

# PSICHOŽĘ IŠGYVENUSIŲJŲ ARTIMIEJI: GLOBĖJO PATIRTIES IR PSICHOLOGINĖS KANČIOS RYŠYS

Ieva Povilaitienė, Danutė Gailienė

Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – nustatyti, kaip keičiasi psichožę išgyvenusių pacientų artimųjų globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys bėgant laikui.

**Medžiaga ir metodai.** Tyrimo dalyviai – pirmą kartą (N = 30) bei pakartotinai (N = 36) dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimieji. Tyrimą sudaro keturi etapai: pirmieji trys etapai (per pirmąsias dešimt hospitalizacijos dienų, po trijų bei po devynių mėnesių) skirti pirminių pacientų artimųjų tyrimui; ketvirtojo etapo metu tirti pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimieji. Globėjo patirties įvertinimo kintamasis matuotas *Globėjo patirties aprašu* (ECI; Szmukler, 1996), psichologinės kančios kintamasis – *Klinikine anketa apie nerimą ir depresiją* (HADS; Zigmont and Snaith, 1983).

**Rezultatai ir išvados.** Psichožę išgyvenusių pacientų artimųjų psichologinė kančia stipriausia sergančiajam esant ūmios krizės būsenos, vėliau psichologinė kančia reikšmingai sumažėja. Artimųjų psichologinė kančia susijusi su šiais globėjo patirties aspektais: stigma, netektimi, priklausomybe ir patiriamomis problemomis dėl paslaugų. Artimųjų psichologinės kančios ryšys su šiais kintamaisiais laikui bėgant kinta: ūmios krizės metu artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų; po trijų mėnesių išryškėja suvokiamos stigmos reikšmė psichologinei artimųjų kančiai, šis veiksnys taip pat išlieka ypač reikšmingas po devynių mėnesių ir pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimiesiems; po devynių mėnesių išryškėja netekties kintamojo reikšmė artimųjų psichologinei kančiai.

**Raktažodžiai:** psichožė, artimieji, globėjo patirtis, psichologinė kančia.

## ĮVADAS

Europoje iš visų negalės priežasčių, sukeliančių didžiausią naštą visuomenei, net 43 proc. naštos yra dėl neuropsichiatrinė būklių [1]. O ūminės psichozės sukeltas, nors ir praeinantis, santykinis negalios sunkumas yra didžiausias ir prilygintinas tokiems fiziniams sutrikimams kaip ūminė migrena ar tetraplegija [2].

Psichozės sutrikimai užklumpa jauname amžiuje ir paveikia ne vien susirgusįjį, bet ir jo artimuosius. Nustatyta, kad sunkios psichikos ligos turi neigiamą poveikį artimųjų psichologinei gerovei, fizinei sveikatai ir gyvenimo kokybei [3, 4]. O artimųjų psichinės ir fizinės sveikatos rodiklių pablogėjimas neigiamai veikia globėjo vaidmens veiksmingumą [5], blogina jų ilgalaikį gebėjimą padėti pacientui ir netgi lemia pačios ligos eigą [6, 7]. Globėjų psichologinių tyrimų

rezultatai liudija, kad daugumos sergančiųjų ligos įveika susijusi su tuo, kaip jų artimieji tvarkosi su šia patirtimi [8]. Kadangi pirmieji 2–5 atsigavimo po psichozės metai yra „kritinis laikotarpis“, reikšmingas prognozuoti tolimesnį paciento funkcionavimą [9], šiuo laikotarpiu veiksmingas artimųjų dalyvavimas sergančiojo atsigavimo procese yra ypač svarbus.

Neatsižvelgiant į tai, kad šeimos nario psichozės patirtis paprastai turi neigiamą poveikį artimiesiems, šios patirties pobūdis ir intensyvumas skiriasi. G. I. Szmukler su kolegomis [10] pritaikė R. S. Lazaruso ir S. Folkmano [11] kognityvinį streso modelį psichozinių pacientų artimųjų tyrimams. Remiantis šiuo modeliu, asmens reakcija į stresorių susijusi su subjektyviu stresoriaus poveikio įvertinimu (angl. *appraisal*), t. y. su globėjo patirties reikmių įvertinimu. Paciento liga, elgesys ir suvokiamas savojo gyvenimo sutrikdymas įvardijami kaip patirties reikmės (arba stresoriai), kurias įvertina artimasis. Pasekmės artimiesiems šiame modelyje nusakomos psichologinio arba fizinio artimųjų ligotumo, psichologinės kančios (angl. *distress*) sąvokomis. Šis modelis buvo patvirtintas empiriškai – globėjo patirties įvertinimo kintamasis paaiškino beveik trečdali psichinės ir

**Adresas susirašinti:** Ieva Povilaitienė,  
Vilniaus universiteto  
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra,  
Universiteto g. 9/1, 01513 Vilnius.  
El. p. ieva.povilaitiene@fsf.vu.lt

fizinės sveikatos duomenų išsibarstymo [10, 12]. Taigi globėjo patirtis apibūdinama kaip su globa susijusių reikmių įvertinimas, o pagrindiniai ją nusakantys aspektai yra ligos simptomai, poveikis šeimai, priklausomybė nuo paciento, netekties išgyvenimas, problemos su paslaugomis, stigma [10].

*Ligos simptomai.* Visi sutrikimai pasireiškia simptomais arba elgesio problemomis, kurie kelia įtampą artimiesiems. Nustatyta, jog psichozę išgyvenusiųjų artimieji patiria našta, susijusią su prastu paciento socialiniu funkcionavimu [13], dezorganizuotu [14] bei agresyviu elgesiu [15], negatyviais simptomais [16]. Lyginant pozityvių (sutrikęs elgesys, besireiškiantis kliesiais, mąstymo sutrikimais, haliucinacijomis) ir negatyvių simptomų (neaktyvumas, motyvacijos stoka, bendras psichinis sulėtėjimas, ribota emocijų raiška, tarpasmeniniai sunkumai) poveikį artimųjų naštai ir psichologinei kančiai, nustatyta, kad artimiesiems daugiausia naštos kelia negatyvūs simptomai [17, 6]. Jie nėra taip stipriai išreikšti kaip pozityvieji, bet, kitaip nei pastariesiems, jiems būdingas tęstinumas.

*Poveikis šeimai.* Šeimos narių ligos, traumos veikia šeimos narių tarpusavio santykius. Psichozę išgyvenusių pacientų šeimos ne išimtis. Dėl šeimos nario ligos gali atsirasti įtampa, susijusi su vaidmenų konfliktais [18, 19]. Sunkumų šeimoje gali kelti ir tai, kad šeimos nariai skiriasi savo amžiumi, asmenybės savybėmis, poreikiais ir gali įvairiai reaguoti į stresinę situaciją šeimoje, pasikeitusį gyvenimo ritmą bei ritualus [20]. Nors artimieji, susirgus šeimos nariui, gali būti kupini geriausių ketinimų sergančiojo atžvilgiu, tačiau pasikeitusi situacija gali kelti įtampą bei sunkumų net esant labai artimiems tarpusavio santykiams šeimoje. Netikėti pasikeitimai santykiuose paprastai kelia nepatogius klausimus ir jausmus, kuria nutolimo jausmą. O sunkumai, atkuriant emocinį artumą tiek su sergančiuoju, tiek su kitais šeimos nariais, artimuosius gali versti jaustis bejėgiais ir nekompetentingais.

