gedului išmatuoti naudotas Užsitęsusio gedulo klausimynas (revizuotas) (angl. Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13-R); Trumpas paciento sveikatos klausimynas–4 (angl. Patient Health Questionnaire–4 (PHQ-4) naudotas depresijos ir nerimo simptomams įvertinti. Tyrimo dalyvių taip pat prašyta pateikti sociodemografinių duomenų (lytis, amžius, išsilavinimas, užimtumo statusas ir kt.). Duomenų analizė atskleidė, kad beveik penktadalis (19,1%) tyrime dalyvavusių asmenų patenka į užsitęsusio gedulo rizikos grupę. Užsitęsusio gedulo sutrikimo rizika persidengia su depresijos ir nerimo sutrikimų simptomais – 9 iš 10 į užsitęsusio gedulo rizikos grupę patenkančių pacientų taip pat patiria kliniškai reikšmingus depresijos ir nerimo simptomus. Tyrimo imtyje užsitęsusio gedulo riziką prognozavo depresijos ir nerimo simptomai ir vyresnis amžius. Tyrime atsiskleidė moterų ir vyrų gedulo reakcijų skirtumai: pacientų vyrų rizika patirti užsitęsusio gedulo sutrikimą didėja su amžiumi, patiriami depresijos ir nerimo simptomai, gali signalizuoti apie patiriamą užsitęsusio gedulo sutrikimą; moterų grupėje užsitęsęs gedulas reikšmingai siejosi tik su nerimo simptomais.

Raktiniai žodžiai: užsitęsęs gedulas, užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai, depresija, nerimas, psichikos sutrikimas.

SUMMARY

Voinė, J. (2025). Prolonged grief reactions of people with mental health disorders. Master's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 52.

Loss and bereavement are a natural and inevitable part of life, often accompanied by a range of intense emotions. Over time, for most people who have experienced the loss of a loved one, intense grief reactions decrease, adapting to the new reality of life without the loved one. However, for some mourners, this process becomes complicated and turns into long-term, intense longing, causing emotional distress or even severe disruption of everyday life. It has been observed that unusually long grief reactions can significantly impair a person's quality of life by increasing symptoms of depression and anxiety, risk of suicide, sleep disturbance, somatic disorders, etc. Therefore, a new diagnostic category of Prolonged Grief Disorder was introduced to the International Classification of Diseases, 11th edition (ICD-11) in 2018 and to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) in 2022. The aim of this study was to assess the characteristics of prolonged grief in a sample of psychiatric inpatients. The study included 136 adults (58.1% women; mean age 40.5) receiving treatment in a psychiatric inpatient setting. Prolonged Grief Disorder-13 (Revised) (PG-13-R) was used to measure prolonged grief reactions; the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) was used to assess depression and anxiety symptoms. Participants were also asked to provide sociodemographic data (gender, age, education, employment status, etc.). Data analysis revealed that almost one-fifth (19.1%) of the study participants fell into the risk group for prolonged grief disorder. The risk of prolonged grief disorder overlaps with symptoms of depression and anxiety disorders – 9 out of 10 patients falling into the risk group for prolonged grief also experience clinically significant symptoms of depression and anxiety. In the study sample, the risk of prolonged grief was predicted by symptoms of depression and anxiety, as well as older age. The study revealed differences in grief reactions between women and men: the risk of experiencing prolonged grief disorder in male patients increases with age, and the presence of depressive and anxiety symptoms may be a signal of experiencing prolonged grief disorder; in the female group, prolonged grief was significantly associated only with anxiety symptoms.

Keywords: prolonged grief, risk factors for prolonged grief, depression, anxiety, mental disorder.

1. ĮVADAS

1.1. Užsitęsusio gedulo samprata

Netektys yra natūrali ir neišvengiama gyvenimo dalis, dažnai lydimą įvairių intensyvių emocijų, gedulo. Gedulas yra universali, skausminga patirtis, kylanti netekus reikšmingų gyvenimo santykių. Tiek, kiek žmonės gyvenime turi mylimuosius, o vėliau netenkamus objektus, tiek egzistuoja gedulas (Prigerson, Kakarala, et al., 2021). Mylimo žmogaus netektis įprastai sukelia gedulą, charakterizuojamą ilgesiu, noru, kad miręs asmuo sugrįžtų, sumažėjusiu susidomėjimu aplinka, lydimas dažnų minčių apie mirusįjį (Shear et al., 2013).

S. Freud savo veikale „Gedulas ir melancholija“ (1917) vienas pirmųjų bandė atskirti normalų gedulą nuo patologinio. Gedėjimą jis laikė adaptyviu atsiskyrimo procesu, o melancholiją – chroniška, destruktivia reakcija, didinančia savižudybės riziką ir reikalaujančia medicininės pagalbos (Prigerson, Kakarala, et al., 2021). Pirmieji moksliniai užsitęsusio gedulo tyrinėjimai siejami su E. Lindemann (Maercker & Znoj, 2010), kuris 1944 m. publikuotame savo darbe „Ūmaus gedulo simptomatologija ir valdymas“ (angl. *The Symptomatology and Management of Acute Grief*) atkreipė dėmesį į neįprastą – pavėluotą artimojo netekusių gedulo reakciją, demonstruojamą linksnumą ir netekties priėmimą nedemonstruojant įprastų gedulo reakcijų (W. Stroebe, 1987). J. Bowlby, prieraišumo teorijos pradininkas, manė, kad esminis patologinio sielvarto požymis yra nesugebėjimas pasiekti paskutinės įprasto sielvarto stadijos, t. y. gebėjimo susitaikyti su netektimi ir emociškai prisirišti prie kitų žmonių (Prigerson, Kakarala, et al., 2021). Gedulo temos aktualumą patvirtina iki šiol populiari, didelio visuomenės ir mokslininkų susidomėjimo, susilaukusi 5 gedėjimo stadijų teorija, kurią išplėtojo E. Kubler-Ross. Tiesa, nepaisant populiarumo, mokslinės bendruomenės ji taip pat gausiai kritikuota. Ypač dėl linijinio gedėjimo etapų išsidėstymo (W. Stroebe, 1987). Šiuolaikinė netekties, gedulo, kaip diagnostinio vieneto, istorija prasidėjo nuo M. J. Horowitz tyrinėjimų, kuriais jis pirmąkart išryškino potrauminio streso sutrikimo simptomus ir kriterijus. 1974 m. autorius pastebėjo nuo potrauminio streso sutrikimo ir gedulo kenčiančių pacientų išsakomo turinio panašumus. Vėliau su kolegomis jis tai pavadino „adaptacijos sunkumais“, „atsako į stresą sindromais“ (Maercker & Lalor, 2012).

Taigi, gedulas neišvengiamai aktualus ir gausiai tyrinėjamas fenomenas. Nors skausmingos reakcijos į netektį yra universali gyvenimo dalis, tai taip pat yra unikalus išgyvenimas, priklausantis nuo daugybės individualių, tarpasmeninių santykių, kultūrinių, demografinių, su netektimi susijusių ir kt. faktorių. Daliai netektį patyrusių asmenų gedulas komplikuojasi ir virsta ilgalaikiu ir intensyviu ilgesiu, sukelia emocinių kančių, gedinčiajam nepavyksta priimti mirties fakto, imama vengti

priminimų apie mirusįjį arba netektį, juntamas emocinis sąstingis, pasitikėjimo praradimas, juntami kaltės, pykčio, beprasmybės jausmai ir t. t. Pastarojo ketvirčio amžiaus tyrimai patvirtino, kad ši nedidelė dalis sunkių gedulo reakcijų gali būti sukeliančios negalią ir viršijančios įprastus lūkesčius, be to pastebėta, kad tokias reakcijas atliepia tik specializuotas gydymas (Prigerson, Boelen, et al., 2021). Netekus artimojo gali padažnėti depresijos ir nerimo simptomai, savižudybės rizika ir nuolatinės sielvarto reakcijos, kurios skiriasi nuo įprastų psichikos sveikatos sutrikimų (Boelen & Lenferink, 2020).

Reaguojant į reikšmingą gyvenimo kokybės pablogėjimą dėl komplikuoto gedulo (Maccallum & Bryant, 2020) ir tikslingo bei specializuoto vertinimo bei gydymo poreikį (Jordan & Litz, 2014; Prigerson et al., 2024 ir kt.), užsitęsusio gedulo sutrikimo diagnozė (angl. *prolonged grief disorder*) 2018 m. įtraukta į Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ąją leidimą (angl. *International Classification of Diseases 11th Revision*, toliau – TLK-11; World Health Organization, 2018), o 2022 m. į Amerikos psichiatrijos asociacijos Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovą (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, toliau – DSM-5-TR).

Užsitęsusio gedulo sutrikimo apibrėžimas. Užsitęsusio gedulo diagnozė abejuose klasifikatoriuose (TLK-11 ir DSM-5-TR) įtraukta į skyrius, susijusius su trauma ir stresu, grindžiant sutrikimo atsiradimą ankstesniu susidūrimu su išoriniu stresoriumi, t. y. artimo žmogaus netektimi (Hyland et al., 2024).

Užsitęsęs gedulas apibrėžiamas simptomais, kurie įprastai kyla netekus artimo žmogaus. Diagnostiniuose kriterijuose išskiriami šie pamatiniai užsitęsusio gedulo simptomai: (1) nuolatinis mirusiojo ilgesys arba nuolatinis mąstymas apie mirusįjį, kurį lydi (2) stiprus emocinis skausmas (pvz., liūdesys, kaltė, pyktis, neigimas, jausmas, kad asmuo prarado dalelę savęs, nesugebėjimas patirti teigiamų emocijų, emocinis sustingimas, sunkumai užsiimti socialine ar kita veikla). Sielvarto reakcija tęsiasi netipiškai ilgą laiką po netekties (mažiausiai daugiau nei šešis mėn.) (3) ir aiškiai (4) viršija numatomas socialines, kultūrines ar religines asmens kultūros ir konteksto normas (World Health Organisation, 2018).

Vadovaujantis TLK-11, užsitęsusio gedulo sutrikimo diagnozei būtinas bent vienas iš pamatinių simptomų (1) ir bent vienas papildomas simptomas (2), nurodantis emocinę kančią. (Gonschor et al., 2020). Be to, TLK-11 nustatytas šešių mėn., DSM-5-TR – 12 mėn. minimalus laikotarpis, po kurio įvardytos gedulo reakcijos laikomos patologiškomis. Vertinant užsitęsusio gedulo sutrikimo simptomus atsižvelgiama į atitinkamas socialines ir kultūrines gedulo normas, taip pat raidos ypatumus, pvz., numatyta, kad vaikams ir paaugliams užsitęsusio gedulo reakcijos gali pasireikšti opoziciniu elgesiu, o vyresnio amžiaus žmonėms – padažnėjusiais somatiniais

nusiskundimais ar ilgalaikė depresija. Taip pat svarbus diagnostinis kriterijus – stiprių gedulo reakcijų reikšmingai sutrikdyta asmeninė, šeimos, profesinė, socialinė ar kita asmens veikla arba veikimas šiose srityse palaikomas tik įdėjus didelių pastangų (World Health Organization, 2018; The American Psychiatric Association, 2022).

TLK-11 Užsitęsusio gedulo diagnozė artima Prigerson ir kolegų 2009 m. suformuluotam gedulo apibrėžimui, kurio struktūra buvo patvirtinta konstrukto validumo, diagnostinio jautrumo ir specifiškumo bei prognostinio validumo analizėmis (Gegieckaitė, 2021). DSM-5-TR ši diagnozė įtraukta tokiu pačiu pavadinimu, nors tarp TLK-11 ir DSM-5-TR diagnostinių kriterijų yra šiokių tokių skirtumų. DSM-5-TR nustatytas griežtas minimalus papildomų kriterijų skaičius (vienas pamatinis ir bent trys papildomi), kurio nėra TLK-11. Be to, TLK-11 kaip papildomi diagnostiniai kriterijai įtraukti liūdesys, pyktis kaltė, o DSM-5-TR – prisiminimų vengimas, vienišumo jausmas arba jausmas, kad gyvenimas nebeturi prasmės (Rueger et al., 2024). Taigi, DSM-5-TR suteikia aiškų diagnostinį algoritmą, TLK-11 naudojamas tik tipologinis metodas be griežtų simptomų, kurie turi pasireikšti, kad atitiktų diagnostikos slenkstį (Treml et al., 2024).

Užsitęsusio gedulo sutrikimo diagnozė susilaukė nemažai diskusijų iki ją įtraukiant į ligų klasifikatorius. Nerimauta, kad užsitęsusio gedulo sutrikimo diagnoze patologizuojama ir medikamentalizuojama natūrali reakcija į mylimo žmogaus netektį ar net pati meilė, kad diagnozė didins gedinčiųjų stigmą, kad sveikatos priežiūros specialistams nebus naudos iš naujosios diagnostinės kategorijos. Taip pat diskutuota dėl specializuotos intervencijos poreikio, esą „gedulas niekada nesibaigia, tik kinta“ (Prigerson et al., 2024). Dauguma abejonių dėl užsitęsusio gedulo diagnozės sėkmingai paneigtos mokslinių tyrimų, atliktų per pastaruosius du dešimtmečius (Dennis et al., 2022; Prigerson, Kakarala, et al., 2021; Reynolds, 2023 ir kt.). Tačiau ėmus praktiškai taikyti šią diagnostinę kategoriją, atsiskleidė jos kriterijų (simptomų) atvirumas interpretacijoms. Dėl TLK-11 užsitęsusio gedulo diagnozės lankstumo, diagnostinių kriterijų unikalumo ir naujumo (pvz., tokie simptomai kaip kaltė, kaltinimas, pyktis, negebėjimas patirti teigiamos nuotaikos, nėra aptinkami ankstesniuose diagnostinės kategorijos siūlymuose), kultūrinio adaptyvumo, sunku tiksliai suprasti, koks simptomo turinys. Dėl to kyla sunkumų kuriant tinkamus instrumentus išmatuoti šio sutrikimo paplitimą (Eisma et al., 2020).

Užsitęsusio gedulo konstrukto validumą patvirtino ne vienas mokslinis tyrimas (Karatzius et al., 2022; Kazlauskas et al., 2018; Prigerson et al., 2009 ir kt.). Tyrimais taip pat nustatyta, kad užsitęsusio gedulo sutrikimas yra atskiras sindromas nuo įprasto gedulo, depresijos ir kitų nuotaikos, nerimo sutrikimų bei potrauminio streso ar kitų su stresu susijusių sutrikimų (Jordan & Litz, 2014). Užsitęsusio gedulo diagnozė dažniausiai siejama su nuotaikų sutrikimais ir su streso sukeltais

sutrikimais. Pastarųjų grupei užsitęsusio gedulo diagnozė priskirta TLK-11 ir DSM-5-TR. Nors užsitęsusio gedulo simptomai gali persidengti arba pasireikšti kartu su minėtais sutrikimais, faktorių analizė patvirtino užsitęsusį gedulą esant atskiru nuo šių sutrikimų konstruktu (Kokou-Kpolou et al., 2021).

Šiuolaikiniai užsitęsusio gedulo tyrėjai, pripažįsta, kad mūsų lūkesčiai dėl normalaus sielvarto yra aiškiai nulemti kultūros, todėl yra labai problemiška atskirti normalų sielvartą nuo pernelyg intensyvaus ar pernelyg ilgai trunkančio sielvarto. Normatyviniai sutrikimo aprašymai teigia, kad sielvartas nėra sutrikimas, jei jis tinkamai prisideda prie to, kad galėtume gyventi klestintį gyvenimą, tačiau neaišku, kaip galėtume nuspręsti, kiek sielvarto turėtų patirti klestintis žmogus ir ar apskritai reikia jausti sielvartą (Schut et al., 2013).

1.2. Užsitęsusio gedulo paplitimas

Dėl anksčiau minėtų TLK-11 bet DSM-5-TR skirtumų, moksliniuose tyrimuose randami užsitęsusio gedulo paplitimo rezultatai skiriasi. Rezultatai taip pat varijuoja priklausomai nuo tiriamos imties, pasirinktų tyrimo instrumentų, geografinės tyrimo vietos ir kitų faktorių. Pvz., moksliniai tyrimai rodo, kad interviu būdu renkamų duomenų rezultatai (pvz., paplitimo ar simptomų patyrimo) neretai yra tikslesni, skiriasi nuo duomenų surinktų savižinos instrumentais (Rueger et al., 2024). Literatūros analizės atsiskleidė, kad tuose tyrimuose, kuriuose duomenys rinkti interviu būdu, užsitęsusio gedulo paplitimo rezultatai buvo mažesni. Galbūt iš dalies tai paaiškinama tuo, kad užsitęsęs gedulas tyrėjų išskiriamas kaip itin stiprus ir aktyvus gedulas, tačiau tokio išskyrimo visuomenėje nepastebima, todėl visuomenėje įvardijamas gedulas ir mokslininkų apibrėžtas užsitęsęs gedulas greičiausiai nėra tapatūs (Gegieckaitė, 2021). Galime svarstyti, kad suteikus asmeniui galimybę savais žodžiais papasakoti gedulo išgyvenimus, jų įvairovę būtų sunku sutalpinti į vieną diagnostinę kategoriją. Be kita ko, tai galimai prisideda prie neretai prieštaringų ar neapibrėžtų užsitęsusio gedulo tyrimų rezultatų.

Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad dauguma suaugusių žmonių (~60%–80%) patiria mylimo žmogaus netektį (Hyland et al., 2024). TLK-11 diagnostiniais kriterijais paremtais tyrimais nustatyta, kad užsitęsęs gedulas pasireiškia 8,2-19,8% netektį patyrusių suaugusiųjų neklinikinėje imtyje, praėjus keletui metų po netekties (Lundorff et al., 2021). Užsitęsusio gedulo paplitimas varijuoja priklausomai nuo diagnostinio algoritmo ir kriterijų taikymo (Treml et al., 2024). Rosner ir kolegų (2021) atliktame reprezentatyviame bendros populiacijos tyrime (n=914, Vokietija) nustatyta, kad užsitęsusio gedulo paplitimas, vadovaujantis DSM-5-TR, siekia 1,2% bendroje populiacijoje ir 3,3% gedinčiųjų populiacijoje, tuo tarpu matuojant vadovaujantis TLK-11 diagnostiniu algoritmu –

1,5% bendroje populiacijoje ir 4,2% gedinčiųjų populiacijoje. Šis skirtumas buvo statistiškai reikšmingas, autorių siejamas su tuo, kad pagal TLK-11 privalomas tik vienas papildomas simptomas (tuo tarpu pagal DSM-5-TR – trys). Artimiausi vienas kitam rezultatai ir didžiausias TLK-11 ir DSM-5-TR suderinamumas gauti vertinant pridėjus keturis papildomus simptomus prie esamų būtinųjų pagal TLK-11 (Rosner et al., 2021).

Pasiskirstymo netolygumai skirtingų autorių taip pat siejami su įvairiais tyrimo, imties demografiniais, kultūriniais, netekties aplinkybių ir kitais faktoriais. Pvz., užsitęsusio gedulo paplitimo mastas reikšmingai išauga iki 49% matuojant jo paplitimą artimojo netekusių nenatūraliomis aplinkybėmis imtyje (staiga, netikėtai, dėl nelaimingo atsitikimo, savižudybės, žmogžudystės, teroro akto, karo, stichinių nelaimių) (Djelantik et al., 2020).

