

VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS

Rytis Pakrošnis

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE GYDOMŲ
PAAUGLIŲ PSICHOLOGINIO FUNKCIONAVIMO
PROBLEMŲ KITIMAS Į SPRENDIMUS SUTELKTO
TRUMPALAIKIO KONSULTAVIMO METU

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, psichologija (06 S)

Kaunas, 2008

UDK 159.922.8

Pa-91

Disertacija rengta 2001 – 2005 metais Vytauto Didžiojo universitete.

Disertacija ginama eksternu.

Mokslinis konsultantas:

Prof. habil. dr. Antanas Goštautas (Vytauto Didžiojo universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 07 B, psichiatrija – B 650; socialiniai mokslai, psichologija – 06S)

ISBN 978-9955-12-336-1

Padėka

Doktorantūros studijas ir disertacijos rengimą norėčiau palyginti su keliu. Vienas jo nebūčiau pajėgęs įveikti...

Už krypties nurodymą ir perspektyvų atskleidimą, o taip pat už suteiktą galimybę tobulėti ir nuolatinę pagalbą, padėjusią nenuklysti, norėčiau padėkoti ilgamečiam mokslinio darbo vadovui prof. habil. dr. Antanui Goštautui. Taip pat esu dėkingas dr. James Fleming už perduotas neįkainojamas į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo žinias ir įgūdžius, be kurių ši kelionė nebūtų įmanoma. Kolegoms universitete dėkingas už vertingus pasiūlymus, emocinį palaikymą ir toleranciją. Raimundui Vaitkevičiui dėkoju už pagalbą klaidžiuose statistinių skaičiavimų labirintuose. Ypatingą padėką norėčiau pareikšti kolegei tiek dalykine, tiek ir ideologine prasme – Viktorijai Čepukienei, be kurios indėlio ir palaikymo šis kelias būtų buvęs daug sunkesnis ir klaidesnis.

Atskirai padėkoti noriu savo artimiesiems. Tėvams dėkoju už tikėjimą manimi. Tai suteikė drašos sunkiomis akimirkomis ir jėgų eiti pirmyn. Išskirtinai dėkingas jaučiuosi savo artimiausiems žmonėms – žmonai Jurgai bei vaikams Mantui ir Saulei – už neįkainojamą dovaną – kantrybę, supratimą, pasiaukojimą ir buvimą šalia, kai to labiausiai reikėjo.

TURINYS

I. ĮVADAS	5
II. LITERATŪROS APŽVALGA	14
2.1. SVEIKATOS SUTRIKIMŲ TURINČIŲ PAAUGLIŲ PSICHOLOGINIO FUNKCIONAVIMO TYRIMAI, KOREKCIJOS SVARBA IR GALIMYBĖS	14
2.1.1. Psichologinio funkcionavimo samprata	14
2.1.2. Psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo tyrimai	--16
2.1.3. Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo korekcijos svarba ir galimybės	27
2.1.4. Psichologinio konsultavimo efektyvumas sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo korekcijai	-----29
2.2. Į SPRENDIMUS SUTELKTO TRUMPALAIKIO KONSULTAVIMO RAIDA, TEORINIAI PRINCIPAI	35
2.3. Į SPRENDIMUS SUTELKTO TRUMPALAIKIO KONSULTAVIMO GALIMYBĖS GERINANT SVEIKATOS SUTRIKIMŲ TURINČIŲ PAAUGLIŲ PSICHOLOGINĮ FUNKCIONAVIMĄ	44
2.3.1. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo galimybės psichologiniam funkcionavimui gerinti	44
2.3.2. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo efektyvumo tyrimai	-----48
2.3.3. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo efektyvumo paauglių grupėje tyrimai	-----52
III. TYRIMO METODIKA	56
3.1. TYRIMO METODAI	58
3.1.1. Psichologinio funkcionavimo problemų vertinimo metodai	-----58
3.1.2. Konsultavimo metu sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo vertinimo metodai	-----62
3.1.3. Poveikio metodas	-----65
3.1.4. Statistinės analizės metodai	-----67
3.2. TIRIAMIEJI	67
3.3. TYRIMO PROCEDŪRA	70
IV. TYRIMO REZULTATAI	75
4.1. PSICHIKOS IR SOMATINĖS SVEIKATOS SUTRIKIMŲ TURINČIŲ PAAUGLIŲ PSICHOLOGINIO FUNKCIONAVIMO YPATUMAI	75
4.1.1. Psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumai	-----76
4.1.2. Somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumai	-----81
4.1.3. Paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio sąsaja su sveikatos sutrikimo pobūdžiu	--85
4.2. PSICHIKOS IR SOMATINĖS SVEIKATOS SUTRIKIMŲ TURINČIŲ PAAUGLIŲ PROBLEMŲ SUNKUMO IR PSICHOLOGINIO FUNKCIONAVIMO PROBLEMŲ LAIPSNIO KITIMAS Į SPRENDIMUS SUTELKTO TRUMPALAIKIO KONSULTAVIMO METU	91
4.2.1. SSTK dalyvavusių tiriamųjų charakteristikų analizė	-----91
4.2.2. SSTK metu sprendžiamų problemų sunkumo laipsnio kitimas	-----94
4.2.3. Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimas SSTK metu	-----98
4.2.4. SSTK metu įvykusių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių klinikinis reikšmingumas	-----107
4.3. Į SPRENDIMUS SUTELKTO TRUMPALAIKIO KONSULTAVIMO EFEKTYVUMĄ LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ ANALIZĖ	110
4.3.1. SSTK metu sprendžiamų sveikatos sutrikimų turinčių paauglių problemų sunkumo laipsnio kitimą lemiančių veiksnių analizė	-----110
4.3.2. SSTK metu įvykusių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius lemiančių veiksnių analizė	-----112
V. APIBENDRINIMAS	117
VI. IŠVADOS	128
REKOMENDACIJOS	130
SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS	133
LITERATŪRA	134
PRIEDAI	143

I. ĮVADAS

Problemos ir jos aktualumo apibūdinimas

Pastaruoju metu pripažįstama, kad paauglių ir jaunų žmonių sveikata – ypač aktuali ir svarbi problema, o jos sprendimui skiriama vis daugiau sveikatos priežiūros specialistų, politikų ir mokslininkų dėmesio. Skirtingose šalyse atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad apie 15 proc. paauglių susiduria su psichikos sveikatos sunkumais (Jacobson, Churchill, Donovan, Garralda, Fay, 2002; World Health Organization, 2001), o nuo 10 iki 20 proc. paauglių serga somatinėmis ligomis (Garralda, 2004; Mash, Wolfe, 2002; Suris, Michaud, Viner, 2004). 2003 m. duomenimis Lietuvoje, iš 100 000 10 – 19 metų amžiaus gyventojų 1638,44 sirgo psichikos arba somatinėmis ligomis (iš jų 175,08 gyventojai sirgo psichikos liga). Tie patys duomenys rodo, kad nuo 2001 m. bendras sergamumas šioje amžiaus grupėje didėja (HFA duomenų bazė). Remiantis biopsichosocialiniu sveikatos modeliu ir daugelio tyrimų rezultatais, dabar laikomasi nuomonės, kad sveikatos sutrikimas neigiamai paveikia ne tik fizinį, bet ir psichologinį bei socialinį asmens funkcionavimą (Garralda, 2004; Knapp, 1998; Kyngäs, 2000; LeBovidge, Lavigne, Donenberg, Miller, 2003; Mash, Wolfe, 2002; Povilėnaitė, 1999; Suris, Michaud, Viner, 2004; Tuinstra, 1998; Witt, Riley, Coiro, 2003), t. y. mažina gerovę visose trijose Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos apibrėžime minimose sferose (Kalėdienė, 1999; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005), neretai laikomas rizikos veiksniu, trikdančiu paauglio raidą (Garralda, 2004; Povilėnaitė, 1999) ir reikalaujančiu adaptacijos pastangų, apie kurių sėkmingumą tyrimuose dažnai sprendžiama pagal psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį (Bishop, 2005; Cigularova, 2005; Kendall, Buys, 1998; Livneh, Antonak, 1997; Shanahan, Davey, Brooks, 2003).

Pabrėžiama, kad pusiausvyros pažeidimo laipsnis, taigi ir pastangų, reikalingų jai atstatyti (adaptuotis), kiekis, priklauso tiek nuo bendrų visiems sveikatos sutrikimams charakteristikų, tiek ir nuo to, kiek subjektyviai asmuo vertina situaciją kaip grėsmingą. Adaptacijos proceso sėkmę lemia pasirinktos elgesio strategijos, turimi ištekliai ir gebėjimas jais pasinaudoti, rizikos ir apsauginių veiksnių sąveika bei socialinės aplinkos reakcijos, padedančios arba trukdančios įveikti sunkumus. Tuo tarpu sveikatos sutrikimas, kaip vienas iš rizikos veiksnių, sukuria situaciją, kurioje paauglys patiria daugiau grėsmių (simptomai, skausmas, gydymo procedūros, hospitalizacija, funkcionavimo apribojimas, išskirtinumo jausmas), sumažėja prieinamų išteklių kiekis, tad padidėja rizika, kad atsiras psichologinio funkcionavimo problemų ar suintensyvės senos problemos (Bishop, 2005; Brown, 2005; Compas, 2004; Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998; Grakauskas, 2004; McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003). Be to, nustatyta, kad laiku nepastebėtos ir nesprenžiamos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinės-socialinės problemos ilgainiui gali peraugti į rimtus psichikos sutrikimus (Jacobson, Churchill, Donovan, Garralda, Fay, 2002; Lerner, 1998; Schmidt, Petersen, Bullinger,

2003), jos yra susijusios su mažesne motyvacija dalyvauti gydymo procese (Kyngäs, 2000; Putman, Adams, 1992) ir mažesniu pasitenkinimu gydymu (Kendall, Buys, 1998; Michaud, Suris, Viner, 2004; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003).

Todėl gydymo procese, šalia medicinos pagalbos, svarbu atsižvelgti į psichologinį ir socialinį kontekstą, o vienas pagrindinių sveikatos priežiūros sistemoje dirbančių psichologų uždavinių – laiku nustatyti ar numatyti galimus psichologinio funkcionavimo sunkumus ir suteikti efektyvią pagalbą, t. y. padėti paaugliui atrasti ir panaudoti prieinamus resursus ir padėti įsisavinti efektyvias elgesio strategijas, įgalinančias siekti geresnio psichologinio funkcionavimo (Biggs, 2004; McMahan, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003). Lietuvoje, kaip ir kitose valstybėse, gydymo procese vis dar nepakankamai atsižvelgiama į psichologinius ir socialinius veiksnius, ypač į psichologinės pagalbos sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams būtinumą (Bauman, Drotar, Leventhal, Perrin, Pless, 1997). Pastaruoju metu pasaulyje ypač daug diskutuojama apie psichologinės pagalbos metodų efektyvumą ir tinkamumą dirbant su skirtingomis klientų grupėmis. Šiame kontekste, remiantis literatūros analize, galima išskirti keletą svarbių problemų, kurias paliečiamos ir šiame darbe (Barkham, 1996; Kazdin, 2002; Kazdin, 2003; Smith, 2002):

- Paauglio sveikatos sutrikimas, kaip jau minėta, sukuria specifinį kontekstą, kuriame formuojasi problemos ir teikiama pagalba. Tačiau nėra vienareikšmiškai atsakyta, ar sveikatos sutrikimo buvimas ir jo pobūdis paauglių psichologinį funkcionavimą paveikia kaip nors specifiškai. Tai svarbu, nes specifinė situacija ir problemos gali reikalauti ypatingų pagalbos metodų arba esamų metodų pritaikymo sveikatos sutrikimų turinčių paauglių situacijai.
- Sveikatos priežiūros sistemoje dirbantys specialistai raginami taikyti efektyvius ir moksliskai pagrįstus metodus, tačiau efektyvumo tyrimų, ypač atliktų realiomis klinikinėmis sąlygomis, trūksta, o ir jų rezultatai gana prieštaringi. Šie tyrimai ypač svarbūs kalbant apie paauglius, nes dėl šiam amžiaus tarpsniui būdingų raidos ypatumų, paaugliai paprastai pasižymi menka motyvacija ieškoti ir priimti specialistų pagalbą, jautrumu kritikai, sunkumais užmezgant artimą kontaktą su suaugusiais, polinkiu greitai nutraukti psichologinį konsultavimą.
- Literatūroje dažnai pabrėžiama, kad psichologinės pagalbos efektyvumą lemia ne tik taikomas metodas ar konsultanto asmenybė, bet ir tokie nespecifiniai veiksniai kaip kliento lytis, amžius, šeimos sudėtis ir pan. Pabrėžiama, kad, be metodo efektyvumo, labai svarbu nustatyti efektyvumo ribas, t. y. klientų ir problemų grupes, kurioms metodas neefektyvus ar atvirkščiai – labai efektyvus. Tačiau šie klausimai paauglių populiacijoje kol kas mažai tyrinėjami.
- Pastaruoju metu, remiantis pozityviosios psichologijos prielaidomis, pabrėžiama, kad psichologinės pagalbos misija – didinti klientų gerovę, o ne vien siekti konkrečių problemų sprendimo ar simptomatikos mažinimo, nes šie du reiškiniai nebūtinai tiesiogiai susiję (Kazdin, 2003; Kovacs, Kohr, 1995). Todėl vaikų ir paauglių psichologinės pagalbos metodų tyrimuose

pastebima tendencija, liudijanti, kad tyrėjai vis labiau domisi psichologinės pagalbos metodų galimybėmis skatinti naują adaptyvesnę elgesį ar apskritai galimybėmis gerinti platesnį klientų gyvenimo kontekstą (pavyzdžiui psichologinį funkcionavimą) (Kovacs, Kohr, 1995). Dažnai pabrėžiama, kad toks fono kitimas įmanomas dėl sisteminių procesų tiek paauglio asmenybėje, tiek ir socialinėje aplinkoje. Tačiau nedaugelyje tyrimų vertinami būtent šie aspektai (Kazdin, 2002; 2003; Mann, Borduin, 1991).

Remiantis išvardintomis prielaidomis, sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinis funkcionavimas darbe tiriamas dviem aspektais: pirma, ar skirtingo pobūdžio sveikatos sutrikimai psichologinį funkcionavimą paveikia kaip nors specifiškai; antra, ar sveikatos sutrikimų turinčių paauglių dalyvavimas *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* susitikimuose gali padėti koreguoti jų psichologinį funkcionavimą. Taigi šiame darbe *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* efektyvumas tiriamas ne tiesiogiai (t. y. neakcentuojama problemų, dėl kurių paaugliai kreipiasi pagalbos į psichologą, sunkumo kaita), bet vertinant platesnio fono (šiuo atveju psichologinio funkcionavimo) kitimą, nes šiam tyrimų aspektui labai mažai dėmesio skiriama ne tiktai pasirinkto pagalbos metodo, bet ir apskritai psichologinės pagalbos tyrimuose.

Į sprendimus sutelktas trumpalaikis konsultavimas (toliau *SSTK*) poveikio metodu šiame darbe pasirinktas dėl keleto priežasčių. Pirma, naujausių tyrimų rezultatai rodo, jog dirbant su paaugliais labiausiai tinka trumpalaikiai, daug dėmesio bendradarbiavimo atmosferos kūrimui ir paauglio požiūrio keitimui skiriantys psichologinės pagalbos metodai (Kazdin, 2002; Kazdin, 2003). Konsultuojant mūsų pasirinktu būdu kaip tik ir atsižvelgiama į šiuos aspektus bei jau minėtus paauglystės amžiaus tarpsnio ypatumus, galinčius neigiamai paveikti konsultavimo procesą (Corcoran, Stephenson 2000; Lethem, 2002; Simon, Berg, 2004), nes siekiama padėti klientui atrasti ir naudotis turimais ištekliais, pabrėžiamas pozityvus požiūris į klientą, vengiama konfrontavimo, užuot analizavus problemos priežastis susitelkiama į kliento sėkmę praeityje ir ateities tikslus, siekiama didžiausių rezultatų per kuo trumpesnę laiką. Tai leidžia sukurti bendradarbiavimo atmosferą, mažina pasipriešinimą konsultavimo procesui, didina klientų pasitenkinimą paslaugomis (Berg, DeJong, 1996; DeJong, Berg, 1998; deShazer, Berg, 1992; 1997; deShazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004; Johnson, Miller, 1994; Iveson, 2002, Lethem, 2002, O'Connell, 2003). Greičiausiai dėl tokių charakteristikų šis konsultavimo modelis ypač sparčiai populiarėja tarp specialistų, dirbančių su paaugliais (Corcoran, Stephenson 2000; Gingerich, Wabeke, 2001; Fleming, 2004; Kazdin, 2003; Simon, Berg, 2004). Antra, kaip jau minėta, psichologinio funkcionavimo sunkumai ir jų sprendimas glaudžiai siejasi su pasirinktomis elgesio strategijomis, turimais (ar suvokiamais) ištekliais ir socialinės sistemos reakcijomis į asmens veiksmus, tad orientacija į sisteminių požiūrį, pagalba klientui atrasti ir problemos sprendimui panaudoti turimus išteklius bei efektyvesnes elgesio strategijas (to ir siekiama *SSTK*) gali būti

tinkamas indėlis gerinant psichologinį funkcionavimą (Biggs, 2004; McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003). Trečia, *SSTK* eiga ir intervencijos yra gana aiškiai apibrėžiamos, struktūruotos, tad nesunkiai gali būti operacionalizuojamos, fiksuojamos, o tai labai svarbu moksliskai tyrinėjant poveikio metodą. Be to, tokį modelį lengviau įsisavinti ir, įvertinus jo efektyvumą, įdiegti praktikos vietose.

Taigi, *SSTK* galima vertinti kaip tyrinėjimui tinkamą ir potencialiai efektyvų pagalbos sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams metodą. Juolab, kad patys metodo autoriai pabrėžia, kad *į sprendimus sutelktas konsultavimas* kurtas stebint, analizuojant, išbandant, o vėliau struktūruojant tuos pokalbio tarp konsultanto ir kliento elementus, kurie naudingi klientui ir labiausiai prisideda prie konsultavimo rezultato (deShazer, Berg, 1997; West, Bubenzer, Smith, Hamm, 1997). Tačiau trūksta mokslinių tyrimų, kurie vienareikšmiškai atsakytų į klausimą, ar *SSTK* yra efektyvus pagalbos metodas, ar jis naudingas gerinant sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinį funkcionavimą (vadinasi, ir sveikatą plačiąja prasme) (Macdonald, 2003; McKeel, 2000). Labai trūksta žinių apie *SSTK* efektyvumą lemiančius veiksnius (kliento charakteristikos, sveikatos sutrikimo ir sprendžiamos problemos pobūdis).

Teorinės prielaidos

Šiame darbe, tiek aiškinant sergančių paauglių psichologinių problemų atsiradimą, tiek jų sprendimo procesą, o taip pat psichologinio funkcionavimo kitimo mechanizmus, daugiausiai remiamasi *SSTK* autorių teorinėmis prielaidomis. Reikia pažymėti, kad šiame modelyje daugiausia dėmesio kreipiamas ne į problemų ir jų etiologijos, o į sprendimų kūrimo ir vystymosi teorinį aiškinimą, t. y. domimasi ne tiek tuo, kaip problemos atsirado, o kaip ir kodėl jos gali būti išspręstos. Vienareikšmiškos ir aiškiai deklaruotos problemų ir jų atsiradimo mechanizmų sampratos šio modelio autoriai, skirtingai nuo daugelio kitų modelių, nepateikia. Todėl sveikatos sutrikimų turinčių paauglių problemų kilmės bei *SSTK* galimybių jas spręsti teorinei analizei literatūros apžvalgoje skiriama nemažai dėmesio ir remiamasi transakcine streso ir jo įveikos teorija (Lazarus, 1993), R. Stein su kolegomis (1993, cituojama iš Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003) pasiūlytu nekategoriniu modeliu (angl. *non-categorical approach*) ir psichikos tyrimų instituto (angl. *Mental Research Institute*) prielaidomis apie socialinių sistemų veikimą ir problemų kilmę. Nagrinėjant ir keliant hipotezes apie paauglių problemų ir psichologinio funkcionavimo kitimą *SSTK* metu, remtasi modelio autorių prielaidomis, kurios savo ruožtu glaudžiai siejasi su socialinio konstruktyvizmo ir bendrosios sistemų teorijos idėjomis, skelbiančiomis, jog kliento požiūrio į save ir savo situaciją pokyčiai lemia elgesio pasikeitimą, o šie sukelia pakitusias socialinės sistemos reakcijas, kurios, savo ruožtu, dar sustiprina požiūrio ir elgesio pokyčius. Tokiu būdu, dėl sisteminių procesų paauglio asmenybėje ir socialinėje aplinkoje, teigiamas *SSTK* terapinis poveikis neapsiriboja tik konkrečios problemos kitimu, bet turi galimybę išsiplėsti į kitas

psichologinio funkcionavimo sritis (platesnė šių klausimų analizė pateikta 2.3.1. skyriuje). Būtent šis aspektas daugiausiai ir nagrinėjamas darbe.

Kaip tik todėl vienu svarbiausių efektyvumo rodiklių pasirinktas platesnio paauglio gyvenimo konteksto (psichologinio funkcionavimo) kitimas, kuriam vertinti sudaryti metodai, matuojantys sunkumų įvairiose paauglio funkcionavimo srityse laipsnį ir jo kitimą. Žinoma, šiame darbe aprašomas teorinis problemų atsiradimo ir sprendimo *SSTK* metu modelis nėra tikrinamas tiesiogiai. Darbe siekiama teoriškai ir empiriškai įvertinti psichologinio poveikio komplekso, pagrįsto tokiu teoriniu modeliu, galimybes keisti psichologinio funkcionavimo rodiklius.

Darbo teorinė ir praktinė reikšmė

Šio darbo reikšmę galima apibrėžti trimis aspektais. Pirma, tyrimo rezultatai suteiks daugiau žinių apie mažai tyrinėjamą skirtingo pobūdžio sveikatos sutrikimų įtakos paauglių psichologiniam funkcionavimui specifiškumą. Tokie rezultatai praktiškai dirbantiems specialistams leis geriau suprasti ir prognozuoti sveikatos sutrikimų įtaką paauglių psichologiniam funkcionavimui ir diskutuoti apie specifinį psichologinės pagalbos metodų poveikį.

Antra, tyrimo rezultatai atskleis *SSTK*, kurio efektyvumas suaugusių populiacijai įrodytas, galimybes sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologiniam funkcionavimui gerinti. Teorine prasme tyrimo rezultatai įgalins atsakyti į klausimą, ar pokalbis apie paauglio stiprybes, turimus išteklius, tikslus, galimus veiksmus, išvengiant problemos ir jos priežasčių analizės, leidžia paaugliui ne tik rasti sprendimą aktualiai psichologinei problemai, bet ir siekti geresnio funkcionavimo platesniame gyvenimo kontekste, t. y. prisideda prie sveikatos gerinimo. Sąsajų tarp konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių analizė suteiks žinių apie *SSTK* veikimo mechanizmą. Remiantis tyrimo rezultatais bus pateiktos rekomendacijos praktikoje su sveikatos sutrikimų turinčiais paaugliais dirbantiems ir jų psichologinės gerovės bei sveikatos gerinimo siekiantiems specialistams.

Galiausiai šiame darbe bus įvertinta klientų charakteristikų, tokių kaip sprendžiamos problemos pobūdis, lytis, amžius, šeimos statusas, sąsajos su *SSTK* efektyvumu, ir tai suteiks labai reikalingų žinių apie metodo efektyvumo ribas – kokioms problemoms spręsti, kokiems klientams ir kokiomis sąlygomis metodas tinkamiausias arba netinkamas. Praktine prasme tokie rezultatai svarbūs, nes gali padėti geriau parinkti tinkamiausią pagalbos metodą ir prognozuoti rezultatus.

Darbo naujumas

Lietuvos kontekste šis darbas naujas, nes psichologinės pagalbos efektyvumo tyrimų mūsų šalyje iki šiol atlikta ypač mažai – nagrinėtas žaidimų terapijos efektyvumas vaikų elgesio korekcijai, *Geštalt* grupių įtaka mokytojų savimonės pokyčiams, grupinio poveikio efektyvumas paauglių ikineurozinių būsenų bei depresiškumo korekcijai, vidinių sistemų terapijos efektyvumas dirbant su paauglių grupėmis (Dvarionis, 1999; Markevičiūtė, Goštautas, Pilkauskienė; 2004;

Selmistraitienė, 1999; Želvys, 1988). Tačiau visuose minėtuose tyrimuose nagrinėjamas grupinės, o ne individualios psichologinės pagalbos efektyvumas. Be to, literatūroje nepavyko aptikti psichologinės pagalbos sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams tyrimų, atliktų Lietuvoje.

Analizuojant pasaulines *SSTK* efektyvumo tyrimų tendencijas, reikia pažymėti, kad sveikatos sutrikimų turinčių paauglių populiacijos tyrimų atlikta vos keletas, tad negalima teigti, jog šių paauglių psichologinio funkcionavimo korekcijai metodas yra efektyvus. Be to, visuose tyrimuose vertinant *SSTK* efektyvumą remiamasi arba vien subjektyviu kliento vertinimu, kuris nurodo, kiek pasikeitė sprendžiamos problemos išreikštumas, arba standartizuotais metodais, kurie dažniausiai vertina simptomatikos kaitą. Svarbi darbo inovacija tai, kad vertinamas ir problemos sprendimo progresas, ir psichologinio funkcionavimo sunkumų išreikštumo kaita, o tai leis įvertinti, ar konsultavimo metu sprendžiamos problemos išreikštumo mažėjimas susijęs su teigiamais psichologinio funkcionavimo pokyčiais, t. y. ar vykstantys teigiami funkcionavimo pokyčiai (jei tokie bus nustatyti) tikrai susiję su konsultavimo metu pasiektais rezultatais, o ne su šalutiniais veiksniais. Be to, vertinant konsultavimo metu vykstančius pokyčius, neapsiribojama vien skirtumų tarp poveikio ir kontrolinės grupių įvertinimu, bet analizuojamas poveikio grupėje įvykusių pokyčių klinikinis reikšmingumas (kiek poveikio grupės tiriamieji savo įvertinimais po poveikio priartėja prie bendrosios populiacijos).

Tai, kad tyrimas atliktas taikant tą pačią metodologiją skirtingoms paauglių populiacijoms, t. y. stacionare ir ambulatoriškai besigydančių, skirtingų sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėms, leis įvertinti *SSTK* taikymo galimybes ir tinkamumą dirbant su skirtingomis paauglių grupėmis ir skirtingo pobūdžio sveikatos priežiūros įstaigose. Tokios analizės kituose *SSTK* tyrimuose nepavyko aptikti, tuo tarpu metodo tinkamumas dirbant su skirtingomis klientų populiacijomis – vienas pagrindinių uždavinių, keliamų tiriant psichologinės pagalbos metodų efektyvumą (Kazdin, 2003; McKeel, 2000). Be to, šis darbo aspektas itin svarbus jau minėtos diskusijos apie skirtingo pobūdžio sveikatos sutrikimų poveikio psichologiniam funkcionavimui specifiškumą kontekste, t. y. tyrimo rezultatai leis įvertinti sveikatos sutrikimo pobūdžio įtaką ne tik paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumams, bet ir *SSTK* efektyvumui.

Galiausiai, *SSTK* tyrimuose paauglių populiacijoje veiksnių, lemiančių metodo efektyvumą, klausimas beveik netyrinėtas, o šiame darbe tam skiriama gana daug dėmesio.

Tyrimo objektas

Darbe tiriamos *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* galimybės gerinti sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių psichologinį funkcionavimą ir taip prisidėti prie psichologinės sveikatos ir sveikatos bendrai (pagal PSO sveikatos apibrėžimą) gerinimo.

Tyrimo tikslas

Nustatyti ambulatoriškai ir stacionare dėl psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų gydomų paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimą *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo metu.*

Uždaviniai

1. Parinkti ir (ar) sudaryti bei patikrinti metodus paauglių psichologinio funkcionavimo sunkumų laipsniui ir jo kitimui vertinti.
2. Sudaryti *SSTK* procedūros protokolą ir konsultavimo turinio bei vykstančių pokyčių fiksavimo ir vertinimo metodus.
3. Įvertinti sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį ir palyginti su bendrojo lavinimo mokyklose besimokančiais bendraamžiais bei priklausomai nuo sveikatos sutrikimo pobūdžio.
4. Įvertinti sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių problemų, dėl kurių jie kreipiasi psichologinės pagalbos, sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimą *SSTK* metu, lyginant su kontroline grupe be poveikio. Taip pat įvertinti šių reiškinių kitimo sąsajas.
5. Nustatyti, kaip sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių *SSTK* metu vykstantis sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimas susijęs su lytimi, amžiumi, šeimos statusu, sveikatos sutrikimo, gydymo įstaigos ir problemos pobūdžiu ir motyvacija spręsti problemą.

Ginamieji teiginiai

1. Psichikos sveikatos sutrikimai turi didesnę neigiamą poveikį paauglių psichologiniam funkcionavimui nei somatinės sveikatos sutrikimai.
2. *SSTK* metu vyksta teigiami sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo ir platesnio funkcionavimo konteksto (psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio) pokyčiai.
3. *SSTK* metu vykstantys teigiami sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai susiję su konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo mažėjimu.
4. *SSTK* metu sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių grupėje vykstantys teigiami konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai susiję su tiriamųjų socialiniais-demografiniais veiksniais, gydymo įstaigos, sveikatos sutrikimo ir konsultavime sprendžiamos problemos pobūdžiu bei motyvacija spręsti problemą.

Tyrimo rezultatų apibendrinimas

- *Disertacijos tema parengti ir sveikatos priežiūros bei švietimo ir globos specialistams vesti penki seminarai ir kvalifikacijos kėlimo kursai:*
 1. Su bendraautoriumi rengta bei vesta VDU ir VŠĮ „Ženevos iniciatyva psichiatrijoje“ organizuota kvalifikacijos kėlimo programa psichiatrams „Trumpalaikė psichoterapija“ (2002.11 – 2003.06);
 2. Su bendraautoriumi rengta ir vesta VDU Psichologijos klinikos organizuota kvalifikacijos kėlimo programa socialiniams darbuotojams „Trumpalaikio į sprendimus orientuoto konsultavimo ir socialinės partnerystės prevenciniame darbe programa“ (2003.12.02-20);
 3. Lietuvos sveikatos psichologų sąjungos, VDU Teorinės psichologijos katedros ir Psichologijos klinikos organizuotame projekte *Intensyvus prevencinis ugdymas „Bendravimas – sveikatai“* su bendraautoriumi vestas 12 val. trukmės seminaras pedagogams, soc. darbuotojams ir psichologams tema „Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo principų taikymas sprendžiant moklseiivių problemas“ (2005.04);
 4. Vilniaus apskrities viršininko administracijos švietimo centro projekte *Vilniaus apskrities viršininko administracijos mokyklų pedagogų kvalifikacijos tobulinimas pirminės narkomanijos prevencijos vykdymui* su bendraautoriumi vestas seminaras tema „Į sprendimus sutelktas konsultavimo modelis“ (2006.10);
 5. Su bendraautoriumi parengtas ir vestas seminaras Čiobiškio specialiųjų vaikų auklėjimo ir globos namų specialistams tema „Į sprendimus sutelktas bendravimas“ (2007.04.19);
- *Tyrimo rezultatai pristatyti penkiose tarptautinės ir keturiose kitose konferencijose:*
 1. Europos trumpalaikės terapijos asociacijos metinė konferencija (2005.09.23-25, Salamanca, Ispanija). Žodinis pranešimas su bendraautoriais „Outcome of Solution-Focused Brief Therapy Working With Adolescents“.
 2. Europos sveikatos psichologijos sąjungos metinė konferencija (2004.06.21-24, Helsinki, Suomija). Stendinis pranešimas su bendraautoriais: „The outcome of solution focused brief therapy application among adolescents“.
 3. Europos psichoterapijos asociacijos XIII kongresas (2005.07.7-10, Vilnius). Stendinis pranešimas su bendraautoriais „Factors related to the outcome of Solution Focused Brief Therapy“.
 4. Europos trumpalaikės terapijos asociacijos metinė konferencija (2004.09.17-19, Amsterdam, Olandija). Stendinis pranešimas su bendraautoriais tema „Factors related to the outcome of Solution Focused Brief Therapy working with adolescents“.
 5. Europos trumpalaikės terapijos asociacijos metinė konferencija (2006.09.22-24, Krakow, Lenkija). Stendinis pranešimas su bendraautoriais „Factors Related to the Length of Solution-Focused Brief Therapy Working With Adolescents“.
 6. IV Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija „Psichologijos tyrimai Lietuvoje: vieta pasaulyje ir ateities vizija“ (2007.04.27, Vilnius). Žodinis pranešimas kartu su bendraautoriumi „Paauglių psichologinių problemų kitimas sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metu“.
 7. Lietuvos pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų asociacijos konferencija „Tinkamas pirminės psichikos sveikatos priežiūros užtikrinimas“ (2005.11.09, Kaunas). Žodinis pranešimas „Trumpalaikio į sprendimus orientuoto konsultavimo efektyvumas pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose besilankančių paauglių problemoms spręsti“.
 8. Kauno rajono savivaldybės švietimo skyriaus konferencija „Psichologinis, socialinis darbas su vaiku ir šeima. Metodų efektyvumas“ (2006.10.20, Kaunas). Žodinis pranešimas su

bendraautoriais „Psichologinė pagalba paaugliams taikant į sprendimus orientuotą konsultavimą“.

9. Nacionalinės sveikatos tarybos metinio pranešimo ekspozicija (2006.06.29, Vilnius). Stendinis pranešimas su bendraautoriais „Paauglių problemų sprendimas taikant trumpalaikį į sprendimus orientuotą konsultavimą“.

• *Tyrimo rezultatai publikuoti 2 periodiniuose leidiniuose, registruotuose tarptautinėse mokslinės informacijos duomenų bazėse ir 4 kituose recenzuojamuose mokslo leidiniuose:*

1. Goštautas, A., Pakrošnis, R., Krikščionaitytė, S., Endzinienė, M., Sergutina, I., Glamba, V. (2006). Paauglių, sergančių neurologinėmis ir somatinėmis ligomis ir gydomų stacionare, psichologinės ir socialinės adaptacijos sunkumai. *Medicina*, 42(4), 321-331. eISSN 1648-9144; ISSN 1010-660X.

2. Goštautas, A., Pakrošnis, R., Čepukienė, V., Pilkauskienė, I., Fleming, J.S. (2007). Veiksniai, lemiantys paauglių sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos trukmę. *Medicina*, 43(8), 630-636. eISSN 1648-9144; ISSN 1010-660X.

3. Goštautas, A., Čepukienė, V., Pakrošnis, R., Fleming, J.S. (2005). The Outcome of Solution-Focused Brief Therapy for Adolescents in Foster Care and Health Care institutions. *Baltic Journal of Psychology*, 6(2), 5-14. ISSN 1407-768X.

4. Pakrošnis, R., Čepukienė, V. (2007). Paauglių psichologinių problemų kitimas sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metu. *Psichologijos tyrimai Lietuvoje: vieta pasaulyje ir ateities vizija*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 61-71. ISBN 978-9955-33-005-9.

5. Goštautas, A., Pakrošnis, R., Čepukienė, V., Pilkauskienė, I., Ražanas, K. (2005). Bendravimo ugdymo priemonių vaikų globos namų auklėtiniams efektyvumo įvertinimas. *Specialusis ugdymas*, 1(12), 137-146. ISSN 1392-5369.

6. Goštautas, A., Pakrošnis, R., Čepukienė, V. (2004). Paauglių, gyvenančių globos įstaigose, psichosocialinio prisitaikymo sunkumai. *Specialusis ugdymas*, 1(10), 30-38. ISSN 1392-5369.

• *Bei vienos tarptautinės konferencijos ir vienos Lietuvoje vykusios konferencijos medžiagoje:*

7. Pakrošnis, R., Fleming, J.S., Goštautas, A., Čepukienė, V. (2004). The outcome of Solution Focused Brief Therapy application among adolescents. *Psychology & Health / Good Health – Person and Context. – 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society. Helsinki, Finland, Vol. 19*, p. 129. ISSN 0887-0446.

8. Čepukienė, V., Pakrošnis, R., Goštautas, A. (2004). The relationship between suicidal thoughts and psychosocial adjustment problems in adolescence. *Psychology & Health / Good Health – Person and Context. – 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society. Helsinki, Finland, Vol. 19*, p. 31. ISSN 0887-0446.

9. Pakrošnis, R., Čepukienė, V., Goštautas, A. (2006). Į sprendimus orientuotas konsultavimo modelis. *Vilniaus apskrities viršininko administracijos mokyklų pedagogų kvalifikacijos tobulinimas pirminei narkomanijos prevencijai vykdyti*. Vilniaus apskrities viršininko administracijos švietimo centro 2006 metais vykdyto projekto medžiaga. Vilnius: Inforastras, 43-48. ISBN 978-9955-608-36-3.

II. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo tyrimai, korekcijos svarba ir galimybės

2.1.1. Psichologinio funkcionavimo samprata

Paauglystė dažniausiai apibūdinama kaip kritinis raidos laikotarpis, kurio metu asmuo patiria sparčiai vykstančius biologinius, psichologinius ir socialinius pokyčius, susijusius su padidėjusiais nepriklausomumo ir autonomiškumo nuo suaugusių, tapatumo atradimo ir pritaipymo bendraamžių grupėje poreikiais (Dashiff, 2001; Jacobson, Churchill, Donovan, Garralda, Fay, 2002; Lerner, 1998). Paauglys susiduria su būtinybe prisitaikyti prie pokyčių jo kūne, psichikoje, šeimos ir draugų rate (Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998). Remiantis U. Bronfenbrenner pasiūlytu ekologiniu modeliu, šis prisitaikymas vyksta sąveikaujant biologinėms, psichologinėms ir socialinėms sistemoms, kurios veikia paauglį, o paauglio elgesys ir pasirinkimai veikia jas. Tokia tarpusavio sąveika didina sunkumų atsiradimo pavojų arba nuo jų apsaugo (Brown, 2005; Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998; Lerner, 1998; McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003). Tyrimų rezultatai patvirtina, kad raidos metu sunkumų atsiranda ne dėl vieno, o dėl daugelio veiksnių – tiek vidinių (temperamentas, psichikos bei fizinė sveikata ir pan.), tiek išorinių (tėvų psichikos sveikata, auklėjimas, skurdas šeimoje, draugų delikventinis elgesys), tiek ir jų sąveikos, o viena svarbiausių sėkmingos raidos dedamųjų – vaiko adaptacijos/prisitaikymo prie rizikos ir apsauginių veiksnių sąveikos sukurto konteksto procesas ir jo rezultatas (Brown, 2005; Compas, 2004; Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998; McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003). Kalbant apie prisitaikymo prie gyvenime vykstančių pokyčių procesą ir rezultatą, psichologinėje literatūroje dažnai vartojamos psichologinės adaptacijos (angl. *adaptation*), prisitaikymo (angl. *adjustment*) ir funkcionavimo (angl. *functioning*) sąvokos. Siekiant šiame darbe vartojamų sąvokų ir vertinamų reiškinių aiškumo ir vieningo supratimo, toliau trumpai aptariama šių sąvokų prasmė ir vartojimo kontekstas.

Nors literatūroje daug diskutuojama apie psichologinės-socialinės adaptacijos reiškinio prigimtį, tačiau plačiai pripažįstama, kad adaptacija – tai atsakas/reakcija į funkcinis, psichologinius ir socialinius pokyčius, vykstančius ligą ar kitą sukrečiantį įvykį patyrusio žmogaus gyvenime. Tokios reagavimo pastangos apima daugybę psichologijoje nagrinėjamų procesų ir mechanizmų (pavyzdžiui, elgesio reguliacija, savikontrolė, streso įveika, gynybos mechanizmai ir panašiai) ir yra nukreiptos į aplinkos arba savo kognityvinių schemų ir elgesio keitimą, siekiant išlaikyti ar atkurti pusiausvyrą ir tokiu būdu prisitaikyti prie aplinkoje vykstančių pokyčių (Bishop, 2005; Compas, 2004; Grakauskas, Valickas, 2006; Livneh, 2001; Wright, Kirby, 1999). Prisitaikymas dažniausiai apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu, pasitelkiant vidinius išteklius,

keičiamas elgesys arba vyksta kognityviniai pokyčiai, siekiant prisitaikyti prie aplinkos/situacijos (dažniausiai besikeičiančių) reikalavimų (interneto sąvokų žodynas *Thezaurus*). Teoriniuose modeliuose ir empiriniuose tyrimuose nagrinėjami ne tikai psichologinės adaptacijos ir prisitaikymo procesai, bet ir šių procesų rezultatai, kurie konceptualizuojami ir vertinami labai įvairiai (Bishop, 2005; Livneh, Antonak, 1997; Wright, Kirby, 1999). Vadovaujantis anksčiau pateiktais apibrėžimais, galima teigti, kad psichologinės adaptacijos proceso rezultatas – gebėjimo funkcionuoti pakitusiomis sąlygomis laipsnis, o prisitaikymo proceso rezultatas – atitiktis (arba gebėjimo sėkmingai funkcionuoti esant) tam tikriems kriterijams ar taisyklėms laipsnis (interneto sąvokų žodynas *Thezaurus*).

Daugelis autorių vieningai sutaria, kad minėti procesai paliečia daugelį asmens funkcionavimo sričių ir ne visada vyksta sėkmingai (Bishop, 2005). Todėl daugelis autorių, nagrinėdami psichologinės adaptacijos ar prisitaikymo procesus, jų rezultatu laiko asmens funkcionavimo lygį (dažniausiai vertinamą patiriamų sunkumų laipsniu) elgesio, emocijų, savęs vertinimo, tarpasmeninių santykių srityse ir akademinėje/profesinėje veikloje (Bishop, 2005; Cigularova, 2005; Kendall, Buys, 1998; Livneh, Antonak, 1997; Shanahan, Davey, Brooks, 2003). Mūsų darbe siekiama tirti paauglių psichologinių problemų sprendimo ar intensyvumo mažinimo galimybes, tad, vengiant svarbios ir prieštaringos, tačiau šio darbo problemų lauko ribas peržengiančios, teorinės ir metodologinės diskusijos apie minėtus reiškinius ir jų teorinį pagrįstumą, darbe tyrinėjamus reiškinius pasirinkta suvienyti vartojant psichologinio funkcionavimo sąvoką. Psichologinis funkcionavimas darbe suprantamas kaip asmens psichologinių sistemų veikimo lygmuo (nesiekiant vertinti atitikties besikeičiančioms aplinkybėms ar iš anksto numatytiems kriterijams), nulemtas sąveikos tarp asmens vidinių (psichologinė, somatinė) ir aplinkos (socialinė, fizinė) dimensijų ir paprastai vertinamas problemų intensyvumu elgesio, emocijų, savęs vertinimo, tarpasmeninių santykių srityse ir akademinėje/profesinėje veikloje (Cigularova, 2005; Fals-Stewart, Kelley, Cooke, Golden, 2003; Kendall, Buys, 1998; Shanahan, Davey, Brooks, 2003). Vertinant šių funkcionavimo sunkumų laipsnį, iš dalies galima spręsti ir apie adaptacijos bei prisitaikymo procesų sėkmę (Bishop, 2005; Cigularova, 2005; Kendall, Buys, 1998; Livneh, Antonak, 1997; Shanahan, Davey, Brooks, 2003), tad funkcionavimas gali būti laikomas psichologinės adaptacijos ir prisitaikymo rezultatu.

Šiame darbe, laikantis minėtos ir daugelio autorių propaguojamos logikos, vertinamos psichologinio funkcionavimo problemos apima konfliktus su tėvais, kitais suaugusiaisiais ir bendraamžiais, prastą fizinę savijautą, neadaptyvų elgesį, socialinį nusišalinimą, blogą nuotaiką, menką savęs vertinimą, adaptacijos mokykloje ir naujos informacijos įsisavinimo sunkumus. Darbe laikomasi pozicijos, kad problemų minėtose srityse nebuvimas ar mažas intensyvumas rodo gerą funkcionavimą (t. y. sėkmingai vykstančius adaptacijos/prisitaikymo procesus), o didesnis šių

problemų laipsnis atspindi blogesnę funkcionavimą. Kitame skyriuje apžvelgiami sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų tyrimų rezultatai ir bandoma atskleisti teorinę psichologinio funkcionavimo problemų atsiradimo schemą, padėsiančią aiškiau suprasti tiek patį reiškinį, tiek jo sąsajas su giminiais adaptacijos ir prisitaikymo reiškiniais, tiek ir galimus pasirinkto poveikio metodo veikimo mechanizmus.

2.1.2. Psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo tyrimai

Sveikatos sutrikimas – vienas dažniausiai minimų ir tyrinėjamų rizikos veiksnių, galinčių apsunkinti natūralų paauglystės raidos procesą (Garralda, 2004; Povilėnaitė, 1999). Iš tiesų nustatyta, kad nemaža dalis paauglių patiria psichikos arba somatinės sveikatos sutrikimų. Pasaulio sveikatos pranešime (2001) teigiama, kad vienas iš dešimties jaunuolių serga psichikos liga. Daugelyje kitų tyrimų taip pat nurodoma, kad apie 15 proc. paauglių susiduria su psichikos sveikatos sunkumais, o depresija, lydima savižudybės ar bandymo nusižudyti, paauglystėje daug dažnesnė nei vaikystėje (Jacobson, Churchill, Donovan, Garralda, Fay, 2002). Įvairių šalių statistiniai duomenys rodo, kad nuo 10 iki 20 proc. vaikų ir paauglių serga somatinėmis ligomis, kurios ilgesniam ar trumpesniam laikui apriboja jų socialinį aktyvumą ir funkcionavimą kitose srityse (Garralda, 2004; Mash, Wolfe, 2002; Suris, Michaud, Viner, 2004). Tyrimų rezultatai rodo, kad somatinės sveikatos sutrikimai labiau paplitę tarp berniukų, žemesniuose socialiniuose sluoksniuose, tarp paauglių iš mažiau išsilavinusių šeimų (Suris, 1995; Weiland, Pless, Roghmann, 1992, abu cituojami pagal Suris, Michaud, Viner, 2004).

Nustatyta, kad ilgą laiką besitęsiančiomis ar lėtinėmis ligomis sergantys vaikai ir paaugliai psichologinių ir socialinių problemų turi 10 – 15 proc. dažniau, o jų psichopatologijos rizika tris kartus didesnė lyginant su sveikais bendraamžiais (Garralda, 2004; Witt, Riley, Coiro, 2003). Be to, iki 15 proc. paauglių, besikreipiančių į pirminės sveikatos priežiūros sistemą, turi rimtų psichologinių problemų, kurių dauguma dažniausiai neaptinkamos (Garralda, 2004; Knapp, 1998; Kyngäs, 2000). Nustatyta, kad ilgą laiką besitęsiantys ar lėtinio pobūdžio sveikatos sutrikimai dažniausiai apsunkina vaikų ir paauglių emocinį, socialinį funkcionavimą, adaptaciją mokykloje (Mash, Wolfe, 2002), depresijos simptomai jiems dažnesni nei sveikiesiems (LeBovidge, Lavigne, Donenberg, Miller, 2003; Suris, Michaud, Viner, 2004), būdingesnis vėlesnis lytinis brendimas, nepasitenkinimas savo kūnu, pamokų praleidinėjimas (ne vien dėl gydymo, bet ir dėl psichologinių sunkumų – jie praleidžia daugiau pamokų nei reikalauja jų gydymas ar fizinė savijauta) (Suris, Michaud, Viner, 2004).