*Priklausomybė nuo sergančiojo.* Išgyvenančio ūmią psichozę asmens kasdienė veikla būna stipriai sutrikdyta. Jis tampa mažai pajėgus pasirūpinti savimi, artimiesiems tenka perimti kai kurias funkcijas. Toks regresas skatina artimųjų didesnę įsitraukimą, didesnes emocines ir fizines sąnaudas, savo poreikių atsisakymą. Situacijos neapibrėžtumas, padidėjusios susirgusiojo reikmės, artimųjų nerimas kuria priklausomybės nuo sergančiojo jausmą. Ypač šis jausmas būdingas esant pradinei ar ūmiai ligos fazei. T. King [21] nustatė, kad iš pradžių artimieji būna

perdėtai įsitraukę, tai gali kelti net konfliktus, vėliau atsiranda pusiausvyra tarp globėjo ir globotinio poreikių. Naštos aspektą dėl artimųjų laiko ir erdvės sumažėjimo A. Ottens ir D. Pinson [18] įvardija kaip laiko ir priklausomybės veiksnį. Dėl jo poveikio gali didėti artimųjų socialinė izoliacija.

*Netekties išgyvenimas.* Kai artimųjų pradinis ligos neigimas perauga į pripažinimą, kyla liūdesys. Šeima ligą gali išgyventi kaip skaudžią netektį, ypač tai būdinga tėvams. Neretai manoma, kad sergantis yra prarastas, jo ateitis sužlugdyta. Sielvartas stiprėja, jei asmuo nesveiksta taip greitai, kaip norėtusi. Šeima nuolat svyruoja tarp optimizmo ir susitaikymo su „idealaus“ vaiko, sutuoktinio, brolio ar sesers praradimu, net jei šis praradimas vėliau pasirodo tik laikinas [20].

*Problemos su paslaugomis.* Anot E. Kuiper [22], artimieji turi poreikių, ir šių poreikių patenkinimas leistų išvengti vėlesnio ligotumo tiek tarp artimųjų, tiek tarp pacientų. Artimųjų poreikiai kyla iš globėjo vaidmens ir keičiasi laikui bėgant. Ligos diagnozavimo metu artimieji išgyvena stiprų sukrėtimą ir šiame etape jiems iš profesionalų ypač reikia emocinio palaikymo ir žinių, kas vyksta su jų artimu žmogumi ir kokį vaidmenį jie atliks jo gydymo bei atsigavimo procese [23]. Atsigavimo etape artimuosius svarbu vertinti kaip kompetentingus pagalbos dalyvius, atliekančius svarbų vaidmenį sergančiajam sveikstant. Pagrindinis dėmesys yra artimųjų galioms, turimiems ištekliams ir įveikos strategijoms. Tai sutampa ir su E. Kuiper [22] įvardytais artimųjų poreikiais: bendradarbiavimo, žinių ir supratimo, problemų sprendimo, paramos ir pan.

*Stigma.* Tyrimai liudija, kad psichiatriniai sutrikimai yra labiau smerkiami nei fizinės ligos [24]. Asocijuota stigma, t. y. gėdos išgyvenimas, poreikis tai slėpti ir įsitikinimas, kad kiti vengia arba gali vengti kontakto su jais dėl artimojo psichozės, yra būdingi psichikos ligomis sergančiųjų artimiesiems [25]. Toks asocijuotos stigos patyrimas yra tamprai susijęs su artimųjų psichologine kančia [26].

Taigi visi šie aspektai yra svarbūs artimųjų psichologinei kančiai. Tačiau tyrimai neatskleidžia, kaip globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys kinta laike. Ar keičiasi atskirų globėjo patirties aspektų reikšmingumas skirtingais atsigavimo po psichozės momentais? Atsakymai į šiuos klausimus gali turėti ne vien mokslinę, bet ir praktinę vertę. Profesionalai, žinodami, kokie globėjo patirties aspektai reikšmingiausi artimųjų psichologinei kančiai skirtingais laikotarpiais, galėtų lanksčiau ir kryptingiau atliepti

šiuos artimųjų poreikius. O geresnė artimųjų adaptacija tiesiogiai susijusi ir su veiksmingesniu psichozę patiriančių asmenų atsigavimo procesu.

Norėdami nustatyti globėjo patirties įvertinimo ir psichologinės kančios ryšį bėgant laikui, išskyrėme šiuo kritinius sergančiojo atsigavimo po psichozės laikotarpius: pirmąją hospitalizacijos savaitę, po hospitalizacijos praėjusius tris bei devynis mėnesius, į kuriuos svarbu atsižvelgti, norint sekti artimųjų būsenos dinamiką. Žinoma, kad dvi savaitės iki sergančiojo hospitalizacijos artimiesiems yra sunkiausios [27], o pats sudėtingiausias laikotarpis yra jo hospitalizacija. Šį laikotarpį galima vadinti ūmios krizės faze. Susirgusiam kreipusis pagalbos, prasideda atsigavimo laikotarpis. Pirmi trys mėnesiai paprastai priskiriami paciento ankstyvajai atsigavimo fazei [20], 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 [28, 29]. Galiausiai apie 90 proc. pacientų būklė po gydymo pagerėja per 12 mėnesių [28], ir iš tiesų panašus procentas atsigavusiųjų jau yra 9 mėnesiai po pirmos hospitalizacijos pradžios. Šį laikotarpį būtų galima vadinti vėlyvuju atsigavimo laikotarpiu.

Siekdami išryškinti pokyčių tendencijas bėgant laikui, pirmą kartą išgyvenusiųjų psichozę artimųjų rezultatus palyginome su pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimųjų globėjo patirtimi bei psichologine kančia. Šio tyrimo tikslas – nustatyti, kaip keičiasi psichožę išgyvenusių asmenų artimųjų globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

**Tyrimo dalyviai.** Tyrimo duomenys buvo renkami Vilniaus miesto psichiatrijos ligoninėse. Tiriamieji – pirmą kartą gyvenime dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimieji ir pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimieji. Tiriamieji nebuvo atsitiktinai atrenkami. Tyrime buvo siūloma dalyvauti visiems, kurie atitiko kriterijus.

