

## PIRMĄ PSICHOZĘ IŠGYVENUSIŲJŲ ARTIMIEJI: SITUACIJOS SUNKUMO ĮVERTINIMO IR PSICHOLOGINĖS KANČIOS RYŠYS LAIKUI BĖGANT

### Ieva Povilaitienė

Doktorantė  
Vilniaus universitetas  
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra  
Universiteto g. 9/1, LT-01513 Vilnius  
Tel. +370 5 266 76 05  
El. paštas: ieva.povilaitiene@fsf.vu.lt

### Vilmantė Pakalniškienė

Socialinių mokslų daktarė  
Vilniaus universitetas  
Bendrosios psichologijos katedra  
Universiteto g. 9/1, LT-01513 Vilnius  
Tel. +370 5 266 76 05  
El. paštas: vilmante.pakalniskiene@gmail.com

### Danutė Gailienė

Socialinių mokslų habilituota daktarė profesorė  
Vilniaus universitetas  
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra  
Universiteto g. 9/1, LT-01513 Vilnius  
Tel. +370 5 266 76 05  
El. paštas: danute.gailiene@fsf.vu.lt

*Šio tyrimo tikslas – nustatyti situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios ryšį laikui bėgant. Gauti rezultatai rodo, kad pirmą psichozę išgyvenusių pacientų artimųjų situacijos sunkumo įvertinimas ir psichologinė kančia reikšmingai pasikeičia jau po trijų mėnesių. Pirmą kartą psichoze sergančių pacientų artimųjų pradinio situacijos sunkumo įvertinimas prognostiškai reikšmingas tolesniam situacijos sunkumo įvertinimui, o psichologinės kančios iš jos pradinio įvertinimo prognozuoti negalime. Iš pradinio situacijos sunkumo įvertinimo galime prognozuoti vėlesnę psichologinę kančią.*

**Pagrindiniai žodžiai:** pirmas psichozės epizodas, artimieji, situacijos sunkumo įvertinimas, psichologinė kančia.

Psichozės sutrikimai užklumpa jauname amžiuje, yra potencialiai neįgalinantys ir stigmatizuojantys. Psichoze stipriai paveikia ne vien sergantįjį, bet ir jo šeimą. Tyrimai parodė, kad sunkios psichikos ligos turi neigiamą poveikį artimųjų psichologinei gerovei, fizinei sveikatai, gyvenimo kokybei (Addington et al., 2003; Magliano et al., 2006). Nors yra mažai pirmą psichozės epizodą patyrusių pacientų šeimų tyrimų, žinoma, kad šių šeimų našta ne mažesnė

nei pakartotinai susirgusių pacientų šeimų (Ostman, 2004). Kai kurių tyrimų duomenimis, šie artimieji patiria netgi didesnę psichologinę kančią (Martens and Addington, 2001).

Iš globėjų psichologinių tyrimų taip pat žinome, kad daugumos sergančiųjų ligos įveika susijusi su tuo, kaip jų artimieji tvarkosi su šia patirtimi (Maes et al., 1996). Pirmą psichozę patyrusių pacientų šeimos – ne išimtis. Nustatyta, kad šių

artimųjų psichinės ir fizinės sveikatos rodiklių pablogėjimas neigiamai veikia globėjo vaidmens efektyvumą (Kuipers and Raune, 2000), blogina jų ilgalaikį gebėjimą padėti pacientui ir netgi daro įtaką pačios ligos eigai (Barrowclough, 2005; Lenior et al., 2002). Pirmieji 2–5 atsigavimo metai yra „kritinis laikotarpis“, prognostiškai reikšmingas tolesniam paciento funkcionavimui (Birchwood and Mcmillan, 1993). Todėl šiuo laikotarpiu efektyvus aplinkinių palaikymas atsigauančiam asmeniui yra ypač svarbus.

Nors šeimos nario psichozės patirtis paprastai turi neigiamą poveikį artimiesiems, šios patirties pobūdis ir intensyvumas skiriasi. G. I. Szmukler ir bendraautoriai (1996) pirmieji pritaikė R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) kognityvų streso modelį psichozinių pacientų artimųjų tyrimams. Remiantis šiuo modeliu, asmens reakcija į stresorių susijusi su subjektyviu stresoriaus poveikio įvertinimu. Stresoriais šiame modelyje laikomi paciento liga arba reikmės, susijusios su sergančiojo globa. Pasekmės nusakomos psichologinio arba fizinio artimųjų ligotumo, psichologinės kančios sąvokomis. Šis modelis buvo patvirtintas empiriškai (Szmukler et al., 1996; Joyce et al., 2000) – globėjiškos patirties įvertinimo kintamasis paaiškino beveik trečdalį psichinės ir fizinės sveikatos duomenų išsibarstymo.

Tolesni tyrimai patvirtino, kad psichologinę kančią prognozuoja neigiamas globėjiškos patirties įvertinimas. Nė vienas tikrintų demografinių, socialinių ar kliniki- nių veiksnių nebuvo toks reikšmingas psichologinei kančiai, kai buvo atsižvelgiama į įvertinimo kintamąjį (Harvey et al., 2001). Kad įvertinimo kintamasis reikšmingesnis

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

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

*Kaip keičiasi įvertinimas ir psichologinė kančia laikui bėgant?* Tyrimų rezultatai nevienodi ir prieštaringi. Pirmaisiais tyrimais (Szmukler, 1996) buvo nustatyta, kad situacijos įvertinimas bei psichologinė kančia pasikeičia laikui bėgant (per šešis mėnesius). Pokyčiai buvo siejami su teikiamos pagalbos šeimai poveikiu.