Seniau lėtinė liga buvo laikoma veiksniu, apsaugančiu nuo rizikingo ar sveikatai žalingo paauglių elgesio. Tačiau naujausi tyrimai atskleidžia priešingas tendencijas – daugiau sergančių

paauglių, palyginus su sveikais bendraamžiais, gyvena aktyvų lytinį gyvenimą, dažniau užmezga atsitiktinius lytinius santykius (Suris, Michaud, Viner, 2004; Suris, Parera, 2005), o psichoaktyvių medžiagų vartojimo paplitimas ir dažnumas sergančių paauglių grupėje nelabai skiriasi nuo sveikų bendraamžių (Suris, Michaud, Viner, 2004). Nustatyta, kad sveikatos sutrikimų turintys berniukai vartoja mažiau, o mergaitės – daugiau visų rūšių narkotinių medžiagų nei jų sveiki bendraamžiai (Suris, Parera, 2005). Minėtos tendencijos aiškinamos tuo, kad neretai sergantys paaugliai tokiu būdu stengiasi kompensuoti dėl ligos atsiradusį išskirtinumą ir norą pritaipyti bendraamžių grupėje (Suris, Parera, 2005).

Reikia pažymėti, kad somatinės sveikatos sutrikimų turintys vaikai ir paaugliai patiria mažiau psichologinio funkcionavimo problemų nei psichikos sveikatos sutrikimų turintys bendraamžiai, nors tyrimų, tiesiogiai lyginančių šių dviejų grupių paauglių psichologinio funkcionavimo problemas, itin reta (Wallander, Varni, 1998, cituojama iš Mash, Wolfe, 2002). Nustatyta, kad didesnis nei sveikųjų grupėje kai kurių psichologinio funkcionavimo sunkumų paplitimas tarp sveikatos sutrikimų turinčių paauglių susijęs su amžiumi ir lytimi. Jaunesnio amžiaus paaugliai, sergantys lėtinėmis ligomis, dažniau patiria nuotaikos-emocijų sunkumų nei sveiki bendraamžiai, (tai nebūdinga vyresniame amžiuje), o mergaitės emocinius sunkumus išreiškia dažniau nei nesergančios bendraamžės, tačiau toks dėsningumas nenustatytas berniukų grupėje (Suris, Michaud, Viner, 2004).

Prieštaringi rezultatai gaunami lyginant sveikų ir sveikatos sutrikimų turinčių paauglių savęs vertinimą. Yra duomenų, rodančių, kad sirgimas lėtine liga sutrikdo tapatumo, savivaizdžio ir ego raidą (Suris, Michaud, Viner, 2004). Įdomų dėsningumą savo tyrime atskleidė Tuinstra (1998), kuri nustatė, kad vaikinai paaugliai, sergantys somatinėmis ligomis, pasižymi menkesniu savęs vertinimu nei sveiki bendraamžiai, o merginų grupėje toks dėsningumas nenustatytas (merginos apskritai pasižymi menkesniu savęs vertinimu nei vaikinai). Tačiau daugelio tyrimų duomenys rodo, kad savęs vertinimas somatinės sveikatos sunkumų turinčių ir sveikų paauglių grupėse nesiskiria, nors klinikinėje praktikoje taip ir priimta manyti (LeBovidge, Lavigne, Donenberg, Miller, 2003; Willoughby, King, Polatajko, 1996). Taip pat nustatyta, kad sveiki ir sergantys paaugliai labai panašiai vertina savo socialines ir mokymosi kompetencijas (Huygen, Kuis, Sinnema, 2000). Panašų sergančių ir sveikų paauglių savęs vertinimo sunkumų paplitimą ir išreikštumą galima paaiškinti tuo, kad dažnai tyrimuose sergančių paauglių grupei atstovauja tik hospitalizuoti rimtų ir smarkiai funkcionavimą apsunkinančių sveikatos sutrikimų turintys paaugliai, kurie savęs netapatina su sveikais bendraamžiais, o atranda būdų gyventi su savo negalia ar liga ir įveikti kylančius sunkumus, o tai leidžia save vertinti gana gerai. Tai patvirtina ir tyrimų rezultatai, rodantys, kad daugiausiai savęs vertinimo sunkumų patiria lengvesnėmis ligomis

sergantys paaugliai, kurie negali tapatintis nei su sveikais, nei su rimtai sergančiais bendraamžiais (Tuinstra, 1998).

Paauglio liga neretai paveikia ir tėvų psichologinį bei socialinį funkcionavimą: būtinybė slaugyti paauglį, jo galimybių ribotumas ir neretai pasitaikantys pritaipimo bendraamžių grupėje sunkumai padidina priklausomybę nuo šeimos, nors natūrali raida reikalauja, kad priklausomybė mažėtų. Tyrimų duomenys gana prieštaringi – vieni autoriai nurodo, kad sergančių paauglių šeimos funkcionuoja blogiau nei sveikų bendraamžių, o kiti tokių skirtumų neaptinka. Lyginant su sveikų paauglių tėvais, sergančių paauglių motinoms dažniau pasireiškia depresijos simptomai, o tėvai patiria stresą. Nustatyta, kad daugiau nei 50 proc. lėtinėmis ligomis sergančių paauglių brolių ar seserų taip pat pasižymi psichologiniais ar elgesio sunkumais. Tačiau yra duomenų, kad dauguma sergančių paauglių santykius šeimoje vertina kaip gerus, bet pažymi perdėtą tėvų globą. Tyrimų rezultatai rodo, kad sergantys paaugliai dažniau bendrauja su jaunesniais sveikatos sutrikimų neturinčiais bendraamžiais, o santykius su bendraamžiais vertina kaip puikius. Dažnai pažymima, kad sveikatos sutrikimų turinčių paauglių bendravimą su bendraamžiais reikėtų skatinti visais būdais, nes jų parama įgalina paauglį atsiskirti nuo šeimos ir tokiu būdu ugdyti savarankiškumą (Lesinskienė, 2001; Lesinskienė, Mickevičiūtė, Sidaravičiūtė, 2003; Mash, Wolfe, 2002; Michaud, Suris, Viner, 2004; Suris, Michaud, Viner, 2004).

Taigi, įrodymų, kad dėl sveikatos sutrikimo, reikalaujančio ilgesnio gydymo ar hospitalizacijos, t. y. apribojančio paauglio galimybes daugelyje gyvenimo sričių, neretai atsiranda psichologinio funkcionavimo problemų, pakanka. Tačiau galima pažymėti ir skirtingų tyrimų rezultatų prieštaringumą bei neatsakytų klausimų gausą, ypač kalbant apie tai, kokios psichologinio funkcionavimo sritys nukenčia labiausiai, kaip skiriasi psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų poveikis psichologiniam funkcionavimui bei kiek sveikatos sutrikimų įtaka psichologiniam funkcionavimui reikšminga įvertinus kitus veiksnius, tokius kaip lytis, amžius, šeimos sudėtis, sutrikimo pobūdis ir pan. Nors pagrindinis šio darbo tikslas – atskleisti psichologinės pagalbos galimybes gerinti sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinį funkcionavimą, įvertinus darbu surinktų duomenų apie šių paauglių psichologinį funkcionavimą gausą bei panašių tyrimų stoką, nutarta panagrinėti, kiek ir kokiose srityse sveikatos sutrikimas paveikia psichologinį funkcionavimą bei kiek jis svarbus šalia kitų veiksnių, taip pat lemiančių psichologinio funkcionavimo lygį. Remiantis negausiais kitų autorių tyrimų duomenimis, darbe keliami prielaidai, kad psichikos sveikatos sutrikimas turi didesnę neigiamą poveikį paauglių psichologiniam funkcionavimui.

Šiame kontekste labai svarbu panagrinėti teorines prielaidas, aiškinančias, kodėl ir kaip sveikatos sutrikimas prisideda prie paauglių psichologinio funkcionavimo problemų atsiradimo.

Nagrinėjant paauglių psichologinės-socialinės adaptacijos procesą ir rezultatus, teoriniu pagrindu dažniausiai renkama kognityvinės psichologijos idėja (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005), o konkrečiai – Lazarus ir Folkman (1984) pasiūlyta transakcinė streso ir jo įveikos teorija (Compas, 2004; Grakauskas, 2004; Lazarus, 1993). Anot šio modelio, stresorių gausa (kurių sergant smarkiai padaugėja) ir paauglio reakcijos bei įveikos pastangos ir lemia funkcionavimo sunkumų atsiradimo rizikos ir atsparumo laipsnį (Compas, 2004). Šioje teorijoje stresas apibrėžiamas kaip santykio tarp asmens ir aplinkos sąlygų, kurias asmuo vertina kaip pavojų ar iššūkį, rezultatas. Pagrindiniais kintamaisiais asmens ir aplinkos sąveikoje autoriai įvardijo kognityvinę situacijos įvertinimą ir streso įveikos procesą. Kognityvinis situacijos įvertinimas nulemia, ką asmuo laikys grėsme ar iššūkiu. Jei suvokiama grėsmė viršija asmens galimybių, turimų resursų ribas ir grasina jo gerovei, patiriamas stresas (Grakauskas, 2004; Lazarus, Folkman, 1984).

Tuo tarpu streso įveika suprantama kaip procesas, kurio metu asmuo fiziškai arba per kognityvinę veiklą siekia sumažinti įvykio keliamą grėsmę – suvaldyti neigiamą aplinkos įtaką. Priklausomai nuo įveikos procesų ir pasirinktos strategijos, galimos trumpalaikės arba ilgalaikės adaptacijos pasekmės, kurios gali būti teigiamos arba neigiamos (Compas, 2004; Grakauskas, 2004; Lazarus, Folkman, 1984). R. Lazarus ir S. Folkman teorijoje nurodomi du streso įveikos tipai – į problemą orientuota (kai aktyvūs veiksmai nukreipiami tiesiogiai į stresorių, siekiant jį panaikinti, išspręsti problemą) ir į emocijas orientuota (kai veiksmai nukreipiami į neigiamų emocijų, kylančių stresoriaus poveikyje, kontrolę, t. y. keičiama ne aplinka, o jos suvokimas) įveika (Grakauskas, 2004; Lazarus, Folkman, 1984). Kiti autoriai (J. D. A. Parker ir N. S. Endler; J. H. Amirkhan) teigia, kad dviejų streso įveikos strategijų nepakanka paaiškinti visos įveikos būdų įvairovės ir išskiria dar dvi strategijas – vengimas ir socialinės paramos strategija (Compas, 2004; Grakauskas, Valickas, 2006). Tyrimų rezultatai rodo, kad tiek sveikų, tiek ir sveikatos sutrikimų turinčių paauglių geresnis psichologinis funkcionavimas susijęs su aktyvių tiesiogiai į problemos sprendimą nukreiptų arba socialinės paramos paieškos streso įveikos strategijų naudojimu, o blogesnis – su vengimo ar kitų pasyvių, į emocijas orientuotų strategijų naudojimu (Grakauskas, 2004; Kalpokienė, 2005; Lazarus, Folkman, 1984; Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, Wolters, 2002; Sondaitė, Žukauskienė, 2004).

R. Lazarus ir S. Folkman (1984) teorijoje pabrėžiama, kad tiek kognityvinis vertinimas, tiek ir streso įveikos efektyvumas priklauso nuo prieinamų fizinių (sveikata, energija), psichologinių (teigiamos nuostatos, kognityviniai sugebėjimai), socialinių (socialinė kompetencija, socialinė parama), materialinių išteklių bei galimybių/sugebėjimo jais pasinaudoti.

Empirinių tyrimų rezultatai iš tiesų patvirtina, kad sunkius išgyvenimus keliantys gyvenimo įvykiai susiję su psichologinio funkcionavimo sunkumais paauglystėje. Be to, stresorių poveikis

pasizymi kumuliaciniu efektu, t. y. atskiri silpni stresoriai per ilgesnį laiką sumuojasi (Grant, 2003, cituojama Compas, 2004). Taip pat patvirtinta, kad funkcionavimo sunkumus lemia ne pats stresorius, bet tarpininkaujantys mechanizmai (t. y. procesai – streso įveikos strategijos, kognityvinis stilius, santykiai šeimoje – kurie aktyvuojami atsiradus stresoriui ir lemia adaptacijos rezultatus) bei rizikos arba apsauginiai veiksniai (t. y. paauglio ir jo aplinkos charakteristikos – lytis, amžius, temperamentas, socialinis palaikymas – trukdančios arba padedančios įveikti stresoriaus poveikį) (Grant, 2003, cituojama iš Compas, 2004; Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, Wolters, 2002). Galiausiai tyrimų rezultatai rodo, kad sąveika tarp stresorių, tarpininkaujančių veiksnių, mechanizmų ir besiformuojančių sunkumų yra abipusė ir nuolat kintanti, t. y. neretai stresorius sukelia pradinius simptomus, kurie, pasireikšdami elgesyje ir paveikdami aplinką, sukelia paaugliui dar daugiau neigiamų išgyvenimų, taip suaktyvindamas psichopatologijos vystymosi ciklą (Grant, 2003, cituojama iš Compas, 2004).

Kognityvinė streso ir jo įveikos teorija naudojama aiškinant sveikatos sutrikimo įtaką psichologiniam funkcionavimui. Pavyzdžiui, H. Leventhal su kolegomis (cituojama, iš Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005) pasiūlė savireguliacinį ligos suvokimo ir įprasminimo modelį (angl. *self-regulatory model*). Po ilgų tyrimų autoriai sergančių asmenų mintis apie ligą sugrupavo atsižvelgdami į penkias dimensijas, kurios svarbios asmeniui įprasminant ligą ir nulemia ar ji bus suvokiama kaip grėsmė asmens gerovei:

1. Ligos tapatybė: susirgęs asmuo įprasmina patiriamus simptomus priskirdamas juos atitinkamos ligos prototipui, kurie susiformuoja asmens socializacijos metu. Ligos tapatybė apima asmens įsitikinimus apie ligos simptomus (akivaizdžius ir numanomus), pavadinimą ir sunkumą.
2. Ligos priežastys: anot atribucijų teorijos, žmonės reikšmingiems įvykiams, taip pat ir ligai, linkę priskirti tam tikras subjektyviai suvokiamas priežastis. Svarbu prisiminti, kad priežastinės atribucijos ne tikrai leidžia asmeniui paaiškinti įvyki, bet lemia ir tai, kokių tolesnių veiksmų asmuo imsis siekdamas prisitaikyti naujoje situacijoje.
3. Ligos trukmė: subjektyviai suvokiama ligos eigos ir keliamo pavojaus trukmė.
4. Ligos pasekmės: subjektyviai suvokiamos fizinės, socialinės, ekonominės ir emocinės pasekmės.
5. Išgijimo galimybės/ligos kontrolės laipsnis: kiek ligos simptomai paveikiami gydymo.

Šioje teorijoje atskleidžiama, kad sveikatos sutrikimo keliamos grėsmės suvokimui svarbu ne tiek sutrikimo pobūdis ar specifiniai simptomai, kiek bet kuriam sutrikimui daugiau ar mažiau būdingos charakteristikos, t. y. grėsmės suvokimą lemia ne paties sutrikimo specifika, bet jam būdingų charakteristikų subjektyvi interpretacija. Iš tiesų šiame kontekste pastaruoju metu dažniausiai nagrinėjamas klausimas – skirtingo pobūdžio stresorių (taigi ir skirtingo pobūdžio

sveikatos sutrikimų) poveikio psichologiniam funkcionavimui specifiškumas (Grant, 2003, cituojama iš Compas, 2004). Literatūroje nėra vienareikšmio atsakymo, ar pats sveikatos sutrikimas, kaip paauglio aktyvumą ir socialinį gyvenimą ribojantis ir stresorių skaičių didinantis veiksnys, susijęs su psichologinio funkcionavimo sunkumų atsiradimu (t. y. poveikis nespecifinis), ar tam tikro pobūdžio sveikatos sutrikimas (pvz., somatinis ar psichikos) specifiškai susijęs su paauglio sunkumais konkrečioje funkcionavimo srityje (Compas, 2004; McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003). Prieinamų tyrimų ir jų apžvalgų rezultatai labiau pagrindžia specifiškumo nebuvimo hipotezę: rodo, kad tie patys stresoriai (įskaitant ir sveikatos sutrikimą) sukelia skirtingas reakcijas ir problemas, o tas pačias reakcijas ir problemas gali sukelti skirtingi stresoriai (McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003).

Todėl, kalbant apie sveikatos sutrikimų įtakos psichologiniam funkcionavimui tyrimus, dabar vis dažniau remiamasi R. Stein su kolegomis (1993, cituojama iš Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003, ir Stein, Silver, 1999) pasiūlytu nekategoriniu modeliu (angl. *non-categorical approach*), pagal kurį psichologinis funkcionavimas nagrinėjamas ne kaip specifinio sveikatos sutrikimo, o kaip bendrų visiems sutrikimams (tačiau pasireiškiančių skirtingu laipsniu) charakteristikų, tokių kaip požymių/simptomų matomumas, pavojus gyvybei, poveikis kasdieniam funkcionavimui, rezultatas. Tyrimai patvirtina, kad ligos sunkumas ir pobūdis (išskyrus smegenų pažeidimą) šalia kitų veiksnių prastai prognozuoja paauglių psichologinio funkcionavimo sunkumų atsiradimą (Bishop, 2005; McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003; Witt, Riley, Coiro, 2003). Nustatyta, kad paauglio psichologinį funkcionavimą apsunkina ne tiek ligos pobūdis ar sunkumas, kiek subjektyvus savęs kaip sergančiojo (drauge ir „kitokio“, „apriboto“) vertinimas. Tai gali sukelti nemažai neigiamų išgyvenimų – išskirtinumo, socialio apleistumo, kaltės, gėdos, liūdesio, nerimo jausmus (Kyngās, 2000; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003; Williams, Colder, Richards, Scalzo, 2002). Iš tiesų vaikų ir paauglių apklausos parodė, kad jie sveikatą dažniausiai apibūdina kasdieninio gyvenimo terminais, o tokiam apibūdinime svarbios trys dimensijos: funkcionalumas (pvz.: galimybė sportuoti), psichikos sveikata (pvz.: galimybė džiaugtis gyvenimu), galimybė gyventi „sveikųjų“ gyvenimą. Tuo tarpu liga dažniausiai suvokiama kaip apribojimų šiose srityse šaltinis (Lesinskienė, 2001; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005). Kita vertus, somatinėmis ligomis sergančių paauglių tyrimai parodė, kad vaiko, tėvų ir šeimos charakteristikos bei santykiai šeimoje labiau susiję su vaiko psichologinio funkcionavimo lygiu nei ligos charakteristikos, tokios kaip trukmė, sunkumas ar pobūdis (Grigaliūnienė, Burba, Laukienė, Jaras, Jankuvienė, 2006; Mash, Wolfe, 2002; Witt, Riley, Coiro, 2003).

Tiek streso ir jo įveikos teorijos, tiek ir nekategorinio modelio idėjos gerai atsiskleidžia ir R. J. Thompson su kolegomis (1993, 1998, cituojama iš Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003, ir Mash, Wolfe, 2002) pasiūlytame transakciniame streso ir adaptacijos esant sveikatos sutrikimui modelyje,

kuris gerai iliustruoja adaptacijos proceso daugiaplaniškumą ir lemiančių veiksnių gausą. Ir šio modelio autoriai sveikatos sutrikimą laiko stresoriumi, kuris priverčia vaiką ir jo artimuosius adaptuotis prie pakitusių gyvenimo sąlygų. Šį procesą ir jo sėkmę lemia tokie veiksniai:

- Sveikatos sutrikimo ypatumai (pobūdis, sunkumas): nors kiekvienas sveikatos sutrikimas pasižymi unikaliais ypatumais, autoriai teigia, kad nagrinėjant adaptacijos procesą svarbiau ne sutrikimo pobūdis, o kiek sutrikimas paveikia vaiko gyvenimą, t. y. kiek sutrikimas matomas aplinkiniams; sunkus ir gresia gyvybei; progresuoja; reikalauja sudėtingų ar skausmingų gydymo procedūrų; paveikia fizinį ir pažintinį vaiko funkcionavimą, taip trukdydamas atlikti kasdienes darbus.
- Asmeninės charakteristikos (lytis, amžius ir socialinė-ekonominė padėtis): nustatyta, kad lėtinėmis ligomis sergantys berniukai susiduria su didesniais adaptacijos sunkumais nei mergaitės. Be to, berniukai dažniau susiduria su elgesio sunkumais, o mergaitės – su emociniais- nuotaikos ir savivertės sunkumais. Adaptacijos procesui svarbus ir vaiko amžius bei kokio amžiaus jis susirgo.
- Šeimos funkcionavimas: šiame modelyje teigiama, kad sėkminga tėvų adaptacija prie vaiko sveikatos sutrikimo užtikrina reikiamą emocinę ir fizinę paramą vaikui bei lemia geresnę vaiko adaptaciją. Čia svarbus ir šeimos funkcionalumas apskritai, kuris apibūdinamas turimais resursais – ar šeima gali užtikrinti tinkamą sergančio vaiko priežiūrą ir globą – bei psichologinė atmosfera ir bendravimo kokybė šeimoje.

Taigi, autorių nuomone, stresoriaus kaip grėsmės ar iššūkio suvokimas priklauso ne tiek nuo paties stresoriaus (mūsų atveju – sveikatos sutrikimo) charakteristikų, kiek nuo psichologinių ir socialinių išteklių, prieinamų konkrečioje situacijoje. Jei stresoriaus keliamas pavojus nėra didelis (nežymus sutrikimas), sėkmingai adaptacijai užtenka nedaug pastangų/pokyčių psichologinėje ar socialinėje sferose. Tačiau esant stipriam stresui (sunki, lėtinė liga), turimų resursų gali nepakakti ir adaptacija nebus sėkminga, o tai gali sąlygoti sumaištį psichologinėje ar socialinėje sferoje (Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003). Beje, vaikų ir paauglių atveju reikia prisiminti, kad dėl mąstymo, socialinės raidos ypatumų, šis modelis gali veikti kitaip. Pavyzdžiui, vaikas socialiniais resursais gali nepasinaudoti, suvokdamas juos kaip nuo jo nepriklausančius, o streso šaltiniu gali tapti ne pats sveikatos sutrikimas, o gydymas ar gulėjimas ligoninėje. Iš tiesų tyrimų rezultatai rodo, kad kartais (dėl paauglio mąstymui būdingų ypatumų, pvz., egocentiškumo ar absoliutumų) paaugliai, susidūrę su stresine situacija, nepasinaudoja turimais resursais, nes vertina juos kaip neprieinamus (pvz., „niekas manęs nesupras“) arba pervertina sutrikimo ir jo sukurtą gyvenimo apribojimų (gulėjimo ligoninėje, gydymo procedūrų) rimtumą ir ilgalaikiškumą. Todėl paauglių grupėje psichologinio funkcionavimo sunkumų galima laukti ir esant sąlyginai nestipriam stresoriui (Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003; Mash, Wolfe, 2002).

Pagrindinė iki šiol aptartų teorinių modelių, besiremiančių kognityvinės psichologijos perspektyva, kritika susijusi su tuo, kad čia žmonių įsitikinimai ir įvykių bei reiškinių interpretacijos suprantamos kaip statiški, ryšio su socialine aplinka neturintys dariniai (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003). Reikia atkreipti dėmesį, kad tokia modelyje mažai atsižvelgiama į aplinką ir jos vaidmenį adaptacijos procese. Nors šis elementas kognityvinėje streso teorijoje netiesiogiai minimas (kaip galimų stresorių šaltinis, apsauginis veiksnys, resursų šaltinis, streso įveikos strategijų objektas), tačiau mechanizmai, kuriais socialinė aplinka paveikia adaptacijos procesą ir rezultatus, aiškinami minimaliai. Todėl pastaruoju metu tyrinėjant ligos suvokimo ir įprasminimo procesą dažniau remiamasi dinamiškesne socialine perspektyva. Šios krypties atstovai pabrėžia, kad ligos įprasminimas vyksta socialiniame kontekste ir nuo jo priklauso (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005).

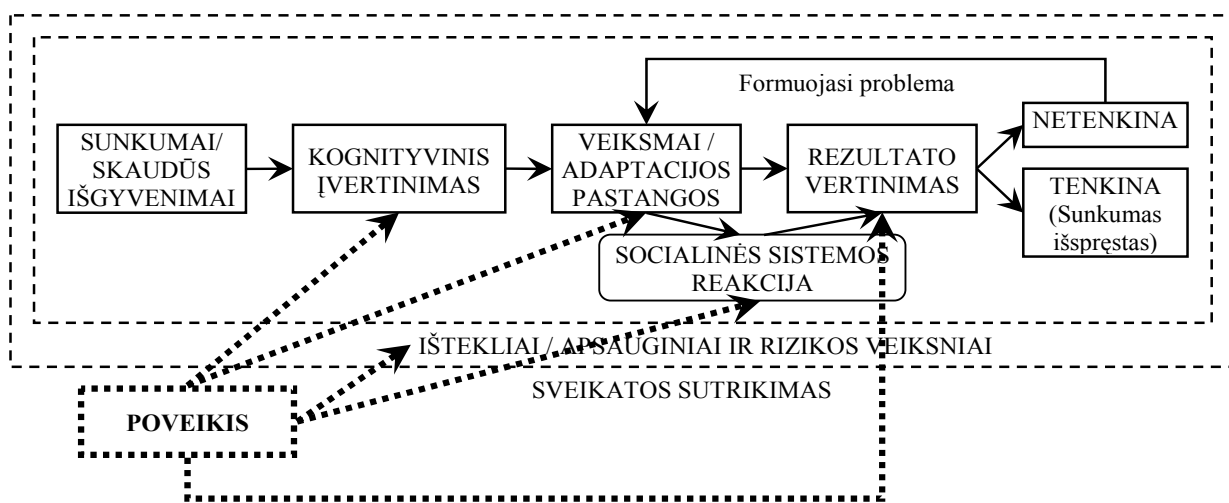
Pastaruoju metu žmogaus raidą ir psichopatologijos vystymąsi tyrinėjantys autoriai pabrėžia, kad svarbu socialinę aplinką suvokti ne tik kaip vieną iš raidos procesui būdingų veiksnių, bet atkreipia dėmesį ir į sisteminių socialinės aplinkos aspektą, kuris svarbus suvokiant raidą, psichopatologijos vystymąsi ir ieškant pagalbos paaugliui galimybių (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005; Mash, Wolfe, 2002; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003). Šis aspektas svarbus ir darbe tyrinėjamam poveikio metodui (*į sprendimus sutelktas trumpalaikis konsultavimas*), aiškinant problemų, dėl kurių klientai kreipiasi pagalbos, kilmę ir poveikio mechanizmus. *Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* autoriai, kaip ir daugelis strateginių, postmodernistine tradicija paremtų psichologinės pagalbos metodų, savo teorines prielaidas apie socialinių sistemų veikimą grindžia kibernetikos idėjomis. Kibernetikos idėjas socialinių sistemų, ypač šeimos, funkcionavimo ir sunkumų formavimosi aiškinimui pirmasis pritaikė G. Bateson (Rohrbaugh, Shoham, 2001). Jis, aiškindamas šizofrenijos etiologiją, rėmėsi iš kibernetikos perimtu grįžtamojo ryšio kilpos modeliu. Jo idėjos ne tik paskatino gilintis į socialinio konteksto svarbą asmeninių sunkumų atsiradimui, bet ir smarkiai paveikė šeimos psichoterapijos raidą. Vėliau jo idėjas toliau vystė Palo Alto mieste (JAV) įkurto Psichikos tyrinėjimų instituto (*Mental Research Institute*) komanda. G. Bateson ir Palo Alto komandos idėjos plačiau aptariamoms 2.2 skyriuje. Dabar trumpai panagrinėsime, kaip kibernetikos idėjos gali padėti geriau suprasti psichologinio funkcionavimo sunkumų atsiradimo ir vystymosi procesą. Šiame modelyje sunkumai, kylantys kaip adaptacijos pastangų pasekmė, vertinami kaip socialinis fenomenas. Panašiai kaip ir streso teorijoje teigiama, kad, susidūręs su sunkumu arba grėsmę keliančiu įvykiu ar reiškiniu, asmuo imasi veiksmų, siekdamas sunkumą kontroliuoti, pašalinti arba užkirsti jam kelią. Dėl glaudžių tarpusavio sąveikų ir veikiančio grįžtamojo ryšio socialinėje sistemoje, asmens veiksmai susilaukia aplinkinių reakcijos. Nustatyta, kad tokia reakcija kartais paskatina „ironiškų“

procesų sistemoje formavimasi, t. y. pritaikius sprendimo strategiją, kuri susilaukia neigiamos sistemos reakcijos (aplinkiniai mano, kad elgesys netinkamas ir savo ruožtu imasi veiksmų pašalinti šį „sunkumą“), stengiamasi dar labiau ir taikoma dar daugiau tos pačios strategijos, o tai sukelia dar stipresnę aplinkinių reakciją, kuri verčia asmenį dar labiau „stengtis“. Taigi, situaciją kaip nepageidautiną suvokiantys sistemos nariai, užuot keitę elgesio strategiją į efektyvesnę, taiko daugiau tos pačios neefektyvios strategijos, o ilgainiui tokios pastangos „spręsti“ sunkumą jį tik sustiprina. Blogiausia, kad laipsniškai tokie santykiai sistemoje gali peraugti į nuolatinę homeostazės būseną, kai bet koks pokytis skatina imtis veiksmų, kuriais siekiama išlaikyti homeostazę – palaikyti sistemoje esamas problemas. Tokiu būdu pamažu į problemos ciklą įtraukiama vis daugiau asmenų ir aspektų (elgesio, emocijų ir t. t.); tai didina įtampą sistemoje ir ilgainiui gali sąlygoti netinkamą elgesį ar reakcijų į aplinką įsitvirtinimą asmens ar sistemos struktūroje ir peraugti į psichopatologiją (deShazer, 1991; Rohrbaugh, Shoham, 2001). Tyrimų ir klinikinių stebėjimų rezultatai patvirtina tokių „ironiškų“ problemos ciklų egzistavimą ne tik tarpasmeninėse, bet ir asmeninėse (kai asmuo imasi veiksmų stengdamasis įveikti vidinius sunkumus – mintis, negalėjimą užmigti, nerimą, o nesulaukęs norimo rezultato stengiasi dar labiau, taip tik sustiprindamas sunkumo intensyvumą) sistemose (Brehm, Brehm, 1981; Christensen, Heavey, 1993; Driscoll, Davis, Lipetz, 1972; Wegner, 1994, visi cituojami iš Rohrbaugh, Shoham, 2001). Taigi, remiantis šiomis idėjomis, socialinę sistemą ir jos reakcijas į asmens bandymus spręsti kylančius sunkumus galima laikyti tarpininku tarp asmens adaptacijos pastangų ir šių pastangų rezultato.

Apibendrinant diskusiją apie sveikatos sutrikimo poveikį paauglių psichologiniam funkcionavimui, galima išskirti keletą šioje tyrimų srityje pastaruoju metu pastebimų tendencijų: (1) sveikatos sutrikimas dažniausiai suprantamas kaip krizė ar stresorius, reikalaujantis paauglio ir jo artimųjų pastangų, siekiant adaptuotis pasikeitus gyvenimo sąlygoms, o adaptacijos sėkmingumas nulemia psichologinio funkcionavimo lygmenį; (2) užuot tyrinėjus paauglius, sergančius skirtingomis ligomis, pereinama prie nekatgorinio požiūrio, t. y. atsižvelgiama ne į diagnozę, o į simptomų įtaką kasdieniam funkcionavimui ir subjektyvų ligos išgyvenimą; (3) nuo paauglio tyrinėjimo pereinama prie paauglio tyrinėjimo socialiniame kontekste, kuriame veikia rizikos ir apsauginiai veiksniai, vystosi liga, iškyla psichologinio funkcionavimo sunkumų, imamasi veiksmų jiems spręsti, kurie dėl „ironiškų“ procesų socialinėse sistemose kartais perauga į psichopatologiją (Brown, 2005; Knapp, 1998).

Toliau pateikiama schema (1 paveikslas), kurioje apibendrinamos aptartos teorijos ir tyrimų rezultatai, aiškinantys sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų atsiradimo mechanizmus.

Remiantis paveiksle pavaizduotu teoriniu modeliu, psichologinį funkcionavimą galima suprasti kaip adaptacijos pastangų (veiksmai siekiant įveikti patiriamus sunkumus) rezultata. Iškilus sunkumui arba patyrus skaudų išgyvenimą, pirmiausiai, remiantis R. Lazarus streso teorija, vyksta jo kognityvinis vertinimas, t. y. įvertinama grėsmė sistemos pusiausvyrai. Remiantis nekategoriniu modeliu, kognityviniam vertinimui svarbus ne tiek stresoriaus pobūdis ar reali keliama grėsmė, kiek subjektyviai suvokiama grėsmė ir jai įveikti būtinų resursų reikalingumas bei prieinamumas (paaugliams dėl kognityvinės veiklos ypatumų būdinga pervertinti grėsmę, tad stresas gali kilti veikiant palyginti silpnam stresoriui, o taip pat paaugliai linkę neįvertinti turimų išteklių ir jų prieinamumo, todėl dažnai jie nepanaudojami).



1 pav. Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų vystymasis

Situaciją suvokus kaip grėsmingą, imamasi veiksmų, kuriais siekiama sumažinti grėsmę, išvengti neigiamų pasekmių ir pan. Asmens veiksmai, remiantis Palo Alto instituto modeliu, suaktyvina socialinės sistemos grįžtamojo ryšio kilpą, kai veiksmų efektyvumo vertinimą veikia ne tik tai įveikos veiksmais pasiekti įtampos mažinimo rezultatai, bet ir socialinės aplinkos reakcijos, pasireiškiančios kaip pastangos koreguoti asmens veiksmus („pagalba“), kurios dėl „ironiškų procesų“ sistemoje pasireiškimo ne tik nepadeda sumažinti įtampos, bet neretai ją ir padidina, ir tai lemia problemos ciklo formavimąsi. Šitai paaiškina, kodėl daugelyje teorinių modelių pabrėžiama, kad vaikų ir paauglių problemos formuojasi esant glaudžiam santykiui su artimiausia socialine aplinka (nuo kurios reakcijų jie labai priklausomi), o vėliau tokia aplinkos įtaka laipsniškai mažėja. Taigi, paaugliui labai svarbi palaikanti ir į jo interesus atsižvelgianti socialinė aplinka, kuri gali suvaidinti apsauginio veiksnio vaidmenį, padėdama paaugliui rasti išeitį stresinėje situacijoje, o ne ją dar labiau komplikudama. Beje, toks problemos ciklas gali susiformuoti ir neįsikišus socialinei aplinkai, kai savo veiksmais nepasiekęs norimo rezultato asmuo dar labiau stengiasi taisyti padėtį, taiko tą pačią strategiją, kuri ne sumažina, bet padidina problemos intensyvumą. Taigi, kartais

psichologinio funkcionavimo sunkumų priežastimi gali tapti ne išorinis veiksnys, o paties asmens veiksmai, sukelti aplinkinių ir savo paties reakcijas, kurios gali tapti streso šaltiniu.

Taip pat paveiksle matyti, kad labai svarbus vaidmuo šiame procese tenka apsauginiams ir rizikos veiksniams bei paaugliui prieinamiems resursams. Palanki asmenybės bruožų kombinacija, socialinė parama namuose ir bendraamžių grupėje, tinkamas auklėjimas, adaptyvių elgesio ir sunkumų įveikimo modelių šeimoje taikymas suteikia paaugliui galimybę jaustis pajėgiam įveikti kylančius sunkumus, padidina reagavimo veiksnių pasirinkimo spektrą – didina paauglio atsparumą. Ir atvirkščiai – minėtų veiksnių stoka (ar dar blogiau – rizikos veiksnių buvimas, pvz., tokių kaip neadaptyvūs asmenybės bruožai, nepalanki socialinė aplinka, neadaptyvių elgesio modelių šeimoje buvimas, netinkamas auklėjimas) didina riziką patirti skausmingus įvykius, riboja resursų prieinamumą, nesuteikia pagalbos atrasti tinkamus sprendimus sunkumams įveikti ir netgi pastiprina netinkamus elgesio modelius, taip didindama paauglio pažeidžiamumą (Compas, 2004). Svarbu prisiminti, kad mūsų atveju adaptacijos procesas vyksta sveikatos sutrikimo fone, kuris paauglystėje dažnai suvokiamas kaip ribojantis, grėsmę keliantis reiškinys, kuris, subjektyviai įvertinus simptomų rimtumą, ateities perspektyvas ir pan., gali tapti stresoriumi arba padidinti neigiamų, įtampą keliančių išgyvenimų skaičių, užaštrinti anksčiau buvusius sunkumus, sumažinti prieinamų išteklių rezervą ir tokiu būdu padidinti psichologinio funkcionavimo sunkumų atsiradimo tikimybę, o tai patvirtina ir anksčiau minėtų tyrimų rezultatai.

Kalbant apie sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų atsiradimą, dar kartą reikia pabrėžti, kad dažniausiai šiame kontekste diskutuojama apie tai, ar skirtingi sveikatos sutrikimai – dėl skirtingos simptomatikos ar kitokių priežasčių – susiję su problemų skirtingose psichologinio funkcionavimo srityse atsiradimu, ar vis dėlto svarbiau ne sutrikimo pobūdis, bet visiems sveikatos sutrikimams bendros charakteristikos. Remiantis 1 paveiksle pavaizduota schema, galima manyti, jog psichikos ir somatinės sveikatos sunkumų turintiems paaugliams šis modelis veikia skirtingai. Somatinės sveikatos sutrikimas, kaip paauglio funkcionavimą ribojantis veiksnys, šiame modelyje galėtų užimti skaudžių išgyvenimų vietą, o likęs procesas galėtų vykti taip, kaip aprašyta aukščiau. Tuo tarpu psichikos sveikatos sutrikimas gali būti suprantamas kaip nesėkmingos adaptacijos esant kitiems stresoriams (skaudūs įvykiai, problemos šeimoje ir pan.) rezultatas, pasireiškiantis psichopatologijos simptomatika. Tačiau, remiantis šiuo modeliu, galima manyti, kad dėl adaptacijos proceso cikliškumo, pradiniai sutrikimo simptomai, dėl socialinėse sistemose vykstančių procesų, paskui save gali sukelti sunkumų ir kitose psichologinio funkcionavimo srityse arba sustiprinti jau esamus sunkumus. Remiantis šiomis prielaidomis, psichikos sveikatos sutrikimų atveju galima laukti daugiau ir sunkesnių psichologinio funkcionavimo problemų nei somatinės sveikatos sutrikimų atveju (ką ir atspindi pirmasis ginamasis teiginys).

Paskutinis klausimas, kurį būtina aptarti šiame skyriuje – į ką galėtų būti nukreiptos pastangos gerinti sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinį funkcionavimą. Remiantis pateiktu teoriniu modeliu, intervencijas galima nukreipti į keletą elementų (1 pav.). Kadangi kognityvinis situacijos vertinimas pirmasis ir vienas svarbesnių adaptacijos procesų, o dėl raidos sąlygotų mąstymo ypatumų paauglystėje situacija ne visada vertinama adekvačiai, psichologinė pagalba galėtų būti skirta būtent šio proceso korekcijai, padedant paaugliui praplėsti situacijos vertinimą, apsvarstyti keletą situacijos vertinimo alternatyvų ir pasirinkti adaptyviausią. Išteklių prieinamumas ir gebėjimas jais pasinaudoti taip pat labai svarbus adaptacijos proceso elementas, tad galėtų būti psichologinės pagalbos objektu, siekiant padėti paaugliui atrasti turimus vidinius ir išorinius išteklius bei jų išnaudojimo būdus. Galiausiai galima koreguoti elgesį, padedant suplanuoti alternatyvius, produktyvesnius sunkumų įveikimo ar reagavimo į įvykius veiksmus. Beje, nereikėtų pamiršti ir socialinės sistemos, kurios vaidmuo adaptacijos procese mūsų nagrinėjamos teorijos kontekste ypač svarbus, t. y. nauji veiksmai turėtų būti ne tiktai adaptyvesni įveikiant sunkumus, bet ir turėtų sudaryti sąlygas susilaukti konstruktyvesnių socialinės sistemos reakcijų, kurios tada padėtų nutraukti „ironišką“ problemos ciklą, skatinantį neadaptyvų elgesį.

Vėliau darbe bus aptartos pasirinkto poveikio metodo (*SSTK*) galimybės koreguoti minėtus elementus, tačiau prieš tai apžvelgiami tyrimai, liudijantys apie tokios korekcijos sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams būtinumą, poreikį ir galimybes.

2.1.3. Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo korekcijos svarba ir galimybės

Daugelio tyrimų rezultatai rodo, kad paauglystėje kylančios psichologinio funkcionavimo problemos, jei laiku nepastebimos ir nesprenžiamos, ilgainiui gali peraugti į rimtus psichikos sutrikimus (Lerner, 1998; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003). Nustatyta, kad asmenys, paauglystėje patyrę psichikos sveikatos sunkumų, suaugę psichikos ligomis serga dvigubai dažniau nei tokių sunkumų paauglystėje nepatyrę (Jacobson, Churchill, Donovan, Garralda, Fay, 2002). Be to, somatinės sveikatos sutrikimų turinčių asmenų psichologinio funkcionavimo problemos susijusios su mažesne motyvacija dalyvauti gydymo procese (Kyngäs, 2000; Putman, Adams, 1992), tokie pacientai neretai apsunkina ir specialistų darbą – tai smarkiai sumažina reabilitacijos galimybes ir paties paciento pasitenkinimą gydymu (Kendall, Buys, 1998; Michaud, Suris, Viner, 2004; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003). Todėl pagrindinis psichologų, dirbančių su sveikatos sutrikimų turinčiais paaugliais, uždavinys – laiku nustatyti kylančius sunkumus, o dar geriau – iš anksto juos numatyti ir suteikti savalaikę bei efektyvią pagalbą, kol neišsitvirtino neadaptyvios elgesio strategijos (McMahon, Grant, Compas, Thurm, Ey, 2003; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003).

Deja, apklausų įvairiose šalyse rezultatai liudija, kad egzistuojanti sveikatos priežiūros sistema neužtikrina, kad sveikatos sunkumų turinčių paauglių ir jų šeimų psichologinės ir socialinės pagalbos poreikiai bus adekvačiai patenkinti – nustatyta, kad tik ketvirtadalis paauglių – dėl somatinės sveikatos sutrikimų patiriantys psichologinių sunkumų – susilaukia psichikos sveikatos priežiūros specialistų pagalbos. Tas pat pasakytina ir apie kai kurių psichikos sveikatos sunkumų turinčius paauglius, kurių sunkumai (ypač taip vadinami vidiniai – nuotaikos, savęs vertinimo, nerimo) neretai nepastebimi, kol neperauga į rimtus sutrikimus (Bauman, Drotar, Leventhal, Perrin, Pless, 1997).

Svarbu pabrėžti, kad tokia padėtis nebūtinai atspindi vien psichologinių žinių ar pagalbos sveikatos priežiūros sistemoje trūkumą, bet ir sveikatos sutrikimų turinčių paauglių bei jų šeimų psichologinius ypatumus, į kuriuos būtina atsižvelgti siekiant efektyvios pagalbos. Manoma, kad nustatyto gydymo plano nesilaikymas ir motyvacijos dalyvauti procedūrose stoka nebūtinai rodo nepasitikėjimą ar nepasitenkinimą gydytojų komanda, o tai gali būti susiję su pažintinės raidos ypatumais – formalių operacijų stadijos nepasiekęs paauglys gali nesugebėti numatyti ilgalaikių ligos pasekmių ir gydymo naudos (Michaud, Suris, Viner, 2004). Nustatyta, kad dauguma (70 proc.) somatoforminių sutrikimų turinčių paauglių ir jų tėvų, net po nemažai gydytojų apžiūrų ir paaiškinimų, linkę manyti, kad sutrikimo priežastys ir palaikantys veiksniai yra biologinės prigimties, tad psichologinė pagalba jiems nebūtina, ir tik 20 proc. sutinka, kad sutrikimą lėmė biologinių ir psichologinių-socialinių veiksnių sąveika (Garralda, 2004). Kita galima priežastis, dėl kurios sveikatos sutrikimų turintys paaugliai dažnai nesulaukia psichologinės pagalbos – kai kurie psichologiniai paauglystės amžiaus ypatumai, sąlygoti raidos ir galintys paveikti konsultavimo procesą ir rezultatus: menka motyvacija kreiptis pagalbos, problemų nepripažinimas ar nesuvokimas, sunkumai užmezgant ir palaikant artimą ryšį su suaugusiu asmeniu, aukštas konsultavimo nutraukimo procentas (tyrimai rodo, kad konsultavimą anksčiau laiko nutraukia 40 – 60 proc. paauglių (Kazdin, 2003)), požiūris į konsultavimą kaip moralizavimą, kaltų paiešką, tėvų bausmę (jei paauglys atvedamas tėvų), kišimasi į asmeninę erdvę (Corcoran, Stephenson 2000; Kazdin, 2003; Lethem, 2002). Be to, tyrimų rezultatai rodo, kad pagalbos į draugus ir specialistus dažniau kreipiasi mergaitės ir vyresnio amžiaus paaugliai (15 – 18 metų) (Schonert-Reichl, Muller, 1996).

Tačiau negalima atmesti prielaidos, kad ir pačių specialistų ar pagalbos metodų ypatumai prisideda prie paauglių nenoro priimti pagalbą. Tyrimų rezultatai rodo, kad sveikatos priežiūros sistemoje diagnozė ir gydymo procedūros bei eiga dažniausiai aptariamos su tėvais, o ne pačiais paaugliais (Suris, Michaud, Viner, 2004). Tuo tarpu kokybinių tyrimų rezultatai atskleidė keletą nuostatų, kurias sergantys paaugliai įvardijo kaip ypač svarbias ir norėtų, kad sveikatos priežiūros personalas jomis vadovautųsi savo darbe: (1) elkis su manimi kaip su asmenybe; (2) pabandyk

suprasti; (3) neišskirk manęs iš kitų; (4) padrąsink mane; (5) nespauk manęs; (6) suteik man galimybę rinktis; (7) turėk jūmorą jausmą; (8) žinok, ką darai (Woodgate, 1998, cituojama iš Michaud, Suris, Viner, 2004). Akivaizdu, kad sveikatos priežiūros sistemos specialistai ne visada atsižvelgia į tokias nuostatas. Todėl pastaruoju metu pabrėžiama, kad būtina į gydymo procesą įtraukti patį paauglį, atsakyti į jo klausimus, t. y. formuoti bendrą gydytojo, tėvų ir paauglio gydymo viziją, leisiančią kurti bendradarbiavimo atmosferą ir suvienyti pastangas siekiant suteikti reikalingą pagalbą sveikatos sutrikimų turinčiam paaugliui (Lesinskienė, 2001; Suris, Michaud, Viner, 2004).