Pirmą psichožę išgyvenusių pacientų artimųjų imties sudarymo kriterijai: pirmą kartą hospitalizuoto paciento vienas ar daugiau šeimos narių (tėvai, broliai / seserys, sutuoktiniai); paciento diagnozė turėjo būti psichozės spektro (F20–29, pagal TLK-10 [30]) arba afektinio spektro su psichoze (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, pagal TLK-10 [30]); pacientas buvo iki 40 metų amžiaus. Atmetimo kriterijai: jei pacientas anksčiau buvo hospitalizuotas dėl kitų psichikos sutrikimų; jei paciento psichožė buvo išprovokuota psichoaktyvių

medžiagų arba organinių sutrikimų; jei paciento artimieji nepilnamečiai.

Pakartotinių psichozinių pacientų artimųjų imtis buvo sudaryta remiantis tais pačiais kriterijais, tik šiuo atveju pacientas dėl psichozės turėjo būti hospitalizuotas du ir daugiau kartų ir jam nebuvo taikomas amžiaus cenzas.

Pirmą psichožę išgyvenusių pacientų artimųjų imties dydis – 30 artimųjų (63 proc. tėvų, 26 proc. brolių / 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.

Pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų artimųjų imties dydis – 36 artimieji (58 proc. tėvų, 11 proc. brolių / seserų, 11 proc. partnerių, 25 proc. vaikų, 5 proc. kita). Artimųjų amžius:  $M = 51,1$ ,  $SD = 15,5$ ; lytis: 22,2 proc. vyrų, 77,8 proc. moterų. Pacientų amžius:  $M = 39,9$ ,  $SD = 14,8$ ; lytis: 47,2 proc. vyrų, 52,8 proc. moterų; hospitalizacijų skaičius:  $M = 7,2$ ,  $SD = 6,6$ ; ligos trukmė metais:  $M = 10,3$ ,  $SD = 7,8$ .

**Tyrimo metodai.** *Globėjo patirties* kintamasis buvo matuotas *Globėjo patirties aprašu* (*Experience of caregiving inventory, ECI*) [10]. Tai 66 klausimų metodika, matuojanti įvertinimo (angl. *appraisal*) konstrukta. Ji skirta nustatyti, kaip globėjas vertina stresorius, susijusius su išgyvenančiojo psichikos ligą globos situacija. Tiriamieji turi atsakyti, kaip dažnai jie galvojo apie kiekvieną iš metodikos teiginių per pastarąją savaitę. Teiginiai įvertinami pagal 5 balų Likerto skalę: nuo 0 („niekada“) iki 4 („beveik visada“). Neigiamas globėjo patirties įvertinimas apima aštuonias subskales. Subskalių vidinis suderinamumas mūsų tyrime: sudėtingas elgesys ( $\alpha = 0,91$ ); negatyvūs simptomai ( $\alpha = 0,89$ ); stigma ( $\alpha = 0,72$ ); problemos su paslaugomis ( $\alpha = 0,75$ ); poveikis šeimai ( $\alpha = 0,73$ ); pagalbos poreikis ( $\alpha = 0,45$ ); priklausomybė ( $\alpha = 0,66$ ); netekties jausmas ( $\alpha = 0,66$ ). Kadangi pagalbos poreikio subskalės vidinis suderinamumas labai mažas, tai jos į duomenų analizę neįtraukėme.

Metodikos autorius davė leidimą metodiką taikyti mūsų tyrime. Metodiką į lietuvių kalbą išvertė ekspertų grupė. Buvo atliktas bandomasis tyrimas šią skalę duodant užpildyti psichikos liga sergančiųjų artimiesiems, dalyvavusiems artimųjų paramos grupėje.

*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 *Klinikine*

anketa apie nerimą ir depresiją (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) [31]. Tai 14 teiginių skalė, skirta įvertinti nerimą ir depresiją. Kai koreliacijos tarp HADS nerimo ir depresijos subskalė yra labai aukštos, tyrėjai jas sujungia įvertinti bendrą „psichologinės kančios“ kintamąjį [32]. HADS teiginiai vertinami pagal 4 balų Likerto skalę (nuo 0 iki 3), kuri nurodo pritarimo kiekvienam teiginiui stiprumą. HADS plačiai naudojama pacientų, kenčiančių dėl psichozės, bei jų artimųjų tyrimuose [32]. Mūsų tyrimo vidinio suderinamumo rezultatai: nerimo subskalės *Cronbacho*  $\alpha = 0,91$ , depresijos subskalės  $\alpha = 0,89$ . Subskalių koreliacija  $r = 0,82$ .

*GL Assessment Ltd. ir MAPI Research Trust* suteikė teisę HADS naudoti mūsų tyrime. Lietuviškos HADS versijos vidinis suderinamumas: nerimo subskalės *Cronbacho*  $\alpha = 0,78$ , depresijos subskalės  $\alpha = 0,83$  [33].

**Tyrimo eiga.** Tyrimas susideda iš keturių etapų. Pirmieji trys etapai buvo skirti pirminių pacientų artimųjų pakartotiniam tyrimui: pirmosios dešimt hospitalizacijos dienų, trys bei devyni mėnesiai po hospitalizacijos pradžios. Ketvirtą etapą metu buvo tirti pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimieji.

Atliekant tyrimą iš jo pasitraukė 41 proc. tiriamųjų. Pirmame etape dalyvavo 51 respondentas, po trijų mėnesių iš jų dalyvavo 37 tiriamieji, po devynių mėnesių – 30 tiriamųjų. Norint nustatyti, ar neigiama globėjo patirtis, patiriama psichologinė kančia ir demografinės tiriamųjų charakteristikos galėjo nulemti respondentų pasitraukimą iš tyrimo, buvo atlikta logistinė regresinė analizė. Nei neigiama globėjo patirtis ( $\text{Exp}(B) = 1,00$ ,  $p = 0,80$ ), nei patiriama psichologinė kančia ( $\text{Exp}(B) = 0,98$ ,  $p = 0,61$ ), nei tiriamojo amžius ( $\text{Exp}(B) = 1,05$ ,  $p = 0,28$ ), lytis ( $\text{Exp}(B) = 0,96$ ,  $p = 0,95$ ), išsilavinimas ( $\text{Exp}(B) = 0,48$ ,  $p = 0,35$ ), vedybinis statusas ( $\text{Exp}(B) = 1,35$ ,  $p = 0,69$ ) ar giminystės ryšys sergančiojo atžvilgiu ( $\text{Exp}(B) = 0,13$ ,  $p = 0,09$ ) nenulėmė tiriamųjų pasitraukimo iš tyrimo. Taigi ar viename, ar visuose tyrimo etapuose dalyvavę tiriamieji panašiai patiria psichologinę kančią ir įvertina globėjo patirtį bei pasižymi panašiomis demografinėmis charakteristikomis.

Pirmojo etapo metu su tyrimo dalyviais buvo susitinkama ligoninėse, kurioje gydėsi pacientas, patalpose. Po trijų bei po devynių mėnesių su tyrimo dalyviais buvo susitinkama Vilniaus universiteto patalpose arba tiriamiesiems patogioje vietoje. Su pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimaisiais buvo susitinkama ligoninėse patalpose arba tiriamiesiems patogioje vietoje. Susitikimo trukmė 45–60 min.