Klinikinėje psichiatrinėje imtyje užsitęsusio gedulo tyrimų yra labai nedaug. Rueger ir kolegos (2024) siekdami atliepti tokių tyrimų poreikį, įvertinti užsitęsusio gedulo sutrikimo komorbidiskumą ir naujo vertinimo instrumento – I-PGD-11 psichometrinės savybės nustatė, 16,8% (pagal TLK-11 diagnostinius kriterijus) ir 10,9% (pagal DSM-5-TR diagnostinius kriterijus, matuota su PG-13-R) užsitęsusio gedulo paplitimą klinikinėje psichiatrinėje imtyje (n = 101). Tyrime naudotas I-PGD-11 (angl. *International Interview for Prolonged Grief Disorder according to ICD-11*) – pusiau struktūruoto interviu klausimynas, sudarytas iš 13 klausimų, atliepiančių TLK-11 diagnostinius kriterijus ir PG-13-R (naudojamam šiame tyrime). Skirtumus autoriai sieja su mažesniu privalomų papildomų kriterijų skaičiumi pagal TLK-11, interviu metodo suteikiama galimybe paaiškinti patiriamą simptomą (Komischke-Konnerup et al., 2021).

Ankstesnių tyrimų nustatyti paplitimo skirtumai pagal diagnostinius klasifikatorius taip pat aiškinami TLK-11 kriterijų lankstumu, mažesniu privalomu papildomų kriterijų skaičiumi ir tipologinių diagnostiniu modeliu lyginant su griežtesniu DSM-5-TR diagnostiniu modeliu. Tyrėjų vertinimu, TLK-11 diagnostinis modelis sudaro sąlygas dideliame diagnostiniame jautrumui, kita vertus manoma, kad tai gali sąlygoti per daug užsitęsusio gedulo diagnozių ir demonstruoti didesnę nei yra sutrikimo paplitimą (Rosner et al., 2021).

Kaip minėta, užsitęsusio gedulo tyrimų klinikinėse psichiatrinėse imtyse atlikta nedaug, tad šiame darbe pristatomi ankstesnių tyrimų duomenys dažniau atspindi užsitęsusio gedulo rodiklius, būdingus bendrai populiacijai, atskirai nurodant imties specifiką, jei duomenys charakterizuoja kitokią imtį.

1.3. Užsitęsęs gedulas ir kiti psichikos sutrikimai

Mokslinėje literatūroje pastebimas didelis užsitęsusio gedulo komorbidiškumas su depresijos, nerimo, potrauminio streso sutrikimais. Svarstoma, kad klinikiniai užsitęsusio gedulo simptomai yra tik viena iš daugelio galimų gedulo komplikacijų, o komplikuotas gedulas siūlomas kaip skėtinė sąvoka apimanti užsitęsusio gedulo, depresijos, nerimo, potrauminio streso simptomus. Komplikuoto gedulo reakcijos matomos kaip asmens „įstrigimo“ gedule būseną. Vadovaujantis tokiu teoriniu modeliu, manoma, kad su gedulu susiję depresijos, nerimo ar potrauminio streso simptomai apsunkina natūralų gedėjimo procesą, todėl gali būti vadinami komplikuoto gedulo reakcijomis (Komischke-Konnerup et al., 2021). Manoma, kad sutrikęs gedulo procesas gali išprovokuoti ne tik užsitęsusį gedulą, bet ir depresiją, nerimą, potrauminio streso sutrikimą (Rando, 2013). Longitudiniai tyrimai atskleidžia, kad užsitęsusio gedulo simptomai ankstyvame laikotarpyje po netekties reikšmingai medijuoja sąsajas tarp laiko po netekties ir depresijos arba potrauminio streso sutrikimo simptomų atsiradimo (Janshen & Eisma, 2024).

Atlikus užsitęsusio gedulo ir su juo susijusių sutrikimų tyrimų meta analizę (tyrimų $n = 23$, tyrimo dalyvių $n = 19222$), nustatyta, kad 70% komplikuoto gedulo simptomų turinčių tyrimo dalyvių turi vieną ar daugiau gretutinių komplikuoto gedulo reakcijų, 46% tyrimo dalyvių turi bent dvi papildomas gretutines komplikuoto gedulo reakcijas. Labiausiai paplitę gretutiniai simptomai – depresijos sutrikimo (63%), nerimo sutrikimo (54%) ir potrauminio streso sutrikimo (49%) (Komischke-Konnerup et al., 2021).

Tyrėjai atkreipia dėmesį, kad sudėtingos gedulo reakcijos nebūtinai kyla dėl pačios netekties. Traumos, nuotaikos ar nerimo sutrikimai bei kiti socialiniai ar su netektimi susiję faktoriai sudaro predispoziciją užsitęsusio gedulo sutrikimo vystymuisi (Jordan & Litz, 2014). Anksčiau patirti depresijos, nerimo ar potrauminio streso sutrikimų simptomai dėl ištikusios netekties gali sustiprėti (Komischke-Konnerup et al., 2021).

Užsitęsęs gedulas ir depresija bei nerimas. Depresijos ir užsitęsusio gedulo sutrikimų sąsajos ir skirtumai atspindėti TLK-11 išskiriant užsitęsusiam gedului specifiškai būdingą susitelkimą į netektį, kaip ašinių užsitęsusio gedulo sutrikimo simptomą (World Health Organization, 2018). Tuo tarpu depresiją visų pirma charakterizuoja pažeminta nuotaika ir interesų praradimas; nerimo sutrikimus – padidėjęs tam tikrų situacijų ar objektų baimės jausmas (Rueger, Steil, et al., 2024). TLK-11 taip pat pabrėžiama, kad nuotaikų sutrikimai ir užsitęsęs gedulas, jei atitinka diagnostinius kriterijus, gali būti diagnozuojami kartu (World Health Organization, 2018). Šie sutrikimai, pasak tyrėjų, iš esmės skiriasi nuo užsitęsusio gedulo sutrikimo savo centriniais simptomais, tačiau ypač

dažnai jie yra komorbidiški (Prigerson, Boelen, et al., 2021) ir nors tai yra atskiri sutrikimai, juos gali sieti bendra etiologija po mylimo žmogaus netekties (Hennemann et al., 2023).

Gegieckaitės (2021) atliktas tyrimas Lietuvos populiacijoje atskleidė, kad užsitęsusio gedulo reakcijos buvo susijusios su depresiškumu. Tyrime apie pusė (48,8%) užsitęsusio gedulo sutrikimo rizika pasižymėjusių asmenų taip pat turėjo reikšmingų depresijos požymių. Naujausi moksliniai tyrimai rodo, kad užsitęsusio gedulo simptomai reikšmingai siejasi su depresija esamuoju laiku, be to, patvirtinta, kad sąsajos išlieka stabilios laike (Eisma & Buyukcan-Tetik, 2025). Kiti tyrimai taip pat patvirtina, kad depresijos ir nerimo simptomai yra reikšmingi užsitęsusio gedulo prognostiniai veiksniai. Aukštesni depresijos ir nerimo simptomų įverčiai praėjus vienam mėnesiui po netekties, prognozavo aukštesnius užsitęsusio gedulo įverčius, praėjus keturiems mėnesiams po netekties. Kartu pastebėta atvirkštinė sąsaja – aukštesni užsitęsusio gedulo įverčiai ilgainiui prognozavo aukštesnius depresijos įverčius (bet ne nerimo) (Janshen & Eisma, 2024). Be to, pastebėta, kad užsitęsusio gedulo simptomų sunkumas siejasi su depresija, šiek tiek mažiau su nerimu (Sardella et al., 2023).

Kokou-Kpolou ir kolegų (2021), siekdami ištirti užsitęsusio gedulo simptomų modelius ir atlikę latentinių klasių analizę, patvirtino tris latentines gedinčiųjų klases: atspariąją klasę, dominuojančio užsitęsusio gedulo klasę ir mišrią – užsitęsusio gedulo-depresijos klasę, t. y. tyrimas patvirtino, kad tarp gedinčiųjų susidaro grupė, kuri greta užsitęsusio gedulo simptomų taip pat patirs ir su netektimi susijusią depresiją.

Tiriant užsitęsusio gedulo sąsajas su kitais psichikos sutrikimais, nerimas dažniausiai tiriamas kartu su depresija, todėl duomenų apie nerimo vaidmenį užsitęsusio gedulo etiologijoje, raiškoje yra nedaug (YAN et al., 2021). Yan ir kolegų (2021) nustatyta, kad nerimo simptomai pirmaisiais mėnesiais po netekties yra reikšmingas užsitęsusio gedulo ir depresijos simptomų prognostinis veiksnys praėjus keturiems mėnesiams, bet ne septyniems mėnesiams po artimojo netekties. Matomas nerimo simptomų mažėjimas, pasak autorių, galimai prisideda prie komplikuoto gedulo ir depresijos simptomų mažėjimo.

Mokslinėje literatūroje dažniau aptinkami su prieraišumu susijusio nerimo ir užsitęsusio gedulo tyrimai. Nustatyta, kad suaugusiųjų atsiskyrimo nerimo sutrikimas ir komplikuotas gedulas neretai yra gretutiniai sutrikimai. Svarstoma, kad atsiskyrimo nerimo sutrikimą turinčiųjų gedulo reakcijų sunkumas gali būti nulemtas nesaugaus prisirišimo, kuris, kaip rodo tyrimai, yra reikšmingas abiejų diagnozių rizikos veiksnys (Bağcaz & Kılıç, 2024).

Užsitęsusio gedulo riziką prognozuoja ne tik ankstyvuojų gedėjimo periodu pasireiškiantys nerimo simptomai, bet ir pirminė arba ankstyvoji asmens gedulo reakcija – žmonės, kuriems buvo padidėję užsitęsusio gedulo simptomų įverčiai netrukus po netekties, po šešių mėnesių reikšmingai

padidėjo rizika patekti į užsitęsusio gedulo rizikos grupę (Boelen & Lenferink, 2020). Kitaip tariant, ūmios, sunkios gedulo reakcijos iškart po netekties siejamos su didesne užsitęsusio gedulo rizika.

Dabartiniai užsitęsusio gedulo tyrimai nurodo galimai susidarantį kompleksiską simptomų tinklą, šiems simptomams sąveikaujant atsiranda užsitęsusio gedulo sutrikimas, pvz., aukštas somatinių simptomų paplitimas kombinacijoje su depresijos ir nerimo simptomais gali rodyti, kad už patiriamų somatinių simptomų „slepiasi“ papildomi simptomai, nurodantys į užsitęsusio gedulo sutrikimą (Hennemann et al., 2023).

Užsitęsęs gedulas ir potrauminio streso sutrikimas priklauso tai pačiai su stresu susijusių sutrikimų grupei. Atitinkamai TLK-11 taksonominę struktūrą, su stresu susiję sutrikimai – potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso, užsitęsusio gedulo ir adaptacijos sutrikimas – grupuojasi į keturias skirtingas grupes sutrikimų lygmenyje, tačiau specifiniai šių sutrikimų simptomai dera tarpusavyje ypač stipriai, stipriau nei su kitais psichikos sutrikimais. 61% simptomų variacijos gali būti paaiškinama gretimais simptomais. Stipriausiai siejantis transdiagnostinis simptomas – išgąščio reakcija (Karatzias et al., 2022).

TLK-11 užsitęsusio gedulo apibrėžime atkreipiamas dėmesys į tai, kad užsitęsusio gedulo reakcijos, panašiai kaip potrauminio streso sutrikimas, gali išsivystyti asmenims, artimojo netekusiems trauminėmis mirties aplinkybėmis. Užsitęsusio gedulo atveju asmuo bus nuolatos susirūpinęs dėl mirties aplinkybių, tačiau skirtingai nei potrauminio streso sutrikimo atveju, neišgyvens šių prisiminimų kaip pasikartojančių esamu momentu (World Health Organization, 2018). Djelantik ir kolegų (2018) teigimu, po artimojo netekties gedintysis gali patirti tiek užsitęsusio gedulo, tiek potrauminio streso sutrikimo simptomų, t. y. šie sutrikimai gali vystytis greta. Pagrindiniais skirtumais laikytini šių sutrikimų ašiniai simptomai: mirusiojo ilgesys – užsitęsusio gedulo atveju, patiriama baimė – potrauminio streso sutrikimo atveju.

Siekiant įvertinti potrauminio streso sutrikimo ir užsitęsusio gedulo sąsajas laike, nustatyta, kad aukštesni užsitęsusio gedulo simptomų įverčiai, lyginant su kitais tyrimo dalyviais, prognozuoja potrauminio streso sutrikimą, o aukštesni potrauminio streso sutrikimo įverčiai (lyginant su įprasta tam asmeniui būseną) praėjus 14-15 mėnesių po netekties reikšmingai prognozuoja užsitęsusio gedulo simptomų vystymąsi praėjus 30-32 mėnesiams po netekties (Janshen & Eisma, 2024).

Pažymėtina, kad tam tikrose specifinėse imtyse užsitęsusio gedulo ir potrauminio streso sutrikimai ypač glaudžiai susiję, pvz., pabėgėlių ir (arba) prieglobsčio prašytojų tarpe nustatyta, kad užsitęsusio gedulo ir potrauminio streso sutrikimo komorbidiškumas yra dažniausias. Tai taip pat patvirtina ankstesnių tyrimų išvadas dėl traumuojančių netekties aplinkybių sąsajų su užsitęsiu gedulu (Lechner-Meichsner et al., 2024).

Su stresu susiję sutrikimai, pasak Karatzias ir kolegų (2022), tyrinėjusių tinklinį su stresu susijusių TLK-11 sutrikimų modelį, nėra nepriklausomi vienas nuo kito diagnostiniai vienetai. Psichopatologijai palankios sąlygos gali stiprinti vienas kitą tiek simptomų lygmeny, tiek sutrikimų. Taip pat pastebėta, kad kai kurie užsitęsusio gedulo simptomai neigiamai siejasi su kitų šios grupės sutrikimų simptomais (Karatzias et al., 2022).

Užsitęsęs gedulas ir kiti psichikos sutrikimai. Mauritz ir Meijel (2009) tyrinėję netekties ir gedulo patyrimą šizofrenija sergančiųjų imtyje, priėjo išvadų, kad gyvenimas su šizofrenija šiems asmenims reiškia netektis keliose svarbiose gyvenimo srityse, pvz., afektyviame ir pažintiniame funkcionavime, socialinėje aplinkoje, mokslo ir darbo bei kasdienio funkcionavimo. Šiose srityse sergantieji patiria vidines ir išorines netektis. Tyrimo dalyviai išreiškė nesijaučiantys tais žmonėmis, kurie buvo iki susirgimo šizofrenija. Jų pasaulis pasikeitė amžiams – tai dominuojanti vidinės netekties patyrimo tema. Išorinės netektys apima socialinio tinklo eroziją, padidėjusią priklausomybę nuo artimųjų, studijų ar darbo, galimybės gyventi nepriklausomai netektį. Šie patyrimai iššaukia gedulo reakcijas – neigimą, liūdesį, emocinį šoką, kaltės jausmus, beviltiškumą, atsitraukimą nuo įprasto socialinio gyvenimo ir pan. (Mauritz & van Meijel, 2009). Pastebėtina, kad šiems pacientams užsitęsusio gedulo diagnozė nėra galima, nes jie neatitinka pagrindinio šios diagnozės reikalavimo pagal galiojančius diagnostinius klasifikatorius – patirtos artimojo netekties. Dėl to kyla rizika, kad į gedulo reakcijas šioje imtyje nėra tinkamai reaguojama. Praktikoje reabilitacijos procesai, dirbant su šizofrenija sergančiais asmenimis, dažniausiai orientuoti į pagalbą atstatant prarastus įgūdžius suaktyvinant tikslų siekimą, reintegraciją į bendruomenę, tuo tarpu patirtos netektys ignoruojamos (Buchman-Wildbaum et al., 2020).

Tay ir kolegos (2022), siekdami ištirti asmenų, kuriems diagnozuotas sunkus psichikos sutrikimas (šizofrenija, šizoafektinis, bipolinis sutrikimai ar depresija; nustatytą ne anksčiau kaip 5 metai iki artimojo netekties), gedulo reakcijų ir atkryčio riziką, nustatė kad netekto partnerio gedinties ir suaugusiems vaikams, patyrusiems tėvų netektį, atkryčio grėsmė ypač padidėja pirmų trijų gedėjimo mėnesių laikotarpiu. Be to, 12,8% netektį patyrusių partnerių ir 15% suaugusių vaikų tiriamoje imtyje patyrė psichinės ligos atkrytį po dviejų metų nuo netekties. Atkrytis šiame tyrime suprantamas kaip hospitalizacija paūmėjus psichikos sveikatos būklei, bandymas nusižudyti arba savižudybė (Tay et al., 2022). Šio tyrimo rezultatai rodo, kad asmenys, turintys psichikos sutrikimų istoriją, yra pažeidžiama grupė, kuriai netektis ir gedulas gali lemti rimtų psichikos sveikatos problemų, todėl praktikoje šiai grupei priklausantiems asmenims gali prireikti papildomo dėmesio.

Besigydančių nuo priklausomybių nuo psichoaktyvių medžiagų tarpe aptikta, kad užsitęsusio gedulo rodikliai reikšmingai aukštesni (34,2%) nei tyrimo kontrolinės grupės (5%)

(Masferrer et al., 2017). Nors stiprių sąsajų tarp psichoaktyvių medžiagų vartojimo ir užsitęsusio gedulo nenustatyta, tačiau pastebėta, kad priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų yra reikšmingas rizikos faktorius užsitęsusio gedulo sutrikimui vystytis. Taip pat tyrimu priklausomų asmenų imtyje nustatyta, kad užsitęsęs gedulas yra priklausomybės nuo tabako ir alkoholio prognostinis veiksnys. Tyrimu atskleistas aukštas priklausomybių nuo psichoaktyvių medžiagų ir užsitęsusio gedulo komorbidiškumas (Parisi et al., 2019).

Kartu su depresijos ir nerimo sutrikimų komorbidiškumu užsitęsusio gedulo rizikos grupėje atrandamas ir aukštas somatoforminių sutrikimų paplitimas (apie 31%), ypač moterų grupėje. Net 54% asmenų, siekusių gydymo dėl sunkumų po netekties pasižymėjo somatoforminiais sutrikimais (Rueger, Steil, et al., 2024). Kiti tyrimai rodo, kad užsitęsusio gedulo simptomai yra somatoforminių sutrikimų prognostiniai veiksniai. Be to, depresija ir nerimas iš dalies medijuoja asociacijas tarp užsitęsusio gedulo ir somatinių sutrikimų simptomų. Tyrimų duomenimis, maždaug trečdalis asmenų galimai turinčių užsitęsusio gedulo sutrikimą, taip pat pranešė patiriantys daug arba labai daug somatinių sutrikimų simptomų. Šis rezultatas yra reikšmingai aukštesnis nei bendros populiacijos rodiklis. Tyrimas parodo stiprias sąsajas tarp somatoforminių sutrikimų, depresijos ir nerimo gedulo kontekste (Hennemann et al., 2023).