Taigi, psichologinė pagalba sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams būtina, tačiau ne visada prieinama ir pageidaujama. Kitame skyriuje nagrinėjami tyrimų rezultatai, atskleidžiantys, kiek psichologinė pagalba sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams efektyvi, t. y. kiek ji gerina psichologinį funkcionavimą.

2.1.4. Psichologinio konsultavimo efektyvumas sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo korekcijai

Psichologinės pagalbos efektyvumo psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams klausimo aktualumas labai išaugo pastaraisiais dešimtmečiais. Tai sietina su pasaulyje vyraujančia tendencija kurti vieningą ir efektyvią (tiek teikiamų paslaugų, tiek ir ekonominiu požiūriu) sveikatos priežiūros sistemą bei biologinės psichiatrijos pažangą, kurios efektyvumas paskatino politikus suabejoti psichologinės pagalbos sveikatos priežiūros sistemoje reikalingumu, o tyrėjus – dar labiau gilintis į šią problemą (Bertolino, 2003).

Pirmasis žingsnis psichologinio konsultavimo tyrimų srityje buvo 1952 m. išspausdintas H. J. Eysenck straipsnis, kuriame buvo prieita prie išvados, kad psichoterapiją taikant neurotiškiems pacientams pasveikusiųjų procentas nesiskiria nuo spontaniškai pasveikusių pacientų procento, t. y. kad psichoterapija neefektyvi (Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999; Smith, 2002). Netrukus po to sekė ir vaikų bei paauglių psichoterapijos ir konsultavimo apžvalga, kurioje E. Levitt priėjo prie analgiškos H. J. Eysenck išvados apie terapijos efektyvumą (Weersing, Weisz, 2002; Weisz, Donenberg, Han, Kauneckis, 1995). Šie straipsniai paskatino ne tik diskusijas apie psichologinės pagalbos efektyvumą, bet ir šios srities tyrimų raidą.

Dauguma autorių kritikavo tiek H. J. Eysenck apžvelgtų tyrimų metodologiją, tiek ir paties autoriaus taikytą analizės būdą. Jie, savo apžvalgose naudodami tuos pačius duomenis, atskleidė, kad nuo 4 iki 80 proc. 1961 – 1975 metais atliktų tyrimų liudija, kad tiriamas poveikio metodas efektyvus. Pateikiamas efektyvumą įrodančių tyrimų procentas skyrėsi dėl taikytų skirtingų analizės metodų ir metodologinių reikalavimų analizuojamiems tyrimams (Barkham, 1996; Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999). Tokia atsakymų apie psichologinio konsultavimo efektyvumą

įvairovė paskatino kurti naujus analizės metodus. Tokiu būdu atsirado metaanalizės metodas, kuris apibendrinant atliktų tyrimų duomenis dominuoja ir šiandien (Barkham, 1996). M. L. Smith ir G. V. Glass (1977, cituojama iš Barkham, 1996) atlikta 475 kontroliuojamų tyrimų (kontrolinės grupės be poveikio) metaanalizė parodė, kad vidutinis efekto dydis (angl. *effect size*) buvo 0,85 – tai rodo, kad vidutinis psichologinio konsultavimo dalyvis patyrė daugiau teigiamų pokyčių nei 80 proc. nekonsultuotų žmonių. Vėlesni metaanalizės metodu paremti tyrimai patvirtino šiuos rezultatus ir vienareikšmiškai įrodė, kad psichologinis konsultavimas yra efektyvus, lyginant su poveikio nebuvimu (Barkham, 1996; Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999; Wampold, 2000).

Psichologinio konsultavimo efektyvumo vaikų ir paauglių populiacijoje klausimas tik pastaraisiais dešimtmečiais susilaukia daugiau tyrėjų dėmesio: atliekama daugiau kontroliuojamų tyrimų, jų kokybė gerokai išaugo, prasiplėtė ir atsakinėjamų klausimų bei tyrinėjamų konsultavimo modelių spektras (Kazdin, 2000; 2003; Kovacs, Kohr, 1995). Sukaupti duomenys rodo, kad apskritai paauglių psichologinis konsultavimas efektyvus, o efekto dydis svyruoja nuo 0,71 iki 0,84 – tai liudija, kad vidutiniškai nuo 70 iki 80 proc. konsultuotų paauglių po to jaučiasi geriau nei nekonsultuoti bendraamžiai (Kazdin, 2003; Weisz, Donenberg, Han, Kauneckis, 1995). Nustatyta, kad elgesio rodikliai konsultavimo metu kinta teigiama linkme labiau nei subjektyvūs rodikliai, atspindintys vidinius reiškinius (tokius kaip nuotaika, savęs vertinimas) (Kovacs, Kohr, 1995). Tyrimų rezultatai rodo, kad vaikų psichologinis konsultavimas sušvelnina net ir tėvų psichopatologijos apraiškas, stresą ir pagerina santykius šeimoje (Kazdin, 2002).

B. J. Mann ir C. M. Borduin (1991) 39 tyrimų apžvalgos rezultatai rodo, kad duomenys apie psichologinio konsultavimo efekto ilgalaikiškumą prieštaringi. Manoma, kad individualus konsultavimas lemia reikšmingus elgesio, pažintinių procesų ir emocijų pokyčius, tačiau ilginiui jie išnyksta, nes nėra palaikomi artimiausios aplinkos (šėimos, draugų), kurios įtaka paauglių problemų vystymuisi neginčijamai įrodyta. Tos pačios apžvalgos rezultatai parodė, kad sistemų teorija paremti psichologinio konsultavimo modeliai (net ir taikomi individualiai, o ne visai šėimai) naudingi sprendžiant paauglių elgesio ir santykių šėimoje problemas, o pasiektas efektas išlieka ilgą laiką (Mann, Borduin, 1991).

Reikia pažymėti, kad daugelis psichologinio konsultavimo tyrimų atliekami psichikos sveikatos sunkumų turinčių arba sveikų (pvz., mokyklose) paauglių grupėse, o tyrimų apie individualaus psichologinio konsultavimo efektyvumą somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje labai trūksta (Kovacs, Kohr, 1995). Nors keleto atskirų tyrimų rezultatai rodo, kad psichologinis konsultavimas šioje grupėje efektyvus, bandymų apibendrinti tokių tyrimų rezultatus yra mažai (Kibby, Tyc, Mulhern, 1998). M. Y. Kibby, V. L. Tyc, R. K. Mulhern (1998) atliko 42 psichologinės pagalbos somatinėmis ligomis sergantiems vaikams ir paaugliams rezultatų metaanalizę ir nustatė, kad bendras efekto dydis buvo 1,12 – tai didelis efektyvumas. Rezultatų

analizė parodė, kad efektyvumas nesusijęs su konsultacijų skaičiumi, taikomu psichologinės pagalbos modeliu, susirgimo pobūdžiu ir sunkumu.

Taigi, nors ir negausūs, tyrimų rezultatai liudija apie psichologinės pagalbos naudą tiek psichikos, tiek ir somatinės sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams. Beje, tyrimų rezultatai rodo, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintys paaugliai psichologinio konsultavimo metu pasiekia blogesnių rezultatų ir yra mažiau patenkinti gydymu apskritai nei turintys somatinės sveikatos sutrikimų (Kibby, Tyc, Mulhern, 1998; Rey, O'Brien, Walter, 2002). Tačiau šis klausimas nėra galutinai išnagrinėtas, nes daugelyje metaanalizės metodu pagrįstų tyrimų tarpusavyje lyginami skirtingų autorių, skirtingais metodais vertinto efektyvumo rezultatai, todėl mūsų darbe keliamas klausimas apie sveikatos sutrikimo pobūdžio įtaką *SSTK* efektyvumui tebėra aktualus, o skirtingose grupėse taikyta vienoda metodologija leis geriau atsakyti į šį klausimą.

Dar viena svarbi problema, kuriai pastaruoju metu skiriama ypač daug dėmesio – psichologinės pagalbos metodų efektyvumo tyrimų, atliktų laboratorinėmis ir klinikinėmis sąlygomis, rezultatų suderinamumas (Barkham, 1996; Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999; Kazdin, Nock, 2003; Seligman, 1995; Wampold, 2000; Weersing, Weisz, 2002; Weisz, Donenberg, Han, Kauneckis, 1995). Šis klausimas kyla dėl skirtumų, atsirandančių psichologinį konsultavimą taikant laboratoriniame tyrime ir realiomis sąlygomis. Pavyzdžiui, konsultavimo eigą nurodančių konsultavimo protokolų naudojimas, specialus tyrime dalyvaujančių specialistų paruošimas ir tęstinė priežiūra, mokėjimas ar kitokia finansinė nauda dalyviams būtini daugumos eksperimentinių efektyvumo tyrimų metu, tačiau retai pasitaiko klinikinėje praktikoje. Kita vertus, klinikinėje praktikoje dirbantys psichologai susiduria su įvairiais klientais ir problemomis (kontroliuojamuose tyrimuose atrenkami tik klientai su tam tikra aiškiai apibrėžta problema ar sutrikimu), problemų ar sutrikimų komorbidiškumu, dideliu darbo krūviu, o tai paprastai nebūdinga daugumai eksperimentinių tyrimų (Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen, Schoenwald, 2001; Kazdin, 2003; Weisz, Donenberg, Han, Kauneckis, 1995).

Suaugusiųjų psichologinio konsultavimo klinikinėmis sąlygomis efektyvumas įrodytas (Barkham, 1996; Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999; Wampold, 2000). Tačiau vaikų ir paauglių psichologinio konsultavimo klinikinėmis sąlygomis efektyvumo tyrimų apžvalga parodė, kad klinikiniam darbe taikomas psichologinis konsultavimas yra neefektyvus arba ne toks efektyvus kaip laboratorinėmis sąlygomis, t. y. vidutinis efekto dydis analizuotuose tyrimuose buvo 0,01 ir svyravo tarp -0,40 ir 0,29. Tai gerokai mažesnis efekto dydis, lyginant su gautaisiais laboratorinėmis sąlygomis, kai jis svyruoja nuo 0,71 iki 0,84. Be to, paaiškėjo, kad efekto dydis glaudžiai siejasi su tyrimo atlikimo data – jis didesnis naujesniuose tyrimuose. Tai, anot autorių, gali rodyti tiek psichologinės pagalbos metodų, tiek ir efektyvumo vertinimo metodologijos tobulėjimą (Weisz, Donenberg, Han, Kauneckis, 1995). Įdomu tai, kad grupės autorių (Shadish,

Matt, Navarro, Siegle, Crits-Cristoph, Hazelrigg, Jorm, Lyons, Nietzel, Prout, Robinson, Smith, Svartberg ir Weiss, 1997, cituojama iš Prout, Prout, 1998) vėliau atlikta pakartotina keletu prieš juos atliktų metaanalizės metodu pagrįstų tyrimų rezultatų analizė parodė, kad paauglių populiacijoje psichologinis konsultavimas klinikinėmis sąlygomis toks pat efektyvus kaip ir laboratorinėmis. Tokią nuomonę patvirtina ir kiti autoriai (Angold, Costello, Burns, Erkanli, Farmer, 2000), kurie, įvertinę nagrinėtų tyrimų metodologinius trūkumus ir eliminavę jų įtaką, priėjo prie išvados, kad visdėlo psichologinis konsultavimas klinikinėmis sąlygomis veiksmingas, t. y. padeda sumažinti psichopatologinių simptomų pasireiškimo laipsnį. Kadangi mūsų tyrimas taip pat atliktas klinikinėmis sąlygomis, tikimasi, kad jo rezultatai suteiks naujų žinių apie psichologinės pagalbos efektyvumą natūralioje klinikinėje aplinkoje.

Apibendrinus pastarųjų metų psichologinio konsultavimo tyrimų suaugusių ir vaikų bei paauglių populiacijose tendencijas, galima teigti, kad pagalbos metodų efektyvumo tyrimai keičia savo orientaciją ir tyrimo objektą. Jei seniau daugelio tyrimų objektas buvo poveikio metodas, jo elementai, konsultanto charakteristikos (mažai buvo atsižvelgiama į patį klientą ir jo ypatybes), tai pastaruoju metu vis labiau atsižvelgiama į sąveiką tarp metodo, konsultanto, sutrikimo ar problemos pobūdžio ir kliento charakteristikų bei siekiamų tikslų ir poreikių. Tokių tyrimų orientacijos kitimą galima paaiškinti ankstesnių tyrimų atradimais, liudijančiais, kad psichologinė pagalba apskritai yra veiksminga, tačiau efektyvumas nesiekia šimto procentų. Be to, daugumos tyrimų rezultatai rodo, kad skirtinga teorine baze ir technikomis besiremiančių konsultavimo modelių rezultatai labai panašūs sprendžiant klientų problemas (Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999). Todėl pastaruoju metu atsisakoma vertinti psichologinę pagalbą kaip tik efektyvią arba tik neefektyvią, pripažįstant, kad poveikio metodo rezultatus nulemia daugelio veiksnių sąveika, o tyrimais vis labiau siekiama kuo išsamiau atskleisti šių veiksnių ir jų sąveikų įtaką psichologinės pagalbos rezultatams (Barkham, 1996; Kazdin, 2003; Smith, 2002). Todėl šiame darbe taip pat nusprendėme analizuoti ne tik pasirinkto poveikio metodo efektyvumą, bet ir jį lemiančius veiksnius bei jų sąveikas. Siekiant geriau suprasti šiame darbe keliamų hipotezių kontekstą, reikia aptarti svarbiausius šios srities tyrimų rezultatus.

Remiantis daugelio tyrimų rezultatais, kurie rodė, kad specifiniai veiksniai (teorija, modelis, metodas) nelabai lemia konsultavimo efektyvumą (Bertolino, 2003; Miller, Duncan, Hubble, 1997; 2004), ilgainiui buvo nuspręsta, kad konsultavimo efektyvumas priklauso ne tiek nuo specifinių kiekvienam modeliui, o bendrųjų veiksnių, kurie būtini visiems metodams, norint pasiekti gerų rezultatų nepriklausomai nuo taikomo modelio (Barkham, 1996; Bertolino, 2003; Miller, Duncan, Hubble, 1997; 2004; Smith, 2002; Wampold, 2000).

M. J. Lambert (1992, cituojama iš Bertolino, 2003, Miller, Duncan, Hubble, 2004), pasitelkęs faktorinę analizę, išskyrė keturis bendruosius veiksnius, geriausiai prognozuojančius bet

kurio terapinio modelio efektyvumą: (1) veiksniai, esantys už terapijos ribų (kliento charakteristikos), apimantys kliento stipriąsias puses ir resursus, jo įsitikinimus apie pasikeitimo procesą, pokyčiams palankius gyvenimo įvykius (paaiškina 40 proc. konsultavimo rezultatų išsibarstymo); (2) kliento ir konsultanto santykio veiksniai, apimantys kliento pojūtį, kad konsultantas empatiškas ir suprantantis, tinkamai reaguojantis ir atsižvelgiantis į kliento tikslus, stilių, tempą (30 proc.); (3) kliento lūkesčiai ir placebo veiksniai, apima kliento pasitikėjimą konsultantu, taikomu pagalbos metodu ir tikėjimą pokyčių galimybe (15 proc.); (4) konsultavimo procedūra ir taikomos technikos (15 proc.). B. E. Wampold (2001, cituojama iš Miller, Duncan, Hubble, 2004) nurodo, kad atskirai paėmus veiksniai, esantys už terapijos ribų, paaiškina 87 proc., o kliento – konsultanto santykio veiksniai – 50 proc. konsultavimo rezultatų išsibarstymo.

Taigi, tyrimai atskleidžia, kad konsultavimo efektyvumas glaudžiai siejasi su kliento charakteristikomis ir įvykiais už konsultavimo ribų, kurie mažai priklauso nuo poveikio, bet gali būti panaudoti siekiant teigiamų pokyčių, t. y. kalbant apie kliento gyvenime vykstančius spontaniškus pokyčius ir juos sąlygojančius veiksmus bei išteklius, galima paskatinti klientus dažniau remtis šiais ištekliais savo problemoms spręsti (Bertolino, 2003). Tai patvirtina ir naujausių tyrimų rezultatai, rodantys, kad konsultanto siekis atrasti ir aktyvinti kliento išteklius (potencinių galimybių, gabumų ir prieinamos paramos) labiau susijęs su teigiamais konsultavimo rezultatais nei siekis surasti ir pašalinti problemą ir jos priežastis, t. y. konsultantai, kurie nuo pat pradžių domisi kliento turimais ir naudojamais ištekliais ir prie jų nuolatos grįžta, pasiekia geresnių rezultatų nei tie, kurie orientuojasi išskirtinai į problemos analizę (Gassmann, Grawe, 2006).

Tuo tarpu iš veiksnių, kuriuos galima kontroliuoti konsultavimo metu, teigiamą rezultatą geriausiai prognozuoja kliento – konsultanto (terapinio) santykio kokybė (Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999; Miller, Duncan, Hubble, 2004; Stalker, Levine, Coady, 1999). Terapinio santykio samprata didele dalimi priklauso nuo teorinės orientacijos, tačiau E. S. Bordin (1994, cituojama iš Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999) pateikė apibrėžimą, tinkantį daugeliui teorinių psichologinės pagalbos metodų krypčių. Autorius teigia, kad kokybiškas terapinis santykis visada pasižymi kliento ir konsultanto tarpusavio sutarimu dėl terapinių tikslų ir užduočių bei tarpusavio atitikimo arba artumo jausmu. Pastarasis itin svarbus klientui: tyrimai rodo, kad klientai, jaučiantys glaudų ryšį su konsultantu, jo paramą, supratimą ir aktyviai dalyvaujantys konsultavimo procese, pasiekia geresnių rezultatų ir mano, kad juos pasiekti leido minėti veiksniai, tuo tarpu konsultantai gerus konsultavimo rezultatus paprastai priskiria intervencinėms technikoms (Barkham, 1996; Brent, Kolko, 1998; Smith, 2002).

Apibendrinus galima teigti, kad efektyvus konsultavimas turėtų remtis kliento turimais resursais ir suteikti klientui galimybę patirti glaudų terapinį santykį, taip skatindamas kliento motyvaciją keistis, suteikti viltį ir tikėjimą galimais pokyčiais (Bertolino, 2003). Tam reikalingos

specifinės technikos, leidžiančios panaudoti terapiniame procese minėtus veiksnius. Pastaruoju metu literatūroje galima aptikti vis daugiau nuomonių, kad gerus konsultavimo ir psichoterapijos rezultatus lemia bendrųjų ir specifinių kiekvienam modeliui veiksnių sąveika (Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999). Pavyzdžiui, kokybiškas terapinis santykis, būtinas geriems rezultatams pasiekti, turi būti formuojamas ne tuščioje vietoje, bet specifinių intervencinių technikų pagrindu. Kitaip tariant, specifiniai konsultavimo elementai (požiūris į klientą, problemų kilmę, taikomos technikos ir t. t.), skirtingi kiekviename konsultavimo modelyje, svarbūs kuriant ir palaikant terapinį santykį bei išlaikant konsultavimo proceso struktūros vientisumą (Smith, 2002; Wampold, 2000; Warwar, Greenberg, 2000). Tokią nuomonę patvirtina ir naujausi konsultavimo proceso tyrimai. Nustatyta, kad taikomų konsultavimo technikų pastovumas ir nuoseklumas bei konsultanto tikėjimas taikomo modelio tinkamumu, efektyvumu susiję su gerais konsultavimo rezultatais (Barkham, 1996; Wampold, 2000). B. Bertolino (2003) pabrėžia, kad siekiant gerų konsultavimo rezultatų svarbu kiek galima labiau atsižvelgti į visas keturias bendrųjų faktorių grupes ir konsultavimą organizuoti taip, kad būtų galima panaudoti juos visus.

Dalis autorių, analizuodami paskutinių kelių dešimtmečių psichologinės pagalbos suaugusiems ir vaikams tyrimų tendencijas, pažymi, kad didelis susidomėjimas bendrųjų terapinių veiksnių tyrimais paliko nuošalyje kitus svarbius klausimus apie kliento charakteristikas, tokias kaip lytis, amžius, šeimos statusas, ir jų įtaką pagalbos efektyvumui (Barkham, 1996; Kazdin, 2003; Mann, Borduin, 1991). Šiuos veiksnius įtraukti į efektyvumo tyrimų rezultatų analizę ypač svarbu vaikų ir paauglių atveju, nes jie nulemia vaiko ar paauglio raidos dėsninumus ir adaptacijos ypatumus, kurie savo ruožtu gali paveikti psichologinės pagalbos rezultatus (Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998; Kazdin, 2002; Kovacs, Kohr, 1995). Kita vertus, nustatčius konsultavimo rezultatus lemiančius veiksnius, būtų galima geriau parinkti tinkamą metodą ir prognozuoti rezultatus (Kazdin, 2003). Tačiau tyrimų, siekiančių nustatyti, kaip vienas ar kitas konsultavimo modelis veikia (kaip sukelia pokyčius) ir kokie veiksniai susiję su efektyvumu, labai trūksta (Kazdin, 2002).

Literatūroje pabrėžiama, kad į amžių ir lytį, kaip geriausiai atspindinčius ir lemiančius asmens raidos etapus veiksnius, turėtų atsižvelgti visi psichologinės pagalbos vaikams ir paaugliams tyrimai. Tačiau kol kas yra mažai tyrimų, vertinančių šių svarbių veiksnių įtaką psichologinės pagalbos efektyvumui paauglių grupėje (Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998). Daugelio psichologinės pagalbos somatinėmis ligomis sergantiems paaugliams tyrimų rezultatų analizė parodė, kad teigiami pokyčiai emocijų ir elgesio sferose didžiausi vyresnio amžiaus mergaičių pogrupyje, lyginant su kitais amžiaus ir lyties pogrupiais (Kibby, Tyc, Mulhern, 1998). Taikant metaanalizės metodą buvo nustatyta, kad paauglių grupėje psichologinė pagalba efektyvesnė, lyginant su vaikais (Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998), nors kiti autoriai pateikia priešingus

rezultatus, rodančius, kad psichologinis konsultavimas 4 – 12 m. amžiaus grupėje efektyvesnis nei 13 – 18 m. amžiaus grupėje (Kovacs, Kohr, 1995). Kai kurie autoriai teigia, kad skirtingą efektyvumą lemia ne tiek tiriamųjų amžius, kiek pažintinių procesų funkcionavimo skirtumų ir taikomo konsultavimo modelio santykis. Nustatyta, kad taikant kognityvinės-elgesio krypties metodus geresnių rezultatų pasiekia vyresni paaugliai, nes šie metodai reikalauja abstraktaus mąstymo, o taikant kitus metodus, kuriuose mąstymas ne toks svarbus – geriau sekasi jaunesnio amžiaus vaikams (Durlack, 1991, cituojama iš Brent, Kolko, 1998, Kovacs, Kohr, 1995). Kadangi šiame darbe tyrinėjamas poveikio metodas, kaip vėliau matysime, glaudžiai siejasi su kliento požiūrio pokyčiais, kėlėme prielaidą, kad vyresnio amžiaus paaugliai konsultavime pasiekia geresnių rezultatų. Literatūroje galima aptikti duomenų apie tai, kad paauglių psichologinio konsultavimo efektyvumas siejasi su šeimos funkcionavimu – disfunkcinėse šeimose gyvenantys paaugliai pasiekia mažesnio terapinio progreso (Kovacs, Kohr, 1995). Tai paskatino kelti prielaidą, kad pilnose šeimose gyvenantys paaugliai konsultavime pasiekia geresnių rezultatų. Kadangi duomenų apie lyties įtaką psichologinės pagalbos efektyvumui beveik nerasta, nors šio veiksnio svarba dažnai pabrėžiama, nuspręsta darbe kelti hipotezę, kad mergaitės pasiekia geresnių konsultavimo rezultatų. Galiausiai, tyrimų apie sveikatos sutrikimo, gydymo įstaigos pobūdžio įtaką konsultavimo rezultatams rasti nepavyko, spėjome, kad somatinės sveikatos sutrikimų turintys paaugliai (dėl galimai lengvesnių psichologinio funkcionavimo problemų) konsultavime pasiekia geresnių rezultatų.

Šiame skyriuje aptartas platesnis psichologinės pagalbos sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams tyrimų kontekstas, lėmęs tiek tyrimo metodologijos, tiek ir keliamų klausimų pasirinkimą. Kituose skyriuose nagrinėjamos tyrime taikyto poveikio metodo (*SSTK*) teorinės prielaidos ir galimybės prisidėti prie sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo korekcijos.

2.2. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo raida, teoriniai principai

Septintame–aštuntame praeito amžiaus dešimtmetyje, psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo sferoje plintant ribotos laike (arba trumpalaikės) psichoterapijos vizijai, sistemų teorijos ir socialinio konstruktyvizmo idėjoms, S. deShazer, I. K. Berg ir kiti Trumpalaikės šeimos terapijos centro (įkurtas 1978 m. Milvokyje, JAV) bendradarbiai vystė psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo modelį. Jame tarpusavyje dera minėtų teorinių kryptių ir kognityvinės terapijos idėjos, jog mąstymo pokyčiai lemia elgesio pokyčius bei elgesio terapijos orientacija į tikslą ir aktyvią kliento veiklą terapijos procese (DeJong, Berg, 1998; deShazer, Berg, 1992, 1997; deShazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, Weiner-Davis, 1986; Fleming, 2004; Johnson, Miller, 1994; Iveson, 2002; Lethem, 2002). Autoriai nurodo, kad į sprendimus sutelktas

modelis buvo kuriamas dedukciniu metodu, t. y. dirbant su klientu stebimi ir fiksuojami terapiniam procesui ir klientui naudingiausi momentai, tada jie aprašomi, patikrinami dirbant su kitais klientais ir aiškinami remiantis egzistuojančiomis teorinėmis prielaidomis. Buvo siekiama sukurti modelį, leisiantį padėti klientams pasiekti teigiamų pokyčių per maksimaliai trumpą laiką (deShazer, Berg, 1997; West, Bubenzer, Smith, Hamm, 1997). Per keletą metų modelis įgavo aiškia struktūrą su nusistovėjusiu intervencinių technikų rinkiniu ir teorinėmis prielaidomis. Tai leido modelio autoriams 1982 metais psichoterapeutų bendruomenei pristatyti į sprendimus sutelktą trumpalaikę terapiją (angl. *solution-focused brief therapy*), kuri per porą pastarųjų dešimtmečių iš nelabai žinomos mokyklos išaugo į plačiai visame pasaulyje taikomą psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo kryptį (Gingerich, Wabeke, 2001). Reikia pažymėti, kad į sprendimus sutelkto modelio technikos ir darbo su klientu principai taikomi ne tikai klinikiame psichologų, psichoterapeutų, šeimos terapeutų, socialinių darbuotojų darbe, bet ir mokyklose (McKeel, 2000; O'Connell, 2003), organizaciniame darbe, vadybos srityje (Lethem, 2002, O'Connell, 2003). Be to, nors modelio kūrėjai pavadinime pavartojo žodį „terapija“, literatūroje neretai aptinkame ir tokių pavadinimų kaip: į sprendimus sutelktas konsultavimas (angl. *solution-focused counseling*) (Kegley, 2000; Lethem, 2002; Lewis, Osborn, 2004) ar į sprendimus sutelktas pokalbis (angl. *solution-focused conversation*) (Ahola, Furman, 2000). Šiame darbe naudojamas *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo (SSTK)* pavadinimas, tuo pabrėžiant psichologinių problemų sprendimo prioritetą ir atsiribojant nuo žodžio „psichoterapija“ turimos gilesnio asmenybės perstruktūravimo ar psichikos sutrikimų gydymo prasmės.

Nors autoriai modelio kūrimo procesą apibūdino kaip eksperimentinį ir pagrįstą išimtinai praktiniais pastebėjimais bei terapinio proceso tyrimais (deShazer, Berg, 1997; West, Bubenzer, Smith, Hamm, 1997), nesunku pastebėti (o ir patys autoriai pripažįsta) kai kurių jau minėtų XX a. antrojoje pusėje psichologijoje pradėjusių plisti idėjų įtaką (DeJong, Berg, 1998; deShazer, 1991; Iveson, 2002; Lethem, 2002; Stalker, Levene, Coady, 1999). Kadangi *SSTK* yra vienas iš tikslingai ribotos laike (trumpalaikės, kartais vadinamos strategine) psichoterapijos modelių (Cottrell, Boston, 2002; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004; Lethem, 2002; Lewis, Osborn, 2004; Lipchik, 2002), jo teorinės prielaidos yra grindžiamos sistemų teorijos, konstruktyvistinės psichologijos ir M. Ericksono hipnoterapijos idėjomis (Ahola, Furman, 2000; Cottrell, Boston, 2002; de Shazer, Berg, 1992; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; Gingerich, Wabeke, 2001; Fleming, 2004; Lethem, 2002; Lewis, Osborn, 2004; Lipchik, 2002; Nichols, Schwartz, 2000; Stalker, Levene, Coady, 1999). Kadangi lietuviškoje psichologinėje literatūroje šios pasaulyje paplitusios krypties metodų teorinės prielaidos plačiai neaprašytos, o ir siekiant geriau suprasti darbe taikytą poveikio metodą, prieš nagrinėjant *SSTK* teorinius principus ir poveikio mechanizmą, tikslinga trumpai aptarti teorines *SSTK* ištakas.

Tikslingai ribotos laike terapijos modelių ištakos siejamos su XX a. šeštajame dešimtmetyje paskelbtais Gregory Bateson ir bendraautorijų tyrimų rezultatais, gautais analizavus bendravimo proceso įtaką emocinių sutrikimų atsiradimui. Vėliau jis, kartu su Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, Don Jackson ir kitais (kurį laiką institute dirbo ir Steve deShazer – vėliau tapęs vienu iš pagrindinių *SSTK* kūrusios komandos nariu) Palo Alto mieste, Kalifornijoje įkūrė Psichikos tyrinėjimų institutą (angl. *Mental Research Institute*), be kitų klausimų, tyrinėjanti ir psichoterapijos bei klientų pokyčių procesą. Būdamas antropologas, G. Bateson studijavo šeimą grupinio elgesio ir jos narių tarpusavio įtakos požiūriu. Jo ir bendradarbių darbai daug prisidėjo šeimos terapijoje diegiant prie bendrąją sistemų teoriją. Minėta šeimos terapija ilgam laikui tapo teorine baze, leidžiančia šeimos problemas ir jų sprendimą paaiškinti tarpasmeniniais, o ne vien intrapsichiniais procesais (Cottrell, Boston, 2002; Fleming, 2004; Lethem, 2002). Bendroji sistemų teorija teigia, kad gyvi organizmai gali būti laikomi tarpusavyje sąveikaujančių elementų grupe, kuri siekia stabilumo, turi ribas viduje tarp elementų ir su išore bei pasižymi kai kuriomis svarbiomis savybėmis, tokiomis kaip: visumiškumas, cirkuliarinis priešastingumas/nelinijiniškumas, homeostazė, ekvifinališkumas bei multifinališkumas. Pritaikę sisteminių požiūrį šeimos kontekstui, Psichikos tyrinėjimų instituto bendradarbiai ypač pabrėžė homeostazės vaidmenį, o savo tyrimais siekė atsakyti į klausimą, koks mechanizmas sulaiko problemų turinčią šeimą nuo pokyčių, t. y. kas šeimą verčia išlaikyti nusistovėjusią probleminę homeostazę. Jie atrado, kad skirtingas situacijas, susijusias su elgesio reguliavimu mechaninėse, elektrinėse, biologinėse ir net socialinėse sistemose, vienija bendras reiškinys – informacijos grįžimas (grįžtamasis ryšys), kurio dėka sistemoje susiformuoja uždaras ratas, kontroliuojantis sistemos elementų elgesį (Cottrell, Boston, 2002; deShazer, 1991). Sistemų teorija ir G. Bateson komandos atradimai pakeitė šeimos ir jos vaidmens psichopatologijos vystymuisi ir gydymui supratimą. Dabar daugelyje terapinių modelių šeima traktuojama kaip bendra, aiškia struktūra pasižyminti, tarpusavyje glaudžiais ryšiais susijusių, grįžtamoju ryšiu vieni kitų veiksmus lemiančių jos narių sistema. Taigi, šeimos ar jos narių problemos suvokiamos kaip visos sistemos problemos, reikalingos pusiausvyrai išlaikyti (deShazer, 1991).

Vėliau, 1968 m., Psichikos tyrinėjimų institute buvo įkurtas Trumpalaikės terapijos centras, kuriame buvo kuriamas šeimos terapijos modelis (de Shazer, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004). Šio modelio, kuris vėliau išsivystė į trumpalaikę problemų sprendimo terapiją (angl. *problem resolution brief therapy*), teoriniai pagrindai, kaip ir kitų vėliau atsiradusių trumpalaikės (dar vadinamų strateginių) šeimos terapijos modelių (taip pat ir į sprendimus sutelktos trumpalaikės terapijos) atveju, suformuluoti remiantis bendrąja sistemų teorija ir kibernetikos teiginiais. Tačiau požiūrio į klientą, terapinių intervencijų, pokalbio vedimo prasme labai smarkiai

šios krypties modelius paveikė hipnoterapeuto Milton Erickson darbai (Ahola, Furman, 2000; deShazer, 1991; Fleming, 2004).

Milton Erickson neretai vadinamas tikslingai ribotos laike¹ (angl. *brief by design*) psichoterapijos pradininku (Ahola, Furman, 2000; deShazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004). M. Erickson teigė, jog kiekvienas klientas ir jo situacija yra unikalūs, tad negali būti vieno teorinio modelio, galinčio paaiškinti ir padėti nustatyti klientų tipus, paaiškinti, kaip kyla problemos, bei padėti jas spręsti. Pagalbos metodai turi būti individualūs, pritaikyti kiekvienam konkrečiam klientui. M. Erickson metodas nuo kitų tuo metu egzistavusių skyrėsi tuo, kad jis terapijos metu nesistengė ieškoti ar koreguoti giluminių sutrikimo mechanizmų, o klientą laikė turinčiu pakankamai resursų ir gebėjimų spręsti savo problemas, taigi, savo tikslu laikė šių resursų atradimą ir suaktyvinimą. Taip nesigilinant į problemos priežastis ar mechanizmą ir orientuojantis į simptomus bei juos palaikančio elgesio keitimą rezultatai pasiekiami per trumpą laiką (Erickson, 2002; Erickson, Haley, 2001; Nichols, Schwartz, 2000). Viena esminių M. Erickson idėjų ir technikų, kurias perėmė visi trumpalaikės terapijos modeliai – panaudojimas (angl. *utilization*), apibūdinamas kaip visko, ką klientas atsineša su savimi į terapiją (žodinio ir nežodinio bendravimo ypatumai, išsakomos problemos ir net simptomai), panaudojimas terapiniame procese, siekiant padėti klientui kurti geresnį gyvenimą (deShazer, Berg, Lipchik, 1986; Erickson, Haley, 2001; Fleming, 2004). M. Erickson savo darbe naudojo ir daugelį kitų intervencinių technikų, tokių kaip hipnotinė komunikacija ir netiesioginė įtaiga, kurias kartu su panaudojimo (utilizacijos) principu vėliau vienaip ar kitaip ėmė naudoti ir trumpalaikių strateginių terapijų atstovai (Fleming, 2004).

Tokios M. Erickson idėjos ir darbo metodai paskatino Trumpalaikės terapijos centro komandą terapiniame darbe kiek atitolti nuo kibernetikos teiginių ir gilintis ne tiek į giluminius šeimos ar jos narių problemų atsiradimo mechanizmus, kiek į problemų pasireiškimą, t. y. problemą palaikančio elgesio (tai, ką klientai atsineša su savimi), mechanizmus ir jų keitimo galimybes (Ahola, Furman, 2000; deShazer, 1991). Trumpalaikės terapijos centro grupė, kuriai vadovavo John Weakland, savo tyrimų ir terapinio proceso stebėjimo dėka ilgainiui suformulavo savitą, besiskiriantį nuo kitų šeimos terapijos krypčių požiūrį į žmogaus problemų prigimtį, jų sprendimo strategiją ir technikas bei sukūrė jau minėtą trumpalaikės problemų sprendimo terapijos modelį (Ahola, Furman, 2000; deShazer, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004; Lewis, Osborn, 2004; Lipchik, 2002).

Šio modelio požiūris į problemų atsiradimą ir vystymąsi jau buvo trumpai aprašytas skyriuje apie psichologinio funkcionavimo problemų vystymosi procesą (23–24 psl.). Trumpai pakartosime, kad problemos, dėl kurių pacientai kreipiasi pagalbos, kyla, kai dėl socialinėje

¹ Priešinama modeliams, kurie tikslingai nesiekia riboti terapijos laike, tačiau dėl įvairių priežasčių ši baigiasi greitai. Tikslingai ribotos laike terapijos modeliai siekia problemą išspręsti per kuo mažesnę susitikimų skaičių (Fleming, 2004)

sistemoje veikiančio grįžtamojo ryšio susidaro uždaras ratas: žmogaus elgesys, kuriuo tikimasi išspręsti problemą, tik sustiprina jos intensyvumą. Taip formuojasi problemą palaikantis elgesys. Buvo pastebėta, kad jei toks problemą palaikantis elgesys nutraukiamas ar bent nežymiai pakeičiamas, dėl jau minėto grįžtamojo ryšio veikimo problema išsisprendžia ar išnyksta, nepriklausomai nuo jos atsiradimo priežasčių (deShazer, 1991; Rohrbaugh, Shoham, 2001). Taigi, terapijos metu stebint šeimos narių tarpusavio bendravimą siekiama nustatyti, koks elgesys palaiko problemą, aiškinamasi, koks naujas elgesys leistų pasiekti užsibrėžtų terapinių tikslų ir parenkama intervencija, leisianti nutraukti seną ir paskatinti naują elgesį. Remiantis M. Erickson idėjomis, teigiama, kad elgesio keitimo intervencijos gerokai veiksmingesnės, kai jos yra aiškiai suformuluotos bei pateikiamos nedirektyviai ir nesureikšmintai. Šiame modelyje naudojamos ir paradoksinės intervencijos, tokios kaip simptomų kartojimas (Ahola, Furman, 2000, deShazer, 1991; Rohrbaugh, Shoham, 2001). Tačiau trumpalaikės problemų sprendimo terapijos intervencinių technikų arsenalas neapsiribojo vien M. Erickson idėjomis pagrįstomis technikomis. Vienas iš trumpalaikės šeimos terapijos centro komandos narių – Paul Watzlawick – remdamasis konstruktyvizmo idėjomis, pasiūlė naują intervencinį metodą – reformulavimą (angl. *reframing*), kuris apibūdinamas kaip požiūrio į tam tikrą įvykį ar objektą keitimas tokiu būdu, kad tiems patiems faktams suteikiama nauja prasmė. Nors čia nekalbama apie faktų, susijusių su situacija keitimą, o tik apie situacijos konteksto apibūdinimą iš kito požiūrio taško, toks savo situacijos „stebėjimo taško“ pakeitimas terapijos metu lemia elgesio, suvokimo, emocinės būsenos, įsitikinimų pokyčius. Kitaip tariant, kai klientas naujai įprasmina savo situaciją, jis gali elgtis naujai (deShazer, 1991). Taigi, trumpalaikės problemų sprendimo terapijos modelyje jau atsiskleidžia ne tik sistemų teorijos, kibernetikos, M. Erickson idėjos, bet ir vis labiau tuo metu psichoterapijoje įsigalinčio konstruktyvizmo įtaka (deShazer, 1991; Fleming, 2004; Lipchik, 2002).

Konstruktyvizmas – tai filosofijos, psichologijos ir psichoterapijos kryptis, kuri pažinimą ir žinias apie pasaulį laiko ankstesnio patyrimo, vertybių ir įsitikinimų veikiamo aktyvaus kognityvinio apdorojimo rezultatu (Cottrell, Boston, 2002; Raskin, 2002). Tai priešprieša tradiciniam realizmo požiūriui, kuris teigia, kad pažintiniai procesai mums atspindi išorinį pasaulį, o tiesa ar teisingas pažinimas – tai mūsų patyrimo ir objektyvios tikrovės atitikimas (Ahola, Furman, 2000; deShazer, 1991; Raskin, 2002). Konstruktyvizmo atstovai teigia, kad mūsų pažintinės struktūros ir procesai ne tik organizuoja, bet ir paveikia pasaulio pažinimą, t. y. žmogus ne tiek pasyviai „priima“ informaciją iš aplinkos, kiek siekia ją suprasti ir įprasminti ankstesnio patyrimo kontekste. Taigi, mūsų pažintiniai procesai pasaulį ne tiek atspindi, kiek aktyviai konstruoja, remdamiesi ankstesnio patyrimo pagrindu susidariusiais pažintiniais konstruktais. Pabrėžiama, kad tiesioginis realybės pažinimas neprieinamas, o pažintiniai konstruktai, nulemiantys naujo patyrimo interpretavimą ir elgesį, konstruojami pasitelkiant kalbą

socialinių interakcijų kontekste. Tokiu būdu mūsų pažinimas yra veikiamas konteksto ir yra selektyvus, vadinasi, ribotas ir negali būti objektyvus. Kadangi visiškai objektyvus pažinimas neprieinamas, mūsų žinios, mąstymas ir elgesys mus supančiame pasaulyje negali būti teisingi ar klaidingi, o tik daugiau ar mažiau naudingi patyrimo organizavimui, supratimui, numatymui ir netgi kontroliavimui, t. y. sėkmingam prisitaikymui (deShazer, 1991; Raskin, 2002; Warwar, Greenberg, 2000).

Todėl konstruktyvizmo filosofija pagrįstam konsultavimui būdinga, kad užuot „taisius“ klaidingus žmogaus įsitikinimus ir mąstymą, konsultantui ir klientui glaudžiai bendradarbiaujant, siekiama padėti klientui kurti naujus konstruktus, t. y. naujai įprasminti patyrimą, o tai leistų adekvačiau reaguoti ir adaptuotis socialinėje aplinkoje. Naujas žinojimas (konstruktai) formuojasi dviejų procesų – patyrimo ir jo interpretavimo – dėka: naujas patyrimas įvardijamas simboliais (žodžiais), kurie lemia panašaus vėlesnio patyrimo interpretavimą ir reakcijas. Konsultantas priima ir gerbia kliento įsitikinimų sistemą ir tuo pat metu kviečia ieškoti ir išbandyti naujas idėjas, prasmes, veiksmus, kurie traktuojami kaip hipotezės, t. y. gali pasitvirtinti realiame kliento gyvenime arba būti atmestos. Toks požiūris leidžia išvengti kliento baimių dėl esamos įsitikinimų sistemos „griovimo“, greitai užmegzti artimą terapinį santykį ir skatina klientus bendradarbiauti ieškant jam pačiam naudingesnių įsitikinimų ir elgesio strategijų (Warwar, Greenberg, 2000).

Nepaisant to, kad konstruktyvistinė psichologija atsirado palyginti neseniai ir tebesiformuoja, jos idėjos smarkiai paveikė psichologinės pagalbos metodų raidą – atkreipė dėmesį į subjektyvaus patyrimo įprasminimo nagrinėjimo ir korekcijos būtinumą bei galimybes siekiant dar efektyvesnės psichologinės pagalbos (Gurman, 2001).

Jau minėta, kad vienas pagrindinių *SSTK* ideologų – Steve deShazer – kurį laiką dirbo kartu su Trumpalaikės terapijos centro (Psichikos tyrimų institutas) komanda, tačiau ilgainiui, formuojantis skirtingoms nuo kitų komandos narių idėjoms, atsiskyrė ir kartu su bendradarbiais Trumpalaikės šeimos terapijos centre (Milvokis, JAV) pradėjo vystyti *SSTK* modelį. Dėl istorinių sąsajų su strateginės terapijos kryptimi *SSTK* perėmė nemažai šioms būdingų bruožų, pvz.: orientacija į konkrečios problemos, kurią „atsineša“ klientas, sprendimą per kuo trumpesnę laiką; nesigilinimas į kliento ir problemos istoriją; siekis sudaryti sąlygas naujo kliento patyrimo, požiūrio ir įgūdžių formavimuisi; aiškiai suformuluotų tikslų svarbos terapijoje pabrėžimas; terapeuto aktyvumas terapiniame procese; namų užduočių naudojimas siekiant skatinti klientą išbandyti naujus elgesio būdus ir taip pagreitinti terapinius pokyčius (Lethem, 2002; Stalker, Levene, Coady, 1999; Steenbarger, 1992). Plačiąja prasme, *SSTK* siekiama tų pačių tikslų kaip ir visuose trumpalaikės strateginės terapijos modeliuose – nutraukti problemą palaikantį elgesį ir padėti klientui jį keisti nauju, adaptyvesniu. To siekiama padedant klientui kitaip, naujai suvokti savo problemą, situaciją ir numatant naujas elgesio strategijas (Cottrell, Boston, 2002; deShazer, 1991;

Fleming, 2004; Steenbarger, 1992). Tačiau, skirtingai nei kiti terapiniai modeliai, *SSTK* remiasi teigiamu požiūriu į klientą ir terapinį procesą, skatina bendradarbiavimą tarp kliento ir konsultanto (kuris atlieka pagalbininko, o ne eksperto vaidmenį), vengia konfrontavimo, kuriant sprendimus remiasi kliento turimais resursais, orientuojasi į kliento sėkmę praeityje ir ateities tikslus. Būtent naujas požiūris į klientą, terapinį procesą, terapeuto ir kliento vaidmenį jame, elgesio keitimo strategija ir metodai, kurie aptariami toliau, išskiria *SSTK* iš kitų terapinių modelių ir leidžia pasiekti gerų rezultatų per itin trumpą laiką (Lewis, Osborn, 2004).