**Etiniai tyrimo aspektai.** 2008 m. sausio 16 d. gautas Lietuvos psichologų sąjungos Etikos komiteto leidimas atlikti šį tyrimą. Taip pat gauti oficialūs ligoninių direktorių leidimai tyrimą atlikti jų ligoninėse. Su tiriamaisiais padėjo susisiekti gydytojai. Kiekvienam tiriamajam buvo individualiai pateikta standartinė informacija apie tyrimo tikslus bei procedūrą ir prašoma raštiškai patvirtinti sutikimą arba nesutikimą dalyvauti tyrime.

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

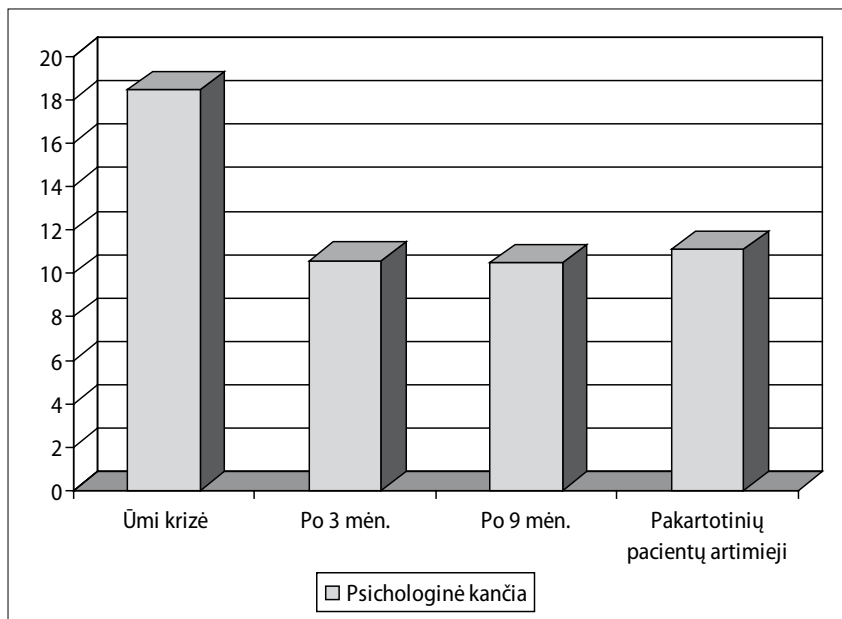
**Duomenų apdorojimas.** Surinktiems duomenims apdoroti buvo naudojamas SPSS 15.0 programinis paketas, kuriuo įvertintas duomenų pasiskirstymas, aprašomoji statistika, ryšiai tarp kintamųjų, daugia-lypė tiesinė ir logistinė regresijos.

## REZULTATAI

Psichozę išgyvenusiu pacientų artimųjų psichologinė kančia yra didžiausia sergančiajam esant ūmios krizės būsenos (1 pav.). Po trijų mėnesių ji statistiškai reikšmingai sumažėja ( $p < 0,05$ ) ir nesiskiria nuo psichologinės kančios vidurkio po trijų mėnesių ir pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimųjų imties vidurkio. Siekdami atsakyti į klausimą, kokie globėjo patirties aspektai reikšmingiausi artimųjų psichologinei kančiai skirtingais laiko momentais, atlikome skerspjuvių analizę.

**Pirmą psichozę išgyvenusiu pacientų artimųjų globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys ūmios krizės metu.** Ūmios krizės metu (1 lentelė) artimųjų patiriama psichologinė kančia stipriausiai koreliuoja ( $r = 0,67$ ) su artimųjų išgyvenama priklausomybe nuo sergančiojo. Taip pat koreliacijos aptinkamos su patiriamomis problemomis dėl gaunamų paslaugų bei netekties jausmu. Įdomu tai, kad ūmios krizės metu psichologinė kančia nekoreliuoja su sudėtingu elgesiu, o su negatyviais simptomais koreliuoja silpniausiai iš visų kintamųjų ( $r = 0,42$ ). Panašu, kad suvokiamas ligos pasireiškimas nėra svarbiausias artimųjų psichologinei kančiai šiame etape.

**1 pav.** Psiholoģinēs kančīs dinamika skirtingais laiko momentais (HADS [verčīų vidurkiai])



**1 lentelē.** Globējo patirties ir psiholoģinēs kančīs ryšys skirtingais laiko momentais (Pirsono (*Pearson*) koreliacijos)

Globējo patirtis	Pirmā psichožē išgyvenusių artimieji			Pakartotiniai hospitalizuotų pacientų artimieji
	Ūmi krizē	Po 3 mėn.	Po 9 mėn.	Pakartotiniai hospitalizuotų pacientų artimieji
	Psiholoģinē kančia	Psiholoģinē kančia	Psiholoģinē kančia	Psiholoģinē kančia
Sudētingas elgesys	0,35	0,35	0,65***	0,45**
Negatyvūs simptomai	0,42*	0,62**	0,71***	0,40*
Stigma	0,24	0,74***	0,77***	0,66***
Problemos su paslaugomis	0,53**	0,67***	0,55***	0,31
Poveikis šeimai	0,32	0,68***	0,70***	0,41*
Priklausomybē	0,67***	0,60***	0,65***	0,38*
Netekties jausmas	0,53**	0,59***	0,79***	0,22

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

**2 lentelē.** Galutiniai regresijos modelių skirtingais laiko momentais rezultatai

	Koefficientai	Pirmā psichožē išgyvenusių artimieji			Pakartotiniai hospitalizuotų pacientų artimieji
		Ūmi krizē	Po 3 mėn.	Po 9 mėn.	Pakartotiniai hospitalizuotų pacientų artimieji
<b>Modelio tinkamumas</b>	R <sup>2</sup>	0,56	0,62	0,71	0,46
	F	7,86***	7,94***	11,6***	5,18**
<b>Modelio kintamieji:</b>					
Sudētingas elgesys	β	–	–	–	0,12
	VIF	–	–	0,04	1,88
Negatyvūs simptomai	β	0,13	0,19	3,91	0,08
	VIF	1,64	3,14	–	1,69
Stigma	β	–	0,37†	0,41*	0,51**
	VIF	–	3,69	2,31	1,79
Problemos su paslaugomis	β	0,27†	0,23	0,07	–
	VIF	1,33	2,97	2,35	–
Poveikis šeimai	β	–	0,19	–	0,08
	VIF	–	3,92	–	1,38
Priklausomybē	β	0,48**	0,09	0,02	0,03
	VIF	1,65	2,99	2,92	1,43
Netekties jausmas	β	0,07	–	0,50†	–
	VIF	2,11	–	4,01	–

†p < 0,1; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

Norėdami patikrinti, ar reikšmingai su psichologine kančia koreliavę kintamieji leidžia prognozuoti psichologinę kančią, atlikome regresinę analizę. Ūmios krizės etape buvo tikrintas regresijos modelis su šiais kintamaisiais (2 lentelė): negatyvūs simptomai, problemos su paslaugomis, priklausomybė, netekties jausmas. Šio modelio  $R^2 = 0,56$ . Reikšmingi kintamieji: priklausomybė, kurio  $\beta = 0,48$  (kai  $p < 0,01$ ), ir problemos su paslaugomis, kurio  $\beta = 0,27$  (kai  $p < 0,1$ ). Multikolinearumo nėra, visų kintamųjų VIF  $< 4$ . Tai gi šis modelis tinka duomenims I etape.