Neurobiologinis užsitęsusio gedulo pagrindas. Prigerson ir Kakarala (2021), išsamiai aprašę užsitęsusio gedulo sutrikimo istorinę raidą, nesutinka su ICD-11 ir DSM-5-TR užsitęsusio gedulo priskyrimu streso sutrikimų ar nuotaikos sutrikimų grupei (kaip svarstyta iki įtraukiant šias diagnozes į ligų klasifikatorius). Autorės teigia, kad vis gausėjantis neurobiologinių tyrimų skaičius patvirtina, kad užsitęsęs gedulas yra atskira nuo įprastų psichikos sutrikimų būklė, susijusi su sutrikusiu pastiprinimo signalizavimu. Pasak autorių, mokslinių tyrimų duomenys, patvirtinantys užsitęsusio gedulo etiologijos sąsajas su psichologinio pastiprinimo sistema, išskiria šį sutrikimą, ir spėja, kad geriausiai užsitęsusio gedulo sutrikimą galima klasifikuoti kaip prisirišimo sutrikimą, kurį išprovokuoja pastiprinimo sistemos sutrikimas (Prigerson, Kakarala, et al., 2021). Gedulas iššaukia bendrą streso atsaką, tai – fiziologinis atsakas psichologų dažnai vadinamas „bėgti arba kautis“. Pažymima, kad jis nėra specifiškas gedėjimui, gali pasireikšti reaguojant ir į kitus stresorius. Šis atsakas pastebimas ankstyvuoju gedėjimo laikotarpiu. Kartu su įprastu streso atsaku mokslininkai aptiko specifinį streso atsaką, kylantį netekus su apdovanojimo potyriu sieto prieraišumo objekto. Šis specifinis streso atsakas susijęs su dopamino (atsakinga už motyvaciją siekti atpildo), opioidų (atsakinga už malonumo patyrimą gavus atpildą) ir oksitocino (atsakinga už nerimo slopinimą ir pasitikėjimo kūrimą šiame kontekste) sistemomis (O'Connor, 2012). Esamų neurobiologinių tyrimų rezultatai suponuoja, kad į prisiminimus, susijusius su mirusiuoju, apdoroja pastiprinimo sistema ir,

kad užsitęsęs ilgesys (pagrindinis užsitęsusio gedulo simptomas) gali būti potraukio (būdingo esant priklausomybėms) ir ruminavimo (būdingo pasireiškiant depresijai ir nerimui) kombinacija (Kakarala et al., 2020). Šie rezultatai iš dalies paaiškina užsitęsusio gedulo bei depresijos ir nerimo sutrikimų komorbidiskumą, matomą psichologiniuose ir psichiatriniuose tyrimuose.

Šiame darbe nebus išsamiai nagrinėjamas neurobiologinis sutrikimo pagrindimas, tačiau autorės nuomone, ši informacija gali būti naudinga platesniam gedulo fenomeno supratimui, taip pat vėlesnių tyrimų kryptims nustatyti.

Apibendrinant, galima teigti, kad užsitęsęs gedulas, nors ir atskiras diagnostinis konstruktas, kartu yra glaudžiai persipynęs ir neretai kartu su kitais psichikos sutrikimais besireiškiantis psichikos sutrikimas, kurio ankstyva diagnostika gali būti informatyvi ir naudinga parenkant tinkamą intervenciją (Jordan & Litz, 2014; Rosner et al., 2014; Szuhany et al., 2021 ir kt.). Tyrėjams svarbu suprasti, kad į šį sutrikimą galima žvelgti kaip į tarpusavy sąveikaujančių simptomų tinklą tiek sutrikimo „viduje“, tiek už jo ribų (komorbidiskumas tarp skirtingų diagnostinių grupių). Vertinant užsitęsusio gedulo sutrikimo raišką, svarbu įvertinti galimą gretimų sutrikimų simptomų įtaką (Karatzias et al., 2022).

1.4. Užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai

Siekdami suprasti individualius prisitaikymo po netekties skirtumus ir sistemingai įvertinti faktorius, prisidedančius prie gedulo baigties S. Stroebe ir kolegos (2006) pristatė integruotą rizikos faktorių modelį, kuriuo nustatė 5 faktorių kategorijas, turinčias įtakos individo adaptacijai po netekties ir gedėjimo procese sąveikaujančias tarpusavyje. A kategorijai priskirtini su stresoriaus kilme susiję faktoriai (netekties aplinkybės, ryšys su mirusiuoju, po netekties patiriami stresoriai – juridinės, darbinės problemos, ekonominiai sunkumai ir pan.), B kategorijai priskirti su resursais susiję faktoriai (socialinė parama, izoliacija, kultūrinė aplinka, materialiniai resursai, šeimos dinamika ir pan.), C kategorijai priskirti tarpasmeniniai rizikos faktoriai (prieraišumo stilius, lytis, religiniai įsitikinimai, pažeidžiamumas susijęs su predispozicija ir kt.), D kategorijai priskirti sužadavimo ir įveikos faktoriai (kognityviniai ir (arba) elgesio mechanizmai, emocijų reguliacija), galiausiai E kategoriją sudaro gedulo baigtis, pasekmės (intensyvumas, su gedulu susijęs patiriamas distresas, socialinio išitraukimo lygis ir pan.). Autorių teigimu, rizikos faktorius neturėtų būti nagrinėjamas izoliuotai (M. S. Stroebe et al., 2006). Modelis iš dalies paaiškina neretai prieštarigus užsitęsusio gedulo paplitimo, rizikos ir prognostinių faktorių tyrimų rezultatus, nes tyrimuose pasirenkamas vienas ar keli nagrinėjami faktoriai, nevertinant kitų, galimai turinčių įtakos, faktorių poveikio gedulo vystymuisi. Atlikus literatūros analizę, pastebėta, kad mokslinėje literatūroje

dažniausiai tyrinėjami su stresoriaus kilme susiję (A kategorijos) ir tarpasmeniniai rizikos veiksniai (C kategorija). Šiame darbe labiau atspindėti A, B, C kategorijų veiksniai.

Su santykiu/giminystės ryšiu susiję rizikos veiksniai. Giminystės ryšio su mirusiuoju svarba ypač dažnai mokslinėje literatūroje aptinkamas užsitęsusio gedulo rizikos faktorius. Johnson ir kolegos (2007) pastebėjo, kad gedulą apsunkina gedinčiojo ir mirusiojo santykių stilius ir emocinė priklausomybė nuo mirusio artimojo. Lietuvos imtyje nustatyta, kad santykis su artimuoju ir artimojo mirties netikėtumas buvo stipriausiai užsitęsusio gedulo reakcijas prognozuojantys veiksniai (Gegieckaitė, 2021). Tyrimuose, ypač Vakarų visuomenėse, sutuoktinio ar vaiko netektis siejama su didesne užsitęsusio gedulo rizika (Buur et al., 2024; Maccallum et al., 2015; Ribera-Asensi et al., 2025; Tay et al., 2022 ir kt.). Tuo tarpu Kinijos visuomenėje atsiskleidė, kad vienintelio vaiko netektis (ir moteriška lytis) yra reikšmingi užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai. Toks rezultatas autorių grindžiamas kultūriniais skirtumais, mat vienintelio vaiko netektis kinėms moterims gali reikšti didelį ekonominį pažeidžiamumą ateityje, vienintelio asmens, kuris pasirūpins ja senatvėje, praradimą (Yan et al., 2021). Klinikinėje imtyje (besigydančiųjų nuo priklausomybių), priešingai nei daugelyje ankstesnių tyrimų, sesers ar brolio netektis stipriausiai siejosi su didesne užsitęsusio gedulo rizika. Autoriai tai aiškina galimu sesers ar brolio palaikymo praradimu priklausomybės kontekste, kurio neturėjo iš kitų socialinių kontaktų (Masferrer et al., 2017).

Demografiniai veiksniai. Vieni dažniausiais tyrimuose aptinkamų demografinių užsitęsusio gedulo rizikos veiksnių – amžius ir lytis. Lundorff ir kolegų (2017) tyrimas atskleidė, kad vyresnis gedinčiojo amžius sietinas su didesne užsitęsusio gedulo rizika. Naujausi tyrimai prieštaringi – vienos tyrimuose vyresnis amžius atsiskleidžia kaip reikšmingas užsitęsusio gedulo rizikos veiksnys (Comtesse et al., 2024), kiti tyrimai tokio ryšio tarp amžiaus ir užsitęsusio gedulo neaptinka (Buur et al., 2024). Gegieckaitė (2021) lietuviškoje imtyje nustatė, kad moteriškoji lytis ir vyresnis amžius taip pat reikšmingai prognozavo užsitęsusio gedulo reakcijų intensyvumą. Jaunesnis mirusiojo artimojo amžius siejasi su didesne užsitęsusio gedulo rizika (Shevlin et al., 2023).

Kokou-Kpolou ir kolegos (2021) atlikdami depresijos ir užsitęsusio gedulo diferencijavimą, remiantis latentine klasių analize, pastebėjo, kad užsitęsusiam gedului atsparią nuo mišrios (kuriai būdingi ir depresijos, ir užsitęsusio gedulo požymiai) klases patikimai atskyrė tyrimo dalyvių amžius. Nustatyta, kad jaunesniems tyrimo dalyviams kyla didesnė rizika patekti į mišrią grupę, t. y. patirti persipynusius skirtingų sutrikimų simptomus po netekties.

Panašiai kaip amžiaus, lyties vaidmuo užsitęsusio gedulo raidoje vertinamas nevienareikšmiškai. Buur ir kolegos (2024) atlikę su užsitęsusio gedulo simptomų rizikos faktorių analizę nustatė, kad moteriška lytis yra reikšmingas užsitęsusio gedulo rizikos faktorius. Vis dažniau

literatūroje aptinkama, kad moterims ir vyrams užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai gali skirtis priklausomai nuo kitų faktorių. Turkijoje atliktame bendros populiacijos tyrime nustatyta, kad moterims vyresnio brolio ar tėvo (lyginant su kitų šeimos narių netektimi) netektis reikšmingai siejosi su didesne užsitęsusio gedulo rizika. Šis ypatumas siejamas su įprastu turkų šeimos modeliu, kur vyriausias šeimos vyras (tėvas arba vyriausiasis brolis) atlieka svarbią emocinio palaikymo funkciją ir finansiškai išlaiko šeimą (Bağcaz & Kılıç, 2024). Užsitęsusį gedulą, šio tyrimo duomenimis, prognozuoja lytis sąveikoje su giminystės ryšio faktoriumi. Moterišką lytį kaip užsitęsusio gedulo rizikos veiksnį patvirtina tyrimai atlikti Kinijoje (Yuan et al., 2024).

Longitudinio gedulo tyrimo metu nustatyta, kad moterims ir vyrams būdingos skirtingos gedulo strategijos. Vyrams būdingi aukštesni pradinio (ankstyvo) gedulo įverčiai, kurie su laiku mažėja. Tuo tarpu moterims gedulo reakcijos su laiku stiprėjo (Lundorff et al., 2020). Pavėluota gedulo reakcija gali lemti didesnes užsitęsusio gedulo ir moteriškos lyties sąsajas.

Bendroje populiacijoje aptikta ir kitų sociodemografinių užsitęsusio gedulo rizikos veiksnių, pvz., kad mažesnės pajamos (Peinado et al., 2025), žemesnis išsilavinimo lygis (žemesnis nei aukštasis) siejosi su aukštesniais užsitęsusio gedulo įverčiais (Buur et al., 2024). Pažymėtina, kad klinikinėse imtyse žemesnis išsilavinimas užsitęsusio gedulo rizikos veiksniu pasirodė esantis tik moterų pacienčių grupėje (Rueger et al., 2024). Atvirkštinės sąsajos randamos pacientų, besigydančių nuo priklausomybių nuo psichoaktyvių medžiagų imtyje: vidurinis išsilavinimas (lyginant su aukštuoju) ir socialinės paramos ratas, tarnavo kaip apsauginiai užsitęsusio gedulo veiksniai (Parisi et al., 2019). Šie neatitikimai turi būti vertinami atsargiai dėl riboto tyrimų ir tyrimų dalyvių klinikinėse imtyse skaičiaus.

Peinado ir kolegos (2025) atkreipia dėmesį į tai, kad sociodemografiniai veiksniai gali būti latentiniais užsitęsusio gedulo faktoriais, t. y. netiesiogiai ir nevienareikšmiškai atsiskleisti užsitęsusio gedulo raiškoje, pvz., lytis ar ekonominis statusas, gali veikti užsitęsusio gedulo simptomų stiprumą, o pastarieji gali lemti socialinio, profesinio ar asmeninio gyvenimo sutrikdymą.

Predispozicija. Kaip minėta, iki netekties patirti užsitęsusio gedulo, potrauminio streso, depresijos ir (arba) nerimo sutrikimų simptomai yra ypač reikšmingi rizikos veiksniai, lemiantys užsitęsusio gedulo sutrikimo vystymąsi (Buur et al., 2024). Plačiau ši tema aptarta skyriuje „Užsitęsęs gedulas ir kiti psichikos sutrikimai“.

Su netektimi susiję veiksniai. Smurtinių, netikėtų, nenatūralių netekčių sąsajas su užsitęsusiu gedulu patvirtina daugybė tyrimų (Boelen et al., 2019; Buur et al., 2024; Djelantik et al., 2017, 2018; Lechner-Meichsner et al., 2024 ir kt.). Tai – vienas universaliausių ir mažiausiai prieštaringų užsitęsusio gedulo rizikos veiksnių, dėl kurio sutaria tyrėjai. Šį rizikos veiksnį taip pat

patvirtina tyrimai kitose nei Vakarų visuomenėse (Bağcaz & Kılıç, 2024; YAN et al., 2021; Yuan et al., 2024 ir kt.).

Įprasta manyti, kad ilgesnis laikas po netekties neigiamai siejasi su užsitęsusio gedulo rizika, t. y. gedulo reakcijos su laiku tampa adaptyvesnės, asmuo ilgainiui sugeba priimti netekties faktą, su ja susitaikyti ir įsitraukti į gyvenimą. Užsitęsusio gedulo simptomų mažėjimą praėjus ilgesniam laikui po netekties patvirtina daugelis tyrimų, atliktų bendrose populiacijose (Comtesse et al., 2024). Tačiau pastebima, kad išlieka nedidelė dalis gedinčiųjų, kurie užsitęsusio gedulo simptomus patiria net praėjus 3 dešimtmečiams po netekties (Djelantik et al., 2020). Užsitęsusio gedulo, depresijos, nerimo ir potrauminio streso sutrikimų tyrimų metaanalizė atskleidė, kad didesnis laiko po netekties vidurkis nagrinėjamuose tyrimuose siejosi su didesniu sutrikimų komorbidiskumu (Komischke-Konnerup et al., 2021).

Klinikinėje psichiatrinėje imtyje Rueger ir kolegos (2024) išskyrė šiuos pagrindinius užsitęsusio gedulo rizikos veiksnius: moteriška lytis, žemesnis išsilavinimas, giminystės ryšys su mirusiuoju (sutuoktinio arba vaiko netektis). Šioje imtyje, priešingai ankstesniems tyrimams, autoriai nustatė, kad laikas po netekties neprognozavo užsitęsusio gedulo simptomų sunkumo (Rueger et al., 2024). Besigydančiųjų nuo priklausomybių pacientų imtyje didesnė užsitęsusio gedulo rizika nustatyta našliams (santuokinis statusas), sesers ar brolio netekusiems asmenims. Kaip ir bendros populiacijos imtyse pasitvirtino, kad nenatūrali, netikėta artimojo mirtis (pvz., nelaimingas atsitikimas, savižudybė, žmogžudystė ar perdozavimas) taip pat didina užsitęsusio gedulo riziką (Masferrer et al., 2017).

Kiti rizikos veiksniai. Be jau aptartų rizikos veiksnių taip pat atrandama, kad užsitęsusį gedulą prognozuoja silpnesni dvasiniai įsitikinimai, prieraišumo stilius (Kokou-Kpolou et al., 2021) ir kt. Tiriant specifines imtis, pvz., artimuosius, netekusius mylimo asmens dėl mirtinos ilgalaikės ligos ir dalyvavusių jų paliatyvioje slaugoje, atsiskleidžia specifiniai užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai, pvz., negalėjimas aplankyti artimojo ir atsisveikinti su juo reikšmingai didino užsitęsusio gedulo riziką (Sardella et al., 2023).

1.5. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Šiandien vis dar galime pastebėti, kad gedintiems asmenims diagnozuojamos įvairios psichikos sutrikimų diagnozės neįvertinant paciento patirtos artimojo netekties ir galimų gedulo reakcijų (Maercker & Znoj, 2010). Psichikos sutrikimų komorbidiskumas stacionare besigydančiųjų tarpe yra įprastas fenomenas. Rueger ir kolegų (2024) atliktame tyrime vienam pacientui vidutiniškai diagnozuota 2,53 sutrikimų. Nors komorbidiskų sutrikimų skaičius užsitęsusio gedulo ir

palyginamojoje grupėje nesiskyrė, tačiau pastebėta, kad užsitęsusio gedulo sutrikimo rizikos grupėje pacientams statistiškai reikšmingai dažniau nei palyginamosios grupės tyrimo dalyviams diagnozuoti gretutiniai nerimo ir nuotaikos, su stresu susiję ir somatoforminiai sutrikimai (Rueger, Steil, et al., 2024).

Nepaisant to, kad įtraukiant užsitęsusio gedulo diagnozę į TLK-11 ir DSM-5-TR, ji plačiai tyrinėta ir patvirtinta mokslinių tyrimų įvairių valstybių populiacijose, visgi, gedulo reakcijų vertinimas ir atpažinimas nėra standartinė sveikatos priežiūros sistemos vertinimo procedūrų dalis (taip pat ir psichikos sveikatos sistemos). Patologinis gedėjimas siejamas su suicidiškumu, miego sutrikimais, probleminiu psichoaktyvių medžiagų vartojimu, depresijos ir nerimo, padažnėjusiais somatiniais sutrikimais ir kt., todėl psichikos sutrikimų turinčių pacientų užsitęsusio gedulo požymių vertinimas yra būtinybė (Hennemann et al., 2023; Rueger, Lechner-Meichsner, et al., 2024).

Pažymėtina, kad užsitęsusio gedulo tyrimų Lietuvoje atlikta dar nedaug. Šis tyrimas yra vienas pirmųjų užsitęsusio gedulo tyrimų Lietuvos klinikinėje psichiatrinėje imtyje. Kaip galime matyti iš aptartos literatūros, tyrimai rodo, kad depresija, potrauminio streso sutrikimas, ir užsitęsęs gedulas – tarpusavyje persipynę, komorbidiški sutrikimai (Boelen et al., 2010; Karatzias et al., 2022 ir kt.), todėl ruošiantis praktikoje taikyti TLK-11 leidimą ir siekiant kuo geriau atliepti pacientų ir psichikos sveikatos specialistų poreikius, aktualu nagrinėti šio konstrukto veikimo mechanizmus, sąsajas su kitais sutrikimais, raiškos ypatumus ir rizikos veiksnius. Šis tyrimas gali pateikti vertingų mokslinių ir praktinių įžvalgų apie nagrinėjamus konstruktus klinikinėje imtyje.