Esminiu kokybiniu skirtumu nuo kitų terapinių modelių dažniausiai įvardijama tai, kad *SSTK* siekiama ne spręsti problemą, bet padėti klientui kurti sprendimus (Berg, DeJong, 1996; DeJong, Berg, 1998; deShazer, Berg, 1992, 1997; deShazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004; Johnson, Miller, 1994; Iveson, 2002, Lethem, 2002, O'Connell, 2003). Klientas laikomas pajėgiu (turinčiu pakankamai vidinių galių ir išteklių), kad pasiektų teigiamų pokyčių savo gyvenime, ir jį nuolat siekiančiu, o konsultanto uždavinys – padėti klientui suformuluoti aiškų tikslą ir atrasti išteklius, kuriuos klientas galėtų panaudoti siekdamas savo tikslų (būtent pokyčių). Pagrindiniai kliento ištekliai yra tai, ką jis jau daro, kažką tokio bent kiek jam naudingo ir padedančio spręsti problemą ar su ja gyventi. Konsultavimo metu klientas skatinamas „atrasti“ ir kartoti tokį sėkmingą elgesį, kuris laipsniškai ima dominuoti ir išstumia probleminį elgesį (Fleming, 2004; O'Connell, 2003). Todėl *SSTK* metu analizuojami ne nesėkmingi bandymai spręsti problemą ar ją palaikantis elgesys (kaip kitose strateginės trumpalaikės terapijos modeliuose), bet kalbama apie tai, kokių pokyčių klientas norėtų savo gyvenime, ir padedama klientui atrasti elgesio strategijas bei išteklius, kurie padėjo sėkmingai spręsti iškylančias problemas praeityje ir padėtų įgyvendinti trokštamus pokyčius ateityje (Berg, DeJong 1996; deShazer, 1991; Fleming, 2004; Lewis, Osborn, 2004, O'Connell, 2003; Stalker, Levene, Coady, 1999). S. deShazer (1989) teigia, kad konsultanto galia ir neginčijama ekspertizė, sukeliančios kliento pasipriešinimą terapijai, nebūtinai efektyviam konsultavimui ir turėtų užleisti vietą bendradarbiavimui. Galimybė išvengti kliento pasipriešinimo atsiranda tuomet, kai konsultantas save ir klientą bei jo artimiausią socialinę aplinką (šeimą) supranta kaip vienos sistemos dalis, kurių bendradarbiavimas leidžia siekti užsibrėžtų tikslų. Tokia konsultanto nuostata atsiskleidžia per kalbą, taikomas technikas ir reakcijas į kliento pasisakymus bei skatina kliento bendradarbiavimą (Fleming, Rickord, 1997).

Sprendimų kūrimo procesas ir technikos grindžiamos keletu teorinių principų, suformuluotų tiek remiantis jau minėtų autorių ir teorinių kryptių idėjomis, tiek *SSTK* kūrėjų atradimais ir pastebėjimais:

1. Dauguma problemų formuojasi ir yra palaikomos tarpasmeninių santykių kontekste (de Shazer, Berg, Lipchik, 1986). Jau minėjome, jog *SSTK* remiasi konstruktyvizmo idėja, kad žmonės realybės supratimą (taigi ir supratimą, kad turi „problemą“) susiformuoja stebėdami kitus ir su

jais bendraudami – per kalbą. Kalba tiesiogiai neatspindi realybės, bet tai instrumentas, kurio dėka mes kuriame savo realybės vaizdą, įvykius, objektus, savo patyrimą pavadindami žodžiais, t. y. priskirdami jiems prasmę (Berg, DeJong, 1996; Raskin, 2002). *Problemomis SSTK* laikomi kasdieninio gyvenimo nesėkmės ir sunkumai (pvz.: automobilis neužsiveda, vyras ir žmona dažnokai pykstasi, vaikas šlapinasi į lovą), kuriems, po daugelio pasikartojančių neefektyvių bandymų juos įveikti, tik dažninančių sunkumus, klientai ar aplinkiniai priskiria „problemos“ prasmę – rūpesčių kelianti situacija suvokiama kaip nekintanti ir neišsprendžiama. Analogiškai, žmonėms bendraujant ar stebint kitus, jų realybės suvokimas ir interpretavimas gali pasikeisti. Kiekvienam įvykiui ar reiškiniui egzistuoja keletas prasmų. Bent daliai probleminio kliento elgesio apraiškų visada galima priskirti naują prasmę. Be to, laikomasi pažiūros, kad kalba neatskiriama nuo veiksmo, t. y. kalbėjimas yra viena iš elgesio formų. Tyrimų rezultatai ir klinikiniai stebėjimai patvirtina, kad žodžius paprastai lydi veiksmai. Todėl į sprendimus sutelkto pokalbio tikslas – padėti klientui kurti naudingas prasmes (deShazer, 1991; Simon, Berg, 2004). Konsultavimo procesas, anot *SSTK* šalininkų – pokalbis, kurio metu klientas, konsultanto padedamas, atranda ar kuria naujas, į jo galimybes ir sugebėjimus (resursus) orientuotas prasmes, lemiančias elgesio ir bendravimo pokyčius. Tai sumažina stresą ir leidžia klientui gyventi labiau tenkinantį ir produktyvų gyvenimą. Todėl *sprendimai* – tai kitokio elgesio ir (arba) suvokimo kūrimas konsultavimo metu, siekiant įveikti sunkumą, pakeisti neefektyvų bandymą jį įveikti ir (arba) alternatyvaus (tačiau klientui priimtino) požiūrio į situaciją ir save kūrimas, kuris įgalina probleminę situaciją suvokti ir patirti kitaip (Berg, DeJong, 1996; de Shazer, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986). Be to, *SSTK* autoriai dažnai pabrėžia, kad ir sprendimai turi būti kuriami nepamirštant socialinio konteksto: labai svarbu numatyti, pastebėti ir palaikyti socialinės sistemos reakcijas, kurios turi galią ne tik formuoti problemą palaikantį elgesį, bet ir sprendimų elgesį.

2. Kiekvienoje problemoje galima atrasti išimtį. Problema kliento gyvenime vyksta ne nuolat: būna momentų ar situacijų, kai ji nepasireiškia arba yra ne tokia aktuali klientui. Be to, teigiama, kad asmuo nuolatos bando spręsti savo sunkumus ir kartais dėl jo veiksmų atsiranda minėti neproblemiški momentai. Tad *SSTK* metu, kliento dėmesį atkreipiant į tuos laikotarpius, kai problemos nėra, siekiama padėti išsiaiškinti, kaip tokie momentai atsiranda, kokius išteklius klientas panaudoja tokiems momentams sukurti, kaip jis tada elgiasi ir pan. Kitaip tariant, vienas pagrindinių sprendimų kūrimo proceso elementų – kliento elgesys tuo metu, kai problema jam neegzistuoja – „išimtinis elgesys“ (deShazer, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004; Stalker, Levene, Coady, 1999). Klientai dažniausiai suvokia problemą kaip nuolatinę ir nekintančią, tad paprastai nepastebi tokių išimčių, o jei pastebi, jas suvokia kaip atsitiktinumus, kurių jie nekontroliuoja (deShazer, 1991). Modelio autoriai pastebėjo, kad, konsultavimo metu

klientui kalbant, stengiantis paaiškinti, o tarp konsultacijų stebint ar bandant nuspėti tokias išimtis, ilgainiui atrandamas elgesio modelis, leidžiantis kontroliuoti ir kartoti išimtinės situacijas. Tad išimtinio elgesio (o ne problemos ar jos priežasčių) paieškos ir aptarimas *SSTK* metu leidžia „sugriauti“ ribotą, sukaustyta kliento situacijos ir savo galimybių suvokimą ir atverti galimybes naujam suvokimui bei elgesiui (DeJong, Berg, 1998; deShazer, 1991; Fleming, 2004).

3. Sprendimų kūrimas remiasi konkrečiais kliento suformuluotais tikslais. Klientai, besikreipiantys psichologinės konsultacijos, laukia konkrečių ir praktiškų rezultatų – problemos išnykimo. Norint, kad pagalba būtų efektyvi ir greita, tiek klientas, tiek ir konsultantas privalo aiškiai žinoti, ko jie siekia ir kaip to pasieks. Todėl tikslai, anot S. deShazer, yra trumpalaikės terapijos pagrindas (Fleming, 2004). Vienas pagrindinių *SSTK* konsultanto uždavinių – padėti klientui aiškiai ir konkrečiai suformuluoti terapinius tikslus. Tam skiriama daug laiko ir naudojama daug eilė klausimų, padedančių klientui pagalvoti, įsivaizduoti ir apibūdinti, kaip/iš ko jis supras, kad problema išspręsta. Pabrėžiama, kad tikslų formulavimas turi būti nukreiptas ne į tai, ko nebus, o į tai, kas bus, t. y. kas vyks kliento gyvenime, ką jis ar kiti darys, kai problemos nebeliks. Tam dažniausiai naudojama technika, prašanti kliento įsivaizduoti ateitį be problemos ir apibūdinti, kokia ji bus. Toks procesas leidžia klientui formuluoti tikslus remiantis savo paties patyrimu, lūkesčiais, galimybėmis, apibūdinti juos konkrečiais elgesinio terminais. Tai padeda lengviau jų siekti ir praplečia situacijos suvokimą, leidžia atrasti naujų galimybių. Be to, taip suformuluoti tikslai didina kliento motyvaciją jų siekti (deShazer, 1991; Fleming, 2004). Tyrimų rezultatai rodo, kad tinkamai suformuluoti terapiniai tikslai prognozuoja dvigubai geresnius konsultavimo rezultatus, lyginant su blogai suformuluotais (Beyebach, Rodriguez Sanchez, Arribas de Miguel, Herrero de Vega, Hernandez, Rodriguez Morejon, 2000).
4. Didelių problemų sprendimas prasideda nuo mažų pokyčių. *SSTK* pabrėžia, kad pagrindinis konsultanto uždavinys – padėti klientui patirti nedidelį, tačiau realų pokytį, kuris ilgainiui dėl socialinėse sistemose vykstančių procesų išsiplėčia ir lemia tolesnius pokyčius. Remiantis kibernetikos ir sistemų teorijomis teigiama, kad nedideli vieno žmogaus elgesio pokyčiai veda prie visų situacijoje dalyvaujančių asmenų reakcijų į klientą ir elgesio pokyčių. O pasikeitusios aplinkinių reakcijos (dažniausiai palankesnės nei anksčiau) dar labiau motyvuoja klientą laikytis naujo elgesio. Taip ilgainiui formuojasi naujas savęs ir situacijos suvokimas, kuriame nelieta vietos „problemai“. Kadangi probleminę situaciją patiriantys asmenys tarpusavyje susiję, visiškai nesvarbu, kuris asmuo inicijuos pokyčius sistemoje, todėl *SSTK* gali būti sėkmingai taikoma kaip individualus konsultavimas, net ir sprendžiant šeimos ar didesnės grupės problemas (deShazer, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; O’Connell, 2003).

5. Sprendimai kūriami bendradarbiavimo tarp kliento ir konsultanto atmosferoje. *SSTK* klientą laiko pajėgiu ir turinčiu pakankamai resursų pakeisti savo požiūrį, elgesį ir situaciją. Negana to, teigiama, kad klientai ne tik nori, yra pajėgūs, bet ir nuolat keičiasi bei bando spręsti savo problemą (kartais jiems tai pavyksta – išimtis), t. y. siekdami pokyčių jie linkę bendradarbiauti su konsultantu. Todėl, remiantis M. Erickson idėjomis, konsultantas, norėdamas padėti, privalo atsisakyti eksperto vaidmens, prisiderinti prie kliento bendravimo stiliaus, pasaulio supratimo, pritarti ir vadovautis jo formuluojamais tikslais, pastebėti ir palaikyti pastangas kurti geresnį gyvenimą ir taip panaudoti (utilizuoti) kliento pasirengimą keistis. Konsultantas vengia interpretuoti ir konfrontuoti, nuoširdžiai domisi klientu, prašo paaiškinimų ir pan. Tokioje atmosferoje vykstantis konsultavimas nepalieka vietos kliento pasipriešinimui, nes konsultantas tampa pagalbininku, nuoširdžiai besidominčiu ir palaikančiu kliento nuomonę, kviečiančiu (o ne patariančiu ar liepiančiu) klientą kurti palankesnę sau ateitį, pabrėžiančiu paties kliento kaip savo gyvenimo eksperto vaidmenį, o sprendimų kūrimas vyksta remiantis kliento supratimu apie tai, kas turėtų pasikeisti. Tokiu būdu bendradarbiavimas pagal šį modelį suprantamas kaip dalyvavimas sprendimų kūrimo procese, o ne pritarimas konsultanto pasiūlytam terapiniam planui (Berg, DeJong, 1996; Beyebach, Morenjon, 1999; DeJong, Berg, 1998; Lewis, Osborn, 2004). K. B. Wettersten (2002) tyrimo rezultatai parodė, kad santykio tarp konsultanto ir kliento kokybė *SSTK* atveju yra didelė ir netgi didesnė, lyginant su empiriškai patvirtintu trumpalaikės tarpasmeniniais santykiais pagrįstos terapijos (angl. *interpersonally based brief therapy*) modeliu.

Išvardinti principai, kuriais *SSTK* konsultantas vadovaujasi dirbdamas su klientu, leidžia sukurti terapinį kontekstą, skatinantį kliento pokyčius. Kitame skyriuje apžvelgiamas *SSTK* poveikio mechanizmas ir galimybės gerinti psichologinį funkcionavimą.

2.3. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo galimybės gerinant sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinį funkcionavimą

2.3.1. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo galimybės psichologiniam funkcionavimui gerinti

Apibendrinus literatūroje išdėstytas mintis apie *SSTK* procesą, galima teigti, kad šį modelį taikančiam konsultantui keliami keturi uždaviniai – sukurti bendradarbiavimo atmosferą, padėti formuluoti aiškius, išmatuojamus, konkrečiais veiksmais įvardytus, klientui pasiekiamus terapinius tikslus. Tai vyksta nagrinėjant išimtis ir ateities be problemos (sprendimo) viziją, padėti suplanuoti ir išbandyti konkrečius veiksmus siekiant šią viziją įgyvendinti bei pastebėti, įvertinti, pabrėžti ir paskatinti pokyčius, vykstančius kliento gyvenime ir sprendimui palankias socialinės sistemos

reakcijas (DeJong, Berg, 1998; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004; Gingerich, Eisengart, 2000; Lethem, 2002; O'Connell, 2003). *SSTK* procesas siekiant įgyvendinti minėtus uždavinius susideda iš kitokių etapų nei tradicinis daugelyje modelių taikomas problemų sprendimo procesas. Plačiai žinomi problemų sprendimo etapai apima problemos apibūdinimą, įvertinimą, intervencijų paiešką, jų įgyvendinimą ir rezultatų įvertinimą. Tuo tarpu *SSTK* remiasi sprendimų kūrimo stadijomis: trumpas problemos apibūdinimas akcentuojant kliento požiūrį ir paaiškinimus, tikslų formulavimas, išimčių (sėkmės praeityje) analizavimas, subjektyvus kliento progreso įvertinimas, grįžtamasis ryšys, susidedantis iš kliento išsikeltų tikslų, išteklių ir stipriųjų pusių pabrėžimo ir palaikymo bei namų užduoties, suteikiančios progą išbandyti naują elgesį (Berg, DeJong, 1996). Konsultanto vaidmuo *SSTK* modelyje yra aktyvus, jis atsakingas už pokalbio struktūravimą, jo kreipimą sprendimų kūrimo linkme (DeJong, Berg, 1998; Fleming, 2004).

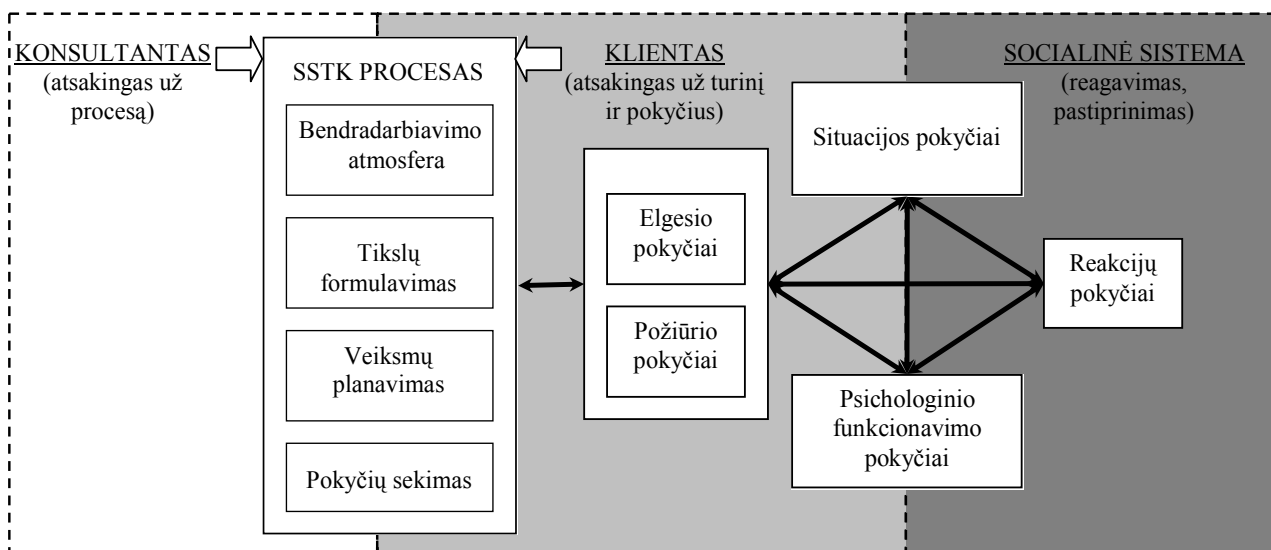
SSTK kūrėjai ir pasekėjai pabrėžia, kad siekiant skatinti kliento bendradarbiavimą ir parinkti užduotis, turinčias terapinį efektą (turinčias potencialią nutraukti probleminį ratą), svarbu atsižvelgti į taip vadinamą kliento tipą (DeJong, Berg, 1997; deShazer, 1991; Fleming, Rickord, 1997). *SSTK* klientai skirstomi į tikruosius klientus (jie suvokia ir gali nupasakoti savo atsakomybę ir ryšį su problemos atsiradimu bei pasekmėmis, konsultacijos metu suformuluoja aiškius tikslus, įvardija ir yra pasirengę imtis veiksmų, kad pakeistų situaciją) ir besiskundžiančius klientus (jie kenčia dėl problemos, tačiau mano, kad dėl to kalti kiti, ir nenusiteikę imtis veiksmų, kad situaciją pakeistų), kuriems parenkamos skirtingos užduotys, atitinkančios jų poreikius ir galimybes. Tikrieji klientai prašomi išbandyti numatytas naujas elgesio strategijas ir stebėti progresą, o besiskundžiantys klientai – stebėti išimtis – momentus, kai problema nepasireiškia ar pasireiškia silpniau, bei savo veiksmus, dėl kurių atsiranda tokių momentų. Kliento tipas nustatomas remiantis konsultacijos metu surinkta informacija (DeJong, Berg, 1997; Fleming, Rickord, 1997). Tyrimų duomenimis, *SSTK* metu klientams pateikiamos namų užduotys padeda klientams aiškiau įsisąmoninti, kokių pokyčių jie tikisi iš konsultavimo, suteikia daugiau vilties ir padeda pasiekti didesnių teigiamų pokyčių jau po pirmosios konsultacijos, lyginant su tokių užduočių negavusiais ar gavusiais į problemą orientuotą užduotį tiriamaisiais (McKeel, 2000).

Kiekviename iš anksčiau minėtų sprendimų kūrimo etapų naudojamos specialios *SSTK* autorių sukurtos technikos, t. y. tam tikri klausimai, padedantys pokalbį nukreipti ne į problemos analizę, bet į kliento stipriųjų pusių išsiaiškinimą ir sprendimų kūrimą. Žinoma, konsultavimo procese *SSTK* konsultantas naudoja daugelį (išskyrus konfrontavimą ir interpretavimą) bendrųjų psichologinio konsultavimo įgūdžių ir klausimų, tačiau kai kurie klausimai užduodami išskirtinai siekiant pokalbį pasukti sprendimų kūrimo linkme (DeJong, Berg, 1998). Paprastai išskiriamos kelios grupės kertinių *SSTK* klausimų, padedančių pokalbį pasukti problemų aptarimo sprendimų

kūrimo linkme (klausimų formuluotes žr. 6 priede). Tyrimų rezultatai patvirtina, kad į sprendimus sutelkti klausimai skatina klientą kalbėti apie sprendimo galimybes ir savo pasiekimus sprendžiant problemą (Gingerich, deShazer, Weiner-Davis, 1988, cituojama iš McKeel, 2000), o kuo daugiau klientas pirmojo susitikimo metu kalba apie sprendimus (o ne problemas), tuo didesnė tikimybė, kad jis tęs konsultavimą, t. y. jo nenutrauks (Shields, Sprengle, Constantine, 1991, cituojama iš McKeel, 2000).

Toks SSTK procesas leidžia išvengti ilgai trunkančio probleminės situacijos analizavimo, kovos su kliento pasipriešinimu ir, orientuojantis į bendradarbiavimo atmosferos kūrimą, atsižvelgiant į kliento tikslus bei pasitelkiant kliento turimus išteklius, pokyčių pasiekti per trumpą laiką ir padidinti klientų pasitenkinimą tiek konsultavimo rezultatais, tiek ir pačiu procesu (DeJong, Berg, 1998; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004; deShazer, 1991; Lewis, Osborn, 2004; O'Connell, 2003). Be to, konsultavimo proceso paprastumas, sekimas paskui klientą, vilties ir pasitikėjimo savimi skatinimas leidžia taikantiems modelį puikiai išnaudoti jau anksčiau minėtus S. D. Miller, B. L. Duncan ir M. A. Hubble nurodytus bendruosius faktorius, susijusius su bet kurio modelio efektyvumu (žr. 32 psl.). Pokalbis apie kliento stipriąsias puses, išteklius, bandymus spręsti problemą savarankiškai susijęs su didžiausios įtakos konsultavimo rezultatams turinčiais išoriniais veiksniais. Pabrėžiant terapinių tikslų formulavimo svarbą siekiama panaudoti terapinio santykio faktorių (antrą pagal įtakos dydį faktorių grupę) (Miller, Duncan, 2000). Daugelis tyrimų patvirtina teorines prielaidas ir rodo, kad naudingiausiais SSTK proceso elementais klientai laiko užduodamus klausimus, orientaciją į kliento stipriąsias puses, sėkmę ir pokyčius bei teigiamą konsultavimo atmosferą (McKeel, 2000).

Toliau aptariama galima SSTK terapinio proceso įtaka psichologiniam funkcionavimui. 2 paveiksle pavaizduota teorinė SSTK poveikio elementų ir galimų poveikio mechanizmų schema.



2 pav. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo poveikio mechanizmai ir kryptys

Schemoje matosi, kad *SSTK* terapiniame procese, kuriant teigiamus pokyčius kliento gyvenime, dalyvauja ne tik pats klientas, bet ir konsultantas bei socialinė sistema. Manoma, kad pokyčiai formuojasi šių trijų terapinio proceso elementų sąveikoje, kur kiekvienam jų keliami specifiniai uždaviniai ir kiekvienas atlieka savo funkciją. Apie konsultantui keliamus uždavinius jau kalbėta – trumpai tariant, jis atsakingas už terapinio proceso kokybę ir kryptingumą. Tuo tarpu klientui suteikiama proceso turinio ekspertizė – jis atsakingas už pokalbio ir kuriamų sprendimų turinį bei konsultavimo metu aptartų veiksmų įgyvendinimą. Laukiama, kad *SSTK* proceso metu keisis kliento požiūris į situaciją, galimybes ją pakeisti, jis pats formuluos tikslą ir galimus veiksmus, o tai lems kliento elgesio pokyčius. Tokie požiūrio ir elgesio pokyčiai, socialinės sistemos ir joje veikiančių anksčiau aprašytų sisteminių procesų dėka, turėtų keisti situaciją, t. y. problema, dėl kurios klientas kreipėsi pagalbos, turėtų spręstis. Remiantis tokia ideologija, buvo sudarytas šio darbo tiriamojoje dalyje naudojamas paauglių problemų sprendimo progreso metodas (*Konsultanto vertinamo problemos sprendimo progreso skalė*).

Aprašyto terapinio proceso įtaką psichologiniam funkcionavimui vienareikšmiškai numatyti sunku, nes *SSTK* literatūroje šis klausimas nenagrinėjamas, o šios srities tyrimų aptikti nepavyko. Ankstesniuose skyriuose (2.1.2 skyrius, 1 pav.) minėta, kad siekiant gerinti sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinį funkcionavimą, intervencijos turėtų būti nukreiptos į keletą esminių psichologinės adaptacijos proceso dedamųjų. Teorinės prielaidos ir kol kas negausūs *SSTK* proceso ir sukiamų pokyčių mechanizmų tyrimai leidžia galvoti, kad šio modelio poveikis kaip tik ir nukreiptas tiek į kognityvinio įvertinimo korekciją (naujų prasmų kūrimas, situacijos vertinimo praplėtimas), tiek į kliento turimų išteklių ir jų naudojimo galimybių atradimą bei plėtojimą (stipriųjų pusių, išimčių paieška ir analizė), tiek į naujų, adaptyvesnių (asmenine ir socialinės sistemos prasme) elgesio strategijų formavimą (terapinės užduotys, sėkmės praeityje analizė, pirmo žingsnio planavimas), tiek į socialinės sistemos reakcijų korekciją ir jų pokyčių dėl kliento veiksmų analizę. Mūsų nuomone, *SSTK* pabrėžiamas ir vykusiai išnaudojamas dar vienas svarbus adaptacijos proceso elementas – tikslai: poveikis siejamas ne su esamų sunkumų priežasčių atradimu ir šalinimu (kovojuama ne su stresoriumi), o su asmeniui svarbių, aiškių, pamatuojamų tikslų formulavimu ir veiksmų jiems pasiekti planavimu. Kitaip tariant, *SSTK* procese iš anksto numatomas laukiamas rezultatas, o po to jo siekiama – tai didina motyvaciją imtis veiksmų ir sudaro sąlygas patirti sėkmę po kiekvieno mažo žingsnio tikslo link. *SSTK* metu vykstanti kliento išteklių ir stiprybių analizė gali suteikti pasitikėjimo savimi, tikslų, kaip ateities be problemos vizijos, kūrimas apima ne tik konkrečios problemos aspektus, bet ir leidžia klientui įsivardyti, kokios ateities plačiąja prasme jis siekia, konkrečių veiksmų tikslo link atradimas, išbandymas ir sėkmės analizė konsultacijų metu leidžia patirti realius pokyčius, suteikia vilties, kad situacija gali gerėti. Tokie kliento požiūrio, elgesio ir situacijos pokyčiai gali būti tiesiogiai susiję su paauglio

funkcionavimo kitose srityse pagerėjimu (2 paveikslas). Be to, remiantis sisteminiu požiūriu, galima kelti prielaidą, kad pasikeitęs kliento elgesys sukelia kitokias socialinės aplinkos reakcijas, kurios, užuot palaikę neadaptyvų elgesį, veikiant grįžtamojo ryšio kilpai, pradeda palaikyti *SSTK* metu atsiradusias naujas elgesio strategijas, kurios pamažu vis labiau įsitvirtina kliento elgesyje, o sistemoje nusistovi nauja pusiausvyra, lemianti pokyčius ir kitose kliento funkcionavimo srityse.

Aprašytas *SSTK* poveikio mechanizmas ir jo sąsaja su psichologinio funkcionavimo pokyčiais remiasi teorinėmis prielaidomis. Norint šį modelį patikrinti empiriškai, reikėtų vertinti ne tik tai psichologinio funkcionavimo rodiklių, bet ir daugybės tarpinių kintamųjų kitimą *SSTK* metu, o toks tyrimas reikalautų longitudinalinės schemos, kas sunkiai įgyvendinama daktaro disertacijos rėmuose. Be to, prieš imantis tokios gilios analizės, tikslinga įsitikinti, kad poveikio metodas iš tiesų susijęs su psichologinio funkcionavimo pokyčiais, ko ir siekiama šiame darbe.

Teorinės prielaidos leidžia galvoti, kad *SSTK* poveikis ne tik tai nukreiptas į svarbiausias adaptacijos proceso dedamąsias, bet dėl savo pozityvaus požiūrio ir į sprendimus sutelktos kalbos naudojimo, kliento nuomonės ir tikslų pabrėžimo, konfrontavimo vengimo, nesigilinimo į problemos priežastis, orientacijos į ateities be problemos perspektyvą kaip tik ir atsižvelgia į anksčiau minėtus (žr. 27 psl.) paauglystės amžiaus ypatumus, paveikiančius konsultavimo procesą (Corcoran, Stephenson, 2000; Lethem, 2002). Bendradarbiavimo atmosferos akcentavimas ir kalbėjimas apie geresnę ateitį padeda paaugliui atsiriboti nuo kaltės, nepasitenkinimo savimi ir situacija jausmų, didina pasitenkinimą procesu ir motyvaciją tęsti konsultavimą. Pagarba kliento nuomonei, jo poreikių paisymas padeda išvengti paauglio pasipriešinimo ir užmegzti kontaktą. Paprastos ir konkrečios kalbos ir klausimų naudojimas padeda paaugliui aiškiai įvardyti (vadinasi, ir suprasti), kokių pokyčių jis laukia. Be to, ekonomišką laiko panaudojimą ir modelio orientaciją į trumpą procesą (neretai pats klientas prašomas nustatyti konsultavimo pabaigos laiką ir kriterijus) leidžia išvengti didelio konsultavimo nebaigusių paauglių procento (Lethem, 2003).

Šiame skyriuje aptartas teorinis *SSTK* poveikio mechanizmų modelis leidžia teigti, kad tai efektyvus pagalbos paaugliams metodas. Toliau nagrinėjama, ar tokią prielaidą patvirtina tyrimų rezultatai.

2.3.2. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo efektyvumo tyrimai

Galimybė padėti klientui per trumpą laiką, aiškios proceso struktūros buvimas ir taikomų intervencinių technikų arsenalo apibrėžtumas *SSTK* padeda išsikovoti vis didėjantį populiarumą psichologinio konsultavimo ir psichoterapijos praktikos, taip pat mokslinių tyrinėjimų sferoje (Fleming; 2004; Macdonald, 2003). Pavyzdžiui, per šešetą metų, nuo 1993 iki 1999, *SSTK* skirtų knygų, straipsnių, vaizdo ir garso juostų skaičius išaugo 3,5 karto. Nuolatos auga ir specialistų

visame pasaulyje, dalyvaujančių *SSTK* besidominčius vienijančiose organizacijose (Miller, Duncan, 2000).

Nepaisant sparčiai augančio modelio populiarumo ir klinikiniam darbe jį taikančiųjų skaičiaus, *SSTK* efektyvumo tyrimų skaičius ir kokybė auga daug lėčiau. Mūsų skaičiavimais, Europos trumpalaikės terapijos asociacijos (*European Brief Therapy Association*) tinklalapyje (www.ebta.nu) pateiktame ir periodiškai atnaujinamame pasaulyje atliekamų kontroliuojamų ir lyginamųjų *SSTK* tyrimų sąrašė tyrimų skaičius nuo 2003 metų (37 tyrimai) iki 2007 metų (54 tyrimai) išaugo 46 proc. (17 tyrimų). Šiame skyriuje trumpai apžvelgiami svarbiausi *SSTK* efektyvumo tyrimų rezultatai.

Pirmieji *SSTK* tyrimai buvo atlikti Trumpalaikės šeimos terapijos centre, kur modelio kūrėjai atliko keletą klientų apklausų, siekdami išsiaiškinti, ar naujas modelis šiems naudingas. Efektyvumas buvo matuojamas remiantis klientų atsakymais apie terapinių tikslų pasiekimo po terapijos laipsnį. Šie tyrimai parodė, kad nuo 70 iki 80 proc. atvejų konsultavimas baigiasi sėkmingai (Berg, DeJong, 1996; DeJong, Berg, 1998; deShazer, 1991, deShazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004). Vėliau keletą *SSTK* efektyvumo tyrimų atliko nepriklausomi tyrėjai. Dauguma atvejų autoriai, vertindami efektyvumą, rėmėsi subjektyvia kliento nuomone apie tikslų pasiekimą ir gavo panašius, gal kiek mažesnius rezultatus (Fleming, 2004; Macdonald, 1997).

Literatūroje skelbiami tyrimai leidžia teigti, kad *SSTK* naudingas įvairių grupių klientams ir tinka spręsti įvairioms problemoms. P. DeJong ir I. K. Berg (1998) nurodo, jog 70 proc. ir daugiau atvejų pasiekiamas geras rezultatas sprendžiant daugumą problemų, tokių kaip depresija, mintys apie savižudybę, miego sutrikimai, valgymo sutrikimai, tėvų ir vaikų konfliktai, santuokos problemos, seksualinės problemos, seksualinė prievarta, smurtas šeimoje bei savęs vertinimo problemos. *SSTK* efektyvumas buvo vertinamas konsultuojant įvairias klientų grupes: ambulatorinio gydymo įstaigose, įkalinimo įstaigose, socialinio darbo agentūrose, universitetuose, šeimos klinikose. Visi šie tyrimai rodo, kad, dirbant pagal šį modelį, pasiekiami gerų rezultatų su šiomis klientų grupėmis (Fleming, 2004; Gingerich, 2000; Gingerich, Wabeke, 2001; McKeel, 2000).

Reikia pažymėti, kad dauguma *SSTK* gyvavimo pradžioje atliktų tyrimų pasižymėjo rimtais metodologiniais trūkumais (dažniausiai nurodoma kontrolinės ar lyginamosios grupės stoka, konsultavimo procedūros aprašymo nebuvimas, maža tiriamųjų imtis, objektyvių standartizuotų matavimo metodų nenaudojimas ir pan.), kurie neleido vienareikšmiškai teigti, kad modelis efektyvus (Coady, Stalker, Levene, 2000; Gingerich, Eisengart, 2000; Macdonald, 2003; McKeel, 2000; Miller, Duncan, 2000). W. J. Gingerich ir S. Eisengart (2000) JAV bibliotekose ir internete prieinamoje literatūroje aptiko tik 15 kontroliuojamų *SSTK* efektyvumo tyrimų, atliktų iki 1999 m., kurie atitiko jų iškeltus atrankos kriterijus: kontrolinės grupės naudojimas, taikyti kliento elgesio ar

funkcionavimo pokyčių vertinimo metodai neapsiribojant vien kliento pasitenkinimu, pateikti konsultavimo pabaigoje atlikti matavimai (neįtraukti tyrimai, vertinantys pirmos konsultacijos ar atskirų technikų efektyvumą). Vėliau remdamiesi Amerikos psichologijos asociacijos (*American Psychological Association*) nurodytais standartais, kuriuos turi atitikti psichologinio gydymo empirinio pagrindimo siekiantys tyrimai (naudoti atsitiktinę atranką skirstant tiramuosius į grupes; tirti konkretų, aiškiai apibrėžtą sutrikimą; palyginti tiriamą modelį su kitu jau patikrintu, placebo grupe arba grupe be poveikio; naudoti konsultavimo procedūros aprašymą ir vertinti jo laikymąsi; naudoti validžius matavimo metodus; naudoti gana dideles tiriamųjų grupes, leidžiančias patikimai įvertinti skirtumus tarp grupių), autoriai nustatė, kad tik 5 tyrimai atitiko visus arba beveik visus reikalavimus, 4 tyrimai – tik keletą ir 6 tyrimai – vieną kitą reikalavimą. Išanalizavę penkių gerai kontroliuojamų tyrimų rezultatus autoriai priėjo prie išvados, kad visi jie liudija *SSTK* naudingumą klientams. Keturi iš autorių cituojamų gerai kontroliuojamų *SSTK* efektyvumo tyrimų (Cockburn, Thomas, Cockburn, 1997; Lindfors, Magnuson, 1997; Seagram, 1997; Zimmerman, Jacobsen, McIntyre, Watson, 1996) parodė, kad taikant šį modelį pasiekiami statistiškai reikšmingai geresni rezultatai, lyginant su kontroline grupe be poveikio ar įprastomis įstaigų, kuriose buvo atliekami tyrimai, paslaugomis. Vienas iš penkių gerai kontroliuojamų tyrimų, kurį paskelbė V. Sundstrom (1993, cituojamas iš Gingerich ir Eisengart, 2000), lygino *SSTK* su tarpasmenine psichoterapija depresijai gydyti (*interpersonal psychotherapy for depression*) universiteto studentų, pasižyminčių depresišku, konsultavimui, tačiau nenustatė reikšmingų skirtumų tarp šių modelių efektyvumo, t. y. abiem atvejais buvo pasiekti vienodai geri rezultatai. Likę 10 tyrimų šioje apžvalgoje, nors pasižymėjo metodologiniais trūkumais, neleidžiančiais jų rezultatų laikyti formaliu empiriniu *SSTK* efektyvumo įrodymu, liudija apie modelio naudą klientams.

Pavyko rasti tik keletą bandymų lyginti *SSTK* ir kitų modelių efektyvumą. R. M. LaFountain ir N. E. Garner (1996) paskelbė tyrimą, kuriame lygino *SSTK* ir kitokiais metodais (įvairiais) universiteto studentus konsultavusių specialistų pasiektus rezultatus ir nustatė, kad *SSTK* dalyvavusių studentų įvertinimai trijose matavimo skalėse iš aštuonių pagerėjo statistiškai patikimai labiau nei kontrolinėje grupėje. Bozeman (1999) lygino *SSTK* ir į praeitį orientuoto konsultavimo efektyvumą mažinant depresišku ir beviltišku jausmą ambulatorinio psichikos sveikatos priežiūros centro pacientų grupėje. 52 tiramieji, pasižymintys aukštu beviltišku (įvertinto Nowotny vilties skale) ir depresišku (įvertinto Beck depresijos klausimynu) lygiu, atsitiktinai buvo suskirstyti į dvi grupes. Kiekvienos grupės tiramiesiems taikytas vienas iš minėtų poveikio metodų (3 susitikimai). Rezultatai parodė, kad beviltišku lygis *SSTK* dalyvavusių tiriamųjų grupėje sumažėjo statistiškai patikimai labiau nei lyginamojoje grupėje. Tačiau depresišku lygis reikšmingai nesumažėjo nė vienoje iš grupių. P. Knekt ir O. Lindfors (2004) lygino *SSTK* ir trumpalaikės psichodinaminės psichoterapijos efektyvumą dirbant su depresija ir

nerimo sutrikimais sergančiais ambulatoriškai besigydančiais 20–46 m. pacientais. Tiriamieji į poveikio grupes buvo suskirstyti atsitiktine tvarka. Tyrimo rezultatai parodė, kad po vienerių metų abiejose grupėse gerokai sumažėjo depresijos ir nerimo sutrikimų simptomų, o darbingumas ir socialinis funkcionavimas pagerėjo nežymiai. Reikšmingų skirtumų tarp skirtingų poveikio modelių nenustatyta. K. B. Wettersten (2002) nustatė, kad *SSTK* toks pat efektyvus (vertinant simptomatikos ir sprendžiamos problemos išreikštumo pokyčius) kaip ir empiriškai pagrįstas trumpalaikės tarpasmeniniais santykiais grįstos terapijos modelis. W. K. Rhee, M. Merbaum, M. J. Strube, S. M. Self (2005) lygino telefonu teikiamos psichologinės pagalbos taikant *SSTK* ir bendrųjų faktorių terapiją (*common factors therapy*) efektyvumą, lyginant su kontroline grupe be poveikio. 55 klientai, skambinę pagalbos savižudiškų ketinimų turintiems asmenims telefono linija, atsitiktine tvarka buvo paskirti į vieną iš trijų grupių. Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad abiejose poveikio grupėse pagerėjimas buvo statistiškai reikšmingai didesnis nei kontrolineje grupėje, tačiau statistiškai patikimo efektyvumo skirtumo tarp poveikio grupių nenustatyta.

Kadangi negausūs tyrimai, lyginantys *SSTK* ir kitų modelių efektyvumą, atskleidžia, kad *SSTK* dalyvaujantys klientai pasiekia panašių rezultatų kaip ir taikant kitus modelius, negalime teigti, kad *SSTK* yra pranašesnis. Tačiau konsultacijų skaičius, reikalingas daugumai *SSTK* klientų geriems rezultatams pasiekti, akivaizdžiai liudija šio modelio pranašumą prieš kitus. Dažniausiai literatūroje skelbiamuose *SSTK* tyrimuose nurodomas konsultacijų vidurkis svyruoja nuo 2,9 iki 5,47 (McKeel, 2000). Tai tikrai geras rodiklis, lyginant su kitais modeliais. Pavyzdžiui, savo kilme artimo trumpalaikės problemų sprendimo terapijos modelio tyrimai rodo, kad vidutinis konsultacijų skaičius siekia 7, o kitų modelių atveju – dar daugiau (Fleming, 2004).

Ne tik *SSTK*, bet ir daugumos trumpalaikių konsultavimo modelių teoriniai principai nurodo, kad teigiami pokyčiai klientų gyvenime tęsiasi ir baigus konsultavimą, t. y. konsultavimo metu užtenka paskatinti pokyčius nesiekiant lydėti kliento viso pokyčių proceso metu (DeJong, Berg, 1998; Fleming, 2004; Schaefer, Koeter, Wouters, Emmelkamp, Schene, 2003). Todėl kyla klausimas, ar empiriniai tyrimai patvirtina šiuos teiginius, t. y. kaip ilgai išlieka *SSTK* metu pasiektas efektas? Trumpalaikės šeimos terapijos centre, kuriame buvo sukurtas modelis, A. Kiser ir W. Nunnally (1990; cituojama iš McKeel, 2000) ir D. Lee (1997; cituojama iš Macdonald, 2003) atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad, praėjus šešioms mėnesiams po dalyvavimo *SSTK*, atitinkamai 80 proc. ir 64,9 proc. apklaustųjų nurodė, jog konsultavimo metu visiškai ar iš dalies pasiekė savo tikslų – išsprendė problemą. A. J. Macdonald (1997) nustatė, kad klientai konsultavimo rezultatus vertina palankiai 70 proc. atvejų praėjus vieneriems ir 64 proc. atvejų – praėjus trejiems metams po konsultavimo pabaigos. Jau minėtas į W. J. Gingerich ir S. Eisengart apžvalgą įtrauktas tyrimas, kurį paskelbė L. Lindfross ir D. Magnusson (1997), skirtas *SSTK* efektyvumui iširti dirbant su keletą kartų nusikaltusiais įkalintais jaunais vyrais, parodė, kad

praėjus 16 mėnesių nuo *SSTK* (vidutiniškai 5 konsultacijos) pakartotinai buvo nusikalte 60 proc. eksperimentinės ir 86 proc. kontrolinės grupės asmenų. Tokie rezultatai patvirtina praeitame skyriuje iškeltą mintį apie *SSTK* poveikio ilgalaikiškumą.

Literatūroje pavyko aptikti tik keletą tyrimų, vertinusių kliento ar konsultavimui pateikiamos problemos charakteristikų sąsajas su *SSTK* efektyvumu. Ispanijoje atliktas tyrimas parodė, kad kliento vidinis kontrolės lokusas susijęs su terapinių užduočių, kurias *SSTK* konsultantas pasiūlo atlikti tarp susitikimų, vykdymu, nes tada konsultavimo efektyvumas padidėja trigubai (Beyebach, Rodriguez Sanchez, Arribas de Miguel, Herrero de Vega, Hernandez, Rodriguez Morejon, 2000). Tyrimų duomenys rodo, kad geresni rezultatai pasiekti „asmeninių“ problemų (nerimas, depresija ar žalingi įpročiai) nei tarpasmeninių santykių problemų atveju. (Beyebach ir kt., 2000; Darmody, Adams, 2003). Kiti autoriai neaptiko problemos pobūdžio ir *SSTK* efektyvumo ryšių (Macdonald, 2003; McKeel, 2000; Gingerich, Eisengart, 2000). Remdamiesi pirmuoju tyrimu, darbe kėlėme prielaidą, kad asmenines (elgesio ar emocijas) problemas sprendžiantys klientai *SSTK* metu patiria daugiau teigiamų pokyčių nei sprendžiantys tarpasmeninių santykių problemas. A. J. Macdonald (1997) nurodo, kad *SSTK* ne toks efektyvus sprendžiant įsisenėjusias klientų problemas – tas, kurios tęsiasi ilgiau nei 3 metai. Pavyko rasti keletą tyrimų, atskleidusių, kad *SSTK* vienodai efektyvus skirtingos lyties, amžiaus, rasės, socialinės padėties, medicininės diagnozės grupėse (DeJong, Berg, 1998; Macdonald, 2003; McKeel, 2000). Tokie rezultatai (ypač vienodas efektyvumas skirtingų socialinių klasių atstovams) intriguoja ir prieštarauja kitų terapinių modelių tyrimų rezultatams (Macdonald, 2003). Tai paskatino šiame darbe analizuoti klientų demografinių charakteristikų įtaką *SSTK* efektyvumui.

Apibendrinant *SSTK* tyrimų apžvalgą, reikia pasakyti, kad esamų tyrimų, kurių nemaža dalis pasižymi gana rimtais metodologiniais trūkumais, nepakanka vienareikšmiškai įrodyti *SSTK* efektyvumui. Tiesa, atlikti tyrimai rodo, kad klientai pasiekia gerų (neįrodyta, kad geresnių nei taikant kitus modelius) rezultatų per išpūdingai trumpą laiką (vidutiniškai 3–5 konsultacijos), o šie pasiekimai išlieka gana ilgai. Tačiau trūksta tyrimų, leidžiančių atsakyti, ar *SSTK* vienodai efektyvus nepriklausomai nuo kliento lyties, amžiaus, socialinio statuso, sveikatos sutrikimo ir sprendžiamos problemos pobūdžio.

2.3.3. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo efektyvumo paauglių grupėje tyrimai

Prieinamoje literatūroje pavyko aptikti nedaug paauglių populiacijoje atliktų *SSTK* tyrimų. Literatūros analizė rodo, kad *SSTK* veiksmingas dirbant su paaugliais grupėse (Franklin, Biever, Moore, Clemons, Scamardo, 2001; LaFountain, Garner, 1996; Newsome, 2004), taikant jį kaip šeimos terapiją paauglių problemoms spręsti (Corcoran, Stephenson, 2000; Franklin, Corcoran,

Nowicki, Streeter, 1997). Kadangi mūsų darbe *SSTK* taikytas individualiai, šiame skyriuje apžvelgiami tik tų modelio tyrimų rezultatai, kai šis taikytas dirbant su paaugliais individualiai.

Pirmieji *SSTK* efektyvumo tyrimai, ir suaugusių, ir paauglių populiacijoje, dažniausiai apsiribojo klientų pasitenkinimo pagalba arba subjektyviu problemos išreikštumo kitimo įvertinimu. C. Burr (1993, cituojama iš Macdonald, 2003) vertino *SSTK* efektyvumą dirbant su vaikais ir paaugliais sveikatos priežiūros įstaigose. Iš 34 tiriamųjų, kurių pasiekimai *SSTK* metu buvo vertinami praėjus 6–12 mėnesių po konsultavimo, 26 (77 proc.) nurodė probleminę situaciją pagerėjus. Konsultacijų vidutinis skaičius buvo 4. D. Lee (1997, cituojama iš Bloom, 2002; Corcoran, Stephenson, 2000) tyrinėjo *SSTK* efektyvumą vaikų ir paauglių, besilankančių vienoje iš pirminės psichikos sveikatos priežiūros įstaigų, problemoms spręsti. Tyrime dalyvavo 59 vaikai, kurių amžius svyravo nuo 4 iki 17 metų. Dažniausiai tiriamieji kreipėsi dėl nesutarimų šeimoje, sunkumų mokykloje, elgesio ir emocijų kontrolės problemų. Vidutinis konsultacijų skaičius buvo 5,5. Apklausa telefonu praėjus šešiams mėnesiams po konsultavimo pabaigos parodė, kad 54 proc. tiriamųjų teigė po konsultavimo pasiekę savo tikslų, 11 proc. – iš dalies pasiekę ir 32 – nepasiekę savo tikslų. Dažniausiai tiriamieji įvardijo pagerėjusius santykius šeimoje ir geresnį vaiko elgesį namuose kaip teigiamą konsultavimo rezultatą.