Tačiau vėlesni tyrimai (Szmukler, 2003) to nepatvirtino. Nei situacijos įvertinimas, nei psichologinė kančia nepasikeitė po 9 mėnesių intervencijos (stebėjimo laikas vidutiniškai 16 mėnesių), nors įveika ir pagerėjo (bet ne dėl intervencijos), o tai rodo šių kintamųjų pastovumą. Abiejuose šiuose tyrimuose dalyvavo pakartotinai susirgusių pacientų artimieji, tačiau pirmuoju atveju tiriamieji buvo pradėti tirti ligos paūmėjimo metu, o antruoju – remisijos laikotarpiu, kai paciento negalia ir globėjiški artimųjų rūpesčiai iš esmės nelabai keitėsi. Taigi gali būti, kad būtent tai nulėmė tyrimų rezultatų skirtumus.

Vėlesni pirmą psichozę patyrusių pacientų artimųjų tyrimų rezultatai prieštaravo anksčiau minėtų tyrimų duomenims. J. Addington ir bendraautorai (2003) nustatė, kad per trejus metus nuo pagalbos šeimai pradžios pirmą kartą psichoze sergančių pacientų artimųjų situacijos įvertinimas ir savijauta reikšmingai pagerėjo. Prastą artimųjų savijautą geriausiai prognozavo ligos poveikio įvertinimo veiksnys, bet ne paciento simptomų sunkumas ir sutrikęs jo funkcionavimas (Addington et al., 2005). Pakartotinių matavimų tyrimas dvejų metų laikotarpiu rezultatus patvirtino – pagerėjo artimųjų naštos rezultatai (McCleery et al., 2007).

Taigi tyrimų rezultatai aiškiai nerodo – keičiasi ar nesikeičia artimųjų požiūris į situaciją ir psichologinė kančia? Jei keičiasi, tai kokie veiksniai tai lemia? Yra dar vienas neatsakytas klausimas – ar galima prognozuoti artimųjų psichologinę kančią iš pradinio situacijos sunkumo įvertinimo? Psichologinių traumos tyrimų duomenimis (pvz., Maercker et al., 2000), per gyvenimą (angl. *lifetime*) pasireiškiantys potrauminio

streso sutrikimo simptomai labai dažnai būna nulemti pradinės reakcijos į traumą.

Norėdami nustatyti situacijos įvertinimo ir psichologinės kančios ryšį bėgant laikui, išskyrėme šiuos kritinius atsigavimo po psichozės laikotarpius: pirmąją hospitalizacijos savaitę, tris ir devynis mėnesius po hospitalizacijos, į kuriuos svarbu atsižvelgti, norint sekti artimųjų būsenos dinamiką. Žinoma, kad dvi savaitės iki paskutinės sergančiojo hospitalizacijos artimiesiems yra sunkiausios (Lauber et al., 2003) ir pats pikas yra jo hospitalizacija. Pirmi trys mėnesiai paprastai priskiriami ankstyvajai atsigavimo fazei (McGorry and Edwards, 1997), nes per 4–6 savaites 60 proc. pacientų būklė reikšmingai pagerėja (tai mažiau nei visiška remisija), o atsako į gydymą vidurkis yra nuo 9 iki 11 savaičių (Robinson et al., 1999; Lieberman et al., 1993). Galiausiai, apie 90 proc. pacientų būklė po antipsichotinio gydymo pagerėja per 12 mėnesių (Robinson et al., 1999), ir iš tiesų panašus procentas atsigavusiųjų jau yra 9 mėnesiai po pirmos hospitalizacijos pradžios.

Šio tyrimo tikslas – nustatyti situacijos sunkumo įvertinimo ir artimųjų psichologinės kančios ryšį bėgant laikui, šių kintamųjų pradinio įvertinimo prognostines galimybes ir jų tarpusavio sąveiką laike.

## Metodika

**Tyrimo dalyviai.** Tyrimo duomenys buvo renkami Vilniaus miesto psichiatrijos ligoninėse. Tiriamieji – pirmą kartą gyvenime dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimieji. Tiriamieji nebuvo atsitiktinai atrenkami, o siūloma dalyvauti visiems, kurie atitiko pasirinktus kriterijus. Tyrimo dalyvių įtraukimo kriterijai: pirmą kartą

hospitalizuoto paciento vienas ar daugiau šeimos narių (tėvai, broliai ar seserys, vyrai, žmonos, partneriai); paciento diagnozė turėjo būti psichozės spektro (F20-29, pagal TLK-10) arba afektinio spektro su psichoze (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, pagal TLK-10); pacientas – ne vyresnis kaip 40 m. Atmetimo kriterijai: jei pacientas anksčiau buvo hospitalizuotas dėl kitų psichikos sutrikimų; jei paciento psichoze buvo išprovokuota psichoaktyviųjų medžiagų arba organinių sutrikimų; jei paciento artimieji nepilnamečiai.

Duomenims analizuoti naudotos imties dydis – 30 artimųjų (63 proc. tėvų, 26 proc. brolių ar seserų, 10 proc. partnerių). Artimųjų: amžius ( $M = 42,3$ ,  $SD = 13,24$ ), lytis (37 proc. vyrų, 63 proc. moterų). Pacientų: amžius ( $M = 24,07$ ,  $SD = 4,87$ ), lytis (70 proc. vyrų, 30 proc. moterų).

**Tyrimo metodai.** *Situacijos sunkumo įvertinimas.* Situacijos sunkumo įvertinimas matuotas Suvoktos psichologinės traumos subskale (Krizės būsenos įvertinimo skalė, Lewis, 2005). Minėtos autorės tekste (p. 728) nurodoma, kad R. S. Lazarus ir S. Folkman (1984) skiria pirminį įvykio / situacijos įvertinimą (kaip suvokta įvykio reikšmė) ir antrinį įvertinimą (kaip suvoktas įveikos efektyvumas). Pasirinkta subskalė, anot skalės sudarytojos, skirta pirminiam įvykio / situacijos įvertinimui matuoti ir suvokta psichologinė trauma apibūdinama kaip subjektyvus grėsmės savo fizinei savijautai, gyvenimo būdai ar psichikos būklei suvokimas (Lewis, 2005). Šią subskalę sudaro penki klausimai. Atsakymai vertinami Likerto skale nuo 1 (niekada) iki 7 (visada), nurodant sutikimo su teiginiu stiprumą. Suvoktos psichologinės traumos vidinis suderinamumas mūsų tyrime  $\alpha = 0,86$ .