Tyrimo tikslas – įvertinti užsitęsusio gedulo ypatumus psichiatrijos stacionaro pacientų imtyje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išskirti užsitęsusio gedulo sutrikimo rizikos grupę tyrimo imtyje ir išanalizuoti šios grupės ypatumus.
2. Įvertinti depresijos ir nerimo paplitimą tyrimo imtyje.
3. Nustatyti užsitęsusio gedulo sutrikimo rizikos ir prognostinius veiksnius tiriamoje imtyje.
4. Įvertinti užsitęsusio gedulo sąsajas su depresija ir nerimu.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Šis tyrimas yra Psichotraumatologijos tyrimo psichiatrijos stacionare „Sunkios gyvenimo patirtys ir psichologinė savijauta“ („In-Life“) dalis, kuris atliekamas Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Psichotraumatologijos centro komandos. Projekto vadovas – prof. dr. Evaldas Kazlauskas. Tyrimui vykdyti buvo suteiktas Vilniaus universiteto psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas.

Tyrimo dalyvauti galėjo asmenys, tyrimo vykdymo metu (1) gydomi psichiatrijos stacionare, (2) sulaukę 18 m. ar vyresni, (3) turintys pakankamas lietuvių kalbos žinias, kad suprastų tyrimo klausimus. Atsižvelgiant į šio darbo temą, šiame darbe analizuojami duomenys iš 136 tyrimo dalyvių anketų, kuriose tyrimo dalyviai be anksčiau minėtų reikalavimų taip pat nurodo (4) patyrę artimojo netektį, (5) po netekties yra praėję ne mažiau nei šeši mėn.

Iš darbo vadovo gautas leidimas naudoti duomenis šiame darbe.

Vidutinis tyrimo dalyvių amžius – 40,5 m. (standartinis nuokrypis – 14 m.). Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo – 19 iki 79 metų. 58,1% tyrimo dalyvių – moterys, 41,9 % – vyrai. Artimo žmogaus netektį tyrimo dalyviai vidutiniškai patyrė prieš 111,9 mėn. (šiek tiek daugiau nei devyni metai; standartinis nuokrypis – 155,9 mėnesių (beveik 13 m.), trumpiausias laikotarpis po netekties – septyni mėnesiai, ilgiausias – 600 mėnesių (50 m.). Dauguma tyrimo dalyvių gyvena mieste – 83,1%. 56,6% tyrimo dalyvių tyrimo metu neturėjo ilgalaikių santykių, 41,9% buvo ilgalaikiuose santykiuose. Didžioji dauguma tyrimo dalyvių lietuviai (83,8%), likusi dalis susideda iš lenkų (8,8%), rusų (4,4%), ukrainiečių („kita“; 2,2%). Išsami demografinė imties charakteristika pateikta 1-oje lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo imties demografinės charakteristikos ($n = 136$).

Charakteristikos		<i>n</i>	proc.	N/a
Lytis (<i>n</i> = 136)	Vyrai	57	41,9	-
	Moterys	79	58,1	-
Amžius (<i>n</i> = 130)	(M ± SD) 40,5 ± 14,0			
	Jauniausias	19		6 (4,4%)
	Vyriausias	76		
Laikas praėjęs nuo netekties (mėnesiai)	(M ± SD) 111,9 ± 130,7			
	Mažiausias	6	-	-
	Didžiausias	600	-	-

1 lentelė. Tyrimo imties demografinės charakteristikos (n = 136) (lentelės tęsinys)

Charakteristikos		n	proc.	N/a
Šeiminė padėtis	Esu ilgalaikiuose santykiuose	57	41,9	2 (1,5%)
	Neturiu ilgalaikių santykių	77	56,6	
Tautybė	Lietuvis (-ė)	114	83,8	1 (0,7%)
	Lenkas (-ė)	12	8,8	
	Rusas (-ė)	6	4,4	
	Kita	3	2,2	
Gyvenamoji vietovė	Kaimas	23	16,9	-
	Miestas	113	83,1	
Išsilavinimas	Nebaigtas pagrindinis (mažiau nei 10 klasių)	2	1,5	1 (0,7%)
	Pagrindinis (10 klasių)	8	5,9	
	Vidurinis (12 klasių)	45	33,1	
	Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis (technikumas, kolegija)	38	27,9	
	Aukštasis	42	30,9	
Darbinė veikla	Nestudijuoja ir nedirba	66	48,5	1 (0,7%)
	Tik studijuoja	5	3,7	
	Tik dirba	58	42,6	
	Studijuoja ir dirba	6	4,4	

2.2. Tyrimo instrumentai

Magistro darbe naudota tik dalis platesnio „In-Life“ tyrimo klausimynų ir duomenų, aktualių šio magistro darbo rengimui.

Demografinių duomenų anketa. Anketa sudaro klausimai apie tyrimo dalyvių lytį, amžių, šeiminę padėtį, tautybę, gyvenamąją vietovę, išsilavinimą, darbinę veiklą. Tyrimo dalyvių taip pat prašoma nurodyti, ar jam yra diagnozuotas psichikos sutrikimas ir koks.

Užsitęsusio gedulo klausimynas (Revizuotas) (angl. *Prolonged Grief Disorder-13* (PG-13-R). Tyrimai patvirtina tinkamas psichometrinės skalės savybes (Prigerson, Boelen, et al., 2021). Šiuo metu validuojama lietuviška revizuota klausimyno versija.

PGR-13-R skirtas užsitęsusio gedulo sutrikimo simptomams įvertinti. Klausimyną sudaro 13 klausimų. Tyrimo dalyvių prašoma atsakyti į tris kontrolinius klausimus: (1) ar jie patyrė artimo žmogaus netektį; (2) nurodyti laiką mėnesiais po netekties; (3) įvertinti, ar sunkumai, susiję su netektimi, reikšmingai neigiamai paveikė socialinę, darbinę ar kitą svarbią gyvenimo sritį. Likę dešimt skalės teiginių, atitinkina užsitęsusio gedulo simptomus (ilgesys, nuolatinis susirūpinimas, asmeninio identiteto sutrikdymas, ne(pa)tikėjimas, vengimas, intensyvus emocinis skausmas,

sunkumai (re)integrotis, emocinis sąstingis, jausmas, kad gyvenimas neteko prasmės ir vienišumas (Prigerson, Boelen, et al., 2021) pagal TLK-11 ir DSM-5-TR užsitęsusio gedulo apibrėžimą. Jie yra vertinami Likert tipo skale, nuo 0 = „visiškai ne“ iki 4 = „labai smarkiai“. Rezultatai skaičiuojami sumuojant 10 minėtų klausimų rezultatus, galimas minimalus rezultatas – 0, maksimalus – 40 balų.

Pasak PG-13-R autorių, instrumentu nustatytas 30 balų užsitęsusio gedulo rizikos nustatymo slenkstis parodė puikų išorinį validumą (Prigerson, Boelen, et al., 2021). Svarbu paminėti, kad dėl Likert skalės įverčių skirtumų (validuojant PG-13-R skalės įverčiai varijavo nuo 1 iki 5, todėl minimali galima balų suma – 10, maksimali – 50; šiame tyrime skalės įverčiai yra nuo 0 iki 4, todėl atitinkamai minimali balų suma – 0, maksimali – 40) šiame tyrime užsitęsusio gedulo rizikos slenkstis – 24 balai.

Autorių atliktame tyrime nustatytas pakankamas 10 PG-13-R teiginių (simptomų) vidinis suderinamumas trijose imtyse: Cronbacho $\alpha = 0,83$ Yale imtyje, 0,90 Utrecht imtyje ir 0,93 Oxford imtyje (Prigerson, Boelen, et al., 2021). Šiame tyrime taip pat nustatytas geras vidinis teiginių suderinamumas, Cronbacho $\alpha = 0,93$.

Trumpas paciento sveikatos klausimynas-4 (angl. *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) (Löwe et al., 2010). PHQ-4 skirtas įvertinti depresijos ir nerimo požymius. Jis sudarytas iš dviejų poskalių (4 teiginių): du Paciento sveikatos klausimyno-2 klausimai (PHQ-2), skirti pagrindiniams depresijos simptomams įvertinti, ir du teiginiai, skirti generalizuoto nerimo sutrikimo simptomams įvertinti (GAD-2). Tyrimo dalyvių prašoma Likerto skalėje nuo 0 – „Visiškai nevargino“ iki 4 – „Beveik kiekvieną dieną“ įvertinti, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites juos vargino įvardyti depresijos ir nerimo simptomai. Maksimalų bendrą klausimyno įvertį sudaro instrumento teiginių įverčių suma (12 balų), didžiausias galimas subskalių įvertis – šeši balai. Subskalių teiginių įverčių suma lygi trims ar daugiau balų nurodo galimą depresijos ar nerimo riziką, atitinkamai galimą šių sutrikimų riziką nurodo suminis bendras PHQ-4 klausimyno įvertis šeši ar daugiau balų (Löwe et al., 2010).

PHQ-4 pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis, yra patikimas ir validus instrumentas depresijos ir nerimo rizikai įvertinti tiek bendros populiacijos, tiek klinikinėse imtyse (Löwe et al., 2010). Lietuviška PHQ-4 versija buvo validuota Europos trauminio streso tyrimų asociacijos tyrėjų konsorciumo 11 šalių tyrimų kontekste. Tyrime dalyvavo 9230 suaugusiųjų iš septynių šalių. McDonald omega įverčiai parodė gerą PHQ-4 skalės vidinį suderintumą visoje imtyje ($\omega = 0,88$) ir Lietuvos imtyje ($\omega = 0,89$) (Kazlauskas, Geleželytė, et al., 2023). Šiame tyrime McDonald omega įverčiai patvirtina PHQ-4 skalės patikimumą, nustatytą pirminio tyrimo ($\omega = 0,89$).

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimo duomenys rinkti Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje 2023–2024 metais. Tyrejai reguliariai vyko į Respublikinę Vilniaus psichiatrijos ligoninę, besigydantiems pacientams pristatė vykdomą tyrimą ir kvietė užpildyti atspausdintą klausimyną. Prieš pildant klausimynus, tyrimo dalyviai prašomi pasirašyti informuotą sutikimą dalyvauti tyrime. Klausimynų pildymas truko nuo 20 iki 35 min. Dalyvavimas tyrime buvo laisvanoriškas, tyrimo dalyviai bet kuriame etape galėjo nutraukti anketos pildymą arba, vadovaudamiesi duomenų apsaugą reglamentuojančių teisės aktų nuostatomis, pareikalauti pateiktus duomenis jų asmens duomenis ištrinti. Siekiant užtikrinti asmens duomenų apsaugą ir anonimiškumą, tyrimo dalyvių užpildyti klausimynai nedelsiant atskiriamai nuo informuotų sutikimų ir koduojami, taip pat imtasi kitų būtinų duomenų apsaugos priemonių.

Šio darbo autorė prie tyrimo prisidėjo 2023 m. spalio mėnesį, kai jai buvo suteiktas leidimas rinkti duomenis Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje. 2024 m. gruodį darbo autorė surinko 160 užpildytų tyrimo anketų. Vizitai į Respublikinę Vilniaus psichiatrinę ligoninę vyko 2-3 kartus per mėnesį.

2.4. Duomenų analizės metodai

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojantis SPSS.29 (angl. *Statistical Package for the Social Sciences*) programa.

Nagrinėjant duomenis skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentinė kintamųjų išraiška ir kt.). Atsižvelgiant į duomenų pasiskirstymo normalumą (užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo simptomų pasiskirstymas yra statistiškai reikšmingai nukrypę nuo normaliojo skirstinio), dažniausiai darbe naudoti neparametriniai kriterijai. Pvz., siekiant palyginti moterų ir vyrų užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo rodiklius buvo pasitelktas Mann-Whitney U testas. Siekiant palyginti užsitęsusio gedulo, depresijos ir generalizuoto nerimo vidurkius pagal kitus imties demografinius rodiklius (pvz., išsilavinimą, tautybę ir pan.) buvo naudojamas Kruskal-Wallis testas. Sąsajoms tarp užsitęsusio gedulo ir tyrimo dalyvių amžiaus bei laiko, praėjusio po netekties, ir kt. sąsajoms nustatyti buvo atlikta Spearman koreliacinė analizė. Chi kvadrato testas buvo atliktas siekiant nustatyti užsitęsusio gedulo rizikos grupių ir lyties, depresijos ir nerimo sąsajas. Dvinarė logistinė regresija naudota norint nustatyti užsitęsusio gedulo rizikos ir prognostinius veiksnius.

Tyrime naudojamas kriterijų reikšmingumo lygmuo yra 0,05, jis žymimas „p“ raide.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo patyrimas tyrimo imtyje

Siekiant palyginti užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo požymių paplitimą tiriamoje imtyje pagal skirtingas demografines charakteristikas atliktas skirtingų grupių vidurkių palyginimas. Tyrimo dalyviai palyginti pagal šeiminių padėčių, tautybę, gyvenamąją vietovę, išsilavinimą, darbinę veiklą. Palyginimui pasitelkti Mann-Whitney U ir Kruskal-Wallis testai.

2 lentelė. *Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo požymių įverčių pasiskirstymas imtyje.*

Demografinės charakteristikos	Grupių skirtumai				
	n	M(SD)	H/U	df	p
Užsitęsęs gedulas					
Šeiminė padėtis (n=134)					
Yra ilgalaikiuose santykiuose	57	11,91(9,91)	1803	—	0,078
Neturi ilgalaikių santykių	77	14,43(9,81)			
Tautybė (n=136)					
Lietuvis (-ė)	114	13,00(9,36)	0,340	3	0,952
Lenkas (-ė)	12	15,92(14,00)			
Rusas (-ė)	6	18,00(16,22)			
Kita	3	13,00(8,19)			
Gyvenamoji vietovė (n=136)					
Kaimas	23	18,13(9,47)	837	—	0,007
Miestas	113	12,58(9,99)			
Išsilavinimas (n=135)					
Nebaigtas pagrindinis	2	8,00(2,83)	5,828	4	0,212
Pagrindinis (10 kl.)	8	15,63(10,94)			
Vidurinis (12 kl.)	45	13,49(10,37)			
Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis	38	15,39(9,71)			
Aukštasis	42	11,10(9,25)			
Darbinė veikla (n=135)					
Nestudijuoja ir nedirba	66	14,39(10,91)	1,479	3	0,687
Tik studijuoja	5	18,00(12,94)			
Tik dirba	58	12,41(9,12)			
Studijuoja ir dirba	6	11,33(8,38)			
Depresija ir nerimas (PHQ-4)					
Šeiminė padėtis (n=134)					
Yra ilgalaikiuose santykiuose	57	6,26(3,73)	1933,5	—	0,238
Neturi ilgalaikių santykių	77	7,08(3,56)			

2 lentelė. Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo požymių įverčių pasiskirstymas imtyje (lentelės tęsinys).

Demografinės charakteristikos	Grupių skirtumai				
	n	M(SD)	H/U	df	p
Tautybė (n=136)					
Lietuvis (-ė)	114	6,81(3,67)	1,591	3	0,661
Lenkas (-ė)	12	6,83(3,13)			
Rusas (-ė)	6	5,83(3,66)			
Kita	3	4,33(4,93)			
Gyvenamoji vietovė (n=136)					
Kaimas	23	6,78(4,01)	1272,5	—	0,875
Miestas	113	6,74(3,59)			
Išsilavinimas (n=135)					
Nebaigtas pagrindinis	2	6,50(7,78)	3,053	4	0,549
Pagrindinis (10 kl.)	8	5,25(4,50)			
Vidurinis (12 kl.)	45	6,56(3,43)			
Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis	38	6,42(3,55)			
Aukštasis	42	7,43(3,64)			
Darbinė veikla (n=135)					
Nestudijuoja ir nedirba	66	6,32(3,76)	3,859	3	0,277
Tik studijuoja	5	5,80(3,83)			
Tik dirba	58	7,19(3,41)			
Studijuoja ir dirba	6	8,67(4,41)			

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, H – Kruskal-Wallis testo koeficientas, U – Mann-Whitney U testo koeficientas. Statistiškai reikšmingas vidurkių skirtumas pažymėti paryškintu šriftu.

Analizės metu statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių, palyginus tyrimo dalyvių depresijos ir nerimo rodiklius pagal PHQ-4, neaptikta. Užsitęsusio gedulo rodikliai statistiškai reikšmingai skyrėsi pagal gyvenamąją vietovę – tyrimo dalyviai, gyvenantys kaime, išreiškė statistiškai reikšmingai stipriau patiriantys užsitęsusį gedulą nei tyrimo dalyviai, gyvenantys mieste ($U = 837$, $p = 0,007$). Išsamūs užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo požymių vidurkių palyginimo duomenys pateikti 2-oje lentelėje.

Siekiant įvertinti, kokie užsitęsusio gedulo, nerimo ir depresijos simptomai tiriamoje imtyje reiškiasi stipriausiai, buvo apskaičiuoti Užsitęsusio gedulo klausimyno klausimų (10 simptomų), depresijos ir nerimo simptomų, įtrauktų į PHQ-4, vidurkiai.

Bendras užsitęsusio gedulo vidurkis tiriamoje imtyje – 13,52 (SD = 10,09) balo iš 40 galimų. Labiausiai išreikštas užsitęsusio gedulo simptomas – artimojo ilgesys (3 kl., M = 2,51, SD = 1,26), taip pat tyrimo dalyviai išreiškė patiriantys daug emocinio sunkumo (8 kl., M = 1,74, SD = 1,38). Mažiausiai tyrimo dalyviai teigė patiriantys jausmo, kad gyvenimas netekimo prasmės po artimojo netekties (11 kl., M = 0,67, SD = 1,14) bei sunkumų užsiimant įprastomis kasdienėmis veiklomis dėl

galvojimo apie mirusį artimąjį (4 kl., $M = 1,03$, $SD = 1,19$). Visų užsitęsusio gedulo simptomų įverčių vidurkiai pateikti 3-ioje lentelėje.

3 lentelė. *Užsitęsusio gedulo simptomų paplitimas tiriamoje imtyje.*

Užsitęsusio gedulo simptomai	M	SD
Užsitęsęs gedulas (bendras), n=136	13,52	10,09
3. Ar ilgitės savo artimojo?	2,51	1,26
4. Ar jums sunku užsiimti įprastomis kasdienėmis veiklomis (dėl galvojimo apie artimąjį)?	1,03	1,19
5. Ar jaučiatės pasimetęs dėl savo vietos gyvenime ar taip tarsi nebežinotume, kas esate?	1,24	1,35
6. Ar jums sunku patikėti, kad artimo mirusiojo tikrai nebėra?	1,41	1,36
7. Ar stengiatės išvengti bet ko, kas Jums primintų, kad mirusio artimojo tirai nebėra?	1,18	1,28
8. Ar jaučiate emocinį sunkumą, susijusį su netektimi?	1,74	1,38
9. Ar jaučiate, kad jums sunku sugrįžti į įprastą gyvenimą?	1,14	1,37
10. Ar jūsų emocijos yra užslopintos arba esate atsiribojusi nuo kitų?	1,42	1,29
11. Ar jums atrodo, kad be mirusiojo gyvenimas nebeturi prasmės?	0,67	1,14
12. Ar be mirusio artimojo jaučiatės viena ar vienišas?	1,18	1,33

Apskaičiavus PHQ-4 teiginių įverčių vidurkius galime matyti, kad bendras depresijos poskalės (PHQ-2) teiginių įverčių vidurkis yra 3,38 ($SD = 1,96$) balai iš šešių galimų. Teiginių atsakymų vidurkiai artimi vienas kitam, tyrimo dalyviai panašiai jautėsi nusiminę, prislėgti ar beviltiškai (1 kl., $M = 1,68$, $SD = 1,01$) ir jautė sumažėjusį susidomėjimą ar malonumą atliekant veiklas (2 kl., $M = 1,71$, $SD = 1,08$).