Tik pastaruoju metu po gana griežtos *SSTK* tyrimų metodologijos kritikos (Coady, Stalker, Levene, 2000; Gingerich, Eisengart, 2000; Macdonald, 2003; McKeel, 2000; Miller, Duncan, 2000) tyrėjai modelio tyrimuose pradėjo naudoti kontrolines grupes ir standartizuotus vertinimo metodus. Jau minėjome bene išsamiausią pastarųjų metų *SSTK* tyrimų apžvalgą, kurią atliko W. J. Gingerich ir S. Eisengart (2000). Iš 15 *SSTK* efektyvumo tyrimų, kurie, autorių nuomone, daugiau ar mažiau atitiko kontroliuojamiems efektyvumo tyrimams keliamus reikalavimus, 7 tyrimai buvo atlikti vaikų ar paauglių populiacijoje. Trijuose tyrimuose (LaFountain ir kt., 1996, cituojama pagal Gingerich, Eisengart, 2000; Springer, Lynch, Rubin, 2000; Triantafillou, 1997) *SSTK* taikytas kaip grupinės pagalbos metodas. Viename tyrime (Franklin ir kt., 1997, cituojama iš Gingerich, Eisengart, 2000), sprendžiant tėvų ir paauglių tarpusavio nesutarimus, *SSTK* taikytas kaip šeimos konsultavimo modelis. Viename iš likusių tyrimų (Geil, 1998, cituojama iš Gingerich ir Eisengart, 2000) tirta pradinių klasių moksleivių populiacija, kuri mažai susijusi su mūsų darbe tiriamais paaugliais, todėl trumpai apžvelgsime dviejų likusių *SSTK* efektyvumo tyrimų, atliktų paauglių populiacijoje, rezultatus.

J. Seagram (1997, cituojamas Gingerich, Eisengart, 2000) vertino *SSTK* efektyvumą mažinant nepilnamečių nusikaltėlių perauklėjimo įstaigoje esančių paauglių asocialaus mąstymo ir elgesio apraiškas. Tyrime dalyvavo 40 paauglių, atsitiktinai suskirstytų į poveikio (N = 21) grupę ir kontrolinę (N = 19) grupę be poveikio. Tyrimui buvo atrinkti tie paaugliai, kuriems buvo diagnozuota psichozė ir užfiksuota, kad praeity atsisakyta medikamentinio gydymo. Poveikio

efektyvumui vertinti autorė naudojo keletą standartizuotų metodų, tarp kurių buvo Achenbach'o elgesio klausimynas, skirtas paaugliams, Jesness elgesio klausimyno recidyvizmo skalė, kurią pildė patys tiriamieji ir jų prižiūrėtojai bei mokytojai ir kt. Po 10 konsultacijų poveikio grupėje pastebėtas didesnis progresas sprendžiant problemas ir didesnė viltis, kad įvykę pokyčiai tęsis ir ateityje, nei kontrolinėje grupėje. Be to, standartizuotų klausimynų įvertinimai parodė, kad poveikio grupė pasižymėjo statistiškai reikšmingai didesniu optimizmu ateities atžvilgiu, didesniu empatiškumu, žemesnėmis asocialiomis tendencijomis, mažesniu piktnaudžiavimu narkotinėmis medžiagomis ir mažesniais dėmesio koncentracijos sunkumais. Po 6 mėnesių 20% poveikio grupės tiriamųjų buvo vėl nusikalte, tuo tarpu kontrolinėje grupėje tokių tiriamųjų buvo 42%.

J. M. Littrell, J. A. Malia ir M. Vanderwood (1995) vertino trijų psichologinio konsultavimo modelių galimybes vienintelės konsultacijos metu sumažinti moksleivių (vidutinis amžius – 16 m.) akademinų ir asmeninių problemų išreikštumą bei padidinti tikslų pasiekimo laipsnį. Tyrime dalyvavo šešiasdešimt vienas 9–12 klasių moksleivis. Atsitiktine tvarka tiriamieji buvo suskirstyti į tris poveikio grupes: į problemos analizę orientuota su užduotimi, į problemos analizę orientuota be užduoties ir į sprendimus sutelkta su užduotimi. Efektyvumui vertinti buvo naudojamas pačių autorių sudarytas metodas: 7 balų Likerto skalėje konsultantai ir jų klientai kartu vertino klientų progresą nusiskundimų mažėjimo, tikslų pasiekimo ir nepageidaujamų jausmų, minčių ir elgesio intensyvumo mažėjimo srityse. Minėtas vertinimas buvo atliekamas praėjus 2 ir 6 savaitėms po konsultacijos. Nustatyta, kad visose trijose vertintose srityse įvyko statistiškai reikšmingi pokyčiai, tačiau reikšmingų skirtumų tarp grupių nebuvo rasta. Šis tyrimas neišvengė rimtų trūkumų – nebuvo įvertinimo prieš poveikį ir vertinimui nenaudoti standartizuoti įvertinimo metodai, o tai neleidžia daryti išvados, kad įvykę pokyčiai susiję su poveikiu (Coady, Stalker, Levene, 2000; Gingerich, Eisengart, 2000).

Tarp pastaruoju metu paskelbtų *SSTK* tyrimų pavyko rasti dvi studijas, kuriose buvo vertinamas modelio efektyvumas individualiai dirbant su vaikais ir paaugliais. J. Corcoran ir M. Stephenson (2000) savo tyrime siekė įvertinti *SSTK* efektyvumą dirbant su elgesio problemų turinčiais vaikais. Savo darbe autorės naudojo jausmų, nuostatų ir elgesio skalę vaikams (FAB-C) ir Connors klausimyną apie vaiko prisitaikymą, skirtą tėvams. Tyrime dalyvavo 136 moksleiviai (5–17 metų), kuriuos dėl elgesio problemų į universitetinę psichinės sveikatos kliniką atsiuntė mokyklų konsultantai. Iš jų 56 (41 proc.) užbaigė konsultavimą, o 80 (59 proc.) konsultavimą nutraukė. Tyrimo rezultatai parodė, kad *SSTK* baigusiujų vaikų tėvai nurodė teigiamus pokyčius tokiose srityse: elgesio problemos, mokymosi problemos, impulsyvumas ir hiperaktyvumas. Vaikų vertinimu, statistiškai reikšmingi teigiami pokyčiai nustatyti savimonės srityje ir neigiami pokyčiai – elgesio srityje. Elgesio problemų paūmėjimą autorės sieja su menka vaikų motyvacija konsultavimui: konsultavimo metu aiškinantis, kokių elgesio pasikeitimų iš vaiko tikisi tėvai,

mokytojai ir kiti svarbūs asmenys, vaikai labiau įsisažmonino savo probleminį elgesį, o tai lėmė aukštesnius balus elgesio skalėje antrosios apklausos metu (Corcoran, Stephenson, 2000). Deja, autorės nepateikė atskirų amžiaus grupių rezultatų, tad neaišku, ar minėti dėsniumai vienodai galioja vyresnio ir jaunesnio amžiaus vaikams.

R. Perkins (2006) tyrė vienos *SSTK* konsultacijos efektyvumą psichikos sveikatos klinikoje apsilankiusių 78 paauglių grupėje. Lyginamąją grupę sudarė 88 paaugliai. Efektyvumas buvo vertinamas pasitelkus klausimynus tėvams, gydytojams ir mokytojams, į kurių klausimus šie atsakė du kartus – prieš poveikį ir praėjus mėnesiui po konsultacijos. Mokytojų vertinimu, paauglių psichopatologijos lygis reikšmingai nepakito, o tėvų ir gydytojų vertinimu, psichopatologijos apraiškų reikšmingai sumažėjo, lyginant su lyginamąja grupe. Beje, net 95 proc. klientų išreiškė pasitenkinimą suteikta pagalba.

Baigdami pabandykime apibendrinti *SSTK* kaip individualios pagalbos paaugliams tyrimų rezultatus ir jų indėlį atsakant į šiame darbe keliamus klausimus. Pirma, prieinamoje literatūroje pavyko aptikti tik 6 tokius tyrimus. Reikia pasakyti, kad ieškant publikacijų nebuvo apsiribota vien internetu ir Lietuvos bibliotekomis. Autorius domėjosi *SSTK* tyrimais dalyvaudamas dviejose metinėse Europos trumpalaikės terapijos asociacijos konferencijose, į kurias susirenka modelio kūrėjai, pasekėjai ir tyrėjai iš viso pasaulio, kad pasidalintų naujausiais pasiekimais ir idėjomis. Todėl galima daryti išvadą, kad minėti 6 tyrimai atspindi *SSTK* tyrimų paauglių populiacijoje stygių. Antra, tyrimų rezultatai rodo, kad sveikatos sutrikimų turinčių paauglių dalyvavimas *SSTK* susijęs su psichopatologijos apraiškų išreikštumo ir dažnumo mažėjimu (Perkins, 2006), sprendžiamų problemų sunkumo mažėjimu (Burr, 1993; Lee, 1997, Seagram, 1997), asocialaus elgesio apraiškų mažėjimu (Seagram, 1997), teigiamais savimonės pokyčiais ir elgesio problemų mažėjimu (Corcoran, Stephenson, 2000). Tai leidžia teigti, kad modelis efektyvus dirbant su sveikatos sutrikimų turinčiais paaugliais. Trečia, nė viename iš minėtų tyrimų nenagrinėti veiksniai, susiję su *SSTK* efektyvumu, t. y. lieka neaišku, ar modelis vienodai veiksmingas dirbant su skirtingų sveikatos sutrikimų turinčiais paaugliais, sprendžiant skirtingo pobūdžio problemas, ar efektyvumas susijęs su lytimi, amžiumi, šeimos statusu ir kitais veiksniais. Be to, visuose tyrimuose vertinant efektyvumą remtasi arba vien subjektyviu kliento vertinimu, arba standartizuotais metodais, nebandant palyginti skirtingais metodais gautų rezultatų, kas leistų geriau suprasti modelio poveikio mechanizmus ir taikymo galimybes.

Tokios išvados tik pabrėžia *SSTK* tyrimų paauglių populiacijoje aktualumą, siekiant tvirtai pagrįsti efektyvumą metodo, kuris, kaip rodo anksčiau nagrinėtos teorinės prielaidos, galėtų būti itin naudingas sveikatos sutrikimų turintiems ir psichologinio funkcionavimo sunkumus patiriantiems paaugliams.

III. TYRIMO METODIKA

Tyrimo hipotezės

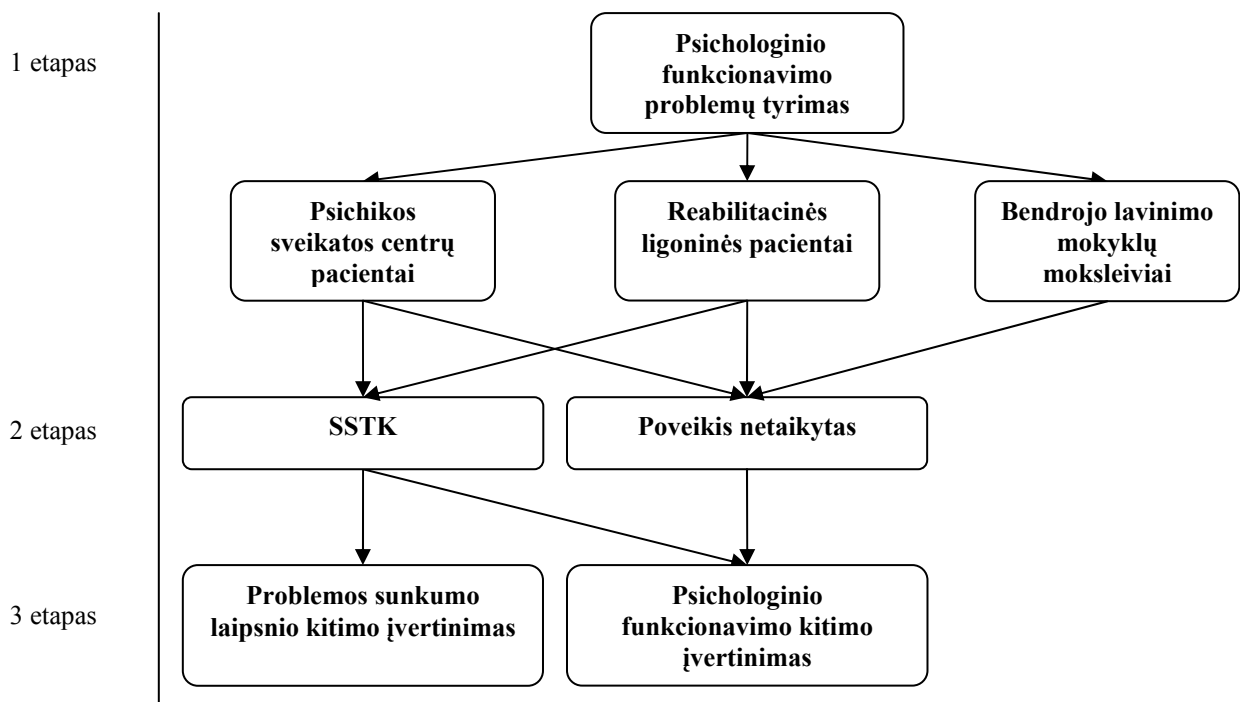
1. Sveikatos priežiūros įstaigose gydomi paaugliai pasižymi didesniu psichologinio funkcionavimo problemų laipsniu nei bendrojo lavinimo mokyklų moksleiviai.
2. Dėl psichikos sveikatos sutrikimų gydomi paaugliai pasižymi didesniu psichologinio funkcionavimo problemų laipsniu nei dėl somatinės sveikatos sutrikimų gydomi bendraamžiai.
3. Sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių dalyvavimas *SSTK* susijęs su sprendžiamų problemų sunkumo mažėjimu, taip pat su didesniais nei kontrolinėje grupėje teigiamais psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiais.
4. Sveikatos priežiūros įstaigose gydomi paaugliai, *SSTK* metu pasiekę didesnę problemų sprendimo progresą, patiria ir didesnius teigiamus psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius.
5. *SSTK* metu vykstantys sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai susiję su klientų socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis, gydymo įstaigos, sveikatos sutrikimo ir konsultavime sprendžiamos problemos pobūdžiu bei motyvacija spręsti problemą:
 - 5.1. Sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje *SSTK* metu vykstantys teigiami sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai didesni nei berniukų grupėje.
 - 5.2. Vyresnis sveikatos sutrikimų turinčių paauglių amžius susijęs su didesniais *SSTK* metu vykstančiais teigiamais sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiais.
 - 5.3. Gyvenančių su abiem tėvais paauglių grupėje *SSTK* metu vykstantys teigiami sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai didesni nei gyvenančių su vienu iš tėvų ar globėjais bendraamžių grupėje.
 - 5.4. Dėl somatinės sveikatos sutrikimų gydomų paauglių grupėje *SSTK* metu vykstantys teigiami sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai didesni nei dėl psichikos sveikatos sutrikimų gydomų paauglių grupėje.
 - 5.5. Reabilitacinėje ligoninėje gydomų paauglių grupėje *SSTK* metu vykstantys teigiami sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai didesni nei pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose gydomų paauglių grupėje.
 - 5.6. Dėl elgesio ir emocinių problemų konsultuojamų paauglių grupėse *SSTK* metu vykstantys teigiami sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų

laipsnio pokyčiai didesni nei dėl tarpasmeninių santykių problemų konsultuojamų paauglių grupėje.

5.7. Didesnė motyvacija spręsti problemą susijusi su didesniais SSTK metu vykstančiais teigiamais sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiais.

Tyrimo duomenys buvo renkami 2003 m. lapkričio – 2005 m. birželio mėnesiais. Duomenys rinkti trimis etapais (3 paveikslas):

1. Dėl psichikos ar somatinių susirgimų ambulatoriškai ar stacionare gydomų paauglių ir jų bendraamžių iš bendrojo lavinimo mokyklų (lyginamoji grupė) psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio įvertinimas.
2. Dėl psichikos ar somatinių susirgimų ambulatoriškai ar stacionare gydomų paauglių psichologinis konsultavimas taikant *i sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* modelį. Dalis ambulatoriškai ar stacionare gydomų paauglių (nereikėjo arba atsisakė) ir nė vienas iš bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių konsultavime nedalyvavo – iš jų buvo atrinkta lyginamoji grupė.
3. Konsultavime dalyvavusių paauglių problemų, dėl kurių jie kreipėsi pagalbos, sunkumo laipsnio ir visų pirmajame etape dalyvavusių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo įvertinimas.



3 pav. Duomenų rinkimo etapų schema

3.1. Tyrimo metodai

3.1.1. Psichologinio funkcionavimo problemų vertinimo metodai

1. *Standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti* sudarytas A. Goštauto, R. Pakrosnio, V. Čepukienės VDU Teorinės psichologijos katedroje 2003 metais (Interviu fragmentą žr. 1 priede).

Metodas buvo sudarytas siekiant įvertinti paauglių problemas, apimant kuo daugiau psichologinio funkcionavimo sričių. Interviu buvo sudarytas ekspertiniu būdu: remiantis mokslinės literatūros analize ir VDU Psichologijos katedroje atliktų tyrimų rezultatais, buvo sudarytas paauglystės amžiuje galinčių kilti problemų sąrašas. Atrinktos problemos buvo analizuojamos, grupuojamos į atskiras psichologinio funkcionavimo sritis ir formuluojami interviu klausimai, leidžiantys įvertinti tų problemų buvimą, trukmę, išreikštumą. Po pilotažinio tyrimo, kai kurie klausimai buvo reformuluoti, kai kurių buvo atsisakyta dėl tiriamos problemos itin reto pasireiškimo paauglystėje, įtraukti kai kurie nauji klausimai. Galutinis interviu variantas leidžia įvertinti 42 požymius, atspindinčius paaugliui iškytančias problemas.

Standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti užtrunka 30–50 min. Tiriamųjų atsakymai fiksuojami standartizuota forma, tai leidžia lengviau apibendrinti ir palyginti duomenis. Interviu metu daug dėmesio skiriama kontakto su paaugliu užmezgimui, palaikymui ir surinktos medžiagos konfidencialumo akcentavimui, nes tai skatina paauglį bendradarbiauti ir atviriau atsakyti į pateiktus klausimus. Be to, pokalbio metu atsiranda galimybė patikslinti, perfrazuoti paaugliui sunkiau suprantamus klausimus.

Keletas VDU Psichologijos katedroje atliktų tyrimų (diplominiai darbai ir publikuoti straipsniai bei konferencijų pranešimai) atskleidė, kad metodas gerai diferencijuoja skirtingas populiacijas pagal problemų paplitimą (Čepukienė, Pakrosnis, Goštautas, 2004; Danielienė, 2004; Galvidytė, 2004; Goštautas, Pakrosnis, Čepukienė, 2004; Jaudegienė, 2005; Krikščionaitytė, 2005; Lebšytė, 2005; Miliukienė, 2004; Rakauskienė, 2005; Ražukas, 2005), – tai rodo metodo jautrumą populiacijų skirtumams. Taip pat buvo nustatyti reikšmingi teigiami koreliaciniai ryšiai tarp psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio, įvertinto pasitelkiant interviu ir MMPI asmenybės akcentuacijų skales (Liutvinaitė, 2004), – tai atspindi interviu išorinį validumą.

Siekiant sugrupuoti požymius, buvo atlikta metodo faktorinė analizė panaudojant 558 bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių duomenis. Analizė atlikta pagrindinių komponentų metodu. Faktorių skaičius buvo apribotas iki 6, o po to naudotas Varimax pasukimas. Šiame darbe analizuojant rezultatus naudoti tokie faktoriai:

1. 1F Blogo nuotaika: apibūdina tokius nuotaikos sunkumus kaip nerimastingumas, liūdesys, savęs kaltinimas, beviltiškumo jausmas, interesų sumažėjimas, nuotaikos svyravimas.

2. 2F Mokymosi sunkumai: apibūdina tokius sunkumus kaip nepasitenkinimas savo gebėjimu mokytis, blogas mokymasis, sunkumai įsisavinant naują mokymosi medžiagą, bloga atmintis, dėmesio sunkumai, nesutarimai su tėvais dėl blogo mokymosi.
3. 3F Konfliktai su suaugusiais: apibūdina tokius sunkumus kaip nesutarimai su mokytojais dėl jų ir paties paauglio elgesio, nesutarimai su tėvais dėl per didelės kontrolės, netinkamo tėvų ir paties paauglio elgesio, draugų, netinkamas paauglio elgesys konfliktuojant su suaugusiais, rūkymas, alkoholio vartojimas.
4. 4F Polinkis savižudybei: apima tokius reiškinius kaip mintys, ketinimai ir mėginimai nusižudyti, pastaruoju metu išgyventi skaudūs įvykiai.
5. 5F Žemas savęs vertinimas: apibūdina tokius sunkumus kaip nepasitenkinimas savo fizinėmis jėgomis, išvaizda, gebėjimu bendrauti, charakteriu, pomėgiais, gyvenimu, savęs nuvertinimas.
6. 6F Konfliktai su bendraamžiais: apibūdina tokius sunkumus kaip nesutarimai su bendraklasiais dėl jų ir paties paauglio elgesio, nesutarimai su kitais bendraamžiais, netinkamas paauglio elgesys konfliktuojant su bendraamžiais.

2. *Paauglio elgesio klausimynas (PEK-1)* (sudarė A. Goštautas, R. Pakrošnis, V. Čepukienė; VDU Teorinės psichologijos katedra, 2003) (klausimyną žr. 2 priede). Klausimynas buvo sudarytas ekspertiniu būdu, suformulavus 58 teiginius, atspindinčius 4 psichologinio funkcionavimo sritis (neadaptivaus elgesio, adaptacijos mokykloje, savęs vertinimo ir nuotaikos). Į klausimus atsako pats paauglys. Atsakymai fiksuojami dichotominiu principu – sutinku / nesutinku. Klausimynas buvo pateiktas 452 moksleiviams, besimokantiems bendrojo lavinimo mokyklose, ir gautų duomenų pagrindu buvo atlikta faktorinė analizė. Analizuota pagrindinių komponentų metodu, taikant koreliacinės matricos analizės būdą. Faktorių skaičius buvo apribotas iki 5, o po to naudotas Varimax pasukimas. Rezultatų analizėje naudoti tokie faktoriai:

- 1.1F Bloga nuotaika: apibūdina pastaruoju metu kylančius tokius nuotaikos ir emocinius sunkumus kaip savižudiškos mintys, prislėgtumas, beviltiškumo jausmas, energijos sumažėjimas, nuolatinis savęs kaltinimas, interesų sumažėjimas, bandymai nusižudyti, nerimastingumas, baimingumas.
- 2.2F Neadaptivus elgesys: apibūdina tokį paauglio elgesį kaip rūkymas, alkoholio vartojimas, keikimasis prie suaugusiųjų, nesitvardymas supykus, atsikalbinėjimas, taisyklių nesilaikymas, konfliktų provokavimas, impulsyvumas.
- 3.3F Adaptacijos mokykloje problemos: apibūdina tokį paauglio elgesį kaip blogas mokymasis, mokyklos taisyklių nesilaikymas, namų užduočių neatlikimas, pamokų praleidinėjimas, nesusidorojimas su mokymosi krūviu.

4. 4F Socialinis nusišalinimas: apibūdina tokį paauglio elgesį kaip nenoras paguosti kitus, kai jiems blogai, nenoras būti paguostam, nesutikimas padėti kitiems prašant, nesutarimai su aplinkiniais, melavimas, savo pagalbos nesiūlymas.

5. 5F Žemas savęs vertinimas: atspindi nepasitikėjimą savimi, nepasitenkinimą savimi; savęs ir savo pasiekimų nuvertinimas, reagavimas į nesėkmes kasdienėje veikloje nusivylimu savimi, sunkesnis bendravimas su aplinkiniais, jautrus reagavimas į kritiką.

Siekiant patikrinti paauglio elgesio klausimyno (PEK) patikimumą, buvo atlikta vidinio suderinamumo, testo-retesto bei išorinio validumo analizė. Išorinio validumo analizei buvo pasirinktas 11–18 metų jaunuolių savęs vertinimo klausimynas (YSR11/18) (Ivarsson, Gillberg, Arvidsson, Broberg, 2002; Žukauskienė, Kajokienė, 2006), kuris pasaulyje yra plačiai naudojamas, siekiant įvertinti platų paauglio sunkumų spektrą elgesio, emocijų ir kitose funkcionavimo srityse. Pagal matuojamus reiškinius paauglio elgesio klausimynas yra artimas YSR11/18, ir tai suteikia galimybę nustatyti vertinamo metodo išorinį validumą. Tyrime buvo naudotas Lietuvoje adaptuotas YSR11/18 variantas (Žukauskienė, Kajokienė, 2006), gavus lietuviško varianto leidėjų sutikimą.

Tyrimas atliktas trijose Kauno rajono vidurinėse mokyklose. Tyrimo duomenys buvo surinkti VDU magistro studijų programos studentų praktikos metu, o disertaciniame darbe naudojami su Teorinės psichologijos katedros vedėjos leidimu.

Tyrimas buvo vykdomas dviem etapais. Pirmajame etape tiriamųjų buvo prašoma atsakyti į paauglio elgesio klausimyno ir 11–18 metų jaunuolių savęs vertinimo klausimyno klausimus. Antrasis etapas buvo vykdomas praėjus dviems savaitėms po pirmojo įvertinimo, kurio metu tų pačių tiriamųjų buvo prašoma dar kartą atsakyti į paauglio elgesio klausimyno klausimus. Siekiant išlaikyti tiriamųjų anonimiškumą, buvo įvesta tiriamųjų duomenų kodavimo sistema, kuri padėjo susieti kiekvieno tiriamojo pirmo ir antro įvertinimo duomenis.

Pirmajame tyrimo etape dalyvavo 351 mokinys (12–18 m.; amžiaus vidurkis – 14,85, standartinis nuokrypis – 1,94), tačiau vidinio ir išorinio validumo analizei naudoti 311 (137 berniukai ir 174 mergaitės) tiriamųjų duomenys, nes 40 tiriamųjų duomenys dėl didelio neatsakytų klausimų skaičiaus buvo vertinami kaip nepatikimi. Iš jų antrajame tyrimo etape dalyvavo 157 mokiniai, kurių duomenys buvo naudojami paauglio elgesio klausimyno testo-retesto analizei.

Paauglio elgesio klausimyno skalių vidinio suderinamumo rezultatai, pateikti 5 priede, 1 lentelėje, rodo, kad Cronbach alpha reikšmės svyruoja nuo 0,66 iki 0,87,– tai rodo, kad skalių vidinis suderinamumas pakankamas skirtumams tarp grupių atskleisti.

Paauglio elgesio klausimyno ir 11–18 metų jaunuolio savęs vertinimo lapo skalių koreliacinės analizės rezultatai pateikti 5 priede, 2 lentelėje. Rezultatai parodė, kad didžiausios koreliacijos nustatytos tarp tų PEK ir YSR11/18 skalių, kurios pagal pavadinimą ir vertinamų teiginių turinį atspindi panašius reiškinius. PEK blogos nuotaikos skalė labiausiai koreliuoja su

YSR11/18 skalėmis, taip pat atspindinčiomis nuotaikos sunkumus: nerimastingumo / depresiškumo ($r=0,527$) ir užsisklendimo / depresiškumo ($r=0,478$). PEK neadaptyvaus elgesio skalė labiausiai koreliuoja su YSR11/18 taisyklių laužymo ($r=0,628$) ir agresyvaus elgesio ($r=0,527$) skalėmis. PEK socialinio nusišalinimo skalė, kuri apibūdina tokį paauglio elgesį kaip nenoras paguosti kitus, kai jiems blogai, nenoras būti paguostam, nesutikimas padėti kitiems prašant, blogas sutarimas su aplinkiniais, melavimas, savo pagalbos nesiūlymas, labiausiai koreliuoja su YSR11/18 skalėmis, taip pat atspindinčiomis socialinio prisitaikymo sunkumus: agresyvaus elgesio ($r=0,325$) ir socialinių sunkumų ($r=0,303$) skalėmis. PEK žemo savęs vertinimo skalė labiausiai koreliuoja su YSR11/18 nerimastingumo / depresiškumo ($r=0,450$) ir užsisklendimo / depresiškumo ($r=0,421$) skalėmis. YSR11/18 klausimyne nėra išskirta savęs vertinimo sunkumų skalė, tačiau nerimastingumo / depresiškumo ir užsisklendimo / depresiškumo skalės tarp kitų vertinamųjų teiginių kaip tik ir apima teiginius, susijusius su savęs vertinimo sunkumais, tad galima teigti, kad tokios koreliacijos yra dėsningos. PEK mokymosi sunkumų skalė, kuri apibūdina tokį paauglio elgesį kaip blogas mokymasis, mokyklos taisyklių nesilaikymas, namų užduočių neatlikimas, pamokų praleidinėjimas, nesusidorojimas su mokymosi krūviu, labiausiai koreliuoja su YSR11/18 taisyklių laužymo ($r=0,368$) ir dėmesio sunkumų ($r=0,381$) skalėmis. Reikia pažymėti, kad dėmesio sunkumų skalė apima reiškinius, glaudžiai susijusius su mokymosi sunkumais mokykloje, t. y. matuoja panašius reiškinius kaip ir PEK mokymosi sunkumų skalė. Išorinį PEK validumą patvirtina ir tai, kad YSR11/18 internalių sunkumų skalė labiausiai koreliuoja su vidinius išgyvenimus atspindinčiomis blogos nuotaikos ($r=0,556$) ir žemo savęs vertinimo skalėmis ($r=0,418$), tuo tarpu eksternalių sunkumų skalė – su elgesį atspindinčiomis neadaptyvaus elgesio ($r=0,611$), socialinio nusišalinimo ($r=0,331$) ir mokymosi sunkumų skalėmis ($r=0,320$). Visos minėtos koreliacijos tarp skalių yra statistiškai reikšmingos prie $p=0,0001$, o tai leidžia pagrįstai kalbėti apie ryšio tarp skalių stiprumą. Taigi, gauti rezultatai leidžia teigti, kad PEK vertinami reiškiniai atitinka vieno pasaulyje labiausiai pripažinto metodo YSR11/18 itin plačiai naudojamo paauglių elgesio ir emociniams sunkumams matuoti, vertinamus reiškinius.

Paauglio elgesio klausimyno skalių testo-retesto koreliacinės analizės rezultatai pateikiami 5 priede, 3 lentelėje. Matome, kad koreliacijos koeficiento reikšmės yra gana didelės ir svyruoja nuo 0,598 iki 0,772 – metodo patikimumas pakankamas.

Taigi, paauglio elgesio klausimyno vidinio suderinamumo, testo-retesto bei išorinio validumo analizė leidžia teigti, kad metodas yra validus paauglių psichologinio funkcionavimo sunkumams matuoti.

Šiame darbe rezultatų analizėje skirtumams tarp grupių nustatyti, tiek standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti, tiek ir paauglio elgesio klausimyno atveju, naudojome

faktorių reikšmės, t. y. skalės remiantis atlikta faktorine analize sudaromos nebuvo. Kadangi faktorių reikšmės buvo skaičiuojamos įvertinant visų interviu/klausimyne vertinamų požymių svorį tam faktoriui (priešingai nei sudarant skales, kur skalės reikšmę lemia tik požymiai su didžiausiais faktorių svoriais), vidinio suderinamumo rodiklis Kronbach α skaičiuotas nebuvo. Be to, kadangi atliekant faktorinę analizę naudoti tik bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių duomenys, faktorių reikšmės visiems tiriamiesiems buvo perskaičiuotos remiantis vienodu atskaitos tašku – standartizavus į faktorius įeinančių požymių reikšmės bendro visų tiriamųjų (ir moksleivių, ir klinikinių grupių) vidurkio ir standartinio nuokrypio atžvilgiu.

3.1.2. Konsultavimo metu sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo vertinimo metodai

Metodai, skirti įvertinti SSTK metu sprendžiamų problemų sunkumo laipsnio kitimą:

1. *Konsultanto vertinamo problemos sprendimo progreso skalė* (sudarė A. Goštautas, R. Pakrosnis, V. Čepukienė; VDU Teorinės psichologijos katedra, 2003) sudaryta remiantis SSTK teorinėmis prielaidomis, kur problemos sprendimas apibūdinamas kaip kitokio elgesio ir (arba) suvokimo kūrimas konsultavimo metu, siekiant įveikti sunkumą, pakeisti neefektyvų bandymą jį įveikti ir (arba) alternatyvaus (tačiau klientui priimtino) požiūrio į situaciją ir save kūrimas, kuris įgalina probleminę situaciją suvokti ir patirti kitaip (Berg, DeJong, 1996; de Shazer, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, 1986). Pagal šį metodą konsultantas po konsultavimo problemos sprendimo progresą vertina pagal tris kriterijus:

- požiūrio pokyčiai (savo vaidmens problemoje suvokimo kitimas; galimų sprendimo būdų atradimas),
- elgesio pokyčiai (ar atlieka kokius nors tikslingus veiksmus siekdamas įgyvendinti atrastus sprendimo būdus),
- problemos ir su ja susijusių aplinkybių pokyčiai (problemos pobūdžio, intensyvumo, dažnumo kitimas; savijautos pokyčiai; aplinkinių reakcijos ir elgesio pokyčiai).

Remiantis minėtais kriterijais, kiekvienas tiriamasis priskiriamas vienai iš septynių grupių:

- pablogėjo,
- nepasikeitė (nepasikeitė požiūris, elgesys, problema ir su ja susijusios aplinkybės),
- problema išspręsta nežymiai (pasikeitė požiūris, nepasikeitė elgesys, problema ir su ja susijusios aplinkybės),
- problema išspręsta vidutiniškai (pasikeitė požiūris, elgesys, nepasikeitė problema ir su ja susijusios aplinkybės),

- problema išspręsta žymiai (pasikeitė požiūris, elgesys, problema ir su ja susijusios aplinkybės pasikeitė iš dalies),
- problema visiškai išspręsta (pasikeitė požiūris, elgesys, problemos nebėra),
- problema išsprendė dėl pasikeitusių aplinkybių pasikeitimo.

2. *Kliento vertinamas problemos sprendimo progresas* (sudarė A. Goštautas, R. Pakrošnis, V. Čepukienė; VDU Teorinės psichologijos katedra, 2003).

Kiekvieno konsultuoto tiriamojo pirmosios ir paskutinės konsultacijų metu skalėje nuo 0 iki 10 (0 – problema, kai ji buvo pati sunkiausia, kėlė daugiausiai rūpesčių; 10 – problemos nėra, ji nekelia jokių rūpesčių) prašoma įvertinti problemos, dėl kurios kreipėsi, sunkumą/intensyvumą. Pirmos ir paskutinės konsultacijų metu tiriamųjų nurodytų problemos sunkumo įvertinimų skirtumas nurodo konsultavimo laikotarpiu kliento vertinimui įvykusio progreso dydį. Kuo šis skirtumas didesnis, tuo kliento vertinamas progresas didesnis. Neigiamas skirtumas žymi problemos sunkėjimą, t. y. pablogėjimą.

Metodai, skirti įvertinti psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius:

1. *Standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti-2* (sudarė A. Goštautas, R. Pakrošnis, V. Čepukienė; VDU Teorinės psichologijos katedra, 2003) sudarytas iš dalies *standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti* klausimų (19 klausimų iš 42), leidžiančių įvertinti paauglio patiriamus sunkumus tarpasmeninių santykių, pažintinių procesų ir sveikatos srityse (interviu fragmentą žr. 3 priede). Įtraukti tie požymiai, kurių paplitimas turi galimybę keistis, t. y. neįtraukti klausimai, vertinantys stabilias savybes arba faktus, kurie per trumpą laiką negali pasikeisti. Kadangi standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti buvo atliekamas prieš konsultavimą, o standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti-2 – po konsultavimo, visų 19 požymių paplitimas tiriamoje populiacijoje buvo įvertintas du kartus, – tai leido įvertinti šių požymių kitimą. Siekiant sugrupuoti požymius, buvo atlikta pirmojo įvertinimo požymių faktorinė analizė panaudojant 558 bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių duomenis. Analizuota pagrindinių komponentų metodu. Faktorių skaičius buvo apribotas iki 5, o po to naudotas Varimax pasukimas. Išskirti tokie faktoriai:

1. 1F Konfliktai su suaugusiais
2. 2F Konfliktai su bendraamžiais
3. 3F Konfliktai su tėvais
4. 4F Mokymosi sunkumai
5. 5F Sveikatos sunkumai

Vertindami psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimą naudojome faktorių reikšmes, t. y. skalės remiantis atlikta faktorine analize sudaromos nebuvo. Be to, kadangi atliekant faktorinę analizę naudoti tik bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių duomenys,

faktorių reikšmės visiems tiriamiesiems buvo perskaičiuotos remiantis vienodu atskaitos tašku – standartizavus į faktorius įeinančių požymių reikšmes bendro visų tiriamųjų (ir moksleivių, ir klinikinių grupių) vidurkio ir standartinio nuokrypio atžvilgiu.

Antrojo įvertinimo duomenims faktorių reikšmės buvo skaičiuojamos juos standartizavus pagal pirmojo įvertinimo vidurkius ir standartinius nuokrypius (nes faktoriai išskirti atlikus pirmojo įvertinimo faktorinę analizę). Po to buvo apskaičiuotas kiekvieno faktoriaus reikšmių tarp pirmojo ir antrojo įvertinimų skirtumas. Didesnis skirtumas žymi didesnius teigiamus adaptacijos pokyčius.

2. *Paauglio elgesio klausimynas-2* (PEK-2) skirtas psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiams įvertinti (sudarė A. Goštautas, R. Pakrošnis, V. Čepukienė; VDU Teorinės psichologijos katedra, 2003) (klausimyną žr. 4 priede). Klausimynas sudarytas iš tų pačių 58 teiginių kaip ir PEK-1, tačiau prašoma atsakyti apie paskutinio mėnesio laikotarpiu įvykusius pokyčius. Atsakymams fiksuoti pateikiami trys variantai: rečiau / dažniau / kaip buvo, taip ir liko. Atsakymas „rečiau“ rodo, kad požymio, prie kurio pažymėtas šis atsakymas, pasireiškimo dažnumas sumažėjo, taigi, įvyko teigiamas pokytis. Toks pokyčių vertinimas padeda išvengti paaugliams neretai būdingo polinkio atsakyti į klausimus remiantis dabartine nuotaika, ją suabsoliutinant ir susikoncentruoti ties įvykusiais pokyčiais, kurie mus ir domina. Remiantis jau aprašyta PEK-1 faktorizacija (atrenkant teiginius, kurių svorio faktoriui reikšmė ne mažesnė kaip 0,3), buvo išskirtos penkios skalės: 1) blogos nuotaikos skalė; 2) neadaptivaus elgesio skalė; 3) adaptacijos mokykloje problemų skalė; 4) socialinio nusišalinimo skalė ir 5) žemo savęs vertinimo skalė. Didesnis kiekvienos skalės įvertinimas žymi didesnę teigiamų pokyčių skaičių. Atskirų skalių vidinio suderinamumo koeficiento reikšmės svyravo tarp 0,81 ir 0,95, – tai liudija metodo patikimumą ir galimybes jį taikyti individualiai diagnostikai.

Taigi, susieję standartizuoto interviu paauglio problemoms įvertinti-2 ir paauglio elgesio klausimyno-2 faktorius, gavome 10 psichologinio funkcionavimo kitimo rodiklių. Siekdami išskirti vieną ar keletą apibendrintų rodiklių, leisiančių įvertinti visuminį šio reiškinio kitimą, atlikome papildomą jau gautų faktorių faktorizaciją. Standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti-2 ir paauglio elgesio klausimyno-2 faktorius papildomai faktorizavome atskirai dėl skirtingos vertinimo sistemos. Analizė atlikta pagrindinių komponentų metodu naudojant Varimax pasukimą. Faktorinė analizė penkis standartizuoto interviu paauglio problemoms įvertinti-2 faktorius leido sujungti į du apibendrintus faktorius, kurie buvo pavadinti bendravimo problemų (apima konfliktų su suaugusiais, bendraamžiais ir tėvais faktorius) ir somatinės savijautos problemų (apima sveikatos sunkumų ir mokymosi sunkumų faktorius) faktoriais. Antrasis faktorius pavadintas somatinės savijautos problemų faktoriumi, nes į jo struktūrą įeinantis mokymosi sunkumų faktorius, šalia nesėkmių moksle, apima ir tokius

požymius kaip atminties, dėmesio, supratimo sunkumai. Psichologinio funkcionavimo pokyčiams vertinti naudojome šių faktorių reikšmes, kurios buvo apskaičiuotos tokiu pat būdu kaip ir jau minėtų penkių faktorių atveju (55–56 psl.). Paauglio elgesio klausimyno-2 faktorių papildoma faktorinė analizė atskleidė, kad blogos nuotaikos, neadaptivaus elgesio, adaptacijos mokykloje, socialinio nusišalinimo ir žemo savęs vertinimo faktoriai sudaro vienfaktorinę struktūrą. Dėl PEK-1 ir PEK-2 naudojamų skirtingų vertinimo sistemų faktorių reikšmių ir jų skirtumų apskaičiuoti negalima, todėl buvo sudaryta skalė ir pavadinta elgesio-emocinių problemų skale (Kronbach $\alpha = 0,91$). Tad vertindami psichologinio funkcionavimo pokyčius, šalia apibendrintų bendravimo ir somatinės savijautos problemų faktorių, naudojome ir elgesio-emocinių problemų skalę. Taigi, šiame darbe psichologinio funkcionavimo pokyčiai vertinami dviem lygiais – pirmajame remiantis dešimčia rodiklių, antrajame – trimis apibendrintais rodikliais.

Kiti metodai

1. Motyvaciją spręsti problemą *SSTK* dalyvavę tiriamieji vertino pirmosios *SSTK* konsultacijos metu 10 balų skalėje (10 reiškia, kad tiriamasis pasirengęs padaryti viską, ko reikia, kad problema būtų išspręsta, o 0 reiškia, kad tiriamasis nenusiteikęs nieko daryti, kad problema būtų išspręsta).

3.1.3. Poveikio metodas

Paauglių psichologinėms problemoms spręsti taikytas *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* (angl. *Solution-Focused Brief Therapy*) modelis. Poveikį taikė darbo autorius, kuris metodą įsisavino dviejų metų laikotarpiu (1999–2000 m.) dalyvaudamas VDU vizituojančio dėstytojo Ph. D. J. S.Fleming paskaitose ir praktiniuose užsiėmimuose. Nuo 2001 metų darbo autorius asistuoja dėstytojui J.S.Fleming vedant VDU psichologijos magistro studijų studentams paskaitas ir praktinius užsiėmimus, 2001–2005 metais vedė *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* mokymus psichiatrams, socialiniams darbuotojams ir modeliu pagrįsto konstruktyvaus bendravimo mokymus pedagogams. 2004–2005 metais autorius dalyvavo J. S. Fleming vedamose atvejų aptarimo grupėse. Nuo 2001 metų *į sprendimus sutelktą trumpalaikį konsultavimą* autorius taiko klinikiniam psichologo darbe. Nuo 2004 m. darbo autorius yra Europos trumpalaikės terapijos asociacijos (*European Brief Therapy Association*) narys.

Konsultavimas buvo taikomas vadovaujantis *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo (SSTK)* protokolu (žr. 6 priedas), sudarytu kartu su bendraautoriais (A. Goštautas, V. Čepukienė, VDU Teorinės psichologijos katedra, 2003), remiantis metodiniais Berg ir DeJong (1998) bei Europos trumpalaikės terapijos asociacijos (Beyebach, 2000) nurodymais.

SSTK protokole (žr. 6 priedas) numatyti tokie konsultavimo etapai:

Pirmos konsultacijos etapai:

- susipažinimas;
- problemos išsiaiškinimas ir sunkumo įvertinimas;
- terapinių tikslų formulavimas;
- kliento motyvacijos spręsti problemą ir kliento–konsultanto santykio įvertinimas;
- intervencinio pranešimo klientui pateikimas (komplimentai ir namų užduotis).

Antros ir tolesnių konsultacijų etapai:

- teigiamų pokyčių ir juos sukėlusių priežasčių ar kliento veiksmų išsiaiškinimas;
- įvykusių teigiamų pokyčių palaikymas;
- problemos sunkumo įvertinimas;
- tolesnių veiksmų, padėsiančių įvykusiems teigiamiems pokyčiams išlaikyti ar nepasiektiems tikslams pasiekti, paieška ir aptarimas;
- kliento motyvacijos toliau spręsti problemą ir kliento–konsultanto santykio įvertinimas;
- intervencinio pranešimo klientui pateikimas (komplimentai ir namų užduotis).

Konsultantas kiekvienoje konsultacijoje taikytas intervencijas, stebėjimo duomenis, pokalbio su klientu turinio esmines detales ir jų interpretaciją, tolesnį veiksmų planą fiksavo specialioje konsultavimo formoje (žr. 7 priedas), sudarytoje su bendraautoriais (A. Goštautas, V. Čepukienė, VDU Teorinės psichologijos katedra). Siekiant užtikrinti, kad konsultavimo procesas kiekvienu atveju atitiktų *SSTK* principus ir protokolo reikalavimus, minėta konsultavimo forma buvo analizuojama atskirai darbo autoriaus ir eksperto, išmanančio *SSTK*, o vėliau diskutuojant buvo sprendžiama, ar konsultavimo atvejis gali būti įtrauktas į analizę. Tam turėjo būti tenkinami tokie kriterijai:

- Pirmą konsultaciją: išimčių, stebuklo, skalės klausimų panaudojimas ir jų nagrinėjimas; intervencinio pranešimo, apimančio komplimentus ir užduotį, pateikimas klientui.
- Antra ir tolesnės konsultacijos: prasideda klausimu „Kas geresnio?“ (išsiaiškinami ir nagrinėjami teigiami pokyčiai, įvykę tarp konsultacijų); skalės klausimų panaudojimas; intervencinio pranešimo, apimančio komplimentus ir užduotį, pateikimas klientui.

Po minėtos procedūros paaiškėjo, kad konsultavimo procesas visais atvejais atitiko keliamus reikalavimus, taigi, buvo vertinamas kaip *SSTK*. Todėl visi konsultavimo atvejai buvo įtraukti į analizę.

3.1.4. Statistinės analizės metodai

Statistinei duomenų analizei buvo naudojama statistinio paketo socialiniams mokslams SPSS 11 ir SPSS 13 versija.