Suvoktos psichologinės traumos subskalė ir jos vadovas buvo publikuoti bei pristatyti viešam naudojimui krizių intervencijos vadovėlyje (Lewis, 2005). Skalės vertimą iš anglų į lietuvių kalbą atliko ekspertų grupė. Bandomojo tyrimo metu šią subskalę užpildė psichikos liga sergančiųjų artimieji. Norint įvertinti šios priemonės kriterinį validumą, psichoze sergančių pacientų artimųjų įverčiai buvo palyginti su onkologinės patirties turinčių asmenų grupės ir su studentų įverčiais. Nustatytas statistiškai reikšmingas psichoze sergančių pacientų artimųjų grupės ir studentų grupės šios subskalės įverčių skirtumas. Tai patvirtino skalės pajėgumą diferencijuoti grupes, kurių skirtinga emocinė patirtis.

*Psichologinė kančia.* Psichologinė kančia mūsų tyrime apibrėžiama kaip neigiamas asmens emocinis atsakas į stresorių, pasireiškiantis trikdančiais nerimo, liūdesio ar psichologinio skausmo išgyvenimais. Šią sąvoką mes vartojame kaip lietuvišką *distress* atitikmenį. Šis kintamasis buvo matuotas Ligoninės nerimo ir depresijos skale (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmont and Snaith, 1983). Tai 14 teiginių skalė, skirta įvertinti nerimą ir depresiją. Kai koreliacijos tarp HADS nerimo ir depresijos subkalių yra labai tvirtos, tyrėjai jas sujungia bendram „psichologinės kančios“ kintamajam vertinti (Fortune et al., 2005). HADS teiginiai vertinami 4 balų Likerto skale (nuo 0 iki 3), kuri nurodo pritarimo kiekvienam teiginiui stiprumą. HADS plačiai naudojama pacientams, kenčiantiems dėl psichozės, ir jų artimiesiems tirti (Fortune et al., 2005). Mūsų tyrimo vidinio suderinamumo rezultatai: Nerimo subskalės Cronbacho  $\alpha = 0,91$ , Depresijos subskalės  $\alpha = 0,89$ . Subkalių koreliacija  $r = 0,82$ .

GL Assessment Ltd. ir MAPI Research Trust suteikė mums teisę naudoti HADS savo tyrime. Lietuviškos HADS versijos vidinis suderinamumas (Bunevičius et al., 2007): Nerimo subskalės Cronbacho  $\alpha = 0,78$ , Depresijos subskalės  $\alpha = 0,83$ .

*Sociodemografinė anketa* apėmė pagrindinius demografinius klausimus apie tiriamųjų ir sergančiųjų amžių, lytį, išsilavinimą, vedybinį statusą, giminystės ryšį su sergančiuoju.

**Tyrimo eiga.** Tyrimas buvo tęstinis, sudarytas iš trijų įvertinimo etapų. Pirmą kartą tyrimo dalyviai apklausti pirmąją hospitalizacijos savaitę, pakartotinai – po trijų bei devynių mėnesių. Tyrimo metu pasitraukė 41 proc. imties. Pirmame matavime dalyvavo 51 asmuo, antrame – 37 asmenys iš jų, trečiame – 30 asmenų. Norint nustatyti, ar subjektyvus sunkumo įvertinimas, patiriama psichologinė kančia ir demografinės tiriamųjų charakteristikos galėjo nulemti tiriamųjų pasitraukimą iš tyrimo, buvo atlikta logistinė regresinė analizė. Nei subjektyvus situacijos sunkumo įvertinimas ( $\text{Exp}(B) = 1,19$ ,  $p = 0,63$ ), nei patiriama psichologinė kančia ( $\text{Exp}(B) = 0,95$ ,  $p = 0,43$ ), nei tiriamojo amžius ( $\text{Exp}(B) = 1,05$ ,  $p = 0,28$ ), lytis ( $\text{Exp}(B) = 0,92$ ,  $p = 0,9$ ), išsilavinimas ( $\text{Exp}(B) = 1,24$ ,  $p = 0,78$ ), vedybinis statusas ( $\text{Exp}(B) = 0,51$ ,  $p = 0,40$ ) ar giminystės ryšys su sergančiuoju ( $\text{Exp}(B) = 0,16$ ,  $p = 0,10$ ) nenulėmė tyrimo dalyvių pasitraukimo iš tyrimo. Taigi, tik viename ar visuose tyrimo etapuose dalyvavę pacientų artimieji panašiai patiria psichologinę kančią ir įvertina situacijos sunkumą, pasižymi panašiomis demografinėmis charakteristikomis.

*Etiniai tyrimo aspektai.* Tyrimui atlikti buvo gauti Lietuvos psichologų sąjun-

gos Etikos komiteto ir ligoninių direktorių leidimai. Su šeimų nariais padėjo susisiekti gydytojai. Kiekvienam tiriamajam buvo individualiai pateikta standartinė informacija apie tyrimo tikslus bei procedūrą ir prašoma raštiškai patvirtinti sutikimą arba nesutikimą dalyvauti tyrime. Visi tyrimo dalyviai gavo išsamų informacinį leidinį apie pirmąjį psichozės epizodą; skrajutę, kviečiančią dalyvauti artimųjų paramos grupėje.

**Duomenų apdorojimas.** Surinktiems duomenims apdoroti buvo naudojamas SPSS 15.0 programinis paketas, kuriuo buvo įvertinamas duomenų pasiskirstymas, aprašomoji statistika, ryšiai tarp kintamųjų, blokuotų duomenų dispersinė analizė ir logistinė regresija.