4 lentelė. *Depresijos ir nerimo simptomų patyrimas tyrimo imtyje.*

Depresijos ir nerimo simptomai (n=136)		M	SD
<i>Bendras</i>		3,38	1,96
Depresija	1. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)	1,68	1,01
	2. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant veiklas	1,71	1,08
<i>Bendras</i>		3,37	1,99
Nerimas	3. Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa	1,80	1,05
	4. Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti	1,57	1,05

Nerimo poskalėje tyrimo dalyviai vidutiniškai surinko 3,37 ($SD = 1,99$) balo iš šešių galimų. Dažniau tyrimo dalyviai teigė patiriantys nervingumą, nerimastingumą ar didelę įtampą (3 kl.,

M=1,80, SD=1,05) nei negalėjimą sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti (4 kl., M=1,57, SD=1,05). PHQ-4 teiginių įverčių vidurkiai pateikti 4-oje lentelėje.

Tyrimo anketoje pacientų buvo prašoma savais žodžiais nurodyti jiems diagnozuotą psichikos sutrikimą. Šie duomenys buvo sugrupuoti į sutrikimų grupes pagal Tarptautinės ligų klasifikacijos 10-ąją leidimą (World Health Organization, 2016). Nustatyta, kad tyrimo imtyje 22,1% (n = 30) tyrimo dalyvių įvardijo turintys šizofrenijos, šizotipinio ar kito kliesesinio sutrikimo diagnozę, 44,9% (n = 61) tyrimo dalyvių įvardijo nuotaikos sutrikimus (dažniausiai įvairaus sunkumo depresiją arba bipolinį sutrikimą), 9,6% (n = 13) – įvairius su nerimu susijusius sutrikimus, 5,1% - kitus sutrikimus (priklausomybę nuo alkoholio, organinį psichikos sutrikimą, asmenybės sutrikimą ar pan.), 18,4% tyrime dalyvavusių asmenų diagnozės nenurodė. Taigi daugiau nei pusė (54,5%, n = 74) tyrimo dalyvių teigia patiriantys nuotaikos ir (arba) nerimo sutrikimą. Šie duomenys statistinėje duomenų analizėje nebus naudojami; šiame darbe jie pateikiami siekiant iliustruoti subjektyviai suvokiamą tyrimo dalyvių psichikos sutrikimo patyrimą. 5-oje lentelėje pateikta sugrupuota tyrimo dalyvių pateikta informacija apie turimas diagnozes.

5 lentelė. *Tyrimo dalyvių įvardyti sutrikimai.*

Sutrikimai tyrimo imtyje	N	proc.
F20-F29 Šizofrenija, šizotipinis ir kliesesiniai sutrikimai	30	22,1
F30-F39 Nuotaikos (afektiniai) sutrikimai	61	44,9
F40-F48 Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	13	9,6
Kiti sutrikimai	7	5,1
Nežinoma	25	18,4

Pastaba. Šias diagnozes savo žodžiais klausimyne įvardijo patys pacientai. Pateikti duomenys nebūtinai atspindi oficialias pacientų diagnozes ar hospitalizacijos priežastis.

Siekiant įvertinti, ar tiriamoje imtyje užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo patyrimas skiriasi tarp lyčių, buvo palyginti šių kintamųjų vyrų ir moterų vidurkiai. Duomenų analizei naudotas Mann-Whitney U testas. Iš analizės duomenų matyti, kad moterys ir vyrai tyrimo imtyje panašiai patiria užsitęsusį gedulą, taip pat tarp lyčių statistiškai reikšmingai nesiskiria patiriami nerimo požymiai. Tačiau tyrimo dalyvės moterys statistiškai reikšmingai dažniau nei vyrai išsakė patiriančios depresijos simptomus (M (mot.) = 3,77, SD = 2,04; M (vyr.) = 2,84, SD = 1,71; p = 0,006). Išsamūs vidurkių palyginimo duomenys pateikti 6-oje lentelėje.

6 lentelė. Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo vidurkiai pagal lytį.

Skalės	Vidurkių skirtumai						
	Lytis	N	M	SD	U	Z	p
Užsitęsęs gedulas	Moterys	79	13,97	9,92	70,88	-0,83	0,40
	Vyrai	57	12,89	10,39	65,20		
PHQ-4 (depresija ir nerimas)	Moterys	79	7,35	3,71	75,37	-2,40	0,02
	Vyrai	57	5,91	3,42	58,98		
PHQ-2 (depresija)	Moterys	79	3,77	2,04	76,23	-2,73	0,006
	Vyrai	57	2,84	1,71	57,78		
GAD-2 (nerimas)	Moterys	79	3,58	1,98	72,83	-1,53	0,13
	Vyrai	57	3,07	1,97	62,50		

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, U – Mann-Whitney U testo koeficientas. Statistiškai reikšmingas vidurkių skirtumas pažymėti paryškintu šriftu.

3.2 Užsitęsusio gedulo rizikos veiksniai tyrimo imtyje

Vadovaujantis 24 balų užsitęsusio gedulo rizikos slenksčiu (Prigerson, Boelen, et al., 2021), tyrimo imtyje buvo išskirta užsitęsusio gedulo rizikos grupė, kuri sudaro 19,1% imties respondentų, t. y. beveik penktadalis tyrimo dalyvių surinko 24 arba daugiau balų vertindami patiriamus užsitęsusio gedulo simptomus ($n = 26$, $M = 30,35$; $SD = 4,40$). Toliau duomenų analizėje ši grupė bus vadinama užsitęsusio gedulo rizikos grupe, tyrimo dalyvių grupė, surinkusi mažiau negu 24 balus pagal PG-13-R ($n = 110$, $M = 9,55$; $SD = 6,19$) – palyginamąja grupe.

Siekiant įvertinti depresijos ir nerimo Vadovaujantis autorių nustatytu depresijos ir nerimo rizikos slenksčiu (šeši iš 12 balų PHQ-4 skalei; trys iš šešių balų depresijos ir nerimo poskalėms) (Löwe et al., 2010), aprašomosios statistikos pagalba taip pat buvo nustatyta tyrimo imties dalis, patenkanti į galimą depresijos ir nerimo rizikos grupę. Iš duomenų analizės galime matyti, kad daugiau nei pusei tyrimo dalyvių nustatyta depresijos arba nerimo sutrikimo rizika.

7 lentelė. Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo rizikos grupės tyrimo imtyje.

	Užsitęsusio gedulo rizikos grupė		Depresijos arba nerimo rizikos grupė (PHQ-4)		Depresijos rizikos grupė (PHQ-2)		Nerimo rizikos grupė (GAD-2)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bendras n = 136	26	19,1	80	58,8	82	60,3	81	59,6

Depresijos arba nerimo rizikos grupei (PHQ-4) priskirtini 58,8% (n=80) tyrime dalyvavusių asmenų, depresijos rizikos grupei (PHQ-2) – 60,3% (n = 82), nerimo rizikos grupei (GAD-2) – 59,6% (n = 81) tyrimo dalyvių. Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo rizikos duomenys pateikti 7 lentelėje.

Siekiant nustatyti, ar užsitęsusio gedulo paplitimas skyrėsi tarp tyrimo dalyvių užsitęsusio gedulo rizikos ir palyginamosios grupės, atliktas Chi-kvadrato testas. Tais atvejais, kai duomenys neatitiko Chi kvadrato homogeniškumo kriterijaus, buvo naudotas Fisherio testas (kintamieji: tautybė ir gyvenamoji vietovė).

8 lentelė. Užsitęsusio gedulo rizikos paplitimas imtyje ir paplitimo skirtumai sociodemografinėse grupėse.

		Palyginamoji grupė		Užsitęsusio gedulo rizikos grupė		Skirtumai tarp grupių		
		n	proc.	n	proc.	χ^2/F	df	p
Lytis (n=136)	Moterys	63	46,3	16	11,8	0,157	1	0,692
	Vyrai	47	34,6	10	7,4			
Amžiaus grupės (n=129)	19-29	31	29,8	5	20,0	2,197	2	0,333
	30-59	65	62,5	16	64,0			
	60-76	8	7,7	4	16,0			
Šeiminė padėtis (n=134)	Yra ilgalaikiuose santykiuose	49	45,0	8	32,0	1,396	1	0,237
	Neturi ilgalaikių santykių	60	55,0	17	68,0			
Tautybė (n=135)	Lietuvė (-is)	94	86,2	20	76,9	F	1	0,240
	Ne lietuvė (-is)	15	13,8	6	23,1			
Gyvenamoji vietovė (n=136)	Kaimas	15	13,6	8	30,8	F	1	0,045
	Miestas	95	86,4	18	69,2			
Išsilavinimas (n=135)	Aukštesnysis ir aukštasis	64	58,2	80	59,3	0,286	1	0,593
	Žemesnis nei aukštesnysis	46	41,8	55	40,7			
Darbinė veikla (n=135)	Nedirba ir nestudijuoja	51	46,8	15	57,7	0,999	1	0,318
	Dirba ir (arba) studijuoja	58	53,2	11	42,3			
Socialinės, darbinės ar kt. gyvenimo srities sutrikimas	Taip	35	31,8	26	100	39,523	1	<0,001
	Ne	75	68,2	0	0	phi=0,539		

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Duomenų analizė atskleidė, kad užsitęsusio gedulo rizikos paplitimas tiriamoje imtyje statistiškai reikšmingai skiriasi tik pagal gyvenamąją vietovę, asmenys esantys užsitęsusio gedulo rizikos grupėje statistiškai reikšmingai dažniau gyvena kaime (30,8%, $n = 8$) nei palyginamosios grupės tyrimo dalyviai (13,6%, $n = 15$).

Duomenų analizė taip pat atskleidė, kad rizikos grupei priklausantys tyrimo dalyviai ($n = 26$, 100%) statistiškai reikšmingai dažniau nei palyginamosios grupės tyrimo dalyviai ($n = 35$, 31,8%) išsakė patiriantys socialinės, darbinės ar kitos gyvenimo srities sutrikdymus ($\chi^2 = 39,523$). Priklausymas užsitęsusio gedulo rizikos grupei susijęs su reikšmingu gyvenimo sutrikdymu; gauta stipri priklausomybė ($\phi = 0,539$). Išsamūs užsitęsusio gedulo rizikos ir palyginamosios grupės palyginimų pagal sociodemografinius kintamuosius duomenys pateikti 8-oje lentelėje.

Siekiant ištirti galimas užsitęsusio gedulo sąsajas su tyrimo dalyvių amžiumi, laikotarpiu po netekties, depresijos ir nerimo požymiais, buvo atlikta koreliacinė duomenų analizė. Nustatyta, kad amžiaus ir užsitęsusio gedulo reakcijos nėra tarpusavyje reikšmingai susijusios (Spearmano koreliacijos koeficientas $r_s = -0,15$, $p = 0,87$). Koreliacinė analizė nenustatė ryšių tarp tyrimo dalyvių amžiaus ir depresijos bei nerimo (PHQ-4, $r_s = -0,17$, $p = 0,85$; PHQ-2, $r_s = -0,04$, $p = 0,68$; GAD-2, $r_s = 0,02$, $p = 0,83$). Nustatyta silpna statistiškai reikšminga neigiama koreliacija tarp užsitęsusio gedulo ir laikotarpio, praėjusio po netekties ($r_s = -0,28$, $p < 0,001$), t. y. kuo didesnį laikotarpį po netekties nurodė tyrimo dalyviai, tuo mažiau užsitęsusio gedulo simptomų nurodė patiriantys. Analizės duomenys pateikiami 1 priede.

9 lentelė. Užsitęsusio gedulo, depresijos, nerimo sąsajos su amžiumi, laiku po netekties moterų ir vyrų grupėse.

		Amžius	Laikas po netekties	Užsitęsęs gedulas	PHQ-2	GAD-2	PHQ-4
Amžius	Motetys	-					
	Vyrai	-					
Laikas po netekties	Moterys	0,31**	-				
	Vyrai	0,28*	-				
Užsitęsęs gedulas	Moterys	-0,17	-0,36**	-			
	Vyrai	0,30*	-0,14	-			
PHQ-2	Moterys	-0,11	-0,25*	0,23*	-		
	Vyrai	0,04	0,02	0,53**	-		
GAD-2	Moterys	0,03	-0,08	0,10	0,66**	-	
	Vyrai	0,02	-0,10	0,55**	0,75**	-	
PHQ-4	Moterys	-0,05	-0,19	0,20	0,90**	0,92**	-
	Vyrai	0,00	-0,06	0,58**	0,92**	0,94**	-

Pastaba. Statistiškai reikšmingos koreliacijos pažymėtos žvaigždutėmis. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Atlikus koreliacinę analizę, kai duomenys padalyti į grupes pagal lytis, nustatyta statistiškai reikšminga silpna teigiama koreliacija tarp amžiaus ir užsitęsusio gedulo vyrų grupėje ($rs=0,30$, $p=0,03$). Taip pat nustatyta, silpna statistiškai reikšminga neigiama koreliacija tarp užsitęsusio gedulo ir laikotarpio po netekties moterų grupėje ($rs=-0,36$, $p=0,001$). Laikotarpis po netekties silpnai siejosi su depresija tik moterų grupėje ($rs=0,25$, $p=0,05$). Tuo tarpu vyrų grupėje laikotarpis po netekties nebuvo reikšmingai susijęs su tiriamais sutrikimais, t. y. užsitęsusio gedulo, depresijos, nerimo požymiai vyrų grupėje yra stabilūs laike.

Koreliacine analize taip pat nustatyta, kad užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo konstruktai tiriamoje imtyje yra statistiškai reikšmingai susiję tarpusavyje (depresijos ir nerimo sąsajos tiriamoje imtyje plačiau aptariamos 3.3. skyriuje). Be to, moterų ir vyrų grupėse skiriasi sąsajų stiprumas. Užsitęsęs gedulas statistiškai reikšmingai vidutiniškai stipriai susijęs su bendru depresijos ir nerimo (PHQ-4) rodikliu tik vyrų grupėje ($rs = 0,58$, $p = 0,001$). Depresija (PHQ-2) statistiškai reikšmingai siejasi su užsitęsusio gedulo rodikliais abejose grupėse, tačiau skiriasi ryšio stiprumas: moterų grupėje šių rodiklių koreliacija silpna ($rs = 0,23$, $p = 0,41$), vyrų grupėje – vidutinė ($rs = 0,53$, $p < 0,001$). Statistiškai reikšmingas ryšys tarp nerimo (GAD-2) ir užsitęsusio gedulo rodiklių taip pat aptiktas tik tiriamos imties vyrų grupėje ($rs = 0,55$, $p < 0,001$). Nustatytos sąsajos tarp užsitęsusio gedulo ir depresijos ir nerimo yra teigiamos, t. y. didėjant užsitęsusio gedulo įverčiui atitinkamai didėja ir įvardyti depresijos ir (arba) nerimo rodikliai (arba atvirkščiai). Tuo tarpu užsitęsęs gedulas moterų grupėje neigiamai siejasi su laikotarpiu po netekties, t. y. didėjant laikotarpiui po netekties moterys patiria silpnėjančius užsitęsusio gedulo požymius. 9-oje lentelėje pateikiami išsamūs užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo rodiklių tarpusavio, laikotarpio po netekties bei amžiaus sąsajų įverčiai pagal lytį.

Siekiant nustatyti prognostinius užsitęsusio gedulo veiksnius, buvo atlikta dvinarės logistinės regresijos analizė. Buvo analizuoti du modeliai. Pirmojo modelio atveju, atsižvelgiant į užsitęsusio gedulo rizikos paplitimą imtyje (8-ta lentelė) bei sąsajas (9-ta lentelė), regresoriais pasirinkti statistiškai reikšmingai su užsitęsusio gedulo rizika susiję kintamieji: gyvenamoji vietovė, bendras depresijos ir nerimo įvertis (PHQ-4), laikotarpis po netekties. Atskirai depresijos (PHQ-2) ir nerimo (GAD-2) kintamuosius atsisakyta traukti į modelį dėl aukštos tarpusavio koreliacijos (multikolinearumo problema).

Logistinės regresijos modelis yra statistiškai reikšmingas ir tinkamas duomenims ($\chi^2 = 18,904$, $p = 0,001$, Hosmerio-Lamešou $\chi^2 = 4,670$, $df = 8$, $p = 0,792$, Nagelkerkės $R^2 = 0,208$). Reikšmingais kintamaisiais buvo depresija ir nerimas (PHQ-4) ($OR = 1,276$, $p = 0,001$) ir gyvenamoji vietovė ($OR = 0,111$, $p = 0,47$), tačiau laikotarpis po netekties nebuvo statiškai reikšmingu

kintamuoju (OR = 0,997, p = 0,273). Modelis tiksliai prognozavo 81,6% atvejų (97,3% teisingai klasifikuotų palyginamosios grupės, tačiau tik 15,4% – užsitęsusio gedulo rizikos atvejų).

Antrajame modelyje regresoriais įtraukti pirmajame modelyje reikšmingais esantys kintamieji (gyvenamoji vietovė, depresijos bei nerimo (PHQ-4) įvertis; nors ir pirmame modelyje pasirodė esantis nereikšmingu, atsižvelgiant į ankstesnių tyrimų duomenis paliktas laiko, praėjusio nuo netekties, kintamasis ir į modelį įtrauktas amžiaus kintamasis.

Antrasis modelis statistiškai reikšmingas ir tinkamas duomenims ($\chi^2 = 25,002$, p < 0,001; Hosmerio-Lamešou $\chi^2 = 10,303$, df = 8, p = 0,244, Nagelkerkės $R^2 = 0,280$). Antrasis modelis teisingai klasifikavo 83,8% atvejų (96,2% – palyginamosios grupės, 32,2% – užsitęsusio gedulo rizikos grupės atvejų). Modelyje palikti statistiškai nereikšmingi regresoriai – gyvenamoji vietovė (OR = 0,389, p = 0,108) ir laikotarpis, praėjęs nuo netekties (OR = 0,995, p = 0,070), nes pašalinus bet kurį iš jų arba abu, sumažėja teisingai klasifikuotų atvejų procentas.

Antrajame modelyje atsiskleidė, kad reikšmingais prognostiniais užsitęsusio gedulo veiksniais yra depresija ir nerimas (PHQ-4) (OR = 1,262, p = 0,004) bei amžius (OR = 1,053, p = 0,006). Taigi, 1 balu didesnis depresijos ir nerimo (PHQ-4) įvertis 1,26 karto didina respondento tikimybę patekti į užsitęsusio nerimo rizikos grupę. Remiantis šiuo modeliu taip pat galime teigti, kad vyresni respondentai turi didesnę tikimybę patekti į užsitęsusio gedulo rizikos grupę. Užsitęsusio gedulo logistinės regresijos modelis pateiktas 10 lentelėje.

10 lentelė. *Dvinarė logistinė regresija, prognozuojanti priklausymą užsitęsusio gedulo rizikos grupei.*

	B	S.E.	Wald	OR	95% CI	
					Min.	Maks.
Depresija ir nerimas (PHQ-4)	0,233	0,080	8,447	1,262	1,079	1,476
Gyvenamoji vietovė	-0,945	0,587	2,590	0,389	0,123	1,229
Amžius	0,052	0,019	7,477	1,053	1,015	1,094
Laikotarpis praėjęs po netekties	-0,005	0,003	3,288	0,995	0,990	1,000

Pastaba. OR = tikimybių santykis; 95 % CI = pasikliautiniai intervalai. Statistiškai reikšmingi OR pažymėti paryškintu šriftu, p < 0,05.