Paauglių psichologinio funkcionavimo problemų struktūrai nustatyti buvo atliekama faktorinė analizė (remiantis pagrindinių komponentų metodu, taikant koreliacinės matricos analizės būdą ir Varimax pasukimą). Skalėms sudarytoms pasitelkiant faktorinę analizę (paauglio elgesio klausimynas-2), buvo skaičiuojamas vidinio suderinamumo koeficientas Kronbach α . Psichologinio funkcionavimo problemų laipsniui tarp grupių palyginti taikyta dispersinė analizė (prieš tai patikrinus faktorių skirstinius ir atsižvelgus į dispersijų homogeniškumą grupėse vertinantį Levene kriterijų). Kai kurių psichologinio funkcionavimo problemų faktorių atveju paaiškėjo, kad skirstiniai statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo normaliojo pasiskirstymo, tačiau duomenų išsibarstymo forma buvo panaši į varpo formą, todėl dispersinė analizė buvo atliekama. Kai kurių faktorių atveju, Levene kriterijui rodant dispersijų nelygybę, dispersinės analizės išvados buvo tikslinamos papildomai palyginant grupių vidurkius pagal neparametrinį *Mann-Whitney U* kriterijų. Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių palyginimui grupėse buvo naudojamas dviejų nepriklausomų imčių vidurkių palyginimo *Student t* kriterijus ir dispersinė analizė. Siekiant nustatyti veiksnis, susijusius su konsultavimo metu sprendžiamų problemų intensyvumo kitimu, buvo naudojama ranginė (angl. *ordinal*) regresinė analizė, o su psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimu – dispersinė analizė. Taip pat darbe keliose vietose taikytas neparametrinis kontingencijos koeficientas (Pearson χ^2), siekiant palyginti tiriamųjų pasiskirstymą grupėse pagal tiriamą požymį.

3.2. Tiriamieji

Tyrimo dalyvavo 12–18 metų paaugliai, turintys psichikos ar somatinės sveikatos sutrikimų. Psichikos sveikatos sutrikimų turinčių tiriamųjų grupei priskirti tie paaugliai, kurių ligos istorijose nurodytos diagnozės, TLK-10 žyminčios nuotaikos, somatoforminius autonominius, elgesio ar mišrius elgesio ir emocijų sutrikimus. Somatinės sveikatos sutrikimų grupei buvo priskirti paaugliai, kurių ligos istorijoje buvo nurodytos diagnozės, TLK-10 žyminčios ūmią ar lėtinę pneumoniją (plaučių uždegimą), būseną po galūnių lūžių ar traumų, regos sutrikimus (pseudomiopija, akomodacinis spazmas) ir įvairias osteochondrozės formas.

Sveikatos sutrikimų turinčių ir ambulatoriškai ar stacionare besigydančių paauglių psichologinio funkcionavimo tyrimas:

1. *Sveikatos sutrikimų turintys ir besigydantys paaugliai:* iš viso tyrime dalyvavo 156 (59 berniukai ir 97 mergaitės) tiriamieji, iš kurių 62 gydėsi ambulatoriškai (visi turėjo psichikos sveikatos sutrikimą) ir 94 – stacionare (20 turėjo psichikos sveikatos ir 74 somatinės sveikatos sutrikimą).

Tačiau ne visi tiriamieji atsakė į abiejų vertinimo metodų klausimus, todėl analizėje buvo naudojami tik tų tiriamųjų duomenys, kurie atsakė ir į standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti ir į paauglio elgesio klausimyno klausimus. Šią grupę sudarė 131 tiriamasis (46 berniukai ir 85 mergaitės), iš kurių 39 gydėsi ambulatoriškai (14 berniukų ir 25 mergaitės; visi turėjo psichikos sveikatos sutrikimą) ir 92 – stacionare (20 – 5 berniukai ir 15 mergaičių – turėjo psichikos sveikatos ir 72 – 27 berniukai ir 45 mergaitės – somatinės sveikatos sutrikimą). Vidutinis tiriamųjų amžius buvo 14,70 metų (St. n. = 1,75). Taigi, analizėje naudoti 59 psichikos sveikatos sutrikimą turinčių (19 berniukų ir 40 mergaičių) ir 72 (27 berniukai ir 45 mergaitės) somatinės sveikatos sutrikimą turinčių tiriamųjų duomenys.

2. *Lyginamoji grupė*: į lyginamąsias grupes buvo atrinkti 131 (46 berniukai ir 85 mergaitės) bendrojo lavinimo mokyklų moksleiviai (59 tiriamųjų duomenys lyginti su psichikos sveikatos ir 72 – su somatinės sveikatos sutrikimų turinčiais paaugliais). Duomenis apie moksleivių psichologinio funkcionavimo problemas, taikydami šiame darbe naudojamas vertinimo metodikas, surinko VDU Teorinės psichologijos katedros magistrantai specialybės praktikos metu. Disertacinio darbo autorius kartu su VDU Teorinės psichologijos katedros doktorante V. Čepukiene paruošė studentus vertinimo metodų taikymui. Buvo gautas VDU Teorinės psichologijos katedros vedėjo leidimas darbe panaudoti katedros archyvo duomenis.

Į lyginamąsias grupes buvo atrinkti paaugliai, kuo artimesni sveikatos sutrikimų turintiems tiriamiesiems pagal lytį, amžių, šeimos statusą ir išsilavinimą. Tiriamųjų socialinių-demografinių charakteristikų palyginimas parodė, kad grupės atrinktos teisingai, t. y. nei psichikos sveikatos, nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčių tiriamųjų grupės nesiskyrė nuo lyginamųjų pagal lytį ir šeimos statusą. Be to, duomenų analizė atskleidė, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių (Vid. = 14,71; St. n. = 1,81) ir lyginamoji grupė (Vid. = 14,98; St. n. = 1,58) nesiskyrė pagal amžių ($t = -0,87$; $df = 116$; $p = 0,39$) ir klasės, kurioje mokosi, vidurkį (tiriamoji grupė: Vid. = 8,46; St. n. = 1,98; lyginamoji grupė: Vid. = 8,86; St. n. = 1,41; $t = -1,29$; $df = 116$; $p = 0,20$). Somatinės sveikatos turinčių paauglių ir lyginamoji grupė taip pat nesiskyrė pagal amžių (tiriamoji grupė: Vid. = 14,67; St. n. = 1,58; lyginamoji grupė: Vid. = 14,74; St. n. = 1,37; $t = -0,28$; $df = 142$; $p = 0,78$) ir išsilavinimą (tiriamoji grupė: Vid. = 8,44; St. n. = 1,56; lyginamoji grupė: Vid. = 8,54; St. n. = 1,17; $t = -0,42$; $df = 142$; $p = 0,67$).

Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo SSTK metu tyrimas:

Iš 156 pirmajame įvertinime dalyvavusių sveikatos sutrikimų turinčių paauglių SSTK dalyvauti sutiko 90 (58 proc.) tiriamųjų (32 berniukai ir 58 mergaitės), iš kurių 54 gydėsi ambulatoriškai (87 proc. tyrime dalyvavusių ambulatorinių pacientų) ir 36 – stacionare (38 proc. tyrime dalyvavusių stacionaro pacientų). Tačiau, iš visų konsultavime sutikusių dalyvauti į pirmąją

konsultaciją neatvyko 15 paauglių (17 proc. visų sutikusių dalyvauti *SSTK*), t. y. konsultavimą pradėjo 75 paaugliai. Iš jų konsultavimą anksčiau laiko nutraukė 1 ambulatoriškai ir 9 stacionare besigydančios tiriamieji – iš viso 10 tiriamųjų (13 proc. visų pradėjusių *SSTK* tiriamųjų). Taigi, konsultavimą užbaigė 65 paaugliai (87 proc. visų pradėjusių *SSTK* tiriamųjų).

1. Problemų, dėl kurių paaugliai kreipėsi pagalbos, išreikštumo kitimo įvertinimas: iš viso *SSTK* baigė 65 tiriamieji (23 berniukai ir 42 mergaitės), iš kurių 36 gydėsi ambulatoriškai (visi turėjo psichikos sveikatos sutrikimą) ir 29 – stacionare (11 turėjo psichikos sveikatos ir 18 – somatinės sveikatos sutrikimą).
2. Psichologinio funkcionavimo problemų kitimo tyrimas: poveikio grupė išskirta pagal gydymo įstaigos pobūdį ir atrinktos atskiros kontrolinės grupės, stengiantis kiekvienam poveikio grupės tiriamajam parinkti kuo panašesnę pagal lytį, amžių, šeimos statusą ir psichologinio funkcionavimo problemų išreikštumo lygį (grupių palyginimo rezultatai pateikti rezultatų dalyje, 4.2.3 skyriuje). Kadangi ne visi iš 65 *SSTK* baigusiu tiriamųjų atvyko antram įvertinimui, rezultatų analizėje panaudoti 51 *SSTK* baigusio tiriamojo duomenys, kurie grupėse pasiskirstė tokiu būdu:

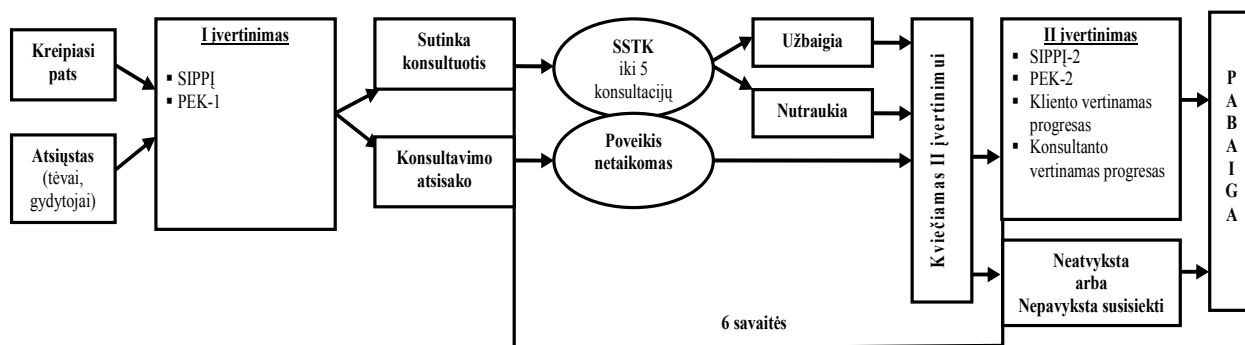
- Ambulatoriškai gydomų paauglių poveikio grupę sudarė 23 tiriamieji (10 berniukų ir 13 mergaičių), visi turėję psichikos sveikatos sutrikimą. Šiai poveikio grupei nepavyko surinkti kontrolinės grupės iš tų pačių ar kitų panašaus pobūdžio įstaigų pacientų tarpo, nes nė vienas iš nedalyvavusių konsultavime ambulatoriškai besigydančių paauglių neatvyko antram įvertinimui. Todėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų pacientams kontrolinė grupė (n = 23) buvo atrinkta iš 50 bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių, kurių psichologinės-socialinės adaptacijos sunkumų laipsnis buvo įvertintas du kartus, naudojant tuos pačius vertinimo metodus. Tarp įvertinimų praėjo tas pats laiko tarpas, kaip ir *SSTK* dalyvavusiųjų grupėje – šešios savaitės, per kurias tirtiems moksleiviams nebuvo taikytas joks psichologinis poveikis. Svarbiausios grupių charakteristikos ir jų palyginimo rezultatai pateikti rezultatų dalyje (žr. 4.2.3 skyrių). Duomenis apie moksleivių, patekusių į kontrolinę grupę, psichologinį funkcionavimą ir jo kitimą, taikydami šiame darbe naudojamas vertinimo metodikas, surinko VDU Teorinės psichologijos katedros magistrantai specialybės praktikos metu. Disertacinio darbo autorius kartu su VDU Teorinės psichologijos katedros doktorante V. Čepukiene paruošė studentus vertinimo metodų taikymui. Buvo gautas VDU Teorinės psichologijos katedros vedėjo leidimas darbe panaudoti katedros archyvo duomenis.
- Stacionare gydomų paauglių poveikio grupę sudarė 28 tiriamieji (5 berniukai ir 23 mergaitės). Tarp jų 11 turėjo psichikos sveikatos, o 27 – somatinės sveikatos sutrikimų. Kontrolinė grupė (n = 21) buvo atrinkta iš tos pačios įstaigos pacientų, nedalyvavusių

(atsisakė arba nereikėjo pagalbos) *SSTK*, tačiau gavusių kitas ligoninėje teikiamas reabilitacijos paslaugas. Tokią grupę galima laikyti kontroline grupe, kuriai teikiamos tradicinės reabilitacijos paslaugos. Taigi, nors kontrolinės grupės tiriamieji nedalyvavo jokiame psichologiniame konsultavime, poveikis siekiant pagerinti jų somatinę sveikatą buvo taikomas. Svarbiausios grupių charakteristikos ir jų palyginimo rezultatai pateikti rezultatų dalyje (žr. 4.2.3 skyrių).

Tyrimo metu darbo autorius dirbo gydymo įstaigose, kuriose rinkti duomenys – Šančių PPSPC ir Abromiškių reabilitacinėje ligoninėje pagal darbo sutartį psichologu, o Centro PPSPC – pagal bendradarbiavimo su VDU sutartį praktikanto statusu. Kadangi ambulatorinio gydymo įstaigose duomenys rinkti darbo metu, pagal įstaigose priimtą tvarką paauglius ir jų tėvus iš anksto supažindinus su visomis psichologinio įvertinimo ir konsultavimo procedūromis bei taisyklėmis, buvo gauti raštiški tėvų ar globėjų leidimai paaugliams dalyvauti konsultavime. Papildomai buvo gauti įstaigų vadovų leidimai darbo metu surinktus duomenis panaudoti moksliniame darbe, garantuojant jų anonimiškumą. Stacionarinio gydymo įstaigoje raštiški leidimai panaudoti darbo metu surinktus duomenis buvo gauti iš paauglių tėvų ar globėjų, prieš tai juos supažindinus su taikomomis procedūromis. Visi 90 *SSTK* dalyvavusių paauglių sutiko žodžiu, kad bus psichologiškai įvertinti ir konsultuojami.

3.3. Tyrimo procedūra

Tyrimo procedūra pateikta 4 paveiksle, o atskiri etapai aprašyti žemiau.



4 pav. Tyrimo procedūra

1. Patekimas pas psichologą:

- Pirminiam pokalbiui su psichologu siunčiami visi į psichikos sveikatos priežiūros centrą besikreipiantys ar į reabilitacinę ligoninę atvykstantys paaugliai.
- Tiek į psichikos sveikatos priežiūros centrą, tiek ir į reabilitacinę ligoninę atvykstančių paauglių tėvai ar globėjai informuojami apie pirminio pokalbio su psichologu tikslą – įvertinti paciento psichologinę būseną ir tolesnės psichologinės pagalbos reikalingumą bei

galimybes. Esant galimybei, tėvai ar globėjai kviečiami dalyvauti pirminiame pokalbyje su psichologu.

- Į psichikos sveikatos centrą paaugliai kreipiasi savarankiškai arba tėvų, globėjų, mokytojų ar gydytojų (vaikų gydytojų arba psichiatrų) nurodymu. Pacientai ar jų tėvai/globėjai gali atsisakyti pirminio pokalbio su psichologu. Pagal psichikos sveikatos centre galiojančią tvarką, tėvai/globėjai pasirašo, kad neprieštaruoja, jog jo sūnų/dukra konsultuotų psichikos sveikatos priežiūros centre dirbantis psichologas. Tuo atveju, kai paauglys atvyksta vienas, sutikimo formą prašoma parnešti namo ir gražinti kito susitikimo metu su vieno iš tėvų parašu. Psichologiniam konsultavimui klientai registruojami bendra tvarka (kaip ir pas kitus specialistus) psichikos sveikatos centro registratūroje esančiame registracijos sąsiuvinyje – atvykus į registratūrą arba telefonu. Registruoja vykdo psichikos sveikatos centro slaugytojos. Pirmasis vizitas pas psichologą skiriamas ne registracijos dieną, tačiau ne vėliau kaip po savaitės.
- Priėmimo į reabilitacinę ligoninę metu paciento tėvai (paprastai vienas ar abu tėvai lydi paauglį) ar teisėti globėjai supažindinami su numatomu gydymo planu, kuriame nurodytos ir psichologo paslaugos. Nors pokalbis su psichologu numatytas gydymo plane, paauglys ar jo tėvai turi teisę jo atsisakyti. Tėvams ar globėjams, kurie neprieštaruoja paauglio pokalbiui su psichologu, priimamojo administratorė pateikia tėvų sutikimo formą, kurioje prašoma tėvų sutikimo leisti surinktus psichologinio įvertinimo ir konsultavimo (jei būtų taikomas paauglio pageidavimu) duomenis panaudoti moksliniais tikslais ir publikuoti išsaugant duomenų anonimiškumą. Jei tėvai nesutinka, reikiamos psichologo paslaugos teikiamos, tačiau surinkti duomenys į analizę neįtraukiami. Po hospitalizacijos kiekvienam pacientui slaugytoja paskiria vizito pas psichologą laiką (paprastai 1-2 dienos po atvykimo).

2. Pirmasis susitikimas:

- Įvadinis pokalbis:
 - Psichikos sveikatos priežiūros centre: susipažinimas, kreipimosi pobūdžio (pats nusprendė ar kas pasiūlė), priežasčių, patiriamų sunkumų, lūkesčių, turimų išteklių (kas dar galėtų padėti spręsti sunkumus, kaip tėvai galėtų padėti) aptarimas (paties paauglio ir tėvų požiūriu). Reabilitacinėje ligoninėje: susipažinimas, hospitalizacijos priežasčių, dėl sveikatos sutrikimo ir hospitalizacijos patiriamų sunkumų, lūkesčių, turimų išteklių (kas padeda susitaikyti su liga, apsiprasti ligoninėje) aptarimas.
 - Psichologo darbo pobūdžio pristatymas: paauglys ir jo tėvai informuojami, kad su psichologu bent kartą susitinka visi į psichikos sveikatos centrą ar reabilitacijos ligoninę atvykę pacientai, o susitikimo tikslas – išsiaiškinti, kaip paaugliui sekasi namie, mokykloje, bendrauti su bendraamžiais ir kartu nuspręsti, ar psichologas gali kuo nors

padėti greičiau sveikti ar spręsti patiriamus sunkumus. Be to, supažindinama su konfidencialumo principu, informuojama apie susitikimų trukmę (apie 50 min.) ir numatomą dažnumą (kartą per savaitę), aptariamas tėvų vaidmuo konsultavimo procese (jei tėvai dalyvauja pirminiame pokalbyje).

- Demografinės informacijos rinkimas: specialioje formoje pažymima paauglio gimimo data, klasė, kurioje mokosi, šeimos sudėtis, tėvų išsilavinimas, darbingumas, dabartinės paauglio ligos, vartojami vaistai.
- Įvertinimas:
 - Atliekamas *standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti*. Prieš interviu visiems paaugliams sakoma instrukcija: „Kad galėtumėme abu nuspręsti, kiek tau reikalinga mano pagalba, norėčiau daugiau sužinoti apie tave. Todėl paprašysiu atsakyti į kelis klausimus apie tai, kaip tau sekasi namuose, mokykloje, bendraujant su bendraamžiais ir panašiai. Klausimai, kuriuos tau užduosiu, visiems tavo bendraamžiams, kurie čia ateina, pateikiami vienodai. Pasistenk į juos atsakyti taip, kaip tau atrodo geriausia. Beje, jei kuris nors pasirodys per daug asmenišką, gali į jį neatsakyti, tik pasakyk, kad nenori apie tai kalbėti. Viskas, ką tu man apie save pasakysi, liks paslapyje. To nesužinos nei tavo tėvai/globėjai, nei gydytojai, nei kiti su tavimi susiję asmenys. Apie tave kalbėsiu tik su tavimi. Ar sutinki apie tai pasikalbėti?“ Jei paauglys atsisako, interviu neįvyksta, o procedūra tęsiama toliau.
 - Po interviu paauglio prašoma atsakyti į *paauglio elgesio klausimyno (PEK-1)* klausimus.
- Pasirenkama problema, ties kuria bus dirbama SSTK metu: trumpai reziumuojama įžanginio pokalbio metu tėvų ar paties pristatyta problema, interviu metu įvardytos problemos ir klausiama, ar norėtų dėl kurios nors iš jų, o gal dėl kurios nors, apie kurią nebuvo kalbėta, susitikti kitą kartą ir kartu paieškoti sprendimų. Jei sutinka, klausiama, kuri problema, jo nuomone aktualiausia, nuo kurios reikėtų pradėti. Psichologas pasižymi pasirinktą problemą. Jei paauglys teigia, kad jam nereikia pagalbos, o atėjo tik tėvų ar gydytojų liepiamas, jam siūloma susitikti kitą kartą ir pabandyti kartu paieškoti būdų, kaip jį atsiuntusiems žmonėms parodyti (leisti įsitikinti), kad jis neturi problemų ir jam nereikalinga pagalba.
- Psichikos sveikatos priežiūros centre: jei paauglys sutinka dalyvauti SSTK, į kabinetą pakviečiami tėvai. Jie informuojami apie paauglio sprendimą tęsti konsultavimą ir susitariama dėl kito susitikimo laiko, kuris pažymimas registracijos sąsiuvinyje ir paaugliui parašomas ant registracijos talono. Pasikeičiama kontaktiniais telefonais, kad iškilus klausimams ar nesklandumams (neatvykus į konsultaciją sutartu laiku) galima būtų susisiekti arba pranešti, jei nėra galimybių atvykti į konsultaciją. Jei paauglys atsisako dalyvauti SSTK (pvz.: nesupranta, kam gydytojas jį nukreipė pas psichologą, ir nenori daugiau ateiti),

klausiama apie galimybę susitikti po 6 savaičių baigiamajam pokalbiui ir trumpai aptarti, kaip jam sekasi ir ar nepasikeitė jo sprendimas. Jei sutinka, sutiriamas susitikimo laikas ir paklausiama, ar paauglys ir tėvai/globėjai neprieštarauja, kad, paaugliui neatvykus į paskirtą susitikimą (kadangi praeis kelios savaitė, gali pamiršti, pasikeisti situacija), telefonu būtų sutartas kitas jam tinkamas laikas. Jei atsisako susitikti po 6 savaičių arba neatvyksta sutartu laiku, o telefonu susisiekti nepavyksta, kontaktai su paaugliu nutraukiami (laikomas atsisakiusiu konsultuotis ir neatvykusių antram įvertinimui).

- Reabilitacinėje ligoninėje: jei paauglys sutinka dalyvauti *SSTK*, susitariama dėl kito susitikimo laiko, kuris pažymimas registracijos sąsiuvinyje ir paaugliui parašomas ant registracijos talono. Atsiklausiama, ar iškilus klausimams arba nesklandumams (neatvykus į konsultaciją sutartu laiku) galima būtų aplankyti paauglį palatoje ir susitarti dėl kito susitikimo laiko. Jei paauglys atsisako dalyvauti *SSTK* arba teigia neturįs aktualių problemų, kurias reikėtų spręsti, dar kartą pasiūlius ir sulaukus neigiamo atsakymo (laikomas atsisakiusiu konsultavimo) jis informuojamas apie numatomą baigiamąjį pokalbį, kuris paprastai vyksta gydymo pabaigoje prieš paaugliui važiuojant namo, o jo metu kalbama apie tai, kaip jam sekėsi ligoninėje, kas per tą laiką pasikeitė ir panašiai. Sutiriamas jo laikas (likus 1-2 dienoms iki išvykimo). Jei atsisako susitikti baigiamajam pokalbiui arba neatvyksta sutartu laiku, o dėl kito laiko nenori tartis arba vėl neatvyksta, kontaktai su paaugliu nutraukiami (laikomas atsisakiusiu konsultuotis ir neatvykusių antram įvertinimui).

3. Į sprendimus sutelktas trumpalaikis konsultavimas:

- Tyrimo plane numatytos daugiausiai penkios konsultacijos, vykstančios kartą per savaitę.
- Jei neatvyksta į pirmąją ar kurią nors iš paskirtų kitų konsultacijų (t. y. nutraukia konsultavimą), su pacientu susisiekiama (skambinama kontaktiniu telefonu psichikos sveikatos priežiūros centro pacientams, o reabilitacinės ligoninės pacientai aplankomi palatoje) pasiteirauti neatvykimo priežasties ir pasiūloma susitarti dėl susitikimo kitu laiku. Jei sutinka susitikti, konsultavimas tęsiamas. Jei nepavyksta susisiekti, susitikti atsisako arba sutinka susitikti, tačiau į paskirtą konsultaciją neatvyksta (laikomas nutraukusiu konsultavimą), praėjus 6 savaitėms po I įvertinimo (psichikos sveikatos priežiūros centre) arba likus 1-2 dienoms iki išvykimo namo (reabilitacinėje ligoninėje) su pacientu susisiekiama ir pasiteiraujama apie galimybę susitikti baigiamajam pokalbiui ir aptarti, kaip dabar sekasi, kas pasikeitė nuo paskutinio pokalbio ir ar nereikalinga tolesnė pagalba. Jei susitikti sutinka, paskiriamas II įvertinimo laikas. Jei nepavyksta susisiekti, susitikti nesutinka arba paskirtu laiku neatvyksta, tolesni kontaktai nutraukiami (laikomas nutraukusiu konsultavimą ir neatvykusių II įvertinimui).

- Jei konsultavimas baigiamas anksčiau (t. y. po pirmos, antros, trečios ar ketvirtos konsultacijos klientas ir konsultantas sutaria, kad problema išspręsta, o kitų aktualių problemų nėra arba klientas teigia, kad tolesnė pagalba nebereikalinga, nors problema dar neišspręsta), pasiūloma dar kartą susitikti baigiamajam pokalbiui ir aptarti, kaip sekasi ir ar nereikalinga tolesnė pagalba. Jei sutinka, sutiriamas susitikimo laikas ir paklausiama, ar paauglys neprieštaruoja, kad, jam neatvykus į paskirtą susitikimą (kadangi praeis kelios savaitės, gali pamiršti, pasikeisti situacija), su juo būtų susisiekiama ir būtų sutartas kitas jam tinkamas laikas. Jei susitikti II įvertinimui atsisako, neatvyksta sutartu laiku, o susisiekti ir sutarti dėl kito laiko nepavyksta, tolesni kontaktai nutraukiami (laikomas baigusiu konsultavimą ir neatvykusiu II įvertinimui).
- Jei konsultavimas baigiamas po 5 konsultacijų, pasiūloma kitą savaitę susitikti baigiamajam pokalbiui, aptarti, kaip sekasi, ir atsisveikinti. Jei susitikti sutinka, paskiriamas II įvertinimo laikas. Jei susitikti nesutinka arba paskirtu laiku neatvyksta, tolesni kontaktai nutraukiami (laikomas baigusiu konsultavimą ir neatvykusiu II įvertinimui).
- Jei praėjus 5 konsultacijom, klientas ir konsultantas sutaria, kad reikalinga tolesnė pagalba, atlikus II įvertinimą, konsultavimas tęsiamas (laikomas baigusiu ir atvykusiu II įvertinimui).

4. Paskutinis susitikimas:

- Paskiriant paskutinį susitikimą prašoma, esant galimybei, atvykti kartu su vienu iš tėvų.
- Jei paskirtu laiku neatvyksta, susisiekiama ir pasiteiraujama apie neatvykimo priežastį (pamiršo, negalėjo) ir pasiūloma susitikti kitu laiku. Jei susisiekti nepavyksta arba susitikti atsisako, tolesni kontaktai nutraukiami.
- Jei atvyksta kartu su tėvais, pasiteiraujama, kokius vaiko elgesio pokyčius šie pastebėjo, ar sutinka, kad konsultavimas būtų baigtas. Po to tėvų prašoma palaukti priimamajame.
- II įvertinimas:
 - Atliekamas *standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti-2 (SIPPI-2)*. Prieš interviu paaugliams sakoma tokia instrukcija: „Kadangi šiandien susitinkame paskutinį kartą, mane domina, kas per tą laiką, kai mes kartu dirbome, pasikeitė tavo gyvenime. Todėl norėčiau užduoti tau keletą klausimų apie tai, kaip tau dabar sekasi namuose, mokykloje, bendraujant su bendraamžiais ir panašiai. Viskas, ką man papasakosi, liks paslapyje. Ar sutinki apie tai pasikalbėti?“
 - Po interviu prašoma atsakyti į *paauglio elgesio klausimyno-2 (PEK-2)* klausimus.
- Atsisveikinimas.

IV. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumai

Šiame skyriuje siekiama nustatyti psichikos ir somatinės sveikatos turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumus, t. y. kokias paauglio funkcionavimo sritis labiausiai paveikia psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimas. Siekiant tai išsiaiškinti, psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis palygintas su bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių psichologinio funkcionavimo rodikliais ir tarpusavyje. Tokia analizė leidžia įvertinti sveikatos sutrikimo ir jo pobūdžio įtaką paauglių funkcionavimui bei nustatyti tokios įtakos specifškumą.

Šiame skyriuje analizuojant rezultatus naudojami tokie psichologinio funkcionavimo rodikliai: standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti faktoriai (blogos nuotaikos, mokymosi sunkumų, konfliktų su suaugusiais, polinkio savižudybei, žemo savęs vertinimo, konfliktų su bendraamžiais) ir du paauglio elgesio klausimyno faktoriai – neadaptivaus elgesio ir socialinio nusišalinimo. Likusių trijų paauglio elgesio klausimyno faktorių, vertinančių blogos nuotaikos, mokymosi sunkumų ir žemo savęs vertinimo laipsnį, buvo atsisakyta, nes juos sudarančių požymių struktūra labai panaši į tokių pačių pavadinimų standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti faktorių struktūrą. Be to, tarp šių faktorių nustatytas stiprus tiesinis ryšys (1 lentelė).

1 lentelė. **Standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti ir paauglio elgesio klausimyno faktorių, vertinančių blogos nuotaikos, mokymosi sunkumų ir žemo savęs vertinimo išreikštumą, tarpusavio ryšių analizė**

Paauglio elgesio klausimyno faktoriai		Standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti faktoriai		
		1F Bloga nuotaika	2F Mokymosi sunkumai	5F Žemas savęs vertinimas
Bloga nuotaika	n	583		
	r	0,625		
	p	0,0001		
Mokymosi sunkumai	n		583	
	r		0,620	
	p		0,0001	
Žemas savęs vertinimas	n			583
	r			0,572
	p			0,0001

Tad vengiant vertinamų reiškinių dubliavimo, sąlygojančių rezultatų analizės netikslumus, minėti trys faktoriai į analizę neįtraukti.

4.1.1. Psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumai

Šiame skyriuje lyginamas psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių ir lyginamosios grupės, sudarytos iš bendrojo lavinimo mokyklose besimokančių bendraamžių, psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis.

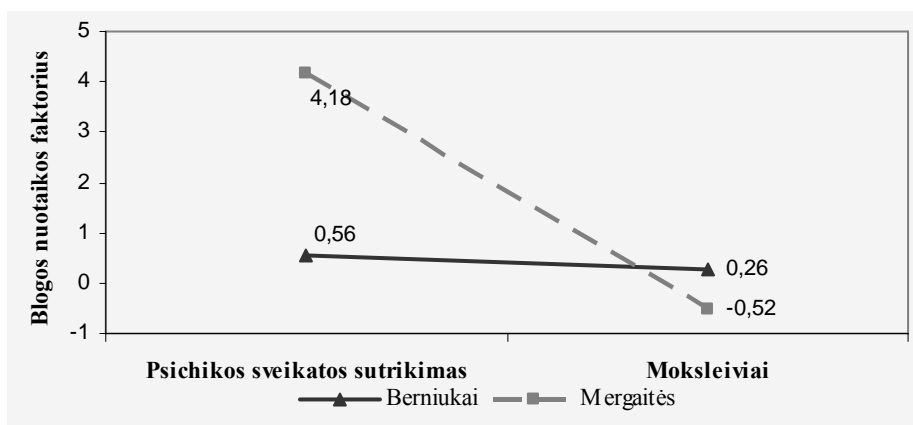
Nors psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupei lyginamoji grupė iš bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių buvo atrinkta siekiant jas kuo labiau suvienodinti pagal lytį, amžių, šeimos statusą ir išsilavinimą, skirtumams tarp grupių įvertinti buvo atlikta dispersinė analizė. Šis statistinės analizės metodas pasirinktas norint atskleisti psichikos sveikatos sutrikimų įtaką įvertinus ir kitus veiksnius, tokius kaip lytis, amžius ir šeimos statusas, taip pat galinčių paveikti paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį. Nepriklausomi kintamieji šioje analizėje buvo sveikatos statusas (gydomas dėl psichikos sveikatos sutrikimo ar yra moksleivis), tiriamojo lytis, amžius ir šeimos statusas (gyvena su abiem tėvais, vienu iš tėvų ar globėjais). Apie faktorių reikšmių vidurkių skirtumų tarp grupių statistinį reikšmingumą sprendėme iš dispersinės analizės rezultatų, kurie pateikti 2 lentelėje (joje pateikti tik tie nepriklausomi kintamieji ir jų kombinacijos, kurių atveju nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su priklausomu kintamuoju, o skliaustuose nurodoma kryptis, t. y. grupė, kurioje vidurkis didesnis. Visi dispersinės analizės rezultatai pateikti 8 priede, 1 lentelėje).

2 lentelė. **Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas tarp psichikos sveikatos sutrikimų turinčių (n = 59) ir bendrojo lavinimo mokyklose besimokančių (n = 59) paauglių grupių**

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	Nepriklausomi kintamieji	F	p
1F Bloga nuotaika R ² = 0,340 (Koreguotas R ² = 0,243)	Sveikatos statusas (psichikos sveikatos sutrikimas)	5,66	0,019
	Lytis (moteriška)	4,44	0,038
	Lytis*Sveikatos statusas	5,90	0,017
2F Mokymosi sunkumai R ² = 0,214 (Koreguotas R ² = 0,099)	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	5,34	0,023
3F Konfliktai su suaugusiais R ² = 0,304 (Koreguotas R ² = 0,202)	Sveikatos statusas (psichikos sveikatos sutrikimas)	10,53	0,002
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	5,00	0,027
4F Polinkis savižudybei R ² = 0,300 (Koreguotas R ² = 0,198)	Lytis (moteriška)	9,39	0,003
5F Žemas savęs vertinimas R ² = 0,242 (Koreguotas R ² = 0,131)	Sveikatos statusas (psichikos sveikatos sutrikimas)	4,17	0,044
	Lytis (moteriška)	8,58	0,004
	Amžius (jaunesnis)	5,24	0,024
6F Konfliktai su bendraamžiais R ² = 0,175 (Koreguotas R ² = 0,053)	Reikšmingų ryšių nenustatyta	--	--
2F Neadaptyvus elgesys R ² = 0,266 (Koreguotas R ² = 0,158)	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	6,33	0,013
	Sveikatos statusas*Amžius	6,53	0,012
4F Socialinis nusišalinimas R ² = 0,240 (Koreguotas R ² = 0,128)	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	6,69	0,011

Iš 2 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad nustatyti statistiškai reikšmingi sveikatos statuso ryšiai su blogos nuotaikos, konfliktų su suaugusiais, žemo savęs vertinimo ir neadaptyvaus elgesio (kartu su amžiumi) faktorių reikšmėmis.

Paaikškėjo, kad bloga nuotaika psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Vid. = 3,01; St. n. = 4,01) išreikšta labiau nei lyginamojoje moksleivių grupėje (Vid. = -0,27; St. n. = 4,12) ($F = 5,66$; $p = 0,019$). Tačiau 2 lentelėje matyti, kad lyties ir sveikatos statuso sąveika taip pat reikšmingai susijusi su blogos nuotaikos faktoriaus vidutiniu įvertinimu ($F = 5,90$; $p = 0,017$). Kaip matome iš 5 paveikslo, psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje vidutinis blogos nuotaikos faktoriaus įvertinimas (Vid. = 4,18; St. n. = 3,85) gerokai didesnis nei lyginamojoje moksleivių mergaičių grupėje (Vid. = -0,52; St. n. = 4,35), o berniukų grupėse šis skirtumas mažas (psichikos sveikatos turinčiųjų: Vid. = 0,56; St. n. = 3,23; lyginamojoje grupėje: Vid. = 0,26; St. n. = 3,62). Taigi, galime daryti išvadą, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčios mergaitės pasižymi blogesne nuotaika nei lyginamosios grupės moksleivės.

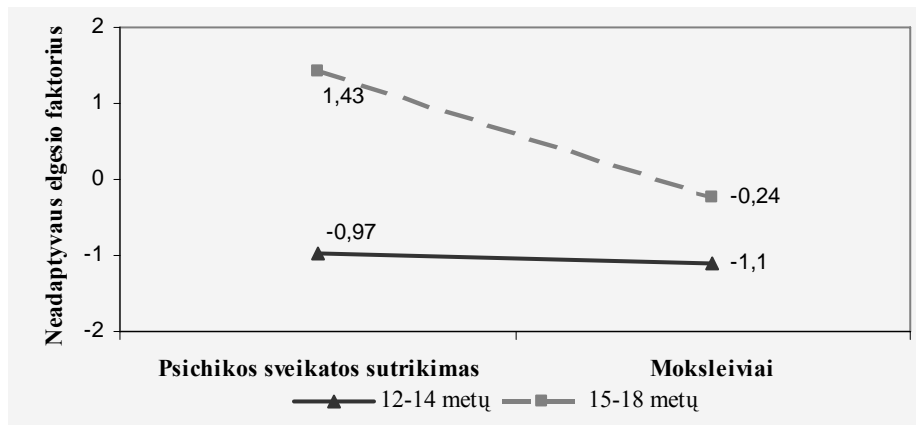


5 pav. Blogos nuotaikos faktoriaus vidutiniai įvertinimai, priklausomai nuo sveikatos statuso ir lyties

Dispersinė analizė (2 lentelė) taip pat atskleidė, kad konfliktų su suaugusiais faktoriaus vidutinis įvertinimas psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Vid. = 1,55; St. n. = 3,18) didesnis nei moksleivių grupėje (Vid. = -0,52; St. n. = 3,52) ($F = 10,53$; $p = 0,002$). Statistiškai reikšmingo lyties ir sveikatos statuso sąveikos ryšio su faktoriaus įvertinimais šiuo atveju nenustatyta, tad galima teigti, kad minėtas skirtumas galioja ir mergaitėms, ir berniukams. Tą patį galima pasakyti ir apie žemo savęs vertinimo faktorių, kurio atveju psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių vidutinis įvertinimas (Vid. = 1,80; St. n. = 2,56) statistiškai reikšmingai didesnis už lyginamosios moksleivių grupės vidurkį (Vid. = 0,11; St. n. = 2,98) ($F = 4,17$; $p = 0,044$), o lyties įtakos minėtai sąveikai nenustatyta.

Dispersinė analizė taip pat atskleidė reikšmingą sveikatos statuso ir amžiaus sąveikos ryšį su neadaptyvaus elgesio faktoriaus įvertinimais. Kaip matome iš 6 paveiksle pavaizduotų rezultatų,

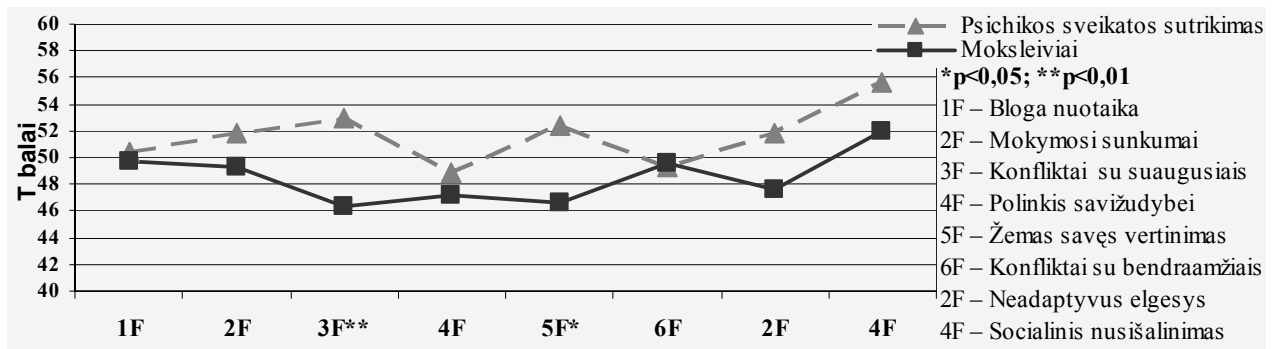
vyresnio amžiaus psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių vidutinis neadaptivaus elgesio įvertinimas (Vid. = 1,43; St. n. = 4,44) didesnis nei lyginamojoje moksleivių grupėje (Vid. = -0,24; St. n. = 4,34) ($F = 6,53$; $p = 0,012$). Tuo tarpu jaunesnio amžiaus paauglių grupėje neadaptivaus elgesio įvertinimai tarp psichikos sveikatos sutrikimų turinčių (Vid. = -0,97; St. n. = 4,08) ir lyginamosios grupės tiriamųjų (Vid. = -1,10; St. n. = 3,85) skiriasi nežymiai. Taigi, neadaptivaus elgesio laipsnio skirtumas tarp psichikos sveikatos sutrikimų turinčių ir lyginamosios grupės paauglių priklauso nuo amžiaus: 15–18 metų pogrupyje neadaptivus elgesys labiau išreikštas tarp psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių.



6 pav. Neadaptivaus elgesio faktoriaus vidutiniai įvertinimai, priklausomai nuo sveikatos statuso ir amžiaus

Be to, atskleisti kai kurie dėsningumai bendri tiek psichikos sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams, tiek ir jų bendraamžiams mokyklose (2 lentelė). Nustatyta, kad blogas savęs vertinimas būdingesnis mergaitėms ir jaunesnio amžiaus paaugliams, o mokymosi sunkumai, konfliktai su suaugusiais, neadaptivus elgesys ir socialinis nusišalinimas būdingesni paaugliams, gyvenantiems su vienu iš tėvų ar globėjais.

Apibendrinant psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio skirtumų tarp psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių ir lyginamosios moksleivių grupės analizę, atskirai berniukams ir mergaitėms nubraižyti psichologinio funkcionavimo profiliai, kuriuose pateikiami psichologinio funkcionavimo problemų faktorių vidutiniai įvertinimai grupėse pervesti į standartizuotus T balus. Standartizacijai naudoti visi turimi duomenys apie paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį ($N = 712$ šešių standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti faktorių atveju ir $N = 583$ dviejų paauglio elgesio klausimyno (neadaptivaus elgesio ir socialinio nusišalinimo) faktorių atveju).



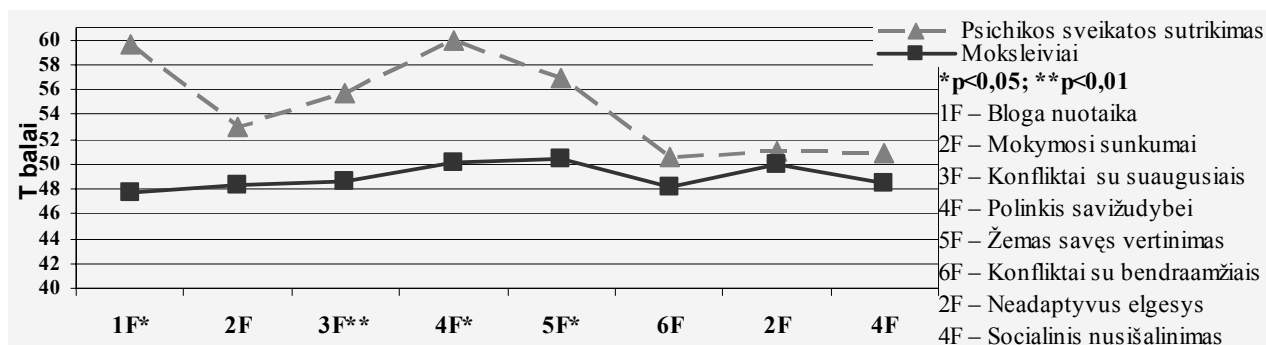
7 pav. Psichikos sveikatos sutrikimų turinčių berniukų ir bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių berniukų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 2 lentelę).

7 paveiksle matyti, kad daugumos faktorių vidutiniai įvertinimai moksleivių berniukų grupėje išsidėstę žemiau vidutinės (50 T balų) reikšmės, išskyrus socialinio nusišalinimo faktorių, o psichikos sveikatos sutrikimų turinčių berniukų grupėje – aukščiau šios reikšmės, išskyrus polinkio savižudybei ir konfliktų su bendraamžiais faktorius (beje, šių dviejų faktorių vidutiniai įvertinimai praktiškai vienodi abiejose grupėse). Tai rodo, kad daugelio psichologinio funkcionavimo problemų, kuriuos atspindi faktoriai, laipsnis psichikos sveikatos sutrikimų turinčių berniukų grupėje didesnis. Tačiau, kaip minėjome, pasitelkus dispersinę analizę, statistiškai reikšmingi skirtumai aptikti konfliktų su suaugusiais ir žemo savęs vertinimo faktorių atveju, taip pat neadaptyvaus elgesio faktoriaus atveju, tačiau šis skirtumas būdingas tik vyresnio amžiaus (15–18m.) berniukams.

Iš 7 paveiksle pateiktų profilių taip pat matyti, kad tiek psichikos sveikatos sutrikimų turinčių, tiek ir lyginamojoje berniukų grupėje didžiausi kitų faktorių atžvilgiu yra socialinio nusišalinimo įvertinimai, o statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šio faktoriaus vidutinių įvertinimų lyginamose grupėse nenustatyta.

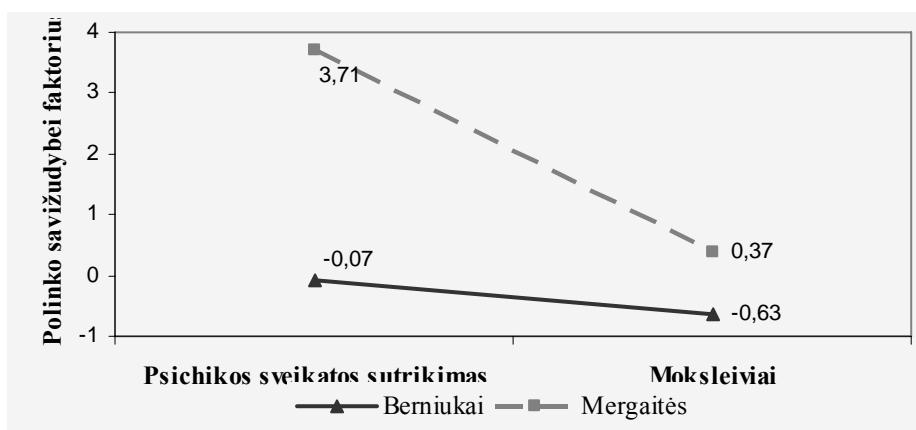
8 paveiksle matome, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčių ir lyginamosios grupės mergaičių psichologinio funkcionavimo profilių skirtumas kiek ryškesnis nei berniukų grupėje. Visų faktorių vidutiniai įvertinimai moksleivių grupėje išsidėstę žemiau arba ant vidutinę 50 T balų reikšmę žyminčios tiesės. Tuo tarpu psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje visų faktorių vidutiniai įvertinimai pakilę aukščiau šios ribos, – tai rodo didesnę nei vidutinį psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį šioje grupėje. Tiesa, kaip jau minėta, dispersinė analizė atskleidė statistiškai reikšmingus skirtumus blogos nuotaikos, konfliktų su suaugusiais ir žemo savęs vertinimo faktorių atveju, taip pat neadaptyvaus elgesio faktoriaus atveju, tačiau šis skirtumas galioja tik vyresnio amžiaus (15–18 m.) mergaitėms (žr. 2 lentelę). Reikėtų atkreipti

dėmesį, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje ypač aukšti blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei faktorių įvertinimai.