Norėdami nustatyti ryšius tarp situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios laikui bėgant, naudojome struktūrinių lygčių modeliavimą su Mplus 6.0 programiniu paketu (Muthén L. K. and Muthén B. O., 1998–2010). Testavome kryžminį ankstinių (angl. *cross-lagged*) modelį (1 pav.), kuris įvertina ryšius laikui bėgant ir kartu atsako į klausimą apie pokyčius per tam tikrus laiko tarpus bei ryšių tarp kintamųjų kryptingumą (Curran, 2000). Šiuose modeliuose tarp kiekvieno matavimo tikrinami tie patys ryšiai ir poveikiai. Tokiame modelyje kiekvienas kintamasis (pvz., patiriama psichologinė kančia antru matavimu), matuotas vėliau, yra nuspėjamas anksčiau matuoto to paties kintamojo (pvz., patiriama psichologinė kančia pirmu matavimu) ir nuspėjamas kito kintamojo, matuoto anksčiau, kurio poveikį norime įvertinti (pvz., subjektyvus situacijos sunkumo įvertinimas pirmu matavimu). Tuo pačiu matavimu gauti kintamieji yra susiję koreliaciniais ryšiais (pvz., patiriama psichologinė kančia ir

subjektyvus situacijos sunkumo įvertinimas pirmu matavimu).

Struktūrinis kryžminis ankstinių modelis buvo įvertintas trimis tinkamumo kriterijais: CFI (palyginimo indeksas; Bentler, 1990); RMSEA (aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida; Browne and Cudeck, 1993); TLI (Tuckerio ir Lewiso indeksas; Tucker and Lewis, 1973). CFI ir TLI indeksų reikšmės, didesnės už 0,90, rodo, kad modelis adekvačiai atitinka duomenis (Bentler and Bonnett, 1980); reikšmės, didesnės už 0,95, rodo, kad atitikimas geras (Hu and Bentler, 1998). RMSEA reikšmės, mažesnės už 0,08, reprezentuoja pakankamą aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaidą; reikšmės, mažesnės, už 0,05, liudija gerą modelio tikimą duomenims (Browne and Cudeck, 1993).

## Rezultatai

*Ar situacijos sunkumo įvertinimas ir psichologinė kančia skiriasi įvairiais laiko momentais?* 1-oje ir 2-oje lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad skiriasi pirmo ir antro bei pirmo ir trečio matavimų situacijos sunkumo įvertinimas ir patiriama psichologinė kančia. Tačiau nėra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp antro ir trečio matavimų.

Gali būti, kad didžiausi pokyčiai psichozę išgyvenusiųjų artimiesiems vyksta, kai tik jie išgyvena psichozę, o vėliau situaciją jau priima panašiai ir jos sudėtingumo įvertinimas ar patiriama kančia nekinta.

*Ar situacijos sunkumo įvertinimas ir psichologinė kančia yra susiję?* Koreliacijos koeficientai, pateikti 3-ioje lentelėje, rodo, kad situacijos sunkumo

**1 lentelė. Situacijos sunkumo įvertinimų vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų**

	Vidurkis	Std. nuokrypis	Matavimų palyginimas	Vidurkių skirtumas
Situacijos sunkumo įvertinimas 1	4,5400	1,49680	1 su 2 1 su 3	1,287*** 1,507***
Situacijos sunkumo įvertinimas 2	3,2533	1,58956	2 su 1 2 su 3	-1,287*** 0,220 n. r.
Situacijos sunkumo įvertinimas 3	3,0333	1,63925	3 su 1 3 su 2	-1,507*** -0,220 n. r.

Pastaba. \*\*\*  $p < 0,001$ , n. r. – statistiškai nereikšmingas.

**2 lentelė. Psichologinės kančios vidurkiai skirtingais laiko momentais ir jų palyginimas naudojant Bonferroni kriterijų**

	Vidurkis	Std. nuokrypis	Matavimų palyginimas	Vidurkių skirtumas
Psichologinė kančia 1	18,4333	9,81091	1 su 2 1 su 3	7,867*** 7,967***
Psichologinė kančia 2	10,5667	8,20296	2 su 1 2 su 3	-7,867*** 0,100 n. r.
Psichologinė kančia 3	10,4667	9,20545	3 su 1 3 su 2	-7,967*** -0,100 n. r.

Pastaba. \*\*\*  $p < 0,001$ , n. r. – statistiškai nereikšmingas.

3 lentelė. Kintamųjų tarpusavio ryšiai (Pearsono koreliacijos)

	Situacijos sunkumo įvertinimas 1	Situacijos sunkumo įvertinimas 2	Situacijos sunkumo įvertinimas 3	Psichologinė kančia 1	Psichologinė kančia 2	Psichologinė kančia 3
Situacijos sunkumo įvertinimas 1	1	-----	-----	-----	-----	-----
Situacijos sunkumo įvertinimas 2	0,641***	1	-----	-----	-----	-----
Situacijos sunkumo įvertinimas 3	0,680***	0,823***	1	-----	-----	-----
Psichologinė kančia 1	0,830***	0,547**	0,538**	1	-----	-----
Psichologinė kančia 2	0,533**	0,816***	0,694***	0,457*	1	-----
Psichologinė kančia 3	0,588***	0,811***	0,814***	0,492**	0,854***	1

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

įvertinimas ir psichologinė kančia gana stipriai susiję tuo pačiu matavimu – kuo artimieji situaciją įvertina kaip sunkesnę, tuo stipriau išgyvena psichologinę kančią bet kuriame tyrimo etape.