Lyties kintamasis, nors literatūroje dažnai minimas kaip reikšmingas kintamasis, šio tyrimo prognostinių modelių statistinį reikšmingumą ir prognostinę vertę stipriai sumažindavo, nė viename iš išbandytų modelių lyties kintamasis nebuvo reikšmingu, todėl šio kintamojo buvo atsisakyta.

3.3. Užsitęsusio gedulo sąsajos su depresija ir nerimu tyrimo imtyje

Siekiant išsiaiškinti, kaip susiję užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo požymių įverčiai tiriamoje imtyje, buvo atlikta Spearman koreliacinė duomenų analizė. Nustatyta silpnos statistiškai reikšmingos teigiamos užsitęsusio gedulo sąsajos su depresijos ir generalizuoto nerimo požymiais (PHQ-4, $r_s = 0,34$, $p < 0,001$), depresijos požymiais (PHQ-2, $r_s = 0,35$, $p < 0,001$) ir nerimo požymiais (GAD-2, $r_s = 0,28$, $p < 0,001$), t. y. kuo tyrimo dalyviai nurodė daugiau patiriantys užsitęsusio gedulo simptomų, tuo daugiau nurodė pasireiškiant ir depresijos bei generalizuoto nerimo požymių.

Taip pat atsiskleidė stiprios arba labai stiprios sąsajos tarp depresijos ir nerimo požymių. Bendro depresijos ir nerimo (PHQ-4) įvertis labai stipriai teigiamai siejasi su depresijos poskale (PHQ-2, $r_s = 0,92$, $p < 0,001$) ir nerimo poskale (GAD-2, $r_s = 0,92$, $p < 0,001$). Depresijos (PHQ-2) įverčiai stipriai teigiamai siejasi su nerimo (GAD-2) įverčiais ($r_s = 0,71$, $p < 0,001$). Visos koreliacijos teigiamos, tad galime teigti, kad tiriamoje imtyje didėjant depresijos ir (arba) nerimo įverčiams, didėja ir užsitęsusio gedulo rodiklis. Koreliacinės analizės duomenys pateikiami 11 lentelėje.

11 lentelė. Užsitęsusio gedulo ir depresijos ir nerimo sąsajos.

<i>rs</i>	Užsitęsęs gedulas	PHQ-4	PHQ-2	GAD-2
Užsitęsęs gedulas	-			
PHQ-4	0,34**	-		
PHQ-2	0,35**	0,92**	-	
GAD-2	0,28**	0,92**	0,71**	-

Pastaba. Statistiškai reikšmingos žvaigždutėmis pažymėtos koreliacijos. $p < 0,001$.

Siekiant išsiaiškinti, ar skiriasi depresijos ir nerimo požymių patyrimas tarp tyrimo dalyvių priklausančių ir nepriklausančių užsitęsusio gedulo rizikos grupei, buvo palyginti šių grupių depresijos ir nerimo vidurkiai. Analizei naudotas Mann-Whitney U testas. Analizė atskleidė, kad užsitęsusio gedulo rizikos grupės vidurkiai ir palyginamosios grupės depresijos ir nerimo simptomų rodikliais statistiškai reikšmingai skiriasi tiek vertinant bendrą PHQ-4 skalės įverčius ($p < 0,001$), tiek depresijos (PHQ-2; $p < 0,001$) ir nerimo (GAD-2; $p = 0,003$) poskalių įverčius. Taigi analizė atskleidė, kad depresijos ir (arba) nerimo simptomus užsitęsusio gedulo rizikos grupės tiriamieji patiria statistiškai reikšmingai stipriau nei palyginamosios grupės tyrimo dalyviai. Išsamūs vidurkių palyginimo duomenys pateikti 12 lentelėje.

12 lentelė. Depresijos ir nerimo įverčių vidurkių palyginimas užsitęsusio gedulo grupėse.

Skalės	Užsitęsusio gedulo rizikos grupė	Vidurkių skirtumai					
		N	M	SD	U	Z	p
PHQ-4 (depresija ir nerimas)	Patenka	26	9,00	2,68	807	-3,46	<0,001
	Nepatenka	110	6,22	3,66			
PHQ-2 (depresija)	Patenka	26	4,58	1,50	815	-3,45	<0,001
	Nepatenka	110	3,10	1,95			
GAD-2 (nerimas)	Patenka	26	4,42	1,47	898	-2,99	0,003
	Nepatenka	110	3,12	2,02			

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, U – Mann-Whitney U testo koeficientas. Statistiškai reikšmingas vidurkių skirtumas pažymėti paryškintu šriftu.

Siekiant ištirti depresijos ir nerimo rizikos paplitimą užsitęsusio gedulo rizikos grupėse buvo atliktas Chi kvadrato testas. Iš atliktos analizės galime matyti, depresijos rizika statistškai reikšmingai mažiau paplitusi užsitęsusio gedulo rizikos grupėje lyginant su palyginamąja grupe, t. y. 88,5% (n = 23) užsitęsusio gedulo rizikos grupės tiriamųjų taip pat priklauso depresijos rizikos grupei, 11,5% (n = 3) užsitęsusio gedulo rizikos grupei priklausančių tyrimo dalyvių nepatenka į depresijos rizikos grupę ($\chi^2 = 11,66$, $p = 0,001$). Panašiai užsitęsusio gedulo sklaida atrodo ir nerimo grupėje: 84,6% (n = 22) užsitęsusio gedulo rizikos grupei priklausančių tyrimo dalyvių taip pat priklauso nerimo rizikos grupei, 15,4% (n = 51) užsitęsusio gedulo rizikos grupės tyrimo dalyvių nepatenka į nerimo rizikos grupę ($\chi^2 = 8,39$, $p = 0,004$). Išsamūs rizikos grupių skirtumai pateikti 13 lentelėje.

13 lentelė. Depresijos ir nerimo paplitimas užsitęsusio gedulo rizikos grupėse.

		Užsitęsusio gedulo rizikos grupė		Palyginamoji grupė		Skirtumai tarp grupių		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
PHQ-4	Rizikos grupė (n=80)	23	88,5	57	51,8	11,66	1	<0,001
	Palyginamoji grupė (n=56)	3	11,5	53	48,2			
PHQ-2	Rizikos grupė (n=82)	23	88,5	59	53,6	10,65	1	0,001
	Palyginamoji grupė (n=54)	3	11,5	51	46,4			
GAD-2	Rizikos grupė (n=81)	22	84,6	59	53,6	8,39	1	0,004
	Palyginamoji grupė (n=55)	4	15,4	51	46,4			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šis tyrimas yra vienas pirmųjų tyrimų, kuris klinikinėje psichiatrinėje imtyje Lietuvoje nagrinėja naują TLK-11 diagnostinę kategoriją – užsitęsusio gedulo sutrikimą. Juo siekta Lietuvos psichiatrijos stacionaro pacientų imtyje įvertinti užsitęsusio gedulo ypatumus. Tyrimu nustatyta užsitęsusio gedulo rizikos grupė, taip pat buvo siekiama nustatyti, kokiais sociodemografiniais ypatumais pasižymi gedintys, psichikos sutrikimų turintys stacionaro pacientai. Vienas iš tyrimo uždavimų buvo nustatyti užsitęsusio gedulo rizikos ir prognostinius veiksnius. Didelis dėmesys tyrime skirtas užsitęsusio gedulo komorbidiskumui su depresija ir nerimu, todėl įvertintas depresijos ir nerimo paplitimas tiriamoje imtyje bei depresijos ir nerimo sąsajos su užsitęsusiu gedulu.

4.1. Užsitęsusio gedulo sutrikimo rizikos grupė ir jos ypatumai

Bendras imties užsitęsusio gedulo vidurkis – 13,52 balo iš 40 galimų. Labiausiai išreikštas užsitęsusio gedulo simptomas tiriamoje imtyje – artimojo ilgesys, mažiausiai tyrimo dalyviai teigė patiriantys jausmą, kad gyvenimas netekimo prasmės po artimojo netekties bei sunkumų užsiimant įprastomis kasdienėmis veiklomis dėl galvojimo apie mirusį artimąjį. Šis rezultatas artimas neseniai atliktos metaanalizės rezultatams, kuria nustatyta, kad gedintieji dažniausiai patiria įkyrias mintis ir (ar) vaizdinius, susijusius su mirusiu artimuoju, ir artimojo ilgesį (Buur et al., 2024). Artimojo ilgesys po netekties yra vienas iš privalomų diagnostinių kriterijų pagal TLK-11, todėl tyrimo rezultatas nestebina.

Vienas pagrindinių šio tyrimo uždavinių buvo nustatyti užsitęsusio gedulo rizikos grupę psichikos sutrikimų turinčių asmenų imtyje. Vadovaujantis PG-13-R (Prigerson, Boelen, et al., 2021) autorių nustatytu užsitęsusio gedulo rizikos slenksčiu, tyrimo imtyje buvo išskirta užsitęsusio gedulo rizikos grupė, kuri sudaro 19,1% imties respondentų, t. y. beveik penktadalis tyrimo dalyvių. Šis rezultatas yra gerokai aukštesnis lyginant jį su panašioje imtyje nustatytu 10,89%, naudojant tą patį savižinos klausimyną (Rueger, Lechner-Meichsner, et al., 2024). Tyrėjai pastebi, kad užsitęsusio gedulo paplitimas varijuoja priklausomai nuo diagnostinio algoritmo ir kriterijų taikymo (Treml et al., 2024). Šiame tyrime naudotas PG-13-R, pasak instrumento kūrėjų (Prigerson ir kolegų, 2021), atitinka TLK-11 ir DSM-5-TR užsitęsusio gedulo apibrėžimą, tačiau kaip galime matyti iš aptartos literatūros, tyrimai patvirtina TLK-11 ir DSM-5-TR užsitęsusio gedulo apibrėžimų ir diagnostinių algoritmų skirtumus, kurie gali lemti paplitimo tyrimų rezultatų skirtumus (Bonanno & Malgaroli, 2020; Rueger, Steil, et al., 2024; Treml et al., 2024 ir kt.). Vertinant nustatytą užsitęsusio gedulo rizikos rodiklį svarbu prisiminti, kad daugiau nei pusė (54,5%) tyrimo dalyvių teigia patiriantys

nuotaikos ir (arba) nerimo sutrikimus¹, kurių simptomai, yra persipynę ir glaudžiai susiję. Didelis depresijos ir nerimo sutrikimų paplitimas imtyje gali lemti didesnę užsitęsusio gedulo riziką (Rueger, Steil, et al., 2024; Simon et al., 2007).

Priklausymas užsitęsusio gedulo rizikos grupei susijęs su reikšmingu gyvenimo sutrikdymu. Duomenų analizė atskleidė, kad visi rizikos grupei priklausantys tyrimo dalyviai (100%) išsakė patiriantys socialinės, darbinės ar kitos gyvenimo srities sutrikdymus lyginant su palyginamąja grupe, kurioje tokius sutrikdymus nurodė patiriantys 68,2% tyrimo dalyvių. Apskritai aukštas gyvenimo sutrikdymo rodiklis gali būti siejamas su tuo, kad tyrimas buvo vykdomas ligoninės stacionare, t. y. ten besigydančių asmenų įprastas gyvenimas tyrimo metu galimai buvo stipriai sutrikdytas. Daugumai tyrimo dalyvių yra diagnozuotas arba tyrimo metu diagnozuojamas vienas ar keli psichikos sutrikimai, kurių simptomai taip pat galėjo prisidėti prie tyrimo dalyvių gyvenimo sutrikdymo vertinimo. Moksliniai tyrimai patvirtina, kad tie gedintieji, kurie užsitęsusį gedulą patiria kartu su kliniškai reikšmingais depresijos, nerimo, potrauminio streso sutrikimo simptomais, dažniau susiduria su prastesne gyvenimo kokybe ir nurodo patiriantys sunkesnius gedulo simptomus nei tie, kurie kenčia tik nuo užsitęsusio gedulo (Komischke-Konnerup et al., 2021).

Tyrimu nenustatyta reikšmingų užsitęsusio gedulo rizikos skirtumų tarp daugumos skirtingų sociodemografinių grupių, t. y. vadovaujanti gautais rezultatais galime matyti, kad užsitęsusio gedulo rizika vienodai būdinga asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, nepriklausomai nuo jų išsilavinimo, šeiminės padėties, tautybės, užimtumo statuso, lyties ir pan.

Vienintelis savo reikšmingumu išsiskyręs rodiklis – gyvenamoji vietovė. Beveik trečdalis (30,8%) užsitęsusio gedulo rizikos grupei priklausančių asmenų nurodė gyvenantys kaime. Tyrimo dalyviai, gyvenantys kaime, nurodė užsitęsusį gedulą patiriantys stipriau, t. y. vidutiniai kaime gyvenančių asmenų PG-13-R rodikliai statistiškai reikšmingai didesni, nei gyvenančių mieste. Svarbu atkreipti dėmesį, kad šiais tyrimo rezultatais reikėtų vadovautis atsargiai, nes pacientai, gyvenantys kaime sudarė nedidelę bendros tyrimo imties dalį (beveik 17%); kaime gyvenančių asmenų dalis, priklausanti rizikos grupei, sudaro beveik dvigubai didesnę dalį (apie 35%) visų kaime gyvenančių asmenų. Pastebėtina, kad gyvenamosios vietos, priklausymo etninei grupei, tyrimo vietovės rodikliai užsitęsusio gedulo tyrimuose dažnai nėra tinkamai atspindėti ir rezultatuose gali pasirodyti kaip reikšmingi išskirtinimai. Dauguma tyrimų atliekama Vakarų valstybėse, tyrimuose dažniausiai dalyvauja baltieji europiečiai arba amerikiečiai, todėl neatspindimi etninių grupių, skirtingų rasių, vyresnio amžiaus žmonių ir kt. grupių užsitęsusio gedulo ypatumai, pvz., neseniai atliktos

¹ Pastaba. Šias diagnozes savo žodžiai klausimyne įvardijo patys pacientai. Pateikti duomenys nebūtinai atspindi oficialias pacientų diagnozes ar hospitalizacijos priežastis.

metaanalizės duomenimis, net 7 iš 9 įtrauktų tyrimų buvo atlikta išimtinai miestuose (Thiemann et al., 2023).

Šiame tyrime moterų ir vyrų užsitęsusio gedulo rodikliai skyrėsi nedaug. Mokslinių tyrimų duomenys lyties ir užsitęsusio gedulo klausimu yra prieštaringi. Dalis tyrimų patvirtina moterišką lytį esant reikšmingu užsitęsusio gedulo rizikos veiksniu (Buur et al., 2024; Gegieckaitė, 2021) arba nustatoma, kad moterys linkusios sunkiau patirti užsitęsusio gedulo simptomus (Killikelly et al., 2019), kiti tyrimai reikšmingų užsitęsusio gedulo ir lyties sąsajų nenustato (Djelantik et al., 2020). Lundorff ir kolegės (2020), tyrinėję lyčių gedulo trajektorijas, priėjo išvados, kad lytis gali turėti įtakos užsitęsusio gedulo simptomų vystymuisi stipriai netekties sukrėstiems asmenims ankstyvuoju gedulo laikotarpiu. Svarstoma, kad lyties sąsajos su užsitęsusiu gedulu gali būti ne tiesioginės, pvz., paliatyvios slaugos tyrime moteriškos lyties sąsajas su užsitęsusiu gedulu galėjo nulemti didesnis moterų įsitraukimas į priešmirtinę slaugą (Sardella et al., 2023); moterys gali patirti didesnę užsitęsusio gedulo riziką ar intensyvesnius simptomus dėl sociokultūrinių normų, didesnės ekonominės priklausomybės nuo mirusiojo (Bağcaz & Kılıç, 2024; YAN et al., 2021); moteriškos lyties ir užsitęsusio gedulo sąsajas taip pat gali lemti tai, kad moterys sudaro didesnę tyrimų imčių dalį (Buur et al., 2024). Šis tyrimas atskleidė, kad užsitęsęs gedulas silpnai neigiamai koreliuoja su laikotarpiu po netekties moterų grupėje (vyrų grupėje reikšmingų sąsajų nenustatyta). Šis rezultatas nepatvirtina Lundorff ir kolegų (2020) pasiūlytų išvadų apie tai, kad vyrai linkę intensyviai gedulą išgyventi ankstyvuoju laikotarpiu, o moterims gedulas stipriau ima reikštis vėliau po netekties. Mūsų tyrimo duomenys leidžia kelti prielaidą, kad moterų gedulas su laiku mažėja, o vyrų išlieka stabilus laike.

Bendroje šio tyrimo imtyje sąsajų tarp amžiaus ir užsitęsusio gedulo nenustatyta. Tačiau įvertinus mokslinę literatūrą, nuspręsta atlikti papildomą koreliacinę analizę amžiaus sąsajoms nustatyti imtį padalinus į dvi grupes pagal lytis. Nustatyta silpna teigiama koreliacija tarp amžiaus ir užsitęsusio gedulo vyrų grupėje, t. y. pacientai vyrai su amžiumi stipriau patiria gedulą. Amžius, panašiai kaip gedinčiojo lytis, prieštaringai atsispindi užsitęsusio gedulo tyrimuose (Thiemann et al., 2023). Vieni mokslininkai atranda, kad jaunesnio amžiaus sąsajas su didesne užsitęsusio gedulo rizika ir aiškina tai įveikos mechanizmų stoka dėl menko patyrimo (Killikelly et al., 2019), kiti neranda jokių sąsajų tarp amžiaus ir užsitęsusio gedulo (Djelantik et al., 2020). Vyresnių nei 65 m. asmenų gedulo tyrimų duomenimis, vyresnio amžiaus žmonių grupėje užsitęsusio gedulo paplitimas varijuoja nuo 3,2% iki 48,8% priklausomai nuo pasirinktos tyrimo metodologijos, netekties aplinkybių, po netekties patiriamų socialinių ir ekonominių pasekmių ir kt. Tyrimo autoriai taip pat atkreipia dėmesį, kad šios amžiaus grupės gedulo tyrimų trūksta, nors būtent šiai amžiaus grupei būdingas didžiausias

netekčių skaičius. Didesnį užsitęsusio gedulo paplitimą tarp vyresnių moterų autoriai sieja su ilgesne bendra gyvenimo trukme, platesniu socialiniu ratu (atitinkamai didesniu ir netekčių skaičiumi), didesniu moterų įsitraukimu į tyrimus (Thiemann et al., 2023).

Dėl šio tyrimo duomenų apimties apribojimų (socialinės anamnezės duomenų stokos, netekties aplinkybių ir kt. informacijos apie potencialius užsitęsusio gedulo rizikos veiksnius tiriamoje imtyje trūkumo) negalime daryti tvirtų išvadų dėl amžiaus įtakos užsitęsusio gedulo patyrimui imtyje. Tačiau galime matyti, kad šiame tyrime taip pat nustatytos stipresnės užsitęsusio gedulo sąsajos su depresija ir nerimu vyrų grupėje (šie ryšiai bus plačiau aptarti 4.4 skyriuje). Panašiai kaip lytis, amžiaus kintamasis gali būti netiesiogiai susijęs su užsitęsusiu gedulu, gali prisidėti prie simptomų vystymosi ir raiškos įvairiais būdais, darydamas poveikį kitiems užsitęsusio gedulo rizikos veiksniams, pvz., tam tikrame amžiuje patiriamų netekčių skaičiui, raidos etapui būdingoms netekties aplinkybėms ir giminystės su mirusiuoju ryšiui, tam tikru gyvenimo laikotarpiu prieinamų prisitaikymo mechanizmų įvairovei, gretutiniais psichikos ir somatiniais sutrikimais ir kt. (Lundorff et al., 2017, 2020; Thiemann et al., 2023). Lundorf ir kolegos (2017) sisteminėje užsitęsusio gedulo tyrimų analizėje apibendrindami teigia, kad amžius galėtų būti užsitęsusio gedulo sutrikimo moderatorius.