8 pav. Psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių ir bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių mergaičių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 2 lentelę).

Įdomu tai, kad dispersinė analizė (2 lentelė) neatskleidė statistiškai reikšmingo ryšio tarp sveikatos statuso ir polinkio savižudybei, nors 8 paveiksle matoma, kad polinkio savižudybei faktoriaus vidutiniai įvertinimai tarp grupių smarkiai skiriasi. Tiesa, kaip matyti 2 lentelėje, šis skirtumas yra arti statistinio patikimumo ribos ($F = 3,62$; $p = 0,06$). Be to, dispersinė analizė atskleidė statistiškai reikšmingą ryšį tarp lyties ir polinkio savižudybei ($F = 9,39$; $p = 0,003$), rodantį, kad mergaičių grupėje polinkis savižudybei didesnis (Vid. = 2,04; St. n. = 4,60) nei berniukų (Vid. = -0,35; St. n. = 2,08). Tačiau palyginę mergaičių ir berniukų profilius (7 ir 8 paveikslai) matome, kad abiejų berniukų grupių ir moksleivių mergaičių grupės polinkio savižudybei vidutiniai įvertinimai labai panašūs – tarp 46 ir 50 T balų, tuo tarpu psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje jis gerokai didesnis – 60 T balų. Dar akivaizdžiau šis skirtumas matomas 9 paveikslėlyje.



9 pav. Polinkio savižudybei faktoriaus vidutiniai įvertinimai, priklausomai nuo sveikatos statuso ir lyties

Reikšmingą polinkio savižudybei laipsnio skirtumą tarp mergaičių grupių patvirtina ir Studento-t kriterijus, liudijantis, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje šis polinkis didesnis (Vid. = 3,71; St. n. = 4,81) nei lyginamojoje moksleivių mergaičių grupėje (Vid. = 0,37; St. n. = 3,74) ($df = 78$; $t = 3,46$; $p = 0,001$). Tuo tarpu statistiškai reikšmingas skirtumas tarp berniukų grupių nenustatytas (psichikos sveikatos sutrikimų turinčių berniukų: Vid. = -0,07; St. n. = 2,26; lyginamosios berniukų grupės: Vid. = -0,63; St. n. = 1,91; $df = 36$; $t = 0,82$; $p = 0,42$).

Kadangi dispersinė analizė atskleidė reikšmingą polinkio savižudybei ryšį su lytimi, o nuodugnesnė vidurkių skirtumų tarp grupių analizė parodė, kad šis ryšys mergaičių grupėje susijęs ir su sveikatos statusu, galime daryti išvadą, kad mergaičių grupėje psichikos sveikatos sutrikimo buvimas susijęs su didesniu polinkio savižudybei laipsniu nei lyginamojoje moksleivių mergaičių grupėje.

Šiame skyriuje pateikti rezultatai atskleidė, kad ir berniukų, ir mergaičių grupėse psichikos sveikatos sutrikimo buvimas statistiškai reikšmingai susijęs su didesniu konfliktų su suaugusiais ir žemo savęs vertinimo laipsniu nei lyginamosiose tos pačios lyties moksleivių grupėse, o atskirai mergaičių grupėje – dar ir su didesniu nei lyginamojoje moksleivių mergaičių grupėje blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei laipsniu. Be to, paaiškėjo, kad abiejų lyčių vyresnio amžiaus (15–18 m.) psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių neadaptivaus elgesio laipsnis didesnis nei lyginamojoje grupėje.

4.1.2. Somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumai

Šiame skyriuje siekiama atskleisti somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo ypatumus, lyginant psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių ir lyginamosios grupės, sudarytos iš bendrojo lavinimo mokyklose besimokančių bendraamžių, psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį.

Siekiant nustatyti psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio skirtumus tarp psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių ir lyginamosios moksleivių grupės, palyginome funkcionavimo rodiklių vidutinius įvertinimus šiose grupėse. Norint atskleisti somatinės sveikatos įtaką psichologiniam funkcionavimui atsižvelgiant ir į kitų veiksnių, tokių kaip lytis, amžius ir šeimos statusas, galimą įtaką, buvo atlikta dispersinė analizė. Nepriklausomi kintamieji šioje analizėje buvo sveikatos statusas (turi somatinės sveikatos sutrikimą ar yra moksleivis), tiriamojo lytis, amžius ir šeimos statusas. Apie faktorių reikšmių vidurkių skirtumų tarp grupių statistinį reikšmingumą sprendėme iš dispersinės analizės rezultatų, kurie pateikti 3 lentelėje (joje pateikti tik tie nepriklausomi kintamieji ir jų kombinacijos, kurių atveju nustatytas statistiškai reikšmingas

ryšys su priklausomu kintamuoju, o skliaustuose nurodoma kryptis, t. y. grupė, kurioje vidurkis didesnis. Visi dispersinės analizės rezultatai pateikti 8 priede, 2 lentelėje).

3 lentelė. **Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas tarp somatinės sveikatos sutrikimų turinčių (n = 72) ir bendrojo lavinimo mokyklose besimokančių (n = 72) paauglių grupių**

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	Nepriklausomi kintamieji	F	p
1F Bloga nuotaika R ² = 0,149 (Koreguotas R ² = 0,056)	Amžius (jaunesnis)	3,83	0,052
2F Mokymosi sunkumai R ² = 0,163 (Koreguotas R ² = 0,072)	Amžius (jaunesnis)	5,81	0,017
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	11,25	0,001
	Amžius*Šeimos statusas	6,54	0,012
3F Konfliktai su suaugusiais R ² = 0,175 (Koreguotas R ² = 0,085)	Lytis (vyriška)	8,76	0,004
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	4,10	0,045
	Lytis*Šeimos statusas	5,26	0,023
	Amžius*Šeimos statusas	8,11	0,005
4F Polinkis savižudybei R ² = 0,191 (Koreguotas R ² = 0,103)	Amžius (jaunesnis)	3,91	0,050
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	3,70	0,056
	Amžius*Šeimos statusas	6,73	0,011
5F Žemas savęs vertinimas R ² = 0,239 (Koreguotas R ² = 0,156)	Sveikatos statusas (somaticinės sveikatos sutrikimas)	7,85	0,006
	Amžius (jaunesnis)	4,75	0,031
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	6,14	0,015
	Amžius*Šeimos statusas	8,50	0,004
6F Konfliktai su bendraamžiais R ² = 0,225 (Koreguotas R ² = 0,140)	Amžius (jaunesnis)	7,49	0,007
	Sveikatos statusas (sveiki)	9,38	0,003
2F Neadaptyvus elgesys R ² = 0,221 (Koreguotas R ² = 0,137)	Lytis (vyriška)	11,44	0,001
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	2,96	0,088
	Lytis*Šeimos statusas	5,21	0,024
	Amžius*Šeimos statusas	5,85	0,017
	Sveikatos statusas (sveiki)	4,84	0,030
4F Socialinis nusišalinimas R ² = 0,150 (Koreguotas R ² = 0,058)	Lytis (vyriška)	5,26	0,023
	Sveikatos statusas*Šeimos statusas	4,67	0,033

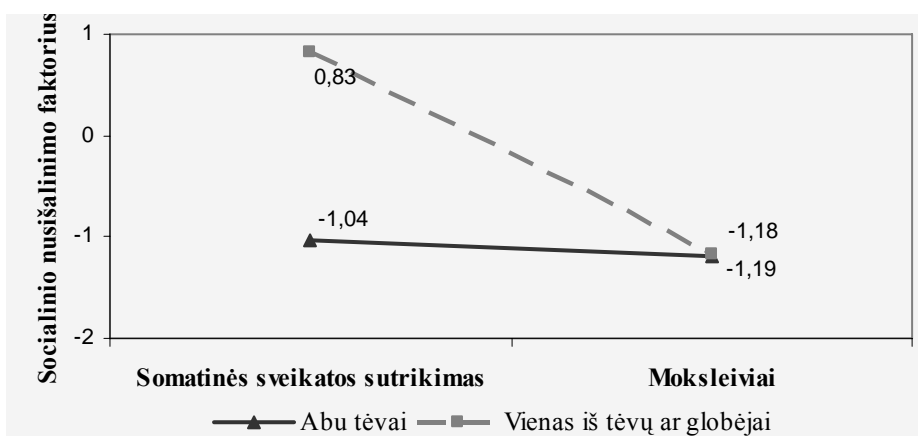
Dispersinės analizės rezultatai atskleidė keletą statistiškai reikšmingų sąsajų tarp sveikatos statuso ir psichologinio funkcionavimo rodiklių. Nustatyta, kad somatinės sveikatos sutrikimų turintys paaugliai save vertina blogiau (Vid. = 0,54; St. n. = 2,39) nei jų bendraamžiai lyginamojoje grupėje (Vid. = -0,67; St. n. = 2,03) (F = 7,85; p = 0,006). Tikėtina, kad šis dėsniumas galioja tiek berniukams, tiek ir mergaitėms, nes blogo savęs vertinimo ryšys su sveikatos statuso ir lyties sąveika nenustatytas.

Analizė taip pat atskleidė statistiškai patikimą sveikatos statuso ryšį su neadaptivaus elgesio laipsniu. Vidurkių palyginimas parodė, kad neadaptivaus elgesio laipsnis lyginamojoje moksleivių grupėje (Vid. = -0,70; St. n. = 3,63) didesnis nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Vid. = -2,30; St. n. = 2,92) (F = 9,38; p = 0,003). Tikėtina, kad šis skirtumas taip pat galioja abiem lyties grupėms. Nustatytas ir statistiškai patikimas ryšys tarp sveikatos statuso ir socialinio nusišalinimo laipsnio, liudijantis, kad socialinio nusišalinimo laipsnis didesnis

lyginamojoje moksleivių grupėje (Vid. = -0,62; St. n. = 2,81) nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Vid. = -1,19; St.n. = 1,90) ($F = 4,84$; $p = 0,030$).

Tačiau 3 lentelėje matyti, kad statistiškai patikimas ryšys taip pat nustatytas tarp socialinio nusišalinimo laipsnio ir sveikatos statuso bei šeimos statuso kombinacijos ($F = 4,67$; $p = 0,033$). 10 paveiksle, kuriame atskleistas šio ryšio pobūdis, matyti, kad somatinės sveikatos sutrikimų turintys ir su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenantys paaugliai pasižymi labiau išreikštu socialiniu nusišalinimu (Vid. = 0,83; St.n. = 3,25) nei kitų trijų grupių tiriamieji.

Tuo tarpu socialinio nusišalinimo laipsnis tarp somatinės sveikatos sutrikimų turinčių ir pilnose šeimose gyvenančių tiriamųjų (Vid. = -1,04; St.n. = 2,55), su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių moksleivių (Vid. = -1,18; St.n. = 1,89) ir pilnose šeimose gyvenančių moksleivių (Vid. = -1,19; St.n. = 1,92) grupių beveik nesiskiria. Vadinasi, galima teigti, kad sirgimas somatine liga ir gyvenimas nepilnoje šeimoje lemia didesnę socialinio nusišalinimo laipsnį paauglystėje.

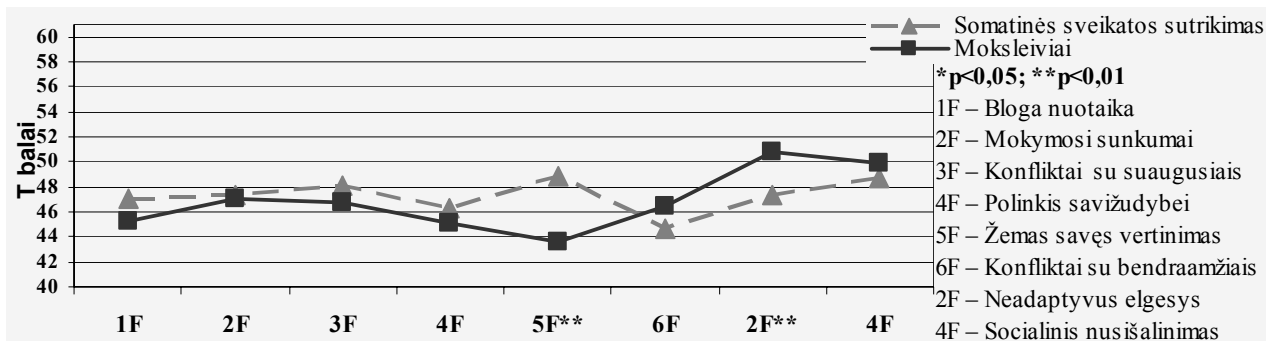


10 pav. Socialinio nusišalinimo faktoriaus vidutiniai įvertinimai, priklausomai nuo sveikatos ir šeimos statuso

Dispersinė analizė (3 lentelė) atskleidė ir kai kurių psichologinio funkcionavimo rodiklių sąsajas su lytimi, amžiumi, šeimos statusu, nepriklausomai nuo sveikatos statuso. Nustatyta, kad socialinio nusišalinimo laipsnis berniukų grupėje didesnis nei mergaičių, o blogos nuotaikos ir konfliktų su bendraamžiais laipsnis jaunesnio amžiaus (12–14 m.) tiriamųjų grupėje didesnis nei vyresnio amžiaus (15–18 m.) grupėje (žr. 8 priedas, 2 lentelė). Be to, jaunesnio amžiaus su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių paauglių mokymosi sunkumų, konfliktų su suaugusiais, polinkio savizusybei, blogo savęs vertinimo, neadaptivaus elgesio laipsnis statistiškai reikšmingai didesnis nei pilnose šeimose gyvenančių bendraamžių, o vyresnio amžiaus (15–18 m.) tiriamųjų grupėje tokie dėsniumai nenustatyti (žr. 8 priedas, 2 lentelė). Galiausiai, su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenantiems berniukams konfliktiškumas su suaugusiais ir neadaptivus elgesys būdingas labiau nei pilnose šeimose gyvenantiems berniukams, o mergaičių grupėje sąsajos tarp minėtų funkcionavimo rodiklių ir šeimos statuso nenustatytos (žr. 8 priedas, 2 lentelė).

11 ir 12 paveiksluose pateikti apibendrinti berniukų ir mergaičių somatinės sveikatos statuso ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio ryšių analizės rezultatai. Kiekvieno psichologinio funkcionavimo problemų faktoriaus įvertinimas paverstas standartizuotais T balais, o remiantis jų vidutiniais įvertinimais grupėse nubraižyti psichologinio funkcionavimo profiliai.

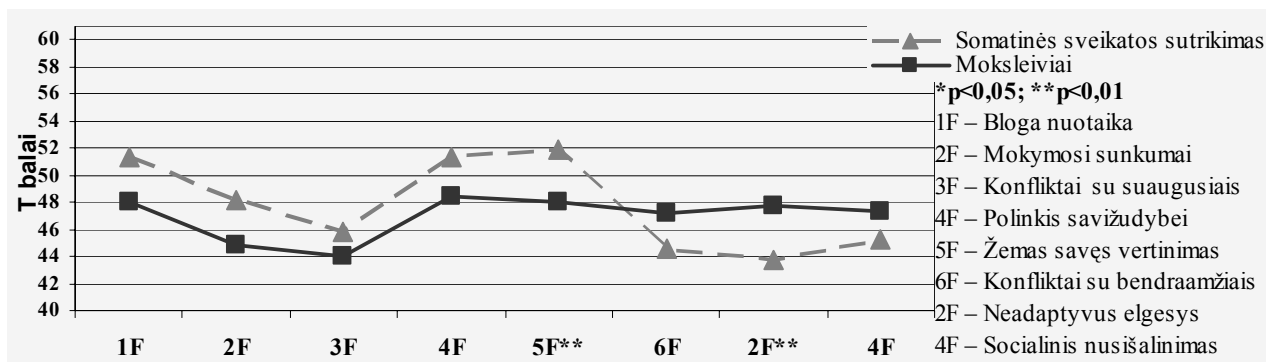
11 paveiksle matome, kad somatinės sveikatos sutrikimų turinčių berniukų ir lyginamosios grupės tiriamųjų profiliai daugelio rodiklių atveju išsidėstę arti vienas kito ir žemiau vidutinės (50 balų) reikšmės. Tik savęs vertinimo faktoriaus vidutinis įvertinimas somatinės sveikatos sutrikimų turinčių berniukų grupėje didesnis nei lyginamojoje grupėje. Kaip jau minėjome, dispersinė analizė atskleidė, kad šis skirtumas statistiškai reikšmingas. Tuo tarpu moksleivių grupėje didesnis konfliktų su suaugusiais, neadaptivaus elgesio ir socialinio nusišalinimo laipsnis. Tačiau tik neadaptivaus elgesio atveju šis skirtumas statistiškai reikšmingas.



11 pav. Somatinės sveikatos sutrikimų turinčių berniukų ir bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių berniukų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 3 lentelę).

Mergaičių profilis (12 paveikslas) rodo, kad somatinės sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje bloga nuotaika, mokymosi sunkumai, konfliktai su suaugusiais, polinkis savižudybei, žemas savęs vertinimas išreikšti labiau nei moksleivių grupėje. Tačiau statistiškai patikimas skirtumas nustatytas tik blogo savęs vertinimo faktoriaus atveju. Tuo tarpu konfliktų su bendraamžiais, socialinio nejautrumo ir neadaptivaus elgesio (šis skirtumas statistiškai patikimas) faktoriai labiau išreikšti moksleivių grupėje.

Apibendrinus šiame skyriuje pateiktus rezultatus galima pasakyti, kad somatinės sveikatos sutrikimų turinčių berniukų ir mergaičių grupėse blogo savęs vertinimo laipsnis didesnis, o neadaptivaus elgesio laipsnis mažesnis nei lyginamosiose moksleivių grupėse. Be to, gyvenančių su vienu iš tėvų ar globėjais ir sergančių somatine liga paauglių grupėje egocentriškumo laipsnis didesnis nei moksleivių, gyvenančių su vienu iš tėvų ar globėjais.



12 pav. Somatinės sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių ir bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių mergaičių psichologinės-socialinės adaptacijos profilių palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 3 lentelę).

Beje, vizualiai palyginę 4.1.1 ir 4.1.2 skyriuose pavaizduotus psichologinio funkcionavimo profilius matome, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių – berniukų ir mergaičių – profiliai išsidėstę aukščiau nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčiųjų ir labiau skiriasi nuo moksleivių profilių. Tolesniame skyriuje analizuojama, ar šiuos skirtumus galima vertinti kaip dėsningumus.

4.1.3. Paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio sąsaja su sveikatos sutrikimo pobūdžiu

Šiame skyriuje analizuojami psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio skirtumai tarp psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių. Tai leis atsakyti į klausimą, ar skirtingo pobūdžio sveikatos sutrikimas paauglių psichologinį funkcionavimą paveikia kaip nors specifiškai.

Kadangi somatinės ir psichikos sveikatos sutrikimų turinčių tiriamųjų grupės nebuvo suvienodintos pagal lytį, amžių ir šeimos statusą, skirtumams tarp grupių įtakos gali turėti minėti veiksniai. Siekiant tokią įtaką kontroliuoti buvo atlikta dispersinė analizė, kurios rezultatai pateikti 4 lentelėje (joje pateikti tik tie nepriklausomi kintamieji ir jų kombinacijos, kurių atveju nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su priklausomu kintamuoju, o skliaustuose nurodoma kryptis, t. y. grupė, kurioje vidurkis didesnis. Visi dispersinės analizės rezultatai pateikti 8 priede, 3 lentelėje).

Lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad sveikatos sutrikimo pobūdis statistiškai patikimai susijęs su konfliktų su suaugusiais, konfliktų su bendraamžiais, neadaptivaus elgesio ir socialinio nusišalinimo laipsniu.

4 lentelė. **Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas tarp somatinės sveikatos sutrikimų (n = 72) ir psichikos sveikatos sutrikimų turinčių (n = 59) paauglių grupių**

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	Nepriklausomi kintamieji	F	p
1F Bloga nuotaika R ² = 0,289 (Koreguotas R ² = 0,197)	Lytis (moteriška)	5,57	0,020
	Amžius*Šeimos statusas	6,17	0,014
2F Mokymosi sunkumai R ² = 0,208 (Koreguotas R ² = 0,105)	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	6,99	0,009
	Sveikatos sutrikimo pobūdis*Amžius	5,02	0,027
	Amžius*Šeimos statusas	6,33	0,013
3F Konfliktai su suaugusiais R ² = 0,317 (Koreguotas R ² = 0,228)	Sveikatos sutrikimo pobūdis (psichikos sveikatos sutrikimas)	7,91	0,006
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	4,37	0,039
	Sveikatos sutrikimo pobūdis*Amžius	8,43	0,004
	Lytis*Šeimos statusas	8,63	0,004
4F Polinkis savižudybei R ² = 0,319 (Koreguotas R ² = 0,230)	Lytis (moteriška)	9,07	0,003
	Sveikatos sutrikimo pobūdis*Amžius	4,79	0,031
5F Žemas savęs vertinimas R ² = 0,206 (Koreguotas R ² = 0,103)	Amžius (jaunesnis)	4,69	0,032
	Amžius*Šeimos statusas	6,38	0,013
6F Konfliktai su bendraamžiais R ² = 0,228 (Koreguotas R ² = 0,127)	Sveikatos sutrikimo pobūdis (psichikos sveikatos sutrikimas)	4,25	0,041
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	9,15	0,003
	Sveikatos sutrikimo pobūdis (psichikos sveikatos sutrikimas)	9,26	0,003
2F Neadaptyvus elgesys R ² = 0,337 (Koreguotas R ² = 0,250)	Lytis (vyriška)	7,31	0,008
	Sveikatos sutrikimo pobūdis*Amžius	9,94	0,002
	Lytis*Šeimos statusas	5,68	0,019
4F Socialinis nusišalinimas R ² = 0,246 (Koreguotas R ² = 0,148)	Sveikatos sutrikimo pobūdis (psichikos sveikatos sutrikimas)	8,75	0,004
	Lytis (vyriška)	5,15	0,025

Nustatyta, kad konfliktų su suaugusiais laipsnis psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Vid. = 1,55; St. n. = 3,18) didesnis nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčiųjų (Vid. = -0,88; St. n. = 2,47) ($F = 7,91$; $p = 0,006$). Konfliktų su bendraamžiais laipsnis taip pat statistiškai patikimai didesnis psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Vid. = -0,09; St. n. = 2,08), lyginant su somatinės sveikatos sutrikimų turinčiais (Vid. = -1,38; St. n. = 1,55) ($F = 4,25$; $p = 0,041$). Taip pat nustatyta, kad neadaptivaus elgesio laipsnis didesnis psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Vid. = 0,29; St. n. = 4,40), lyginant su somatinės sveikatos sutrikimų turinčiais paaugliais (Vid. = -2,30; St. n. = 2,92) ($F = 9,26$; $p = 0,003$). Tas pat pasakytina ir apie socialinį nusišalinimą: psichikos sveikatos sutrikimas (Vid. = 0,69; St. n. = 3,65) taip pat susijęs su didesniu šio rodiklio laipsniu, lyginant su somatinės sveikatos sutrikimu (Vid. = -1,19; St. n. = 1,90) ($F = 8,75$; $p = 0,004$). Dispersinė analizė neatskleidė minėtų psichologinio funkcionavimo rodiklių sąsajų su lytimi, vadinasi, galima manyti, kad jų sąsajos su sveikatos sutrikimo pobūdžiu galioja tiek berniukams, tiek ir mergaitėms.

Nustatyta, kad sveikatos sutrikimo pobūdžio sąsajos su mokymosi sunkumų, konfliktų su suaugusiais, polinkio savižudybei, neadaptivaus elgesio laipsniu priklauso nuo amžiaus (4 lentelė). Vidurkių tarp grupių palyginimas atskleidė, kad vyresnio amžiaus grupėje (15–18 m.) psichikos sveikatos sutrikimų turintys paaugliai pasižymi didesniu mokymosi sunkumų, konfliktų su suaugusiais, polinkio savižudybei, neadaptivaus elgesio laipsniu, lyginant su somatinės sveikatos

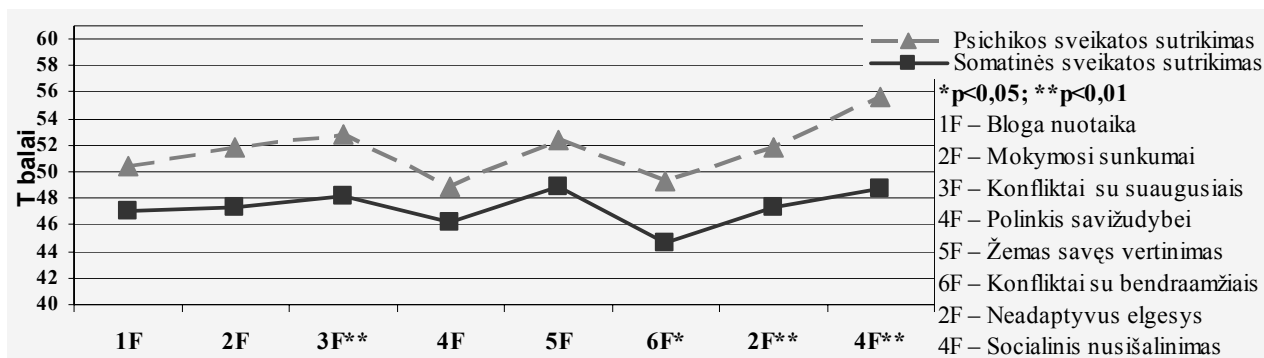
sutrikimų turinčiais bendraamžiais. Jaunesnio amžiaus grupėje (12–14 m.) tokie dėsniumai nenustatyti.

Be to, dispersinė analizė (4 lentelė) atskleidė ir kai kuriuos dėsniumus, būdingus sergantiems paaugliams, nepriklausomai nuo sveikatos sutrikimo pobūdžio. Nustatyta, kad sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei laipsnis didesnis, o socialinio nusišalinimo laipsnis mažesnis nei sveikatos sutrikimų turinčių berniukų grupėje. Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje gyvenimas su vienu iš tėvų ar globėjais susijęs su didesniu konfliktų su bendraamžiais laipsniu nei gyvenimas pilnose šeimose. Be to, jaunesnio amžiaus (12–14 m.) sveikatos sutrikimų turintys paaugliai, gyvenantys su vienu iš tėvų ar globėjais, pasižymi didesniu blogos nuotaikos, mokymosi sunkumų ir blogo savęs vertinimo laipsniu, lyginant su sveikatos sutrikimų turinčiais ir pilnose šeimose gyvenančiais bendraamžiais. Sveikatos sutrikimų turinčių berniukų grupėje nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp gyvenimo su vienu iš tėvų ar globėjais ir didesnio konfliktų su suaugusiais bei neadaptyvaus elgesio laipsniu.

13 ir 14 paveiksluose pateikti apibendrinti sveikatos sutrikimo pobūdžio ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio ryšių analizės rezultatai. Kiekvieno psichologinio funkcionavimo faktoriaus įvertinimas paverstas į standartizuotus T balus, o remiantis jų vidutiniais įvertinimais grupėse nubraižyti psichologinio funkcionavimo profiliai.

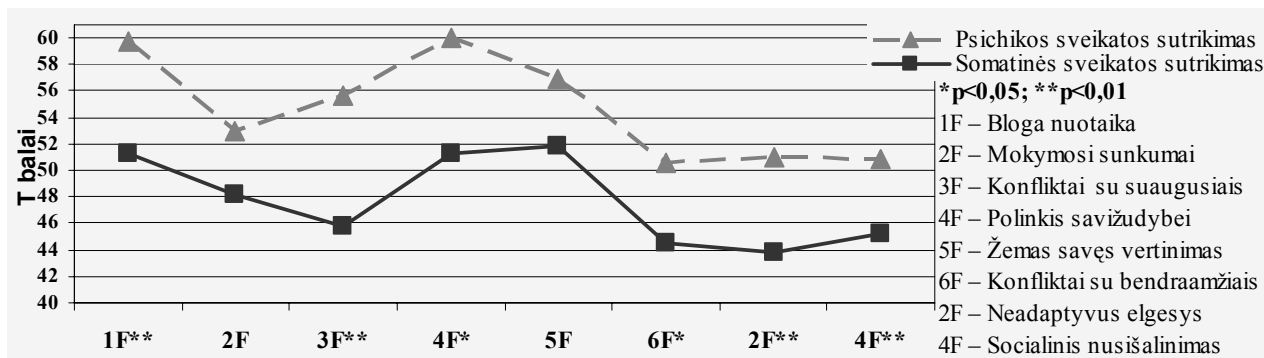
Matome, kad berniukų profiliai (13 pav.) abiejose grupėse kinta gana panašiai, nors psichikos sveikatos sutrikimų turinčių berniukų profilis visų psichologinio funkcionavimo rodiklių atveju pakilęs aukščiau už somatinės sveikatos sutrikimų turinčių berniukų. Tačiau statistiškai patikimi skirtumai, pasitelkus dispersinę analizę (4 lentelė), nustatyti konfliktų su suaugusiais, su bendraamžiais, neadaptyvaus elgesio ir socialinio nusišalinimo faktorių atveju. Beje, abiejose grupėse konfliktų su suaugusiais, blogo savęs vertinimo, neadaptyvaus elgesio ir socialinio nusišalinimo laipsnis didesnis nei kitų adaptacijos rodiklių.

Mergaičių profiliai (14 pav.) atspindi kiek kitokias tendencijas nei berniukų. Jei berniukų grupėje labiausiai išreikšti su konfliktiškumu ir elgesiu susiję sunkumai, tai abiejų mergaičių grupių profiliai aukščiausiai pakilę blogos nuotaikos, polinkio savižudybei ir blogo savęs vertinimo atveju. Kaip ir berniukų grupėje, visų psichologinės-socialinės adaptacijos rodiklių atveju psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių įvertinimai didesni nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių, o reikšmingi skirtumai (4 lentelė) nustatyti konfliktų su suaugusiais, su bendraamžiais, neadaptyvaus elgesio ir egocentriškumo faktorių atvejais.



13 pav. Somatinės ir psichikos sveikatos sutrikimų turinčių berniukų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 4 lentelę).

Įdomu tai, kad dispersinė analizė neatskleidė statistiškai reikšmingų skirtumų tarp abiejų mergaičių grupių blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei įvertinimų, nors 14 pav. pavaizduoti profiliai rodo gerokai didesnę šių rodiklių laipsnį psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje.

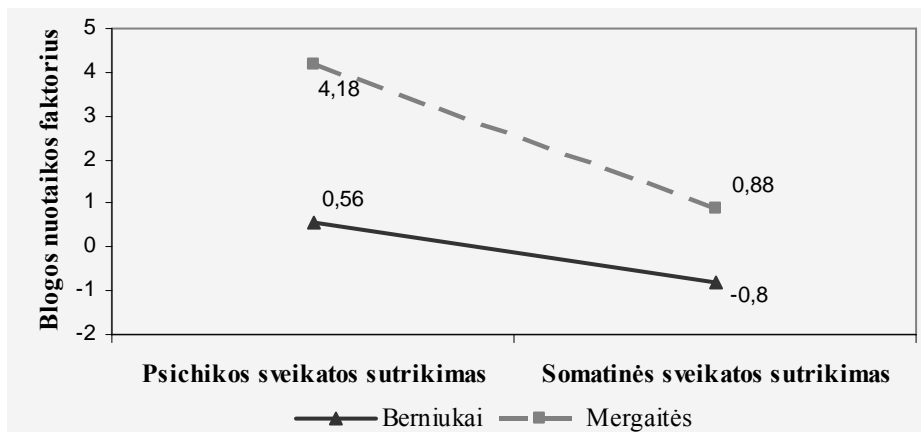


14 pav. Somatinės ir psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 4 lentelę).

8 priede, 3 lentelėje, pateikti visi dispersinės analizės rezultatai liudija, kad sveikatos sutrikimo pobūdžio ir lyties sąveikos ryšiai su blogos nuotaikos ($F = 3,44$; $p = 0,066$) ir polinkio savižudybei laipsniu ($F = 1,66$; $p = 0,20$) nedaug nutolę nuo statistinio patikimumo lygmens. Siekiant nustatyti, ar dispersinė analizė nesumažino šių skirtumų reikšmingumo skirdama daugiau reikšmės skirtumams tarp lyčių (dispersinės analizės rezultatai rodo (4 lentelė), kad blogos nuotaikos ($F = 5,57$; $p = 0,02$) ir polinkio savižudybei ($F = 9,07$; $p = 0,003$) laipsnis didesnis mergaičių grupėje), atlikta papildoma analizė.

15 paveiksle matome, kad berniukų ir mergaičių tiesės nėra lygiagrečios, t. y. mergaičių grupėje blogos nuotaikos laipsnis tarp psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių tiriamųjų

grupių skiriasi labiau nei berniukų. Norint įsitikinti, ar šis skirtumas statistiškai reikšmingas, blogos nuotaikos įvertinimai tarp psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių palyginti atskirai berniukų ir mergaičių grupėse. Palyginimui naudotas dviejų nepriklausomų imčių vidurkių palyginimo Student-t kriterijus.

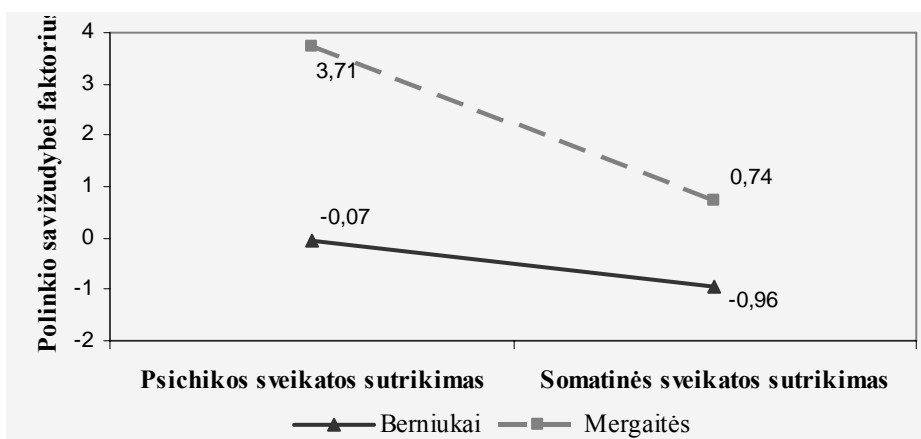


15 pav. Blogos nuotaikos laipsnio sąsaja su sveikatos sutrikimo pobūdžiu ir lytimi

Paaikėjo, kad blogos nuotaikos laipsnis tarp psichikos sveikatos (Vid. = 0,56; St. n. = 3,23) ir somatinės sveikatos sutrikimų (Vid. = -0,80; St. n. = 3,49) turinčių berniukų grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria ($t = -1,35$; $df = 44$; $p = 0,19$). Tuo tarpu psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje blogos nuotaikos laipsnis (Vid. = 4,18; St. n. = 3,85) didesnis nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje (Vid. = 0,88; St. n. = 4,29) ($t = -3,72$; $df = 83$; $p = 0,0001$). Vadinas, galime teigti, kad mergaičių grupėje psichikos sveikatos sutrikimas susijęs su didesniu blogos nuotaikos laipsniu.

16 paveiksle matome, kad mergaičių grupėje polinkio savižudybei laipsnis, priklausomai nuo sutrikimo pobūdžio, skiriasi labiau nei berniukų grupėje. Siekiant įvertinti, ar šis skirtumas statistiškai reikšmingas, polinkio savižudybei laipsnis palygintas tarp psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupių, atskirai berniukams ir mergaitėms. Skirtumams tarp grupių įvertinti taikytas dviejų nepriklausomų imčių vidurkių palyginimo Student-t kriterijus.

Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp turinčių psichikos sveikatos (Vid. = -0,07; St. n. = 2,26) ir somatinės sveikatos sutrikimų (Vid. = -0,96; St. n. = 1,62) berniukų grupių polinkio savižudybei laipsnio nenustatyta ($t = -1,56$; $df = 83$; $p = 0,19$). Tuo tarpu psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje (Vid. = 3,71; St. n. = 4,81) polinkio savižudybei laipsnis didesnis nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje (Vid. = 0,74; St. n. = 4,20) ($t = -3,03$; $df = 83$; $p = 0,003$). Tad galime daryti išvadą, kad mergaičių grupėje psichikos sveikatos sutrikimas susijęs su didesniu polinkio savižudybei laipsniu.



16 pav. Polinkio savižudybei faktoriaus išreikštumas, priklausomai nuo sveikatos sutrikimo pobūdžio ir lyties

Taigi, rezultatų analizė atskleidė, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintys berniukai ir mergaitės pasižymi didesniu konfliktų su suaugusiais ir bendraamžiais, neadaptivaus elgesio ir socialinio nusišalinimo laipsniu nei somatinės sveikatos sutrikimų turintys bendraamžiai. Be to, psichikos sveikatos sutrikimų turinčioms mergaitėms, lyginant su somatinės sveikatos sutrikimų turinčiomis, būdingas ir didesnis blogos nuotaikos bei polinkio savižudybei laipsnis.

Apibendrinus visus 4.1. skyriuje nustatytus dėsningumus, galima pasakyti, kad lyginant su bendrojo lavinimo mokyklų moksleiviais somatinės sveikatos sutrikimų turintys paaugliai, berniukai ir mergaitės, pasižymi didesniu blogo savęs vertinimo, o psichikos sveikatos sutrikimų turintys – blogo savęs vertinimo ir konfliktų su suaugusiais laipsniu. Be to, psichikos sveikatos sutrikimų turinčių mergaičių grupėje nustatytas didesnis nei moksleivių grupėje blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei laipsnis, o abiejų lyčių vyresnio amžiaus (15–18m.) psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje – didesnis nei bendraamžių moksleivių grupėje neadaptivaus elgesio laipsnis. Tuo tarpu somatinės sveikatos sutrikimų turintys paaugliai, berniukai ir mergaitės, pasižymėjo mažesniu nei lyginamosios moksleivių grupės paaugliai neadaptivaus elgesio laipsniu, o su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių tiriamųjų pogrupyje somatinės sveikatos sutrikimas susijęs su didesniu nei lyginamojoje grupėje socialinio nusišalinimo laipsniu.

Taigi, nustatyta, kad sveikatos sutrikimas, nepriklausomai nuo jo pobūdžio, neigiamai paveikia paauglių savęs vertinimą. Nustatyta ir tai, kad psichikos sveikatos sutrikimas kai kurias psichologinio funkcionavimo sritis (elgesio ir bendravimo su aplinkiniais, o mergaičių grupėje – dar ir emocinėje srityje) neigiamai paveikia labiau nei somatinės sveikatos sutrikimas. Tokie rezultatai leidžia galvoti, kad skirtingo pobūdžio sveikatos sutrikimas paauglių psichologinį funkcionavimą paveikia kiek specifiskai – sutrikdo skirtingas funkcionavimo sritis. Kitame skyriuje pateikti rezultatai, šalia kitų aspektų, atskleis ir sveikatos sutrikimo pobūdžio įtaką SSTK efektyvumui.

4.2. Psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimas *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo metu*

Šiame skyriuje analizuojamas *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* (toliau *SSTK*) efektyvumas psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių problemoms spręsti ir psichologiniam funkcionavimui gerinti. Poveikio efektyvumas šiame skyriuje vertintas remiantis dvejomis rodiklių grupėmis:

1. Problemų, dėl kurių paaugliai kreipėsi pagalbos, sunkumo/intensyvumo mažėjimo rodikliai:
 - kliento vertinamas problemos sprendimo progresas (matuoja kliento subjektyviai vertinamo problemos sunkumo kitimą);
 - konsultanto vertinamo problemos sprendimo progreso skalė (matuoja, kiek klientui konsultanto požiūriu pavyko priartėti prie problemos išsprendimo).
2. Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo rodikliai:
 - psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimas (apskaičiuojamas įvertinant skirtumą tarp standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti-2 ir standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti-1 faktorių reikšmių, kur didesnis teigiamas skirtumas žymi didesnius teigiamus pokyčius);
 - teigiamų psichologinio funkcionavimo pokyčių skaičius (apskaičiuojamas sumuojant paauglio elgesio klausimyne-2 tiriamojo pažymėtus teigiamus pokyčius).

Šių dviejų rodiklių grupių kitimas analizuojamas atskirai, tačiau prieš tai pateikiama besikonsultavusių tiriamųjų charakteristikų analizė.

4.2.1. *SSTK* dalyvavusių tiriamųjų charakteristikų analizė

Aprašant tiriamuosius buvo minėta, kad *SSTK* dalyvauti sutiko 90 sveikatos sutrikimų turinčių paauglių, kurie sudarė 58 proc. visų 156 pirmo įvertinimo atvykusių tiriamųjų. Iš jų 54 gydėsi ambulatoriškai, o 36 – stacionare. Tačiau 25 tiriamieji (28 proc. visų sutikusių dalyvauti *SSTK*) į pirmąją konsultaciją neatvyko arba konsultavimą nutraukė anksčiau laiko. Kadangi ne visi paaugliai sutiko dalyvauti *SSTK*, o dalis jų konsultavimą pradėjo, bet nutraukė anksčiau laiko, kyla klausimas, kokie veiksniai susiję su tokiais jų sprendimais. Todėl šiame skyriuje analizuojami skirtumai tarp sutikusių ir nesutikusių dalyvauti *SSTK*, taip pat konsultavimą užbaigusių ir jį nutraukusių tiriamųjų socialinių-demografinių charakteristikų ir psichologinio funkcionavimo rodiklių.

SSTK dalyvauti sutikusių ir atsisakusių tiriamųjų socialinių-demografinių charakteristikų palyginimo rezultatai pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė. *SSTK* dalyvauti sutikusių ir atsisakusių tiriamųjų socialinių-demografinių charakteristikų palyginimas

Socialinės-demografinės charakteristikos		<i>SSTK</i> dalyvauti sutikę		<i>SSTK</i> dalyvauti atsisakę		χ^2	p
		n	%	n	%		
Lytis	Vyriška	32	54	27	46	0,46	0,50
	Moteriška	58	60	39	40		
Amžius	12–14 m.	47	61	30	39	0,70	0,40
	15–18 m.	43	54	36	46		
Šeimos sudėtis	Abu tėvai	53	51	51	49	5,79	0,02
	Kita	37	71	15	29		
Gydymosi įstaiga	Ambulatorinė	54	89	7	11	39,01	0,0001
	Stacionaras	36	38	59	62		
Sveikatos sutrikimas	Psichikos	70	84	13	16	51,60	0,0001
	Somatinis	20	27	53	73		

Iš lentelėje pateiktų rezultatų matyti, kad sutikimas dalyvauti *SSTK* statistiškai reikšmingai susijęs su tiriamųjų šeimos sudėtimi, gydymosi įstaigos, kurioje buvo atliktas tyrimas, pobūdžiu ir sveikatos sutrikimo pobūdžiu. Nustatyta, kad net 71 proc. su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių paauglių sutiko dalyvauti *SSTK*, o su abiem tėvais gyvenančių paauglių grupėje dalyvauti *SSTK* sutikusių tiriamųjų buvo 51 proc. Be to, *SSTK* dalyvauti sutiko 89 proc. psichikos sveikatos centre besilankančių ir tik 38 proc. – reabilitacinėje ligoninėje besigydančių paauglių. Galiausiai *SSTK* dalyvauti sutiko 84 proc. psichikos sveikatos sutrikimų turinčių ir tik 27 proc. – somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių. 6 lentelėje pateikti psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio tarp šių grupių palyginimo rezultatai.

6 lentelė. *SSTK* dalyvauti sutikusių ir atsisakusių tiriamųjų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	<i>SSTK</i> dalyvauti sutikę		<i>SSTK</i> dalyvauti nesutikę		t	p
	Vidurkis	St. n.	Vidurkis	St. n.		
Bloga nuotaika	3,55	4,32	-0,59	3,43	-6,65	0,0001
Mokymosi sunkumai	1,06	2,84	-0,85	2,51	-4,34	0,0001
Konfliktai su suaugusiais	1,77	3,27	-1,01	2,41	-6,07	0,0001
Polinkis savižudybei	3,19	4,81	-0,61	1,64	-6,25	0,0001
Žemas savęs vertinimas	2,40	2,74	-0,03	2,15	-6,16	0,0001
Konfliktai su bendraamžiais	0,36	2,02	-1,65	1,71	-6,53	0,0001
Neadaptyvus elgesys	-0,12	4,23	-2,20	3,16	-3,20	0,002
Socialinis nusišalinimas	0,34	3,32	-1,05	2,36	-2,77	0,007

Kaip matyti iš lentelėje pateiktų rezultatų, visų psichologinio funkcionavimo rodiklių vidutiniai įvertinimai statistiškai reikšmingai didesni sutikusių dalyvauti *SSTK* tiriamųjų grupėje. Tai rodo, kad konsultuotis, t. y. ieškoti galimų savo problemų sprendimų, sutiko tie tiriamieji, kurių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis didesnis – jų sunkumai laipsnis objektyviai skiriasi nuo tiriamųjų, kurie atsisakė konsultuotis.

Toliau analizuojami skirtumai tarp *SSTK* užbaigusių ir konsultavimą nutraukusių anksčiau laiko tiriamųjų socialinių-demografinių charakteristikų ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnių.

7 lentelė. *SSTK* užbaigusių ir nutraukusių tiriamųjų socialinių-demografinių charakteristikų palyginimas

Socialinės-demografinės charakteristikos		<i>SSTK</i> užbaigę tiriamieji		<i>SSTK</i> nutraukę tiriamieji		χ^2	p
		n	%	n	%		
Lytis	Vyriška	18	56	14	44	7,15	0,008
	Moteriška	47	83	10	17		
Amžius	12–14 m.	34	74	12	26	0,04	0,85
	15–18 m.	31	72	12	28		
Šeimos sudėtis	Abu tėvai	40	77	12	23	0,96	0,33
	Kita	25	68	12	32		
Gydymosi įstaiga	Ambulatorinė	36	68	17	32	1,74	0,19
	Stacionaras	29	81	7	19		
Sveikatos sutrikimas	Psichikos	47	68	22	32	3,77	0,052
	Somatinis	18	90	2	10		

Kaip matome iš 7 lentelėje pateiktų rezultatų, *SSTK* anksčiau laiko nutraukė 44 proc. vyriškos lyties ir tik 17 proc. – moteriškos lyties tiriamųjų ($p < 0,01$). Taip pat pastebima statistinio patikimumo ribos nesiekianti tendencija, liudijanti, jog konsultavimą anksčiau laiko nutraukia daugiau psichikos sveikatos sutrikimų turinčių ir psichikos sveikatos priežiūros centre besilankančių paauglių.