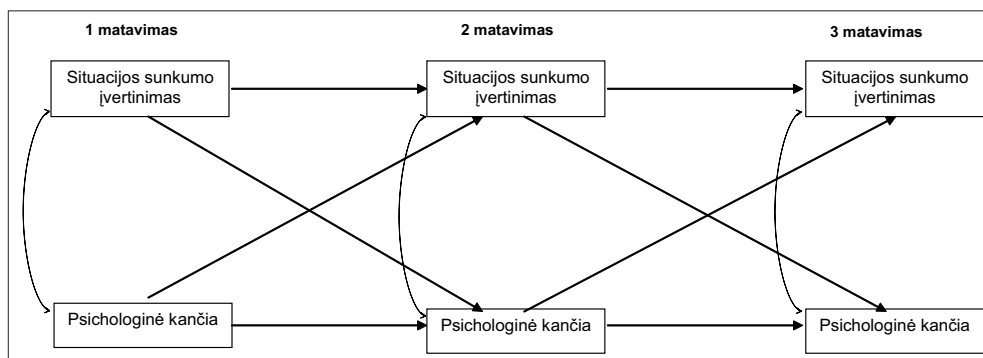
Taip pat šie kintamieji gana stipriai koreliuoja laikui bėgant – artimieji, neigiamiau vertinantys situacijos sunkumą bei stipriau išgyvenantys psichologinę kančią, ir vėliau linkę situaciją vertinti neigiamiau ir stipriau išgyventi psichologinę kančią. Mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp pirmo ir antro psichologinės kančios matavimo, o tai galėtų reikšti, kad psichologinė kančia

laikui bėgant gali būti veikiami kitų kintamųjų ir mažiau priklausyti nuo ankstesnių psichologinės kančios matavimų.

Norėdami patikrinti psichologinės kančios ir subjektyvaus situacijos sunkumo įvertinimo ryšius, kai kontroliuojami ankstesni ryšiai tarp jų, testavome modelį, pristatytą 1-ame pav.

Modelio tinkamumo rodikliai liudija, kad modelis pakankamai gerai atitinka duomenis (žr. 4-ą lentelę).

Modelio rezultatai rodo (2-as pav.), kad subjektyvus situacijos sunkumo įvertinimas išlieka pakankamai stabilus laikui bėgant



1 pav. Konceptinis situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios kryžminis ankstinių modelis

4 lentelė. *Kryžminio ankstinių modelio tinkamumo rodikliai*

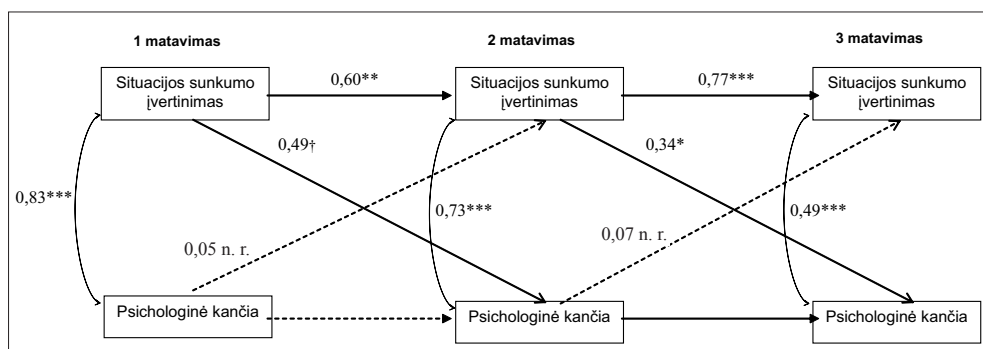
Modelio tinkamumo rodikliai		Rodiklių reikšmės
Bendras modelio tinkamumas	$\chi^2$	4,36
Bendro modelio tinkamumo reikšmingumas	p	0,36
Laisvės laipsnis	df	4
Aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida	RMSEA	0,06
Tuckerio ir Lewiso indeksas	TLI	0,99
Palyginimo indeksas	CFI	0,99

(standartizuoti autoregresijos koeficientai 0,60 ir 0,77), tačiau psichologinė kančia nėra stabili tarp pirmo ir antro matavimo (standartizuotas autoregresijos koeficientas 0,05), bet vidutiniškai stabili tarp antro ir trečio matavimo (standartizuotas autoregresijos koeficientas 0,58).

*Kokia yra situacijos sunkumo įvertinimo bei psichologinės kančios ryšio kryptis?* Šiame modelyje svarbiausi buvo ryšiai tarp atskirų matavimų, tai yra kelias nuo situacijos sunkumo įvertinimo iki psichologinės kančios, kai yra kontroliuojamas ankstesnis situacijos sunkumo įvertinimas ir kelias nuo psichologinės kančios iki situacijos sunkumo įvertinimo, kai yra kontroliuojama ankstesnė psichologinė kančia.

Gauti rezultatai rodo, kad psichologinė kančia negali nulemti subjektyvaus situacijos sunkumo įvertinimo, kai yra kontroliuojama ankstesnė patirta psichologinė kančia. Taigi, gauti rezultatai patvirtina, kad patiriamas stresas gali neturėti įtakos situacijos sunkumo įvertinimams.

Tačiau rezultatai liudija, kad situacijos sunkumo įvertinimas gali nulemti patiriamą psichologinę kančią, kai yra kontroliuojamas ankstesnis situacijos sunkumo įvertinimas. Tai patvirtina prielaidą, kad stresą kelia ne tiek pati situacija, kiek subjektyvus jos įvertinimas. Kuo tiriamieji situaciją mano esant sunkesnę, tuo didesnę psichologinę kančią jie patiria laikui bėgant.



2 pav. *Situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios kryžminio ankstinių modelio rezultatai*

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



## Rezultatų aptarimas

*Situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios kaita.* Kaip matome iš tyrimo rezultatų, situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios intensyvumas laikui bėgant sumažėja. Per pirmąsias dešimt hospitalizacijos dienų šių kintamųjų įverčiai yra didžiausi, po trijų mėnesių jie jau yra statistiškai reikšmingai pasikeitę ir nebesiskiria nuo devintojo mėnesio rezultatų. Taigi pradinis situacijos sunkumo įvertinimo neigiamumas ir psichologinės kančios intensyvumas jau po trijų mėnesių būna iš esmės sumažėjęs ir vėliau išlieka tolygus.