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

**Pirmą psichozę išgyvenusiu pacientų artimųjų globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys po trijų mėnesių.** Po trijų mėnesių (1 lentelė) artimųjų išgyvenama psichologinė kančia stipriausiai koreliuoja su suvokiama stigma ( $r = 0,74$ ), silpniausiai – su netekties išgyvenimu ( $r = 0,59$ ). Po trijų mėnesių, kaip ir ūmios krizės metu, psichologinė kančia nekoreliuoja su sudėtingu elgesiu, o su negatyviais simptomais koreliuoja kiek stipriau, bet ne stipriausiai ( $r = 0,62$ ).

Norėdami patikrinti, ar reikšmingai su psichologine kančia koreliavę kintamieji leidžia prognozuoti psichologinę kančią, atlikome regresinę analizę. Tyrimo etape po trijų mėnesių buvo tikrintas regresijos modelis su šiais kintamaisiais (2 lentelė): negatyvūs simptomai, stigma, problemos su paslaugomis, poveikis šeimai, priklausomybė, netekties jausmas. Šio modelio pirminis  $R^2 = 0,65$ . Reikšmingas kintamasis stigma, kurio  $\beta = 0,62$  (kai  $p < 0,05$ ). Kadangi stigmos ir netekties kintamųjų VIF  $> 4$ , tai atlikome kintamųjų redukciją [35]. Autorių teigimu, nebūtina iš modelio išmesti visų kintamųjų, kurių betos statistškai nereikšmingos. Todėl perskaičiavome modelį be netekties kintamojo, kuris stipriai koreliavo su kitais kintamaisiais (su stigma  $r = 0,80$ ; su negatyviais simptomais  $r = 0,78$  ir poveikiu šeimai  $r = 0,80$ ), o su psichologine kančia koreliavo mažiausiai ( $r = 0,59$ ). Perskaičiuotame modelyje multikolinearumas dingo. Perskaičiuoto modelio rezultatai:  $R^2 = 0,62$ ; stigmos  $\beta = 0,37$  ( $p < 0,1$ ); visų kintamųjų VIF  $< 4$ . Taigi šis modelis tinka duomenims.

Remiantis korelacijų ir regresinės analizės rezultatais matyti, kad pasikeičia artimųjų psichologinei kančiai reikšmingi kintamieji. Galime daryti išvadą, kad po trijų mėnesių artimųjų psichologinei kančiai

reikšmingesnė nei kiti kintamieji tampa suvokiama stigma.

**Pirmą psichozę išgyvenusiu pacientų artimųjų globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys po devynių mėnesių.** Po devynių mėnesių (1 lentelė) artimųjų išgyvenama psichologinė kančia stipriausiai koreliuoja su suvokiama stigma ( $r = 0,77$ ) ir netekties išgyvenimu ( $r = 0,79$ ), silpniausiai – su patiriamomis problemomis dėl gaunamų paslaugų ( $r = 0,55$ ).

Norėdami patikrinti, ar su psichologine kančia reikšmingai koreliavę kintamieji leidžia prognozuoti psichologinę kančią, atlikome regresinę analizę. Tyrimo etape po devynių mėnesių buvo tikrintas regresijos modelis su šiais kintamaisiais (2 lentelė): elgesio problemos, negatyvūs simptomai, stigma, problemos su paslaugomis, poveikis šeimai, priklausomybė, netekties jausmas. Skerspjūvio regresinės analizės rezultatai:  $R^2 = 0,72$ ; stigmos kintamojo  $\beta = 0,45$  ( $p < 0,05$ ). Nors stigmos VIF geras, bet sudėtingo elgesio ir poveikio šeimai kintamųjų VIF viršijo normą, tad vėlgi atlikome kintamųjų redukciją. Sujungėme sudėtingo elgesio ir negatyvių simptomų subskales į bendrą „ligos simptomų“ kintamąjį (subskalių  $r = 0,9$ ), į analizę įtraukdami jų rezultatų vidurkius. Į modelį nebeįtraukėme poveikio šeimai kintamojo, nes jis stipriai koreliavo su „ligos simptomų“ rezultatu ( $r = 0,88$ ). Perskaičiuotame modelyje multikolinearumas dingo. Perskaičiuoto regresijos modelio rezultatai:  $R^2 = 0,71$ ; stigmos  $\beta = 0,41$  ( $p < 0,05$ ); netekties  $\beta = 0,50$  ( $p < 0,1$ ). Visų kintamųjų VIF  $< 4$ . Taigi šis modelis tinka duomenims.

Remdamiesi korelacijų ir regresinės analizės rezultatais galime daryti išvadą, kad po devynių mėnesių artimųjų psichologinei kančiai ypač reikšminga toliau išlieka suvokiama stigma. Be to, psichologinę kančią stipriai veikia ir netekties išgyvenimas.

**Pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimųjų globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšys.** Pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimųjų (1 lentelė) psichologinė kančia stipriausiai koreliuoja su suvokta stigma ( $r = 0,66$ ). Šių pacientų artimųjų psichologinė kančia, kitaip nei pirminių pacientų artimųjų psichologinė kančia, ūmios krizės metu su priklausomybe koreliuoja silpniausiai ( $r = 0,38$ ), be to, atsiranda reikšminga koreliacija su sudėtingu elgesiu ( $r = 0,45$ ).

Norėdami patikrinti, ar reikšmingai su psichologine kančia koreliavę kintamieji leidžia prognozuoti psichologinę kančią, atlikome regresinę analizę. Tarp pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimųjų buvo tikrintas modelis su šiais kintamaisiais

(2 lentelė): sudėtingas elgesys, negatyvūs simptomai, suvokiama stigma, poveikis šeimai, priklausomybė. Regresinės analizės rezultatai:  $R^2 = 0,46$ ; stigmos  $\beta = 0,51$  ( $p < 0,01$ ). Visų kintamųjų VIF  $< 4$ . Taigi šis modelis tinka duomenims.

Remdamiesi korelacijų ir regresinės analizės rezultatais, darome išvadą, kad pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimiesiems, lygiai kaip pirminių pacientų artimiesiems, po trijų bei po devynių mėnesių psichologinei kančiai ypač reikšminga yra suvokiama stigma.