4.2. Depresijos ir nerimo simptomų paplitimas tyrimo imtyje

Šio tyrimo duomenys patvirtina pacientų įvardytą depresijos, bet ne nerimo paplitimą tiriamoje imtyje (daugiau nei pusė (54,5%) tyrimo dalyvių teigia patiriantys nuotaikos ir (arba) nerimo sutrikimų). Tyrimu taip pat nustatyta, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių patenka į depresijos ir nerimo rizikos grupę (58,8%). Tik depresijos rizikos grupei tyrimo imtyje priklauso 60,3 % tyrimo dalyvių, nerimo rizikos grupei – 59,6% tyrimo dalyvių. Šio tyrimo rezultatai dėl tyrimo imties ypatumų akivaizdžiai viršija tyrimais nustatytą depresijos ir nerimo rizikos paplitimą bendrose populiacijose. Validuojant PHQ-4 instrumentą Lietuvos (ir kitų Europos valstybių) bendroje populiacijoje nustatyta depresijos rizika svyruoja nuo 15,7% iki 31,9%, o nerimo rizika – nuo 14,6% iki 31,0% skirtingose valstybėse (Kazlauskas, Geleželytė, et al., 2023). Autoriai pastebi, kad Lietuvoje šie rodikliai buvo aukštesni lyginant su kitų, tyrime dalyvavusių, valstybių rodikliais.

Palyginus depresijos ir nerimo vidurkius pagal sociodemografinius duomenis reikšmingų skirtumų tarp skirtingos šeiminės padėties, tautybės, gyvenamosios vietovės, išsilavinimo, užimtumo grupių neatsiskleidė. Vertinant depresijos ir nerimo įverčius atskirai, nustatyta, kad depresijos ir nerimo simptomų vidurkiai artimi vienas kitam (depresijos – 3,38, nerimo – 3,37 balo iš šešių galimų). Teiginių (simptomų) vidurkiai taip pat artimi vienas kitam: tyrimo dalyviai panašiai jautėsi

nusiminę, prislėgti ar beviltiškai ir jautė sumažėjusį susidomėjimą ar malonumą atliekant veiklas. Kalbant apie nerimą, tyrime dalyvavę pacientai šiek tiek dažniau teigė patiriantys nervingumą, nerimastingumą ar didelę įtampą nei negalėjimą sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti.

Kaip įprasta daugelyje mokslinių tyrimų (pvz., Kazlauskas, Gelezelyte, et al., 2023; Löwe et al., 2010) tyrimo dalyvės moterys statistiškai reikšmingai dažniau nei vyrai išsakė patiriančios depresijos simptomus. Moterų ir vyrų nerimo patyrimas tyrimo imtyje nesiskyrė ir mūsų tyrime.

Depresija ir nerimas stipriai siejasi tarpusavyje. Taip pat atsiskleidė stiprios arba labai stiprios sąsajos tarp depresijos ir nerimo požymių. Bendras depresijos ir nerimo įvertis labai stipriai teigiamai siejasi su depresijos poskale ir nerimo poskale. Gautos šio tyrimo depresijos ir nerimo sąsajos tarp depresijos ir nerimo atitiko Lietuvos bendroje populiacijoje atlikto tyrimo išvadas (Kazlauskas, Geleželytė, et al., 2023).

PHQ-4 klausimyno autoriai, validuodami instrumentą JAV ir Vokietijos bendros populiacijos imtyse nustatė, kad abiejų poskalių rodikliai su amžiumi linkę didėti (Löwe et al., 2010). Mūsų tyrime nenustatyta reikšmingų amžiaus sąsajų su depresija ir nerimu, rezultatas gali būti siejamas su tuo, kad hospitalizacijos (tyrimo atlikimo) metu pacientai stipriau patiria depresijos ir nerimo simptomus nepriklausomai nuo amžiaus.

4.3. Užsitęsusio gedulo rizikos ir prognostiniai veiksniai

Siekiant nustatyti užsitęsusio gedulo sutrikimo rizikos ir prognostinius veiksnius tiriamoje imtyje, buvo atlikta dvinarės logistinės regresijos analizė. Skaičiuoti du prognostiniai modeliai, kuriuose regresoriais pasirinkti iki to atliktose statistinėse analizėse nustatyti, reikšmingai su užsitęsusio gedulu susiję kintamieji – gyvenamoji vietovė, depresijos ir nerimo įvertis, laikotarpis po netekties. Pirmasis modelis, sudarytas vadovaujantis šio tyrimo statistinės analizės duomenimis buvo statistiškai reikšmingas, tačiau jis tiksliai atskyrė tik 15,4% užsitęsusio gedulo rizikos atvejų. Todėl remiantis nagrinėta literatūra, į antrąjį modelį regresoriumi buvo papildomai įtrauktas amžiaus kintamasis. Lyties kintamasis, nors apžvelgoje literatūroje dažnai minimas kaip reikšmingas užsitęsusio gedulo rizikos veiksnys, šio tyrimo prognostinių modelių statistinį reikšmingumą ir prognostinę vertę stipriai sumažindavo, nė viename iš išbandytų modelių lyties kintamasis nebuvo reikšmingu, todėl šio kintamojo buvo atsisakyta.

Antrasis modelis teisingai klasifikavo 32,2% užsitęsusio gedulo rizikos atvejų. Reikšmingai užsitęsusio gedulo riziką prognozavo aukštesni depresijos ir nerimo įverčiai bei vyresnis amžius. Iki tol statistinėje analizėje reikšmingai su užsitęsusio gedulu susiję kintamieji – gyvenamoji vietovė ir laikotarpis po netekties iš esmės modelyje nebuvo reikšmingi, tačiau tik šių keturių kintamųjų derinys

parodė aukščiausią prognostinę modelio vertę. Vadovaudamiesi antruoju modeliu, galime teigti, kad didesni depresijos ir nerimo įverčiai ir vyresnis amžius asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, didina užsitęsusio gedulo išsivystymo riziką.

Anksčiau aptarta, kad tyrimų rezultatai dėl amžiaus sąsajų su užsitęsusiu gedulu nėra vienareikšmiai. Tarp amžiaus ir užsitęsusio gedulo reikšmingų sąsajų nerandama tiek tyrimuose, kuriuose analizuojamas gedėjimas artimojo netekus nenatūraliomis aplinkybėmis (Djelantik et al., 2020), tiek bendrose populiacijose (Buur et al., 2024). Negana to, Buur ir kolegos (2024) nenustatė amžiaus poveikio užsitęsusiam gedului net kombinacijoje su kitu reikšmingu užsitęsusio gedulo rizikos veiksniu – sutuoktinio arba vaiko netektimi. Kita vertus, stipresnės gedulo reakcijos sąsajoje su amžiumi pastebimos labai specifinės imtyse, pvz., vyresni pabėgėliai trauminį gedulą išgyvena patirdami stipresnius užsitęsusio gedulo simptomus nei jauni pabėgėliai (Kokou-Kpolou et al., 2020). Tyrimai taip pat nustato, užsitęsusio gedulo simptomų mažėjimą su amžiumi (Killikelly et al., 2023), t. y. amžių laiko užsitęsusio gedulo atsparumo veiksniu; arba priešingai, rizikos veiksniu dėl vyresniems žmonėms būdingų specifinių gedulo pasekmių – miego sutrikimų, svorio netekimo, padidėjusio sveikatos paslaugų vartojimo (Thiemann et al., 2023). Panašu, kad amžius, kaip ir lytis, užsitęsusio gedulo simptomų vystymąsi veikia ne tiesiogiai, o per kitus veiksnus. Vienareikšmio atsakymo dėl amžiaus vaidmens užsitęsusio gedulo procese literatūroje nėra, norint suprasti amžiaus įtaką užsitęsusio gedulo procese, reikia papildomų tyrimų šioje srityje.

Analizė nustatyta, kad patiriami depresijos ir nerimo simptomai didina užsitęsusio gedulo riziką tyrimo imtyje. Gedinčiųjų grupėje artimojo netektis gali sukelti gedulo, potrauminio streso, depresijos simptomų kombinaciją (Djelantik et al., 2017). Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina mokslinėje literatūroje randamus tyrimų rezultatus, kurie nurodo glaudų depresijos, nerimo ir užsitęsusio gedulo sutrikimų komorbidiškumą. Net 63% gedinčiųjų greta užsitęsusio gedulo simptomų taip pat pasireiškė depresijos, 54% nerimo, 49% potrauminio streso sutrikimų simptomai (Komischke-Konnerup et al., 2021). Tyrimais taip pat nustatyta, kad depresijos simptomai yra reikšmingi užsitęsusio gedulo prognostiniai veiksniai. Longitudinio tyrimo duomenimis, depresijos ir užsitęsusio gedulo simptomai, skirtingais gedulo laikotarpiais tarnauja kaip vienas kito prognostiniai veiksniai: praėjus šešiams mėn. po netekties depresijos simptomai prognozavo užsitęsusio gedulo simptomų išsivystymą praėjus 13 mėn. po netekties; abipusis depresijos ir užsitęsusio gedulo ryšys nustatytas ankstyvuojų gedėjimo laikotarpiu (pirmaisiais keturiais mėn. po netekties); užsitęsęs gedulas prognozuoja depresiją praėjus ketveriems–septyneriems ir 6–24 mėn. po netekties (Wen et al., 2022).

Apibendrinant galima teigti, kad šis tyrimas, iš esmės patvirtina iki šiol atliktų užsitęsusio gedulo rizikos ir prognostinių veiksnių tyrimų rezultatus. Užsitęsusio gedulo rizikos faktorių meta analizė, kurioje nagrinėti 120 užsitęsusio gedulo tyrimų, atliktų nuo 1989 iki 2023 m., išskyrė 12 reikšmingų užsitęsusio gedulo rizikos veiksnių: nerimastingas prieraišumas, smurtinė, nenatūrali mirtis, žemos pajamos, daugybinės netektys, žemas išsilavinimas, vienišumas, netikėta netektis, moteriška lytis. Pasak autorių, labiausiai išsiskyrę rizikos faktoriai buvo gedulo simptomai iki netekties ir depresijos simptomai (ypač netekus vaiko arba partnerio) (Buur et al., 2024). Tad šis tyrimas patvirtina, kad Lietuvos klinikinėje psichiatrinėje imtyje patiriami depresijos simptomai po netekties turėtų būti indikacija išsamiam ištyrimui dėl galimos užsitęsusio gedulo rizikos.

4.4. Užsitęsusio gedulo ir depresijos bei nerimo sąsajos

Koreliacine analize nustatyta, kad užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo konstruktai tiriamoje imtyje yra statistiškai reikšmingai susiję tarpusavyje, moterų ir vyrų grupėse skiriasi sąsajų stiprumas. Užsitęsęs gedulas vidutiniškai stipriai susijęs su bendru depresijos ir nerimo rodikliu tik vyrų grupėje. Depresija statistiškai reikšmingai siejasi su užsitęsusio gedulo rodikliais abejuose grupėse, tačiau skiriasi ryšio stiprumas: moterų grupėje šių rodiklių koreliacija silpna, vyrų grupėje – vidutinė. Statistiškai reikšmingas ryšys tarp nerimo ir užsitęsusio gedulo rodiklių taip pat aptiktas tik tiriamos imties vyrų grupėje. Moterims tiriamoje imtyje gedulas labiau susijęs su depresijos (bet ne nerimo) simptomais. Taigi, remdamiesi šio tyrimo duomenimis, galime teigti, kad vyrų, turinčių psichikos sutrikimų, gedulo reakcijos gali stipriau persidengti su depresijos ir nerimo simptomais, tuo tarpu gedinčioms moterims labiau tikėtina patirti depresijos simptomus. Pastaruoju metu atlikti tyrimai patvirtina, kad moterų ir vyrų gedulo patirtis ir raiška skiriasi. Vyrams būdinga patirti stipresnius pradinio gedulo simptomus, kurie laikui einant mažėja, o moterims būdingas gedulo stiprėjimas su laiku (Hennemann et al., 2023; Lundorff et al., 2020).

Siekiant išsiaiškinti, ar skiriasi depresijos ir nerimo požymių patyrimas tarp tyrimo dalyvių priklausančių ir nepriklausančių užsitęsusio gedulo rizikos grupei, buvo palyginti šių grupių depresijos ir nerimo vidurkiai. Nustatyta, kad užsitęsusio gedulo rizikos grupės ir palyginamosios grupės depresijos ir nerimo simptomų rodikliai statistiškai reikšmingai skiriasi tiek vertinant bendrą PHQ-4 skalės įvertį, tiek atskirai depresijos ir nerimo poskalių įverčius. Taigi pacientai, patiriantys daugiau užsitęsusio gedulo simptomų, taip pat reikšmingai stipriau patiria ir depresijos bei nerimo simptomus nei pacientai, nepatenkantys į užsitęsusio gedulo rizikos grupę. Užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo simptomų paplitimą ir komorbidiškumą patvirtina daugelis užsitęsusio gedulo tyrimų (Janshen & Eisma, 2024; Kokou-Kpolou et al., 2021; Komischke-Konnerup et al., 2021 ir kt.).

Rueger ir kolegos (2024), tyrinėję užsitęsusių gedulą panašioje imtyje, svarsto, kad bendras depresijos, nerimo ir potrauminio streso sutrikimų neigiamo afekto domenai yra gretimas užsitęsusiui geduliui. Ištikus netekčiai gali pasireikšti atsiskyrimo nerimas, emocijų labilumas, nerimastingumas. Pasak autorių, emociškai nestabilūs asmenys gali stipriau reaguoti į netektį.

Palyginę užsitęsusio gedulo rizikos grupės ir palyginamosios grupės depresijos ir nerimo riziką, nustatėme, kad depresijos rizika labiau paplitusi užsitęsusio gedulo rizikos grupėje lyginant su palyginamąja grupe, t. y. 88,5% užsitęsusio gedulo rizikos grupės tiriamųjų priklauso depresijos rizikos grupei. Panašiai užsitęsusio gedulo sklaida atrodo ir nerimo grupėje: 84,6% užsitęsusio gedulo rizikos grupei priklausančių tyrimo dalyvių priklauso nerimo rizikos grupei. Šis rezultatas patvirtina aukštą užsitęsusio gedulo, depresijos ir nerimo komorbidiškumą. Taip pat iliustruoja būtinybę klinikinėje aplinkoje skirti daugiau dėmesio pacientų netektims. Skirtis tarp šių persipinančių ir gretimų sutrikimų klinikinėje praktikoje gali būti neaiški, todėl kai kurie tyrėjai atkreipia dėmesį, kad netektys ir gedulo reakcijos gali būti „maskuojamos“ depresijos, nerimo ar potrauminio streso sutrikimo. Tai gali nulemti neveiksmingą gydymą (Groen et al., 2022).

Aukštą užsitęsusio gedulo komorbidiškumą mokslininkai bando aiškinti įvairiai. Manoma, kad gedulas gali išprovokuoti įvairius gretutinius sutrikimus; arba iki netekties patirti psichikos sutrikimai gali sutrikdyti prisitaikymą prie netekties virsdami užsitęsusių gedulų (Rueger, Lechner-Meichsner, et al., 2024) ir galiausiai paaštrindami iki netekties patirtus kitų sutrikimų (depresijos, nerimo, potrauminio streso sutrikimo) simptomus (Komischke-Konnerup et al., 2021).

Apibirenant galime teigti, kad tyrimas patvirtino stiprias užsitęsusio gedulo sąsajas su depresija ir nerimu tiriamoje imtyje. Kaip anksčiau aptarta šiame darbe, užsitęsusio gedulo pasekmės manifestuojasi ne tik gretimuose sutrikimuose (depresija, nerimas, potrauminio streso sutrikimas), bet ir reikšmingai sutrikdo asmens psichosocialinį funkcionavimą, taip pat siejamas su somatiniais sutrikimais. Todėl svarbu daugiau dėmesio skirti tiek moksliniam užsitęsusio gedulo tyrinėjimui, tiek psichikos sveikatos specialistų praktiniams įgūdžiams atpažinti ir taikyti tinkamas intervencijas tobulinti.

4.5. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Šis tyrimas – vienas pirmųjų naujos TLK-11 kategorijos – užsitęsusio gedulo sutrikimo – paplitimo ir ypatumų tyrimas Lietuvos klinikinėje psichiatrinėje imtyje. Jis suteikia naudingų pirminių žinių apie galimą užsitęsusio gedulo paplitimą retai tiriamoje klinikinėje imtyje, sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, kitais psichikos sutrikimais. Nepaisant šių privalumų, atliktas tyrimas turi ribotumą, kurie galėjo veikti tyrimo rezultatus.

Visų pirma, tyrimas atliktas naudojant PG-13-R instrumentą, kuris labiau atspindi DSM-5-TR diagnostinius kriterijus (Sardella et al., 2023). Kaip aptarta 1.1. skyriuje, TLK-11 ir DSM-5-TR užsitęsusio gedulo sutrikimo apibrėžimų ir diagnostinio algoritmo skirtumai gali lemti paplitimo rezultatų skirtumus, t. y. sutrikimo paplitimo rezultatai gali neatitikti tikrojo paplitimo masto. Ypač tai aktualu jautrioje klinikinėje imtyje. Be to, PG-13-R yra savižinos instrumentas. Tyrimai rodo, kad pusiau struktūruotas interviu (pvz., I-PGD-11 (angl. *International Interview for Prolonged Grief Disorder according to ICD-11*) yra efektyvesnis ir jautresnis diagnostinis instrumentas (Rueger et al., 2024). Be to, I-PGD-11 yra parengtas vadovaujantis Lietuvos sveikatos sistemoje naudojamu ligų klasifikatoriumi (TLK-11). Todėl siekiant patikrinti ir praplėsti tyrimo rezultatus, ateityje rekomenduojama išbandyti ir kitus tyrimo instrumentus.

Antra, šis užsitęsusio gedulo tyrimas yra didesnio projekto dalis, todėl jo apimtis ir struktūra nėra specifiskai sukonstruota išsamiam užsitęsusio gedulo ištyrimui. Dėl to dalis tyrimo rezultatų negali būti paaiškinti (pvz., lyties ir amžiaus vaidmuo gedulo raiškoje). Dėl tyrimo apimties ir formato gauti duomenys iš dalies atspindi nedidelę dalį su užsitęsusiu gedulu susijusių veiksnių (paplitimą ir sąsajas su depresija ir nerimu). Vertinant literatūroje randamas reikšmingas neigiamas užsitęsusio gedulo pasekmes ir šio tyrimo nustatytą aukštą paplitimą bei komorbidiškumą tyrimo imtyje, ateityje prasminga būtų atlikti išsamesnį užsitęsusio gedulo tyrimą, įtraukiant klausimus apie ryšius su mirusiu artimuoju, netekties aplinkybes, sveikatos ir reikšmingų gyvenimo įvykių istoriją, asmenybę ir pan. Kontroliuojant reikšmingus arba prieštarigus užsitęsusio gedulo veiksnius (pvz., netekties aplinkybės, lytis, amžius) galima būtų geriau suprasti tikruosius užsitęsusio gedulo rizikos ir prognostinius veiksnius. Atitinkamai, pasiūlyti veiksmingas priemones užsitęsusiam gedului atpažinti ir reaguoti į jį.