Tokią artimųjų reakcijų dinamiką galima sieti su paciento, patyrusio psichozę, simptominiu pagerėjimu. Nustatyta, kad nemažas simptominis pagerėjimas vidutiniškai būna jau po devynių–vienuolikos savaitių (Robinson et al., 1999; Lieberman et al., 1993), nors ir visapusi (klinikinis, socialinis, psichologinis) atsigavimo procesas po psichozės užtrunka apie metus. Atrodytų, pagerėjus pacientui – palengvėja artimiesiems.

Tačiau, įvairių studijų duomenimis, artimųjų psichologinę savijautą geriausiai paaiškina ne paciento klinikinės ir demografinės charakteristikos, o artimųjų neigiamas situacijos įvertinimas (Harvey et al., 2001; Addington et al., 2005), kuris tik iš dalies susijęs su paciento simptomais (Joyce et al., 2000). Taigi didesnį situacijos neigiamumo įvertinimo bei psichologinės kančios sumažėjimą būtų galima sieti su natūralia krizės būsenos dinamika. Pagal klasikinius krizės modelius, susigrąžinti prarastą emocinę pusiausvyrą užtrunka keturias–šešias savaites (Caplan, 1964), o įveikti krizę, išmokti naujų įveikos būdų

gali užtrukti nuo kelių savaičių iki kelių mėnesių (Roberts, 2005). Tad, remiantis krizių bei streso įveikos teorijomis, tikėtina, kad po trijų mėnesių artimieji jau bus pakankamai prisitaikę prie stresoriaus keliamų reikalavimų. Greičiausiai tai lemia ir gydomos psichozės dinamika, ir bendrieji išgyvenamos krizės dėsningumai.

*Situacijos sunkumo įvertinimo bei psichologinės kančios tarpusavio ryšys.* Mūsų tyrime šie kintamieji glaudžiai susiję tarpusavyje tuo pačiu matavimu ir laikui bėgant. Taigi, kad ir kokia būtų krizės fazė, ryšys išlieka stabilus – kuo psichozę išgyvenusiųjų artimieji situaciją įvertina kaip sunkesnę, tuo jie išgyvena didesnę psichologinę kančią. Tai sutampa su minėtomis streso įveikos teorijos prielaidomis apie pirminio įvertinimo bei patiriamo streso tarpusavio sąveiką.

Šių kintamųjų ryšys laikui bėgant reiškia, kad kuo neigiamiau artimieji įvertina situaciją ir išgyvena didesnę psichologinę kančią pradiniam etape, tuo neigiamiau įvertina ir išgyvena po devynių mėnesių. Tačiau įdomu, kad situacijos sunkumo įvertinimas stipriau koreliuoja laike nei psichologinės kančios veiksnys. Kaip minėjome, mažiausias koreliacijos koeficientas yra tarp pirmo ir antro psichologinės kančios matavimo. Tai reiškia, kad laikui bėgant psichologinė kančia gali būti veikiamą kitų kintamųjų ir mažiau priklausyti nuo ankstesnių psichologinės kančios matavimų.

Kryžminė ankstinių analizė leido vienu metu atlikti abiejų kintamųjų skirtingais laiko momentais regresinę analizę. Iš šio modelio rezultatų (2-as pav.) matyti, kad pradinis situacijos sunkumo įvertinimas leidžia prognozuoti vėlesnes šio kintamojo reikšmes, nors po trijų mėnesių būna ryškūs situacijos sunkumo įvertinimo lūžis.

Keliame prielaidą, kad situacijos sunkumo įvertinimo veiksnys yra pakankamai stabilus, nes gali būti susijęs su tiriamųjų asmenybės charakteristikomis, pavyzdžiui, su neigiamomis nuostatomis, galvosena, nerimastingumu, neurotiškumu, menka saviverte.

Kitaip yra su psichologinės kančios kintamuoju. Mes negalime prognozuoti vėlesnės psichologinės kančios remdamiesi šio kintamojo pradiniu įvertinimu. Tai galime padaryti tik įvertinę antrą kartą. Taigi psichologinės kančios kintamajam daugiau įtakos turi kiti kintamieji, nei ankstesnis psichologinės kančios įvertinimas, pavyzdžiui, galbūt psichologinės kančios kintamasis susijęs su emocinio reagavimo ypatumais – didesniu jaudrumu ar emociniu reaktyvumu. Tokie asmenys gali būti jautresni situacijoms pokyčiams, jų išgyvenimų lygmuo intensyvesnis, tačiau, įvertinę situaciją, jie gali nurimti bei palaipsniui adaptuotis kaip ir silpniau reaguojantieji.

Lygindami savo tyrimo rezultatus su prieštariniais kitų tyrėjų (Szmukler et al., 1996, 2003; Addington et al., 2003, 2005; McCleery et al., 2007) rezultatais, pastebime tendenciją, kad artimųjų situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios pokyčiai gali būti glaudžiai susiję su ligos faze bei trukme. Įtraukus artimuosius į tyrimą ūmioje paciento ligos fazėje, ypač pirmo epizodo metu, tikėtini ne vien psichologinės kančios pokyčiai bėgant laikui, bet ir gerokai stabilesnio situacijos sunkumo įvertinimo pokyčiai. Ir atvirkščiai – artimuosius įtraukus į tyrimą paciento remisijos laikotarpiu, ypač jei tai bus ilgalaikių pacientų artimieji, psichologinės kančios, o ypač situacijos sunkumo, pokyčiai bus mažai tikėtini.

*Situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios ryšio kryptis.* Kryžminė ankstinių analizė padėjo atsakyti ir į ryšio krypties klausimą – ar psichologinė kančia nulemia situacijos sunkumo įvertinimą, ar situacijos sunkumas nulemia psichologinę kančią laikui bėgant. Nustatėme, kad situacijos sunkumo įvertinimas nulemia psichologinę kančią įvairiais laiko momentais. O iš pradinio įvykio sunkumo įvertinimo galime prognozuoti psichologinę kančią vėlesniais etapais.