**Atskirų globėjo patirties aspektų ir psichologinės kančios ryšio kaita laikui bėgant.** Kaip atskleidžia visi etapų skerspjūvių rezultatai, išryškėjo kelias didžiausias reikšmę psichologinei kančiai turėjusių kintamųjų: priklausomybė, netektis, problemos su paslaugomis ir stigma. Mažesnę reikšmę turėjo sudėtingo elgesio, negatyvių simptomų bei poveikio šeimai kintamieji.

*Priklausomybės* kintamasis didžiausią įtaką psichologinei artimųjų kančiai turėjo ūmios krizės metu. Tai vienas iš dviejų kintamųjų, kuris išlieka reikšmingas visais tyrimo etapais, tačiau pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimųjų imtyje jo reikšmė mažiausia. Kitas kintamasis, išliekantis reikšmingas visais etapais, – negatyvūs simptomai. Tačiau jo reikšmė psichologinei kančiai gerokai mažesnė.

*Patiriamų problemų dėl paslaugų* kintamojo reikšmė psichologinei kančiai taip pat didžiausia ūmios krizės fazėje, o po devynių mėnesių mažiausia. Pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimiesiems jis nebėra statistiškai reikšmingas.

*Stigmos* kintamasis su psichologine kančia nekorliuoja ūmios krizės fazėje, tačiau, palyginti su kitais kintamaisiais, stipriausiai su psichologine kančia korliuoja visais likusiais etapais – tiek pirminių pacientų artimųjų, tiek pakartotinai hospitalizuotųjų imtyje.

*Netekties* kintamasis reikšmingas tik tarp pirminių pacientų artimųjų. Santykinai didžiausia reikšmė psichologinei kančiai po devynių mėnesių, mažiausia – po trijų mėnesių.

Taigi kiekvienas atsigaunančiojo po psichozės globos etapas turi savo specifiką: ūmios krizės metu artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų; po trijų mėnesių situacija pasikeičia – padidėja suvokiamos stigmos reikšmė psichologinei artimųjų kančiai ir šis pokytis išlieka po devynių mėnesių ir pakartotinai dėl psichozės pacientų artimiesiems; po devynių mėnesių išryškėja netekties

kintamojo reikšmė psichologinei kančiai; ligos simptomų reikšmė santykinai mažesnė už anksčiau išvardytų kintamųjų reikšmę.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų atliktas tyrimas atskleidė, kad artimųjų psichologinė kančia yra stipriausia sergančiajam esant ūmios krizės būsenos ir psichologinės kančios bei atskirų globėjo patirties aspektų ryšys laikui bėgant kinta.

*Ūmios krizės metu artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų.* Priklausomybės išgyvenimo ryšį su artimųjų psichologine kančia aiškintume kaip artimųjų reakciją į nelauktą, nenorimą, nekontroliuojamą šeimos nario regresą. Kaip minėjome, asmens, išgyvenančio ūmią psichozę, kasdienė veikla būna stipriai sutrikdyta. Jis tampa mažai pajėgus pasirūpinti savimi, tarsi grįžta į anksčiau raidos stadiją, kai kontaktas su juo reikalauja daugiau laiko, fizinės ir psichinės energijos iš aplinkinių. Kančią keliantis priklausomybės išgyvenimas – natūrali reakcija į ūmios krizės ištiktą asmenį, nes artimieji tapatinasi su sergančiojo būseną ir nori jam padėti, bet kartu suvokia, kad taip neturėtų būti, ir nėra tikri, ar kada nors tai baigsis. Tam, kad priklausomybė keltų mažesnę artimųjų susirūpinimą, matyt, reikia užtikrinimo, kad tai laikina.

Sunkumų, susijusių su gaunamomis paslaugomis, svarbą psichologinei kančiai galima būtų paaikškinti tuo, kad nėra pakankamai atliepiamas artimųjų bendradarbiavimo su gydytoju poreikis. Pirmojo epizodo metu artimieji būna stipriai sukręsti, o gydytojai ir kitas psichikos sveikatos priežiūrą teikiantis personalas artimiesiems neretai sunkiai prieinami, kontakto laikas labai ribotas. Pagrindinis dėmesys teikiamas sergančiajam ir ne visuomet randama laiko, jėgų, resursų patenkinti sergančiųjų artimųjų poreikius, kurie pirmosios hospitalizacijos metu būna ypač sustiprėję. Artimieji paprastai stokoja elementarių žinių apie ligą, jos gydymą ir atsigavimo procesą, ir net jei ši informacija yra pateikiama, artimieji ją nebūtinai iš karto sugeba suvokti dėl krizės išgyvenimų poveikio kognityviniams procesams. Nepasitenkinimas paslaugomis gali kilti ir dėl skirtingo artimųjų ir profesionalų įsivaizdavimo, kas naudinga sergančiajam. Kartais problemų kelia ir neigiamas profesionalų požiūris į artimuosius kaip ligos šaltinį ar papildomų problemų „nešėjus“.

Ką reiškia, kad ne simptomų subjektyvus įvertinimas, o priklausomybės išgyvenimas ir susirūpinimas

paslaugomis kelia psichologinę kančią? Juk kaip teigiama: „Nebūtų ligos – nebūtų kančios.“ Tyrimo rezultatai rodo, kad artimiesiems baisiausia ne pati liga, o jos poveikis nusistovėjusiam gyvenimui, santykiams, kasdieniams vaidmenims, atsakomybių pasidalijimui bei tam, kokia pagalba yra suteikiama jos atveju.

*Po trijų mėnesių artimųjų psichologinei kančiai reikšmingesnė nei kiti kintamieji tampa suvokiama stigma.* Po trijų mėnesių ūmi krizė būna nuslūgusi, simptomai apmalšinti, būseną stabilizavusi, asmens savarankiškumas padidėjęs. Trys mėnesiai – tai ankstyvasis atsigavimo laikotarpis, kada po truputį „grįžtama į gyvenimą“, prie kasdinių veiklų, darbų ir santykių. Nuo bendravimo su profesionalais pereinama prie bendravimo su įprastine aplinka. Taigi darosi aktualu, kaip aplinkiniai reaguos į psichozę išgyvenusį asmenį bei jo artimuosius, kokią informaciją ir kam atskleisti. Nuolatinis nerimas dėl paslapties saugojimo ir ambivalencija tarp noro pasidalyti bei netikrumo, su kuo ir kaip tai padaryti, visiems artimiesiems pažįstama būseną. Stigmatizacijos jausmas, apimančias gėdos išgyvenimą, poreikį tai slėpti ir įsitikinimą, kad kiti vengia arba gali vengti kontakto su jais dėl šios stigmos, yra būdingi psichikos ligomis sergančiųjų artimiesiems [25]. Toks asocijuotos stigmos patyrimas susijęs su artimųjų psichologine kančia [26]. Mūsų tyrimo rezultatai tai patvirtina.