Nagrinėtoje mokslinėje literatūroje atsiskleidė, kad užsitęsęs gedulas be nuotaikų ir nerimo sutrikimų, panašiai glaudžiai siejasi su kitais streso sukeltais sutrikimais, ypač potrauminio streso sutrikimu. Todėl siekiant išsamiau įvertinti užsitęsusio gedulo sąsajas su kitais sutrikimais ir poveikį asmens sveikatai, tikslinga ateities tyrimuose jį vertinti kartu su dažnai komorbidiškų sutrikimų simptomais. Be to, šio ir su juo susijusių sutrikimų simptomų raiška laike kinta (Wen et al., 2022), todėl tikslinga ateityje svarstyti longitudinalinio tyrimo formatą.

Galiausiai, šiame tyrime atsiskleidė aukštas komorbidiškumas su depresija ir nerimu. Tokio rezultato galima buvo tikėtis, nes daugiau nei pusė pacientų nurodė turintys nuotaikos ar nerimo sutrikimų. Viena vertus, gauti rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų rezultatus ir atkreipia dėmesį į tai, kad užsitęsęs gedulas gali būti užmaskuotas depresijos ar nerimo simptomų. Kita vertus, išlieka neaiškus užsitęsusio gedulo santykis su kitais psichikos sutrikimais, pvz., psichoziniais sutrikimais,

priklausomybėmis, kitais su stresu susijusiais sutrikimais. Pažymėtina, kad tyrime minimi sutrikimo rodikliai imtyje yra įvardyti pačių tyrimo dalyvių, jis neatspindi tikrojo sutrikimų komorbidiškumo, todėl ši informacija tyrime naudota ypač atsargiai (nebuvo traukiama į statistines analizes). Panašaus pobūdžio tyrimai nurodo, kad psichiatrijos stacionare besigydančių pacientų imtyje tyrimo dalyviams vidutiniškai diagnozuoti 2,53 gretutiniai sutrikimai (Rueger, Steil, et al., 2024). Ateity atliekant užsitęsusio gedulo tyrimus klinikinėje psichiatrinėje imtyje rekomenduojama į tyrimą įtraukti gydymo įstaigos duomenis apie pacientų diagnozes. Išsami ir patikima informacija apie gretutinis sutrikimus gali padėti plačiau suprasti užsitęsusio gedulo vaidmenį psichopatologijoje.

IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 1 iš 5 netektį patyrusių, psichiatrijos stacionare gydomų tyrimo dalyvių patiria užsitęsusio gedulo sutrikimo riziką. Į užsitęsusio gedulo rizikos grupę patekusių tyrimo dalyvių vertinimu, su netektimi susiję sunkumai reikšmingai neigiamai paveikė jų socialinę, darbinę ar kitą svarbią gyvenimo sritį.
2. Nustatyti vyrų ir moterų gedulo reakcijų ypatumų skirtumai. Netektį patyrusių psichiatrijos stacionaro pacientų vyrų rizika patirti užsitęsusio gedulo sutrikimą didėja su amžiumi; depresijos ir nerimo simptomai, gali signalizuoti apie patiriamą užsitęsusio gedulo sutrikimą. Tuo tarpu moterų grupėje užsitęsęs gedulas reikšmingai siejosi tik su nerimo simptomais.
3. Nustatyta, kad klinikinėje psichiatrinėje imtyje užsitęsusio gedulo riziką prognozuoja depresijos ir nerimo simptomai ir vyresnis amžius, t. y. kuo vyresnis artimojo netektį patyręs psichiatrijos stacionaro pacientas, tuo didesnė užsitęsusio gedulo sutrikimo išsivystymo tikimybė.
4. Užsitęsusio gedulo sutrikimo rizika reikšmingai persidengia su depresijos ir nerimo sutrikimų rizika. Beveik 9 iš 10 į užsitęsusio gedulo sutrikimo rizikos grupę patenkančių psichiatrijos stacionaro pacientų taip pat patiria kliniškai reikšmingus depresijos ir nerimo simptomus.

LITERATŪRA

- Bağcaz, A., & Kılıç, C. (2024). Differential correlates of prolonged grief and depression after bereavement in a population-based sample [Article]. *Journal of Traumatic Stress*, 37(2), 231–242. <https://doi.org/10.1002/jts.22998>
- Bergsma, L. P. S., & Ramsing, F. (2023). Which considerations are lost when debating the prolonged grief disorder diagnosis? [Article]. *Theory & Psychology*, 33(6), 856–872. <https://doi.org/10.1177/09593543231172193>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020a). Comparison of six proposed diagnostic criteria sets for disturbed grief [Article]. *Psychiatry Research*, 285, 112786–112786. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112786>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020b). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates [Article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(6), 765–777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- Boelen, P. A., Olff, M., & Smid, G. E. (2019). Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention [Article]. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1591331–1591331. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591331>
- Boelen, P. A., Van De Schoot, R., Van Den Hout, M. A., De Keijser, J., & Van Den Bout, J. (2010). Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 374–378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076>
- Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses [Article]. *Depression and Anxiety*, 37(1), 17–25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
- Buchman-Wildbaum, T., Richman, M. J., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2020). Perceived loss among people living with mental disorders: Validation of the personal loss from mental illness scale [Article]. *Comprehensive Psychiatry*, 96, 152146–152146. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152146>
- Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K. B., Marengo, M. M., Schierff, L. H., & O'Connor, M. (2024a). Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis [Article]. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375–102375. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
- Comtesse, H., Smid, G. E., Rummel, A.-M., Spreeuwenberg, P., Lundorff, M., & Dückers, M. L. A. (2024). Cross-national analysis of the prevalence of prolonged grief disorder [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 350, 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.094>
- Dennis, H., Eisma, M. C., & Breen, L. J. (2022). Public Stigma of Prolonged Grief Disorder: An Experimental Replication and Extension [Article]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(3), 199–205. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001427>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2017). Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 247, 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.023>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2018). Do prolonged grief disorder symptoms predict post-traumatic stress disorder symptoms following bereavement? A cross-lagged analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.001>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic

- review and meta regression analysis [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Eisma, M. C., & Buyukcan-Tetik, A. (2025). Prolonged Grief Symptoms Predict Social and Emotional Loneliness and Depression Symptoms [Article]. *Behavior Therapy*, 56(1), 121–132. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.014>
- Eisma, M. C., Rosner, R., & Comtesse, H. (2020). ICD-11 Prolonged Grief Disorder Criteria: Turning Challenges Into Opportunities With Multiverse Analyses [Article]. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 752–752. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00752>
- Gegieckaitė, G. (2021a). *Užsitiesusio gedulo po artimojo netekties rizikos veiksniai*. <https://doi.org/10.15388/vu.thesis.132>
- Gonschor, J., Eisma, M. C., Barke, A., & Doering, B. K. (2020). Public stigma towards prolonged grief disorder: Does diagnostic labeling matter? [Article]. *PloS One*, 15(9), e0237021–e0237021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237021>
- Groen, S. P. N., Menninga, M. C., Cath, D. C., & Smid, G. E. (2022). Let’s talk about grief: Protocol of a study on the recognition and psychoeducation of prolonged grief disorder in outpatients with common mental disorders [Article]. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 944233–944233. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.944233>
- Hennemann, S., Killikelly, C., Hyland, P., Maercker, A., & Witthöft, M. (2023). Somatic symptom distress and ICD-11 prolonged grief in a large intercultural sample [Article]. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2254584–2254584. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2254584>
- Hyland, P., Redican, E., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2024). The International Grief Questionnaire (IGQ): A new measure of ICD-11 prolonged grief disorder [Article]. *Journal of Traumatic Stress*, 37(1), 141–153. <https://doi.org/10.1002/jts.22986>
- Janshen, A., & Eisma, M. C. (2024). Bidirectional associations between prolonged grief symptoms and depressive, anxiety, and posttraumatic stress symptoms: A systematic review [Article]. *Journal of Traumatic Stress*, 37(6), 825–836. <https://doi.org/10.1002/jts.23061>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations [Article]. *Professional Psychology, Research and Practice*, 45(3), 180–187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Kakarala, S. E., Roberts, K. E., Rogers, M., Coats, T., Falzarano, F., Gang, J., Chilov, M., Avery, J., Maciejewski, P. K., Lichtenthal, W. G., & Prigerson, H. G. (2020). The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review [Article]. *Psychiatry Research. Neuroimaging*, 303, 111135–111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111135>
- Karatzias, T., Knefel, M., Maercker, A., Cloitre, M., Reed, G., Bryant, R. A., Ben-Ezra, M., Kazlauskas, E., Jowett, S., Shevlin, M., & Hyland, P. (2022). The network structure of ICD-11 disorders specifically associated with stress: adjustment disorder, prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder [Document]. *Psychopathology*, 55(3–4), 226–234. <https://doi.org/10.1159/000523825>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services [Article]. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559–9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Geleželytė, O., Kvedaraitė, M., Ajdukovic, D., Johannesson, K. B., Böttche, M., Bondjers, K., Dragan, M., Figueiredo-Braga, M., Grajewski, P., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Javakhishvili, J. D., Lioupi, C., Lueger-Schuster, B., Mouthaan, J., Bagaric, I. R., Sales, L., Schäfer, I., Soydas, S., ... Lotzin, A. (2023). Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in 9230 adults across seven European countries: Findings from the ESTSS ADJUST study [Article]. In E. Kazlauskas, O. Geleželytė, M. Kvedaraitė, D. Ajdukovic, K. B. Johannesson, M. Böttche, K. Bondjers, M. Dragan, M. Figueiredo-Braga, P. Grajewski, X. Anastassiou-Hadjicharalambous, J. D. Javakhishvili, C.

- Lioupi, B., Lueger-Schuster, J., Mouthaan, I. R., Bagaric, L., Sales, I., Schäfer, S., Soydas, ... A. Lotzin (Eds.), *Journal of affective disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.007>
- Kazlauskas, E., Gelezelyte, O., Kvedaraite, M., Ajdukovic, D., Johannesson, K. B., Böttche, M., Bondjers, K., Dragan, M., Figueiredo-Braga, M., Grajewski, P., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Javakhishvili, J. D., Lioupi, C., Lueger-Schuster, B., Mouthaan, J., Bagaric, I. R., Sales, L., Schäfer, I., Soydas, S., ... Lotzin, A. (2023). Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in 9230 adults across seven European countries: Findings from the ESTSS ADJUST study [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 335, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.007>
- Killikelly, C., Kagialis, A., Henneman, S., Coronado, H., Demanarig, D., Farahani, H., Özdoğru, A. A., Yalçın, B., Yockey, A., Gosnell, C. L., Jia, F., Maisel, M., Stelzer, E., Wilson, D., Anderson, J., Charles, K., Cummings, J. P., Faas, C., Knapp, B., ... Irgens, M. S. (2023). Measurement and assessment of grief in a large international sample [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 327, 306–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.095>
- Killikelly, C., Lorenz, L., Bauer, S., Mahat-Shamir, M., Ben-Ezra, M., & Maercker, A. (2019). Prolonged grief disorder: Its co-occurrence with adjustment disorder and post-traumatic stress disorder in a bereaved Israeli general-population sample [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 249, 307–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.014>
- Kokou-Kpolou, C. K., Moukouta, C. S., Masson, J., Bernoussi, A., Cénat, J. M., & Bacqué, M.-F. (2020). Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 267, 171–184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.026>
- Kokou-Kpolou, C. K., Park, S., Lenferink, L. I. M., Iorfa, S. K., Fernández-Alcántara, M., Derivois, D., & Cénat, J. M. (2021). Prolonged grief and depression: A latent class analysis [Article]. *Psychiatry Research*, 299, 113864–113864. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113864>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis [Article]. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100140–100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
- Lechner-Meichsner, F., Comtesse, H., & Olk, M. (2024). Prevalence, comorbidities, and factors associated with prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in refugees: a systematic review [Article]. *Conflict and Health*, 18(1), 32–32. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00586-5>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 122(1), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Lundorff, M., Bonanno, G. A., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2020). Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study [Article]. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Lundorff, M., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2021). Time elapsed since loss or grief persistency? Prevalence and predictors of ICD-11 prolonged grief disorder using different applications of the duration criterion [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 279, 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.116>

- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2020). A Network Approach to Understanding Quality of Life Impairments in Prolonged Grief Disorder [Article]. *Journal of Traumatic Stress*, 33(1), 106–115. <https://doi.org/10.1002/jts.22383>
- Maccallum, F., Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2015). Trajectories of depression following spousal and child bereavement: A comparison of the heterogeneity in outcomes [Article]. *Journal of Psychiatric Research*, 69, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.017>
- Maercker, A., & Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 167–176. <https://doi.org/10.31887/dcns.2012.14.2/amaercker>
- Maercker, A., & Znoj, H. (2010). The younger sibling of PTSD: similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder [Article]. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5558>
- Masferrer, L., Garre-Olmo, J., & Caparrós, B. (2017). Is complicated grief a risk factor for substance use? A comparison of substance-users and normative grievers [Article]. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 361–367. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1285912>
- Mauritz, M., & van Meijel, B. (2009). Loss and Grief in Patients With Schizophrenia: On Living in Another World [Article]. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(3), 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.06.006>
- O'Connor, M.-F. (2012). Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief [Article]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 141–148. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mfoconnor>
- Parisi, A., Sharma, A., Howard, M. O., & Blank Wilson, A. (2019). The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review [Article]. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 103, 43–57. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.012>
- Peinado, V., Shevlin, M., Trucharte, A., Contreras, A., & Valiente, C. (2025). ICD-11 prolonged grief disorder: Factors, correlates, and functional impairment [Article]. *Death Studies*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2469135>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021a). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale [Article]. *World Psychiatry*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 [Article]. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121–e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. K. (2021a). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis [Article]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 109–126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- Prigerson, H. G., Singer, J., & Killikelly, C. (2024). Prolonged Grief Disorder: Addressing Misconceptions With Evidence [Article]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 527–534. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.10.020>
- Rando, T. A. (2013). On achieving clarity regarding complicated grief: Lessons from clinical practice [Bookitem]. In H. Schut, J. van den Bout, & M. Stroebe (Eds.), *Complicated Grief* (1st ed., pp. 40–54). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203105115-6>
- Reynolds, C. F. (2023). *Grief and Prolonged Grief Disorder* (C. F. Reynolds, Ed.; First edition.) [Book]. American Psychiatric Association Publishing.
- Ribera-Asensi, O., Pérez-Marín, M., & Valero-Moreno, S. (2025). Psychological Risk and Protective Factors for the Development of Prolonged Grief in Mourners [Article]. *The Family Journal (Alexandria, Va.)*. <https://doi.org/10.1177/10664807241312201>

- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., & Doering, B. K. (2021a). Prevalence of prolonged grief disorder [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 287, 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Rueger, M. S., Lechner-Meichsner, F., Kirschbaum, L., Lubik, S., Roll, S. C., & Steil, R. (2024a). Prolonged grief disorder in an inpatient psychiatric sample: psychometric properties of a new clinical interview and preliminary prevalence [Article]. *BMC Psychiatry*, 24(1), 333–333. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05784-2>
- Rueger, M. S., Steil, R., Lubik, S., Roll, S. C., & Lechner-Meichsner, F. (2024). A comprehensive investigation of comorbidities of prolonged grief disorder in a bereaved inpatient psychiatric sample [Article]. *Journal of Psychiatric Research*, 177, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.014>
- Sardella, A., Musetti, A., Caponnetto, P., Quattropiani, M. C., & Lenzo, V. (2023). Prolonged Grief Disorder and Symptoms of Anxiety and Depression among Bereaved Family Caregivers in the Context of Palliative Home Care [Article]. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education (EJIHPE)*, 13(2), 490–500. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020037>
- Schut, H., Stroebe, M. S., & VandenBout, Jan. (2013). *Complicated grief: scientific foundations for health care professionals* (H. Schut, M. S. Stroebe, & Jan. Van den Bout, Eds.; First edition.) [Book]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203105115>
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and Complicated Grief [Article]. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 406–406. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- Shevlin, M., Redican, E., Murphy, J., Hyland, P., & Karatzias, T. (2023). Testing the latent structure of ICD-11 prolonged grief disorder symptoms in the U.K. adult population: An exploratory structural equation modeling approach [Article]. *Journal of Traumatic Stress*, 36(6), 1077–1089. <https://doi.org/10.1002/jts.22972>
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Frank, E., Melhem, N. M., & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief [Article]. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002>
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework [Article]. *Social Science & Medicine* (1982), 63(9), 2440–2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Stroebe, W. (1987). *Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss* (M. S. Stroebe, Ed.) [Book]. Cambridge University Press.
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment [Article]. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- Tay, D. L., Thygesen, L. C., Kozlov, E., & Ornstein, K. A. (2022). Serious Mental Illness Exacerbation Post-Bereavement: A Population-Based Study of Partners and Adult Children [Article]. *Clinical Epidemiology*, 14, 1065–1077. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S372936>
- Thiemann, P., Street, A. N., Heath, S. E., Quince, T., Kuhn, I., & Barclay, S. (2023). Prolonged grief disorder prevalence in adults 65 years and over: a systematic review [Article]. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(e1), e30–e42. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002845>
- Treml, J., Linde, K., Brähler, E., & Kersting, A. (2024). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: differences in prevalence and diagnostic criteria [Article]. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1266132. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1266132>
- Wen, F.-H., Prigerson, H. G., Chou, W.-C., Huang, C.-C., Hu, T.-H., Chiang, M. C., Chuang, L.-P., & Tang, S. T. (2022). How symptoms of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder,

- and depression relate to each other for grieving ICU families during the first two years of bereavement [Article]. *Critical Care (London, England)*, 26(1), 1–336. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04216-5>
- YAN, B., LO, R. S. K., & CHOW, A. Y. M. (2021). The role of post-loss anxiety in the development of depressive symptoms and complicated grief symptoms: a longitudinal SEM study [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 281, 649–656. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.096>
- Yuan, M.-D., Liu, J.-F., & Zhong, B.-L. (2024). Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms among bereaved individuals in China: a systematic review and meta-analysis [Article]. *General Psychiatry*, 37(2), e101216–e101216. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101216>

PRIEDAI

1 priedas. Užsitęsusių gedulo sąsajos su tyrimo dalyvių amžiumi, laikotarpiu po netekties, depresijos ir nerimo požymiais

	Užsitęsęs gedulas	Amžius	Laikotarpis po netekties	PHQ-4	PHQ-2	GAD-2
Užsitęsęs gedulas						
Amžius	0,01					
Laikotarpis po netekties	0,28**	0,29**				
PHQ-4	0,34**	-0,02	-0,13			
PHQ-2	0,35**	-0,04	-0,15	0,92**		
GAD-2	0,28**	0,02	-0,09	0,92**	0,71**	

Pastaba. Statistiškai reikšmingos koreliacijos pažymėtos žvaigždutėmis. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.