Taigi mūsų tyrimo rezultatai patvirtina streso įveikos modelio prielaidas, kad pirminis įvertinimas nulemia psichologinės kančios skirtumus ir kognityvinės psichologijos hipotezę, kad kiekvienoje emocijoje yra kognityvus vertinimo komponentas (Beck, 1976). O klinicistams svarbiausia pradinėje stadijoje ne vertinti asmens emocinę kančią, bet atsižvelgti į tai, kaip artimieji įvertina situacijos sunkumą, nes būtent iš šio vertinimo galima prognozuoti artimųjų psichologinę kančią po devynių mėnesių.

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

Kitas šio tyrimo pranašumas – tai *prospektyvus, pakartotinių matavimų* reikšmingais atsigavimo po psichozės momentais tyrimas. Tokia tyrimo sandara leido išvengti

retrospektyvumo ir dėl jo atsirandančių patikimumo problemų. Trys, o ne du matavimai tyrimo išvadoms taip pat suteikia patikimumo, nes leidžia nustatyti ne atsitiktines tendencijas, o dėsningus pasikartojimus.

Tačiau svarbu atsižvelgti ir į šio tyrimo ribotumus. Vienas jų – *maža imtis*. Specifinės klinikinės imtys jau savaime apriboja potencialių tyrimo dalyvių skaičių. Tačiau imtis sumažėjo dar ir dėl kitų dviejų priežasčių: dėl atsisakiusių dalyvauti tyrime skaičiaus ir atkritusių tyrimo metu tiriamųjų skaičiaus. Iš pakviestų tyrimui žmonių atsisakė dalyvauti 34 proc., tačiau šis atsisakiusių skaičius nėra išskirtinis klinikių, krizę išgyvenančių imčių atvejais. Iš sutikusiu dalyvauti tyrime toliau nebedalyvavo 41 proc. tiriamųjų. Kėlėme hipotezę, kad atsisakymas dalyvauti tyrime galėjo būti susijęs su neigiamesniu situacijos sunkumo įvertinimu, intensyvesne psichologine kančia ir demografinėmis charakteristikomis. Tačiau ši hipotezė nepasitvirtino. Taigi tiriamoji bei atkritusioji grupės yra panašios savo ypatumais ir atsisakiusieji dalyvauti tolesniame tyrime neturėjo iškraipyti rezultatų.

## Išvados

1. Pirmą kartą psichoze sergančių pacientų artimųjų situacijos sunkumo įvertinimas ir psichologinė kančia reikšmingai keičiasi bėgant laikui – pradinis situacijos

sunkumo įvertinimo neigiamumas bei psichologinės kančios intensyvumas jau po trijų mėnesių būna iš esmės sumažėjęs ir vėliau nebedidėja.

2. Pirmą psichoze išgyvenusius pacientų artimųjų pradinio situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios prognostinės galimybės skiriasi:
  - Vėlesnį situacijos sunkumo įvertinimą galima prognozuoti iš pradinio situacijos sunkumo įvertinimo, t. y. neigiamiau įvertinantys situacijos sunkumą hospitalizacijos pradžioje ir toliau ją vertina neigiamiau.
  - Psichologinės kančios iš pradinio įvertinimo prognozuoti negalime. Didesnę psichologinę kančią išgyvenantys pradiniam etape, nebūtinai jaus didesnę kančią ir vėlesniais etapais. Vėlesnę psichologinę kančią galime prognozuoti tik iš antro įvertinimo.
3. Pirmą kartą psichoze sergančių pacientų artimųjų situacijos sunkumo įvertinimas nulemia psichologinę kančią. Iš pradinio situacijos sunkumo įvertinimo galime prognozuoti vėlesnę psichologinę kančią.
4. Praktinis rezultatų pritaikymas reikštų, kad, norėdami sumažinti artimųjų vėlesnę psichologinę kančią, turėtume pirmiausia pagerinti artimųjų situacijos sunkumo įvertinimą.

## LITERATŪRA

Addington J., Coldhem E., Jones B., Ko T., Addington D. The first episode of psychosis: The experience of relatives // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003, vol. 108, p. 285–289.

Addington J., McCleery A., Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis

program // *Schizophrenia Research*. 2005, vol. 79 (1), p. 107–116.

Angermeyer M. C., Bull N., Bernert S., Dietrich S., Kopf A. Burnout of caregivers: A comparison between partners of psychiatric patients and nurses // *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006, vol. 20, p. 158–165.

Barrowclough C. Families of people with schizophrenia // *Families and Mental Disorders* / Ed. by M. Sartorius, J. Leff, J. Lopez-Ibor, M. Maj, A. Okasha. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 2005. P. 1–24.

Beck A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.

Bentler P. M. Comparative fit indexes in structural models // *Psychological Bulletin*. 1990, vol. 107, p. 238–246.

Bentler P. M., Bonnett D. G. Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures // *Psychological Bulletin*. 1980, vol. 88, p. 588–606.

Birchwood M., Macmillan F. Early intervention in schizophrenia // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1993, vol. 27, p. 374–378.

Browne M. W., Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit // *Testing Structural Equation Models* / Ed. by K. A. Bollen, J. S. Long. London: Sage, 1993. P. 136–162.

Bunevičius A., Pečeliūnienė J., Mockuviene N., Valius L., Bunevičius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients // *Depression and Anxiety*. 2007, vol. 24, p. 455–460.

Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.

Curran P. J. A latent curve framework for the study of developmental trajectories in adolescent substance use // *Multivariate Application in Substance Use Research: New Methods for New Questions* / Ed. by J. S. Rose, L. Chassin, C. C. Presson, S. J. Sherman Mahwah. New Jersey: Erlbaum, 2000. P. 1–4.

Dyck D., Short R., Vitaliano P. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers // *Psychosomatic Medicine*. 1999, vol. 61, p. 411–419.

Fortune D. G., Smith J. V., Garvey K. Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using self-regulation theory // *The British Journal of Clinical Psychology*. 2005, vol. 44, p. 319–331.

Harvey K., Burns T., Fahy T., Manley C., Tattan T. Relatives of patients with severe psychotic illness: Factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001, vol. 36 (9), p. 456–461.