*Po devynių mėnesių artimųjų psichologinei kančiai ir toliau reikšmingesnė išlieka suvokiama stigma. Be to, psichologinę kančią stipriai veikia ir netekties išgyvenimas.* Tai, kad šalia stigmos išgyvenimo išryškėja ir netekties išgyvenimo aktualumas, gali būti susiję su atsigavimo fazės specifika. Nuslūgus psichozės simptomams, pradedama psichologiškai atsigauti. Atsiranda kritika, asmuo iš naujo turi susidėlioti ribas, atskirti, kas yra jo, kas ligos padarinys, kas yra realu, kas yra jo vaizduotės rezultatas. Atsigavimo proceso metu kai kurie pacientai gali išgyventi popsihozinę depresiją [20]. Tai gali būti panašu į sielvarto ar gedėjimo periodą, susijusį su prarastu savęs jausmu arba nerimu dėl savo neišnaudotų ar atidėtų galimybių. Asmuo gali nerimauti dėl būsimų, nors ir nerealių, netekčių. Taigi artimųjų netekties išgyvenimas gali atspindėti pastaruosius po psichozės atsigauančio asmens išgyvenimus. Šis išgyvenimas gali būti susijęs ir su jų pačių neišsipildžiusiais lūkesčiais – laikas eina, o pacientas dar ne visai atsigavęs ir nesveiksta taip greitai, kaip norėtųsi. Tai taip pat gali atspindėti ir suicido nerimą, nes atsigavimo po psichozės periodu suicido grėsmė didžiausia [35].

*Suvokiama stigma ypač reikšminga pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimiesiems ir pirminių pacientų artimiesiems po trijų bei devynių mėnesių.* Besikartojanti tendencija tiek pirminių, tiek pakartotinių pacientų artimųjų patvirtina stigmos kintamojo svarbą artimųjų psichologinei kančiai. Gėdos išgyvenimas, poreikis slėpti ligos faktą ir gilus įsitikinimas, kad aplinkiniai gali vengti kontakto dėl šios patirties tiek su sergančiuoju, tiek su jo artimaisiais, yra būdingi ir kitų šalių psichozę išgyvenusių pacientų artimiesiems. Ne veltui 1999 m. Pasaulio psichiatrų asociacija pradėjo pasaulinę programą „Atverkite duris“ prieš stigmą ir diskriminaciją, susijusią su šizofrenija [1].

*Globėjo patirties ir psichologinės kančios ryšio kaita laikui bėgant.* Apibendrinami visų keturių etapų rezultatus, matome, kad didžiausią reikšmę artimųjų psichologinei kančiai turi priklausomybės ir netekties išgyvenimas, problemos su paslaugomis bei stigma.

Kaip minėjome, *priklausomybės* nuo sergančiojo kintamasis yra reikšmingiausias esant ūmiai krizei. Ir tai yra vienas iš dviejų kintamųjų, kuris absoliučiu dydžiu išlieka reikšmingas visais tyrimo etapais, tačiau tarp pakartotinai hospitalizuotų pacientų artimųjų jo reikšmė mažiausia. Matyt, devyni mėnesiai per mažas laiko tarpas artimųjų nerimui sumažėti dėl priklausomybės nuo sergančiojo. Tačiau pakartotinių pacientų artimųjų rezultatai liudija, kad nerimas galiausiai nuslūgsta ir abipusiai poreikiai tampa labiau suderinami. Kitas kintamasis, kuris taip pat išlieka reikšmingas visais etapais, – negatyvūs simptomai. Tačiau jų ryšys su psichologine kančia yra silpnesnis nei priklausomybės nuo sergančiojo bei netekties išgyvenimo, problemų su paslaugomis ar stigmos kintamųjų.

*Patiriamų problemų dėl paslaugų* ryšys su psichologine kančia didžiausias ūmios krizės metu, o po devynių mėnesių santykinai silpniausias. Pakartotinių pacientų artimiesiems jis nebėra statistiškai reikšmingas. Tai galima paaiškinti tuo, kad su paslaugų teikėjais jau yra nusistovėjęs bendravimo būdas, kuris nebekelia psichologinės kančios – arba bendradarbiaujantis, arba palaikantis atstumą ir todėl nebekeliantis nusivylimo.

*Stigmos* kintamasis su psichologine kančia neko-reliuoja ūmios krizės metu, tačiau stipriau už kitus kintamuosius koreliuoja su psichologine kančia visais likusiais etapais – tiek tarp pirminių, tiek tarp pakartotinai hospitalizuotų pacientų.

*Netekties* kintamasis reikšmingas tik pirminių pacientų artimųjų imtyje, tarp pakartotinai hospitalizuotų pacientų jis nebereikšmingas. Vėlgi, kaip ir

priklausomybės išgyvenimo atveju, tai gali liudyti, kad devyni mėnesiai yra per mažas laiko tarpas susigyventi su netektimi ir kad devyni mėnesiai yra pats jo reikšmės psichologinei kančiai pikas. Tačiau pakartotinių pacientų artimųjų imties rezultatai liudija, kad ilgai šio kintamojo svarba sumažėja.

*Tyrimo pranašumai ir ribotumai.* Šio tyrimo pranašumas yra tas, kad surinkta labai specifinė *pirminių ir pakartotinai hospitalizuotų psichozinių pacientų artimųjų* imtis, kuri yra retai sutinkama, sunkiai priinama ir motyvuojama. Įvertinimas atliktas ankstyvajame psichozės sutrikimo diagnozavimo etape – su tiriamaisiais susitikta per pirmąsias dešimt hospitalizacijos dienų. Tai leido išmatuoti pirminę artimųjų reakciją į sunkios ligos diagnozę ir stebėti tolimesnę jos kaitą, taip pat palyginti jos rezultatus su pakartotinai hospitalizuotų dėl psichozės pacientų artimųjų rezultatais.

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. Palyginimas su pakartotinai dėl hospitalizuotų dėl psichozės artimųjų rezultatais leidžia nustatyti svarbias tendencijas abiejose imtyse.

Svarbu atsižvelgti ir į šio tyrimo ribotumus. Vienas iš ribotumų – *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 bei tyrimo metu atkritusių tiriamųjų skaičiaus. Iš tyrimui pakviestų žmonių jame atsisakė dalyvauti 34 proc. respondentų, tačiau šis atsisakiusių skaičius nėra išskirtinis klinikinių, krizę išgyvenančių tiriamųjų imčių atvejais. Iš sutikusiu dalyvauti tyrime tolimesnio tyrimo metu nebedalyvavo 41 proc. respondentų. Kėlėme hipotezę, kad atsisakymas dalyvauti tyrime galėjo būti susijęs su neigiamesniu

globėjo patirties įvertinimu, intensyvesne psichologine kančia bei demografinėmis charakteristikomis. Tačiau ši hipotezė nepasitvirtino. Taigi tiriamoji ir atkritusioji grupės yra panašios savo ypatumais, ir atsisakiusieji dalyvauti tolimesniame tyrime neturėjo iškraipyti rezultatų.