Hu L., Bentler P. M. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification // *Psychological Bulletin*. 1998, vol. 3, p. 424–453.

Joyce J., Leese M., Kuipers E., Szmukler G., Harris T., Staples E. Evaluating a model of caregiving for people with psychosis // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003, vol. 38, p. 189–195.

Joyce J., Leese M., Szmukler G. The experience of caregiving inventory: Further evidence // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000, vol. 35, p. 185–189.

Kuipers E., Raune D. The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis // *Early Intervention in Psychosis* / Ed. by M. Birchwood, D. Fowler, C. Jackson. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2000. P. 128–140.

Lauber C., Eichenberger A., Luginbühl P., Keller C., Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia // *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 2003, vol. 18 (6), p. 285–289.

Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.

Lenior M., Dingemans P., Schene A., Hart A., Don H. Linszen. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia: A longitudinal study // *Schizophrenia Research*. 2002, vol. 57, p. 183–190.

Lewis S. J. The Crisis State Assessment Scale: Development and Psychometrics // *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research* / Ed. by R. Roberts. Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 723–741.

Lieberman J., Jody D., Geisler S., Alvir J., Loebel A., Szymansky S., Woerner M., Borenstein M. Time course and biological correlates of treatment response in first-episode schizophrenia // *Archives of General Psychiatry*. 1993, vol. 50, p. 369–376.

Maercker A., Beauducel A., Schützwohl M. Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners // *Journal of Traumatic Stress*. 2000, vol 13, p. 651–660.

Maes S., Leventhal H., DeRidder D. Coping with chronic diseases // *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* / Ed. by M. Zeidner, N. S. Endler. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 1996. P. 221–251.

Magliano L., Fiorillo A., Rosa C., Maj M. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: Preliminary results from an Italian

national study // *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 2006, vol. 429, p. 60–63.

Martens L., Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001, vol. 36, p.128–133.

McCleery A., Addington J., Addington D. Family assessment in early psychosis // *Psychiatry Research*. 2007, vol. 152, p. 95–102.

McGorry P. D., Edwards J. Early psychosis training pack. Macclesfield: Gardiner-Caldwell Communications Ltd., 1997.

Möller-Leimkühler A. M. Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2005, vol. 255 (4), p. 223–231.

Muthen L. K. and Muthen B. O. Mplus User's Guide. Sixth Edition. Los Angeles CA: Muthen & Muthen, 1998–2010.

Ostman M. Family burden and participation in care: Differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004, vol. 11 (5), p. 608–613.

Raune D., Kuipers E., Bebbington P. Expressed emotion at first-episode psychosis: Investigating a carer appraisal model // *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 2004, vol. 184, p. 321–326.

Roberts A. Bridging the past and present to the

future of crisis intervention and crisis management // *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*. Ed. by A. R. Roberts. Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 3–34.

Robinson G., Woerner M., Alvir J., Geisler S., Koreen A., Sheitman B., Chakos M., Mayerhoff D., Bilder R., Goldman R., Lieberman J. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1999, vol. 156, p. 544–549.

Szmukler G. I., Burges P., Herrman H., Benson A., Colusa S., Bloch S. Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1996, vol. 31, p. 137–148.

Szmukler G. I., Kuipers E., Joyce J., Harris T., Leese M., Maphosa W., Stakles E. An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with psychosis // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003, vol. 38, p. 411–418.

TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Kaunas: Medicina, 1997.

Tucker L. R., Lewis C. The reliability coefficients for maximum likelihood factor analysis // *Psychometrika*. 1973, vol. 3, p. 1–10.

Wittmund B., Wilms H. U., Mory C., Angermeyer M. C. Depressive disorders in spouses of mentally ill patients // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002, vol. 37, p. 177–182.

Zigmont A. S., Snaith R. P. The Hospital and Anxiety Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, vol. 67, p. 361–370.

## RELATIVES OF THE FIRST EPISODE PSYCHOSIS PATIENTS: RELATIONS BETWEEN ASSESSMENT OF THE SITUATION'S DIFFICULTY AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS OVER TIME

Ieva Povilaitienė, Danutė Gailienė, Vilmantė Pakalniškienė

### S u m m a r y

The aim of the study was to assess relationships between the assessment of the situation's difficulty and psychological distress over time by the relatives of the first episode psychosis patients.

The sample of the study comprised 30 relatives (parents 63%, siblings 26%, and partners 10%) of the first episode psychosis patients. Participants of the study were interviewed during the first 10 days after the patient's admission to the hospital, and then 3 months and 9 months after the first interview. Criteria of the participation in the study: an adult

family member of a first-time hospitalized patient; the patient's diagnosis – psychotic disorder (F20 or F30 with psychosis, ICD-10); a patient no older than 40. The study proceeded at psychiatric hospitals in Vilnius. Relatives: age  $M = 42.3$ ,  $SD = 13.24$ ; gender: men 37%, women 63%. Patients: age  $M = 24.07$ ,  $SD = 4.87$ , gender: men 70%, women 30%. The following variables were investigated: demographics, assessment of the situation's difficulty (perceived psychological trauma subscale (Lewis, 2005)), psychological distress (Hospital Anxiety and

Depression Scale (Zigmond and Snaith, 1983)). Data were analyzed by the repeated ANOVA and testing by the cross-lagged panel design model.

The results showed that the relatives' assessment of the situation's difficulty and distress improved significantly during the first three months. The prognostic value of distress and the assessment of the situation's difficulty at Time 1 were different: assessment of the situation's difficulty overtime was predicted by assessment at Time 1, but the distress overtime was not predicted by the distress

at Time 1. Cross-lagged analysis revealed that distress over-time was predicted by the assessment of the situation's difficulty at Time 1. The results of this study suggest that professionals working with families should pay more attention to diminishing relatives' negative assessment of the situation from the beginning, because it predicts significantly the later distress.

**Keywords:** first episode psychosis, relatives, assessment of the situation's difficulty, psychological distress.

*Iteikta 2011-01-17*