Tyrimo etapuose po trijų bei devynių mėnesių susidūrėme su kintamųjų *multikolinearumo problema*. Norėdami sumažinti jos poveikį regresijos funkcijos koeficientų stabilumui, ją sprendėme remdamiesi statistikų [34] rekomendacijomis. Nors galutiniuose šių etapų regresijos modeliuose multikolinearumas dinga, tačiau, norint tiksliau įvertinti minėtų kintamųjų įtaką prognozuojamai reikšmei, reikėtų pakartotinio tyrimo.

## IŠVADOS

1. Psichozę išgyvenusius pacientų artimųjų psichologinė kančia stipriausia sergančiajam esant ūmios krizės būsenos, vėliau psichologinė kančia reikšmingai sumažėja.
2. Artimųjų psichologinė kančia susijusi su šiais globėjo patirties aspektais: stigma, netektimi, priklausomybe ir patiriamomis problemomis dėl paslaugų.
3. Artimųjų psichologinės kančios ryšys su šiais kintamaisiais laikui bėgant kinta:
  - ūmios krizės metu artimųjų psichologinei kančiai reikšmingiausias priklausomybės išgyvenimas ir patiriamos problemos dėl gaunamų paslaugų;
  - po trijų mėnesių išryškėja suvokiamos stigmos reikšmė psichologinei artimųjų kančiai; šis veiksnys taip pat išlieka ypač reikšmingas po devynių mėnesių ir pakartotinai dėl psichozės hospitalizuotų pacientų artimiesiems;
  - po devynių mėnesių išryškėja netekties kintamojo reikšmė artimųjų psichologinei kančiai.

*Straipsnis gautas 2011-05-19, priimtas 2011-08-30*

## Literatūra

1. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). Pasaulio sveikatos pranešimas 2001 – Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349:1436-1442.
3. Addington J, Coldhem E, Jones B, Ko T, Addington D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108:285-289.
4. 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;429:60-63.
5. Kuipers E, Raune D. The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C (eds.) *Early intervention in psychosis*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 2000:128-140.
6. Barrowclough C. Families of people with schizophrenia. In: Sartorius M, Leff J, Lopez-Ibor J, Maj M, Okasha A (eds.) *Families and mental disorders*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 2005:1-24.
7. 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;57:183-190.
8. Maes S, Leventhal H, DeRidder D. Coping with Chronic Diseases. In: Zeidner M, Endler NS (eds.) *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 1996:221-251.
9. Birchwood M, Macmillan F. Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1993;27:374-378.
10. Szmukler GI, 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;31:137-148.
11. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
12. Joyce J, Leese M, Szmukler G. The experience of caregiving inventory: further evidence. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2000;35:185-189.
13. Wong D. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practice. *British Journal of Social Work*. 2000;30:365-382.
14. Wolthaus J, Dingemans P, Schene A, Linszen D, Wiersma D, Van den Bosch R, Cahn W, Hijman R. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002;190:241-247.
15. MacInnes D, Watson J. The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2002;11:375-388.
16. Quinn J, Barrowclough C, Tarriner N. The family questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenia patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108:290-296.
17. Provencher H, Mueser K. Positive and negative symptom behaviours and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1997;26:71-80.
18. Ottens A, Pinson D. Crisis intervention with caregivers. In: Roberts R. (ed.) *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment and research*. Oxford: Oxford University Press, 2005:703-720.
19. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press, 1992.
20. Mc Gorry PD, Edwards J. *Early psychosis training pack*. Macclesfield: Gardiner-Caldwell Communications Ltd., 1997.
21. King T. The experience of midlife daughters who are caregivers for their mothers. *Health Care for Women International*. 1993;14:419-426.
22. Kuiper E. Needs of carers. In: Thonicroft G (ed.) *Measuring mental health needs*. London: Gaskell, 2001:342-362.
23. Addington J, Burnett P. Working with families in the early stages of psychosis. Gleeson JFM, McGorry PM (eds.) *Psychological interventions in early psychosis*. John Wiley and Sons, Ltd., 2004:99-116.
24. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Uphoff-Wasowski K, Campion J, Mathisen J et al. Predictors of participation in campaigns against mental illness stigma. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999;187:378-380.
25. Corrigan PW, Miller FE. Shame, blame, and contamination: a review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*. 2004;22(1):40-48.
26. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*. 2001;52:1621-1626.
27. 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;18(6):285-289.
28. 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;156:544-549.
29. 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;50:369-376.
30. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Kaunas: Medicina, 1997.
31. Zigmont AS, Snaith RP. The Hospital and Anxiety Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67:361-370.
32. Fortune DG, Smith JV, 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;44:319-331.
33. Bunevičius A, Peceliuniene J, Mockuviene N, Valius L, Bunevičius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depression and Anxiety*. 2007;24:455-460.
34. Čekanavičius V, Murauskas G. *Statistika ir jos taikymai. II dalis*. Vilnius: TEV, 2002:268.
35. Drake RE et al. Suicide among schizophrenics: who is at risk? *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984;172:613-617.

# Relatives of patients suffering from psychosis: the relation between caregiving experience and psychological distress over time

Ieva Povilaitienė, Danutė Gailienė

Vilnius university, Department of the Clinical and Organizational Psychology

## Summary

**The aim** of this paper is to assess relations between appraisal of the caregiving experience and psychological distress over time in relatives of patients with first episode and repeated psychosis.

**Methods.** Participants of the study are relatives of patients with first episode (N = 30) and repeated (N = 36) psychosis. Study consists of four stages: first three stages were aimed to assess first episode relatives (assessment during first 10 days of the patient admission to the hospital, after 3 months and after 9 months); relatives of patients with repeated psychosis were assessed in stage four. Appraisal of the caregiving experience was measured with Experience of Caregiving Inventory (ECI; Szmukler, 1996). Psychological distress was measured with Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmont & Snaith, 1983).

**Results and conclusions.** Results indicate that relatives with first episode patient in acute crisis state experience highest psychological distress. Later psychological distress becomes significantly lower. Relatives' appraisal of stigma, loss, dependency and problems with services have the strongest relation with psychological distress. Relation

between psychological distress and caregiving experience is changing over time: in acute crisis state dependency and problems with services are the most important factors for the relatives psychological distress; after three months stigma becomes more important for the psychological distress than other factors and remains the most important factor after nine months and for the relatives of patients with repeated psychosis; after nine months appraisal of loss becomes important for relatives psychological distress too.

**Keywords:** psychosis, relatives, caregiving experience, psychological distress

**Correspondence to** Ieva Povilaitienė,  
Vilnius university Department of the Clinical  
and Organizational Psychology,  
Universiteto 9/1, LT-01513 Vilnius, Lithuania.  
E-mail: ieva.povilaitiene@fsf.vu.lt

Received 19 May 2011, accepted 30 August 2011