8 lentelė. *SSTK* užbaigusių ir nutraukusių tiriamųjų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	<i>SSTK</i> užbaigę tiriamieji		<i>SSTK</i> nutraukę tiriamieji		t	p
	Vidurkis	St. n.	Vidurkis	St. n.		
Bloga nuotaika	3,53	4,31	3,67	4,51	-0,13	0,90
Mokymosi sunkumai	0,98	2,96	1,16	2,54	-0,26	0,80
Konfliktai su suaugusiais	1,52	3,30	2,56	3,17	-1,31	0,19
Polinkis savižudybei	3,29	4,85	2,84	4,89	0,39	0,70
Žemas savęs vertinimas	2,30	2,75	2,45	2,57	-0,23	0,82
Konfliktai su bendraamžiais	0,26	1,93	0,62	2,29	-0,75	0,46
Neadaptyvus elgesys	-0,22	4,16	0,38	4,73	-0,43	0,67
Socialinis nusišalinimas	0,35	3,26	0,28	3,79	0,06	0,95

Kaip matome iš 8 lentelėje pateiktų rezultatų, statistiškai patikimo skirtumo tarp *SSTK* užbaigusių ir nutraukusių tiriamųjų nenustatyta nė vieno psichologinio funkcionavimo rodiklio atveju.

Apibendrinus šiame skyriuje aptartus rezultatus, galima pasakyti, kad konsultuotis sutiko daugiau su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių paauglių, o besikonsultavusių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis didesnis nei nesutikusių konsultuotis. Taip pat nustatyta, kad berniukai dažniau nei mergaitės nutraukia konsultavimą anksčiau laiko.

4.2.2. *SSTK* metu sprendžiamų problemų sunkumo laipsnio kitimas

Šiame skyriuje nagrinėjama, kaip ir kiek sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje ($n = 65$) *SSTK* metu, kliento ir konsultanto vertinimu, kito sprendžiamų problemų sunkumas.

Problemos, kurias *SSTK* metu norėjo spręsti paaugliai (iš viso 75 tiriamieji, dalyvavę bent vienoje konsultacijoje), pagal dominuojančią temą buvo suskirstytos į tris grupes: tarpasmeninių santykių problemos (19 atvejų – 25 proc.), problemos su aplinkiniais dėl netinkamo paauglio elgesio (26 atvejai – 35 proc.) ir emocinės problemos (30 atvejų – 40 proc.). Tarpasmeninių santykių problemoms priskirti nesutarimai su tėvais ar bendraamžiais, kylantys ne dėl paties paauglio išūlaus ar agresyvaus elgesio, pvz.: nesiseka bendrauti su klasiokais, nesupranta tėvai, mano, kad nemoka bendrauti, ir pan. Elgesio problemos apima agresyvų, išūlų paauglio elgesį namie ar mokykloje, mokyklos nelankymą ir dėl to kylančius konfliktus su tėvais ir pan. Emocinėms problemoms priskirti sunkumai, susiję su vidiniais išgyvenimais, kurie neapsiriboja konkrečia situacija, pvz.: liūdesys dėl nepatenkinamo gyvenimo ar sveikatos būklės, kuri apriboja gyvenimą, vienišumo jausmas, baimės, nusivylimas savimi ir pan.

Ankstesniuose skyriuose pateikta rezultatų analizė parodė, kad psichikos sveikatos sutrikimas susijęs su didesniu elgesio ir tarpasmeninių santykių sunkumų laipsniu, o somatinės sveikatos sutrikimas – su didesniu blogo savęs vertinimo laipsniu lyginant su bendraamžiais mokyklose. Kyla klausimas, ar problemų, dėl kurių paaugliai kreipėsi pagalbos, pobūdis susijęs su jų psichologinio funkcionavimo problemų laipsniu, sveikatos sutrikimo ir gydymosi įstaigos pobūdžiu.

9 lentelėje pateikti *SSTK* metu spęstų paauglių problemų pobūdžio ir jų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio sąsajų analizės rezultatai. Iš lentelėje pateiktų rezultatų matome, kad psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis paauglių, kurie į konsultacijas kreipėsi dėl santykių ir emocinių problemų, grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tuo tarpu dėl elgesio problemų konsultuotų paauglių neadaptyvaus elgesio ir socialinio nusišalinimo laipsnis statistiškai reikšmingai didesnis nei dėl santykių ir emocinių problemų konsultuotų paauglių grupėse. Be to, dėl elgesio problemų konsultuotų paauglių grupėje konfliktų su suaugusiais laipsnis statistiškai

reikšmingai didesnis nei dėl emocinių problemų konsultuotų paauglių grupėje. Tai rodo, kad dėl elgesio problemų į konsultaciją kreipėsi paaugliai ir psichologinio funkcionavimo problemų vertinimo metu nurodė daugiau problemų būtent elgesio srityje.

9 lentelė. **Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas, priklausomai nuo SSTK metu spręstų problemų pobūdžio**

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	Santykių problemos		Elgesio problemos		Emocinės problemos		P 1-2	P 1-3	P 2-3
	Vidurkis	St. n.	Vidurkis	St. n.	Vidurkis	St. n.			
Bloga nuotaika	2,82	4,67	3,50	4,21	4,89	4,67	0,88	0,28	0,48
Mokymosi sunkumai	0,70	2,24	1,93	3,38	0,54	2,67	0,37	0,98	0,20
Konfliktai su suaugusiais	1,07	3,99	3,09	3,28	1,15	2,84	0,15	0,99	0,10
Polinkis savižudybei	3,36	5,43	2,99	4,86	4,03	4,67	0,97	0,90	0,74
Žemas savęs vertinimas	2,40	2,37	2,73	3,15	2,14	2,54	0,92	0,95	0,72
Konfliktai su bendraamžiais	0,22	1,83	1,46	1,87	-0,37	2,01	0,12	0,59	0,003
Neadaptyvus elgesys	-0,58	4,24	3,17	4,00	-2,24	3,03	0,02	0,39	0,0001
Socialinis nusišalinimas	-0,13	3,09	3,31	3,29	-1,38	1,79	0,002	0,37	0,0001

Neparametrinis Pearson χ^2 kontingencijos kriterijus parodė, kad abiejų lyčių grupėse problemos pobūdis susijęs su gydymosi įstaigos pobūdžiu (10 lentelė). Paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai daugiau pirminės psichikos sveikatos priežiūros centre besilankančių berniukų, lyginant su tos pačios lyties reabilitacinės ligoninės pacientais, pas psichologą atvyko dėl elgesio (61 ir 20 proc.) ir emocinių problemų (22 ir 0 proc.), o daugiau reabilitacinės ligoninės pacientų – dėl tarpasmeninių santykių problemų (80 ir 17 proc.).

10 lentelė. **Problemų, dėl kurių paaugliai kreipiasi pagalbos, pobūdis, priklausomai nuo sveikatos sutrikimo ir gydymosi įstaigos pobūdžio**

	Berniukai						χ^2	p	Mergaitės							
	Santykių		Elgesio		Emocinės				χ^2	p	Santykių		Elgesio		Emocinės	
	n	%	n	%	n	%					n	%	n	%	n	%
Psichikos sv. sutr.	5	25	11	55	4	20	2,32	0,31	6	16	13	35	18	49	5,88	0,05
Somatin. sv. sutr.	2	67	1	33	0	0			6	40	1	7	8	53		
PPSPC	3	17	11	61	4	22	7,54	0,02	4	14	12	43	12	43	8,37	0,02
Reabilitac. ligon.	4	80	1	20	0	0			8	34	2	8	14	58		
Iš viso	7	31	12	52	4	17			12	23	14	27	26	50		

Mergaičių grupėje taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp problemos ir gydymosi įstaigos pobūdžio. Paaiškėjo, kad daugiau pirminės psichikos sveikatos priežiūros centre besilankančių mergaičių pagalbos į psichologą kreipėsi dėl elgesio problemų (43 ir 8 proc.), o daugiau reabilitacinės ligoninės pacienčių – dėl tarpasmeninių santykių problemų (34 ir 14 proc.). Tuo tarpu dėl emocinių problemų abiejose įstaigose pagalbos kreipėsi panašus mergaičių procentas

(43 ir 58 proc.). Pastebima statistinio reikšmingumo lygmens nesiekianti tendencija, liudijanti, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčios mergaitės, dažniau nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčios, kreipėsi dėl elgesio problemų (35 ir 7 proc.), o somatinės sveikatos sutrikimų turinčios – dėl tarpasmeninių santykių problemų (40 ir 16 proc.) ($p = 0,053$). Emocinės problemos sudarė panašią dalį problemų abiejose grupėse (49 ir 53 proc.). Taigi, dirbant su psichikos sveikatos centru pacientais paaugliais, galima tikėtis daugiau elgesio problemų, o reabilitacijos ligoninėje – daugiau tarpasmeninių santykių problemų.

Paskutinėje 10 lentelės eilutėje pateiktas problemos pobūdžio pasiskirstymas berniukų ir mergaičių grupėse. Matome, kad beveik dvigubai daugiau berniukų, lyginant su mergaitėmis, kreipėsi pagalbos į psichologą dėl elgesio problemų (52 ir 27 proc.), o gerokai daugiau mergaičių – dėl emocinių problemų (50 ir 17 proc.). Dėl santykių problemų kreipiasi šiek tiek daugiau berniukų (31 ir 23 proc.), tačiau šis skirtumas nėra didelis. Neparаметrinis Pearson χ^2 kontingencijos kriterijus parodė, kad lytis statistiškai reikšmingai susijusi su problemų, dėl kurių paaugliai kreipiasi pagalbos, pobūdžiu ($\chi^2 = 7,51$; $p = 0,023$).

SSTK baigusių paauglių grupėje spęstos problemos pasiskirstė taip: tarpasmeninių santykių problemos (17 atvejų – 26 proc), problemos su aplinkiniais dėl netinkamo paauglio elgesio (21 atvejis – 32 proc) ir emocinės problemos (27 atvejai – 42 proc.). Toliau pateikiami šių problemų sunkumo laipsnio kitimą SSTK metu atskleidžiantys rezultatai.

Vidutinis konsultacijų skaičius tarp SSTK baigusių paauglių buvo 2,72 (St. n. = 1,02). Iš 65 konsultavimą baigusių paauglių tik 6 (9 proc.) prireikė visų penkių tyrimo procedūroje numatytų konsultacijų, 7 (11 proc.) klientai konsultavimą baigė po 4 konsultacijų, 17 (26 proc.) – po 3 konsultacijų, 33 (51 proc.) – po 2 konsultacijų, o 2 (3 proc.) klientams užteko vienintelės konsultacijos.

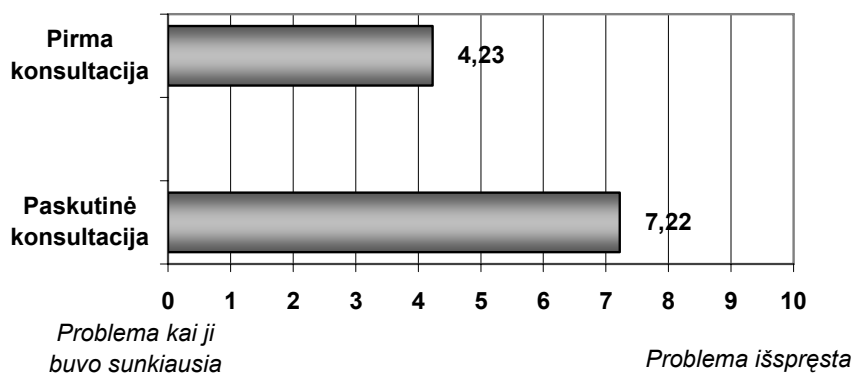
Remiantis konsultanto vertinamo problemos sprendimo progresu skale, kliento problemos sprendimo rezultatai baigus konsultavimą pasiskirstė taip:

	n	%
• Nėra pasikeitimų	5	8
• Problema išspręsta nežymiai	8	12
• Problema išspręsta vidutiniškai	13	20
• Problema išspręsta žymiai	31	48
• Problema visiškai išspręsta	8	12

Iš pateiktų rezultatų matyti, kad 8 procentai atvejų konsultanto buvo įvertinti kaip be pasikeitimų, o 12 proc. problemų – kaip išspręstos nežymiai, t. y. šiuo atveju klientai suvokė, kad problema yra, kad ją reikia ir įmanoma spręsti, tačiau nei pasikeitė elgesys (neišbandė

konsultavimo metu aptartų alternatyvių elgesio strategijų), nei pagerėjo probleminė situacija. Tuo tarpu 20 proc. konsultavimo atvejų buvo įvertinti kaip vidutiniškai sėkmingi: klientai išbandė naujus (konsultacijoje atrastus) problemos sprendimo būdus, tačiau tai nesąlygojo žymesnių pokyčių probleminėje situacijoje. Galiausiai, 48 proc. ir 12 proc. problemų galima vertinti kaip žymiai ar visiškai išspręstas: pasikeitė ne tiktai požiūris ir elgesys, bet smarkiai pagerėjo probleminė situacija arba problema visiškai išsisprendė. Taigi, galime teigti, kad, konsultanto vertinimu, 60 proc. *SSTK* užbaigusių paauglių pavyko pasiekti žymų progresą arba visiškai išspręsti problemą, dėl kurios kreipėsi pagalbos. Apskaičiuotas binominės tikimybės pasikliautinis intervalas rodo, kad su 99 proc. tikimybe galime laukti, kad, tokiu pat būdu atlikus tyrimą, žymiai arba visiškai išsprendusių savo problemą tiriamųjų procentas svyruos tarp 44 ir 76 proc., o tai yra gana geras rodiklis.

Siekiant nustatyti, kaip patys klientai vertino *SSTK* metu pasiektą problemos sprendimo progresą, pirmoje ir paskutinėje konsultacijoje 10 balų skalėje klientų įvertintas problemos sunkumas palygintas naudojant porinių palyginimų Studento-t kriterijų.



17 pav. *SSTK* metu sprendžiamų problemų sunkumo pirmoje ir paskutinėje konsultacijose palyginimas

17 paveiksle matyti, kad nuo pirmos iki paskutinės konsultacijos klientų vertinamo problemos sunkumo vidutinis įvertis statistiškai reikšmingai pakito trimis balais – nuo 4,23 (St. n. = 1,87) iki 7,22 (St. n. = 2,29) ($t = -10,46$, $df = 64$, $p < 0,0001$) – tai rodo, kad subjektyviai vertinamas problemų sunkumas *SSTK* dalyvavusių sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje sumažėjo, nes 10 reiškia, kad problema visiškai išspręsta. Kadangi pagrindinis šio darbo tikslas – įvertinti psichologinio funkcionavimo problemų kitimą *SSTK* metu, šiame darbe kontrolinės grupės, kuri leistų įvertinti paaugliams aktualių psichologinių problemų kitimą nesant poveikiui, netaikėme. Tačiau palyginimui galima pateikti V. Rakauskienės (2007) magistro darbo duomenis, kurie rodo, kad Kauno miesto bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių ($n = 50$) aktualių problemų sunkumas, vertintas taip pat kaip ir mūsų darbe (t. y. 10 balų skalėje), keturių savaičių laikotarpiu

statistiškai reikšmingai nepakito: pirmojo įvertinimo metu grupės vidurkis buvo 4,54 (St. n. = 2,83), o antrojo įvertinimo vidurkis buvo 4,26 (St. n. = 2,91) ($p = 0,63$). Įdomu tai, kad pirmojo įvertinimo vidurkis moksleivių grupėje labai panašus į mūsų poveikio grupės vidurkį (4,54 ir 4,23, $p = 0,48$), o antrojo įvertinimo vidurkiai ženkliai skiriasi (7,22 ir 4,26, $p < 0,0001$). Tad galima teigti, kad bendrojoje populiacijoje paaugliams aktualių problemų sunkumas per keturias savaites beveik nepakito, o sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje, dalyvaujančioje *SSTK*, per šešias savaites problemų sunkumas sumažėjo reikšmingai.

Apibendrinus galima pasakyti, kad sveikatos sutrikimų turintys berniukai psichologinės pagalbos dažniau kreipiasi dėl elgesio, o mergaitės – dėl emocinių sunkumų. Be to, pirminės psichikos sveikatos priežiūros centro pacientai, ir berniukai, ir mergaitės, lyginant su reabilitacinės ligoninės pacientais, pagalbos kreipiasi dėl elgesio (berniukai dar ir dėl emocinių), o pastarieji – dėl tarpasmeninių santykių problemų. Paaiškėjo, kad vidutiniškai per 2,72 susitikimus net 60 proc. klientų ženkliai arba visiškai išsprendė savo problemas, o subjektyviai vertinamas problemos sunkumo įvertis *SSTK* baigusią paauglių grupėje reikšmingai sumažėjo.

4.2.3. Sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimas *SSTK* metu

Šiame skyriuje pateikti psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo *SSTK* metu analizės rezultatai. Kadangi *SSTK* buvo taikomas psichikos sveikatos priežiūros centruose ir reabilitacinėje ligoninėje, t. y. dviejose skirtingo pobūdžio įstaigose, rezultatai šiose grupėse išanalizuoti atskirai, psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius lyginant su kiekvienai grupei atskirai atrinkta kontroline grupe.

Aprašant tyrimo metodiką jau minėta, kad psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimui matuoti naudoti kiek kitokie faktoriai, nei 4.1 skyriuje, kur buvo vertinamas funkcionavimo sunkumų laipsnis. Šiame skyriuje psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimas matuojamas 10-čia pirminių rodiklių (konfliktai su suaugusiais, konfliktai su bendraamžiais, konfliktai su tėvais, mokymosi sunkumai, sveikatos sunkumai, bloga nuotaika, neadaptyvus elgesys, adaptacija mokykloje, socialinis nusišalinimas, žemas savęs vertinimas) ir trimis išvestiniais faktoriais (elgesio-emocinių problemų, bendravimo problemų ir somatinės savijautos problemų).

Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo pirminės psichikos sveikatos priežiūros centro pacientų grupėje analizė

Nors 4.2.1 skyriuje minėta, kad konsultavimą visiškai užbaigė 36 pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų (toliau PPSPC) pacientai, šiame skyriuje analizei naudoti 23 tiriamųjų, atvykusių antram įvertinimui, duomenys. Likusieji 14 tiriamųjų, nors *SSTK* užbaigė visiškai, tačiau

antrajam įvertinimui neatvyko. Kaip jau minėta, kontrolinės grupės iš PPSPC pacientų, nedalyvavusių *SSTK*, atrinkti nepavyko, tad ji buvo sudaryta iš bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių, stengiantis ją sudaryti taip, kad pagal svarbiausias charakteristikas poveikio ir kontrolinė grupės būtų kuo panašesnės.

Toliau analizuojami poveikio ir kontrolinės grupių charakteristikų ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio skirtumai. Nors poveikio grupėje amžiaus vidurkis (Vid. = 14,13, St. n. = 2,10) kiek didesnis nei kontrolinėje (Vid. = 14,96, St. n. = 0,82), šis skirtumas statistinio patikimumo lygmens nesiekė ($t = 1,76$, $df = 44$, $p = 0,09$). 11 lentelėje pateikti abiejų grupių tiriamųjų pasiskirstymo pagal lytį ir šeimos sudėtį palyginimo rezultatai.

11 lentelė. **PPSPC poveikio (n = 23) ir kontrolinės (n = 23) grupių tiriamųjų pasiskirstymo pagal lytį ir šeimos sudėtį palyginimas**

Socialinės-demografinės charakteristikos	PPSPC poveikio grupė		Kontrolinė grupė		χ^2	p	
	n	%	n	%			
Lytis	Vyriška	10	44	10	44	0,00	1,00
	Moteriška	13	56	13	56		
Šeimos sudėtis	Abu tėvai	15	65	18	78	0,97	0,33
	Kita	8	35	5	22		

Kaip matome iš lentelėje pateiktų rezultatų, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp poveikio ir kontrolinės grupių nenustatyta nei lyties, nei šeimos sudėties atžvilgiu.

12 lentelėje pateikti abiejų grupių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimo prieš poveikį rezultatai.

12 lentelė. **PPSPC poveikio (n = 23) ir kontrolinės grupių (n = 23) psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio prieš poveikį palyginimas**

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	PPSPC poveikio grupė		Kontrolinė grupė		t	p
	Vidurkis	St. n.	Vidurkis	St. n.		
Konfliktai su suaugusiais	0,35	2,42	-0,43	2,04	-1,17	0,247
Konfliktai su bendraamžiais	0,62	1,47	-0,35	1,34	-2,34	0,024
Konfliktai su tėvais	1,39	2,63	0,60	1,89	-1,16	0,254
Mokymosi sunkumai	0,08	1,68	0,39	1,35	0,70	0,487
Sveikatos sunkumai	0,96	1,55	0,42	1,60	-1,17	0,249
Bloga nuotaika	3,41	5,61	0,46	3,78	-2,03	0,048
Neadaptyvus elgesys	0,83	4,47	-1,11	3,10	-1,66	0,105
Adaptacija mokykloje	0,89	4,03	-0,05	3,97	-0,77	0,446
Socialinis nusišalinimas	1,22	3,78	0,19	3,76	-0,90	0,373
Žemas savęs vertinimas	3,05	4,80	0,75	3,76	-1,75	0,087
Bendravimo problemos	0,64	1,31	0,10	1,03	-1,55	0,13
Somatinės savijautos problemos	-0,06	1,10	-0,13	1,04	-0,21	0,84
Elgesio-emocinės problemos	0,64	1,26	0,04	0,93	-1,80	0,08

Iš lentelėje pateiktų rezultatų matome, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta daugelio psichologinio funkcionavimo rodiklių atveju, išskyrus konfliktus su bendraamžiais ir blogą nuotaiką. Šių rodiklių laipsnis didesnis poveikio grupėje. Tačiau trijų išvestinių faktorių įvertinimai tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė, – tai leidžia teigti, kad atrinkta kontrolinė grupė pagal psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį artima poveikio grupei. Taigi, analizė parodė, kad atrinkta tinkama kontrolinė grupė, t. y. poveikio ir kontrolinė grupės tarpusavyje artimos pagal lytį, amžių, šeimos statusą ir psichologinio funkcionavimo rodiklius.

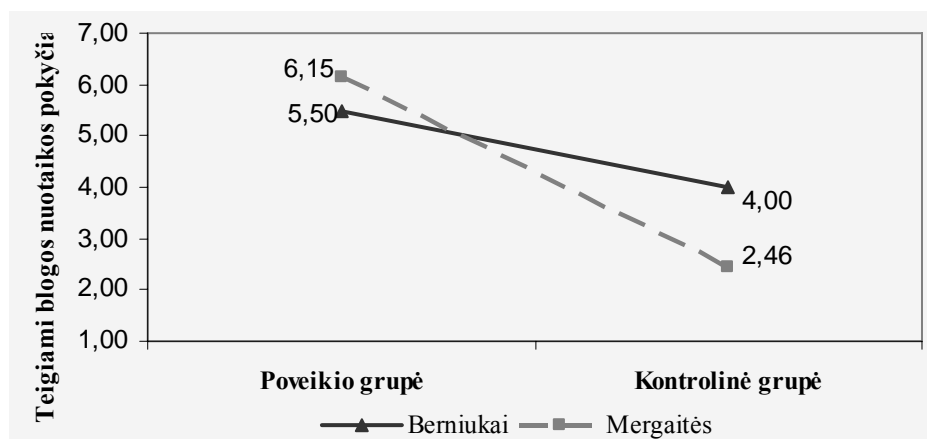
Lyginant psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius poveikio ir kontrolinėje grupėse, siekta atsižvelgti ir į galimą šalutinių kintamųjų, tokių kaip lytis ir amžius, įtaką matuojamiems pokyčiams. Todėl buvo atlikta dispersinė analizė. Į analizę įtraukti tokie nepriklausomi kintamieji: grupė, kuriai priklauso tiriamasis (poveikio ar kontrolinė), ir lytis, o amžius buvo įvestas į analizę kaip kovariantas, t. y. buvo kontroliuojama amžiaus įtaka psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiams, tačiau šis kintamasis nesąveikavo su kitais nepriklausomais kintamaisiais. Dispersinės analizės rezultatai pateikti 13 lentelėje (joje pateikti tik tie nepriklausomi kintamieji ir jų deriniai, kurių atveju nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su priklausomu kintamuoju, o skliaustuose nurodoma kryptis – grupė, kurioje vidurkis didesnis. Visi dispersinės analizės rezultatai pateikti 8 priede, 4 lentelėje).

Kaip matome iš lentelėje pateiktų rezultatų, septynių iš dešimties psichologinio funkcionavimo rodiklių atveju poveikio grupėje įvyko statistiškai reikšmingai didesni teigiami pokyčiai nei kontrolinėje grupėje. Skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas tik mokymosi sunkumų atveju, o konfliktų su tėvais, sveikatos sunkumų ir adaptacijos mokykloje faktorių atveju šis skirtumas buvo labai arti statistinio patikimumo lygmens. Taigi, galime teigti, kad poveikio grupėje šešių savaičių laikotarpiu, labiau nei per tą patį laikotarpį kontrolinėje grupėje be poveikio, sumažėjo konfliktų su suaugusiais ir bendraamžiais, blogos nuotaikos, neadaptyvaus elgesio, socialinio nusišalinimo ir žemo savęs vertinimo laipsnis. Šie skirtumai, išskyrus blogą nuotaiką, galioja ir berniukų, ir mergaičių grupėse bei nepriklauso nuo amžiaus. O blogos nuotaikos ryšys su buvimo poveikio grupėje ir moteriškos lyties sąveika labai arti statistinio patikimumo lygmens ($p = 0,07$).

13 lentelė. Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių palyginimas PPSPC poveikio (n = 23) ir kontrolinėje (n = 23) grupėse

Psichologinio funkcionavimo pokyčių rodikliai	Nepriklausomi kintamieji	F	p
Konfliktai su suaugusiais R ² = 0,224 (Koreguotas R ² = 0,149)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	7,90	0,008
Konfliktai su bendraamžiais R ² = 0,169 (Koreguotas R ² = 0,088)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	5,80	0,02
Konfliktai su tėvais R ² = 0,125 (Koreguotas R ² = 0,039)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	3,42	0,07
Mokymosi sunkumai R ² = 0,074 (Koreguotas R ² = -0,016)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Sveikatos sunkumai R ² = 0,114 (Koreguotas R ² = 0,028)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	3,33	0,08
Bloga nuotaika R ² = 0,406 (Koreguotas R ² = 0,348)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė) Lytis*Ekspirimentinės sąlygos	8,60 3,38	0,005 0,07
Neadaptyvus elgesys R ² = 0,280 (Koreguotas R ² = 0,209)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	13,22	0,001
Adaptacija mokykloje R ² = 0,381 (Koreguotas R ² = 0,321)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	3,96	0,053
Socialinis nusišalinimas R ² = 0,215 (Koreguotas R ² = 0,139)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	9,02	0,005
Žemas savęs vertinimas R ² = 0,221 (Koreguotas R ² = 0,145)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	9,86	0,003
Bendravimo problemos R ² = 0,188 (Koreguotas R ² = 0,109)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	5,32	0,026
Somatinės savijautos problemos R ² = 0,121 (Koreguotas R ² = 0,035)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Elgesio-emocinės problemos R ² = 0,374 (Koreguotas R ² = 0,313)	Ekspirimentinės sąlygos (poveikio grupė)	15,37	0,0001

18 paveiksle matome, kad mergaičių grupėje blogos nuotaikos pokyčio skirtumas tarp poveikio (Vid. = 6,15, St. n. = 2,54) ir kontrolinės (Vid. = 2,46, St. n. = 1,39) grupių daug didesnis nei berniukų grupėje. Dviejų nepriklausomų imčių vidurkių palyginimo Studento-t kriterijus parodė, kad mergaičių grupėje minėtas skirtumas statistiškai reikšmingas ($t = -4,59$, $df = 24$, $p = 0,0001$), o berniukų atveju statistiškai reikšmingo skirtumo tarp poveikio (Vid. = 5,50, St. n. = 2,88) ir kontrolinės (Vid. = 4,00, St. n. = 2,98) grupių nenustatyta ($t = -1,15$, $df = 18$, $p = 0,267$).



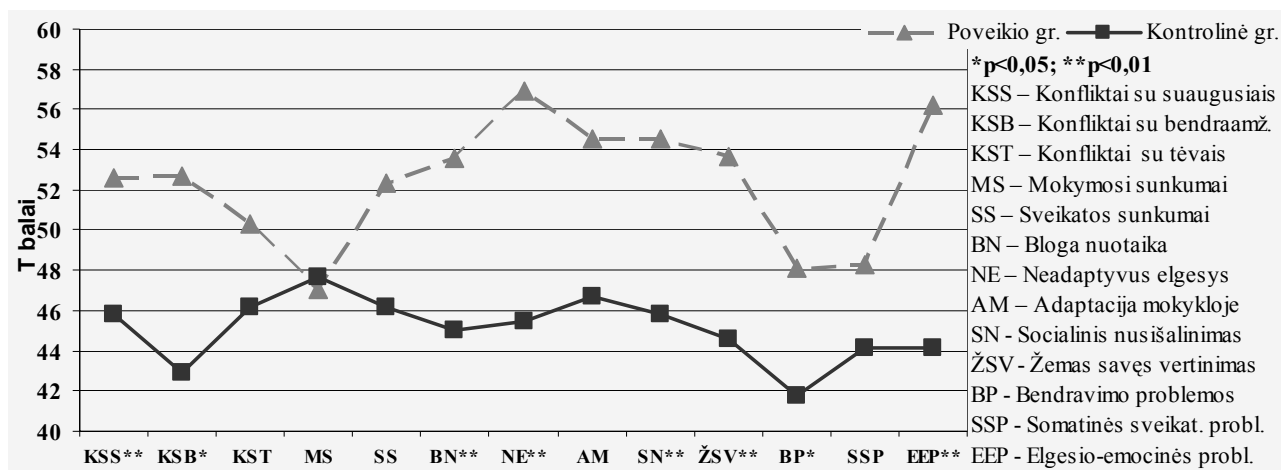
18 pav. Blogos nuotaikos laipsnio kitimo šešių savaičių laikotarpiu palyginimas poveikio ir kontrolinėje grupėse, priklausomai nuo lyties

Taigi, galime daryti išvadą, kad mergaičių poveikio grupėje dalyvavimas *SSTK* susijęs su didesniais teigiamais blogos nuotaikos pokyčiais nei kontrolinėje grupėje.

Palyginus trijų išvestinių psichologinio funkcionavimo faktorių reikšmių pokyčius (13 lentelė) paaiškėjo, kad poveikio grupėje įvyko didesni teigiami pokyčiai bendravimo ($p < 0,05$) ir elgesio-emocinių problemų ($p < 0,001$) srityse.

Siekiant geriau pavaizduoti ir palyginti šešių savaičių laikotarpiu įvykusius teigiamus psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius, kiekvieno tiriamojo pokyčių įvertinimai buvo standartizuoti ir pervesti į T-balus. Tada buvo galima nubraižyti ir palyginti poveikio ir kontrolinės grupių teigiamų psichologinio funkcionavimo pokyčių profilius. Standartizacija atlikta visų tiriamųjų, kurių funkcionavimo pokyčiai buvo įvertinti (PPSPC ir reabilitacinės ligoninės pacientai bei moksleiviai), atžvilgiu.

19 paveiksle pateikti *SSTK* užbaigusių PPSPC pacientų ir kontrolinės grupių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių (išreikštų T-balais) profiliai, kurie leidžia ne tik patvirtinti skirtumus, bet ir spręsti apie sritis, kuriose įvyko didžiausi pokyčiai.



19 pav. PPSPC poveikio ir kontrolinės grupių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 13 lentelę).

Iš paveiksle pavaizduotų rezultatų matyti, kad poveikio grupėje per šešias savaites įvyko daugiau teigiamų pokyčių visose srityse, išskyrus mokymosi sunkumus. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti žvaigždutėmis ir jau buvo aptarti. Paveiksle išryškėja keletas įdomių tendencijų, kurias norėtusi aptarti. Matome, kad poveikio grupėje visas profilis, išskyrus mokymosi sunkumus bei du išvestinius faktorius (bendravimo problemų ir somatinės savijautos problemų), pakilęs aukščiau vidutinės 50 T-balų ribos, o visas kontrolinės grupės profilis – žemiau šios ribos. Kontrolinės grupės profilis išsidėstęs tarp 42 ir 48 T-balų, o poveikio grupės profilis svyruoja tarp 47 ir 57 T-balų. Kontrolinėje grupėje mažiausiai pokyčių įvyko konfliktų su bendraamžiais ir

bendravimo problemų faktoriaus atveju. Daugiausiai teigiamų pokyčių kontrolinės grupės tiriamieji patyrė mokymosi sunkumų ir adaptacijos mokykloje srityse. Poveikio grupės tiriamieji daugiausiai teigiamų pokyčių patyrė elgesio-emocinių problemų srityje, t. y. aukščiausiai pakilę į šį išvestinį faktorių įeinančių sričių įvertinimai: bloga nuotaika, neadaptyvus elgesys, adaptacija mokykloje, socialinis nusišalinimas ir žemas savęs vertinimas.

Taigi, PPSPC pacientai, dalyvavę *SSTK*, per šešias savaites patyrė daugiau teigiamų pokyčių daugelyje vertintų psichologinio funkcionavimo sričių, lyginant su jokio poveikio nepatyrusiais bendrojo lavinimo mokyklų moksleiviais, kurie prieš poveikį pasižymėjo panašiu psichologinio funkcionavimo problemų laipsniu. Toliau analizuojami funkcionavimo pokyčiai reabilitacinės ligoninės pacientų grupėje. Tokia analizė leis atsakyti į klausimą, ar reabilitacinėje ligoninėje gydomų paauglių dalyvavimas *SSTK* susijęs su didesniais teigiamais psichologinio funkcionavimo pokyčiais nei įprastas gydymas be papildomo psichologinio konsultavimo.

Psichologinio funkcionavimo rodiklių kitimas SSTK dalyvavusių reabilitacinės ligoninės pacientų grupėje

Iš 29 *SSTK* baigusių reabilitacinės ligoninės pacientų analizei naudoti 28 tiriamųjų duomenys, nes vienas tiriamasis neatvyko antrajam įvertinimui (netikėtai anksčiau išvyko namo), tad jo psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimo įvertinti nebuvo galima. Kontrolinė grupė (n = 21) atrinkta iš 65 tos pačios reabilitacinės ligoninės pacientų, nedalyvavusių *SSTK*. Į kontrolinę grupę buvo stengiamasi atrinkti paauglius, kuo artimesnius poveikio grupės tiriamiesiems pagal amžių, lytį, šeimos sudėtį ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį prieš poveikį. Kadangi daugelio *SSTK* nedalyvavusių reabilitacinės ligoninės pacientų psichologinis funkcionavimas prieš poveikį buvo daug geresnis nei poveikio grupės tiriamųjų, į kontrolinę grupę pavyko atrinkti tik 21 paauglį. Toliau pateikiami poveikio ir kontrolinės grupių palyginimo rezultatai pagal lyties, amžiaus, šeimos sudėties ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį prieš poveikį.

Statistiškai reikšmingo amžiaus vidurkių skirtumo tarp poveikio (Vid. = 14,86, St. n. = 1,65) ir kontrolinės (Vid. = 14,67, St. n. = 1,65) grupių nenustatyta ($t = -0,40$, $df = 47$, $p = 0,69$). 14 lentelėje pateikti abiejų grupių tiriamųjų pasiskirstymo pagal lytį ir šeimos sudėtį palyginimo rezultatai. Jie rodo, kad statistiškai reikšmingo skirtumo tarp poveikio ir kontrolinės grupių nei lyties, nei šeimos sudėties atžvilgiu nenustatyta.

14 lentelė. Reabilitacinės ligoninės poveikio (n = 28) ir kontrolinės (n = 21) grupių tiriamųjų pasiskirstymo pagal lytį ir šeimos sudėtį palyginimas

Tiriamųjų charakteristikos	Poveikio grupė		Kontrolinė grupė		χ^2	p	
	n	%	n	%			
Lytis	Vyriška	5	18	6	29	0,79	0,37
	Moteriška	23	82	15	71		
Šeimos sudėtis	Abu tėvai	18	64	17	81	1,63	0,20
	Kita	10	36	4	19		

15 lentelėje pateikti psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio prieš poveikį palyginimo abiejose grupėse rezultatai. Jie liudija, kad poveikio grupės tiriamieji prieš poveikį pasižymėjo didesniu nei kontrolinės grupės tiriamieji blogos nuotaikos ($p = 0,01$) ir žemo savęs vertinimo ($p = 0,001$) laipsniu. Be to, išvestinio elgesio-emocinių problemų faktoriaus atveju taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas, liudijantis apie didesnę šios srities sunkumų laipsnį poveikio grupėje ($p = 0,007$). Tuo tarpu likusių psichologinio funkcionavimo rodiklių atveju reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta.

15 lentelė. Reabilitacinės ligoninės poveikio (n = 28) ir kontrolinės (n = 21) grupių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio prieš poveikį palyginimas

Psichologinio funkcionavimo rodikliai	Reabilitac. ligoninės poveikio grupė		Kontrolinė grupė		t	p
	Vidurkis	St. n.	Vidurkis	St. n.		
Konfliktai su suaugusiais	-0,30	1,92	-0,82	1,25	-1,07	0,29
Konfliktai su bendraamžiais	-0,10	1,05	-0,48	1,13	-1,23	0,22
Konfliktai su tėvais	0,67	1,79	-0,05	1,66	-1,44	0,16
Mokymosi sunkumai	0,24	1,15	0,01	1,46	-0,61	0,54
Sveikatos sunkumai	1,83	1,44	1,44	1,30	-0,98	0,33
Bloga nuotaika	2,05	3,47	-0,55	3,31	-2,65	0,01
Neadaptyvus elgesys	-1,19	3,85	-2,28	2,58	-1,13	0,27
Adaptacija mokykloje	-0,67	3,38	-2,54	3,41	-1,92	0,06
Socialinis nusišalinimas	-0,57	2,55	-1,41	1,59	-1,33	0,19
Žemas savęs vertinimas	2,08	2,93	-0,79	2,28	-3,71	0,001
Bendravimo problemos	0,05	0,89	-0,31	0,69	1,57	0,12
Somatinės savijautos problemos	0,42	0,81	0,22	0,92	0,81	0,42
Elgesio-emocinės problemos	0,12	0,78	-0,51	0,74	2,83	0,007

Apibendrinant galima teigti, kad poveikio ir kontrolinė grupės pagal svarbiausias charakteristikas nesiskyrė, išskyrus gal tik didesnę kai kurių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį poveikio grupėje.

Lyginant psichologinio funkcionavimo pokyčius poveikio ir kontrolinėje grupėse, siekta kontroliuoti galimą šalutinių kintamųjų, tokių kaip lytis ir amžius, įtaką. Todėl buvo atlikta dispersinė analizė. Į analizę įtraukti tokie nepriklausomi kintamieji: grupė, kuriai priklauso tiriamasis (poveikio ar kontrolinė), ir lytis, o amžius buvo įvestas į analizę kaip kovariantas, t. y.

buvo kontroliuojama amžiaus įtaka psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiams, tačiau šis kintamasis nesąveikavo su kitais nepriklausomais kintamaisiais. Dispersinės analizės rezultatai pateikti 16 lentelėje (joje pateikti tik tie nepriklausomi kintamieji ir jų kombinacijos, kurių atveju nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su priklausomu kintamuoju, o skliaustuose nurodoma kryptis – grupė, kurioje vidurkis didesnis. Visi dispersinės analizės rezultatai pateikti 8 priede, 5 lentelėje).

Iš lentelėje pateiktų rezultatų matyti, kad per šešias savaites poveikio grupėje, lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingai didesni teigiami pokyčiai įvyko neadaptivaus elgesio, adaptacijos mokykloje, socialinio nusišalinimo ir žemo savęs vertinimo atvejais. Minėti dėsningumai nepriklausė nuo lyties ir amžiaus. Beje, paaiškėjo, kad reabilitacinėje ligoninėje gydomų berniukų grupėje, nepriklausomai nuo dalyvavimo SSTK ar amžiaus, įvyko statistiškai reikšmingai didesni teigiami neadaptivaus elgesio ir socialinio nusišalinimo, taip pat elgesio-emocinių problemų pokyčiai, lyginant su mergaitėmis.

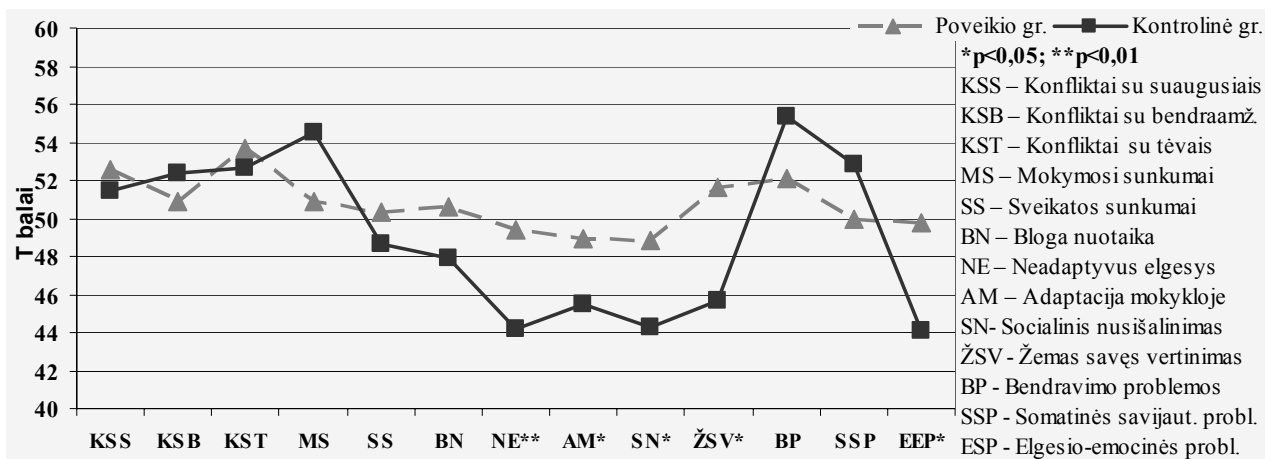
16 lentelė. **Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių palyginimas reabilitacinės ligoninės poveikio (n = 28) ir kontrolinėje (n = 21) grupėse**

Psichologinės-socialinės adaptacijos pokyčių rodikliai	Nepriklausomi kintamieji	F	p
Konfliktai su suaugusiais R ² = 0,083 (Koreguotas R ² = 0,0001)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Konfliktai su bendraamžiais R ² = 0,082 (Koreguotas R ² = -0,002)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Konfliktai su tėvais R ² = 0,027 (Koreguotas R ² = -0,062)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Mokymosi sunkumai R ² = 0,093 (Koreguotas R ² = 0,010)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Sveikatos sunkumai R ² = 0,139 (Koreguotas R ² = 0,061)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Bloga nuotaika R ² = 0,073 (Koreguotas R ² = -0,011)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Neadaptivus elgesys R ² = 0,316 (Koreguotas R ² = 0,254)	Eksperimentinės sąlygos (poveikio grupė) Lytis (vyriška)	13,09 9,56	0,001 0,003
Adaptacija mokykloje R ² = 0,136 (Koreguotas R ² = 0,057)	Eksperimentinės sąlygos (poveikio grupė)	4,86	0,033
Socialinis nusišalinimas R ² = 0,184 (Koreguotas R ² = 0,110)	Eksperimentinės sąlygos (poveikio grupė) Lytis (vyriška)	5,39 5,69	0,025 0,021
Žemas savęs vertinimas R ² = 0,136 (Koreguotas R ² = 0,058)	Eksperimentinės sąlygos (poveikio grupė)	4,48	0,040
Bendravimo problemos R ² = 0,049 (Koreguotas R ² = -0,037)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Somatinės savijautos problemos R ² = 0,089 (Koreguotas R ² = 0,006)	Reikšmingų ryšių nenustatyta		
Elgesio-emocinės problemos R ² = 0,210 (Koreguotas R ² = 0,138)	Eksperimentinės sąlygos (poveikio grupė) Lytis (vyriška)	8,46 4,10	0,006 0,049

Palyginus trijų išvestinių psichologinio funkcionavimo rodiklių kitimą paaikškėjo (16 lentelė), kad poveikio grupės tiriamieji patyrė didesnius teigiamus elgesio-emocinių problemų pokyčius nei kontrolinės grupės tiriamieji. Turint omenyje, kad sunkumų laipsnis būtent šioje psichologinio funkcionavimo srityje prieš poveikį buvo statistiškai reikšmingai didesnis poveikio grupėje, galima teigti, kad reabilitacinėje ligoninėje gydomų paauglių dalyvavimas *SSTK* prisidėjo prie teigiamų pokyčių būtent toje srityje, kuri jiems kėlė daugiausiai rūpesčių prieš poveikį.

20 paveiksle pateikti *SSTK* užbaigusiu reabilitacinės ligoninės pacientų ir kontrolinės grupių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių (išreikštų T-balais) profiliai. Pavaizduoti rezultatai liudija, kad, skirtingai nei PPSPC pacientų grupėje, reabilitacinės ligoninės pacientų poveikio grupėje teigiami pokyčiai ne visose srityse didesni, lyginant su kontroline grupe.

Paaikškėjo, kad kontrolinėje grupėje įvyko daugiau teigiamų pokyčių konfliktų su bendraamžiais ir mokymosi sunkumų srityse, tačiau šie skirtumai nesiekė statistinio reikšmingumo lygmens. Įdomu tai, jog kontrolinėje grupėje teigiami pokyčiai didesni (statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta) ir dviejų išvestinių faktorių – bendravimo ir somatinės savijautos problemų – atveju.



20 pav. Reabilitacinės ligoninės poveikio ir kontrolinės grupių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių palyginimas (išvados apie vidurkių skirtumų statistinį reikšmingumą darytos remiantis dispersinės analizės rezultatais, žr. 16 lentelę).

Tačiau žiūrint į abiejų grupių profilius matyti, kad šie skirtumai atspindi ne tiek mažus teigiamus pokyčius poveikio grupėje, kiek gana didelius pokyčius kontrolinėje grupėje: konfliktų su suaugusiais, bendraamžiais, tėvais ir mokymosi sunkumų, o taip pat bendravimo ir somatinės savijautos problemų teigiamų pokyčių reikšmės pakilusios virš vidutinės 50 T-balų ribos (tai galioja ir kontrolinei, ir poveikio grupei). Tiesa, neadaptyvaus elgesio, adaptacijos mokykloje, socialinio nusišalinimo, žemo savęs vertinimo rodiklių ir išvestinio elgesio-emocinių problemų faktoriaus atveju teigiamų pokyčių kontrolinėje grupėje įvertinimai nesiekia net 46 T-balų ribos ir

yra statistiškai reikšmingai mažesni nei poveikio grupėje. Reikia pažymėti ir tai, kad poveikio grupėje teigiamų pokyčių įvertinimai neadaptyvaus elgesio, socialinio nusišalinimo ir adaptacijos mokykloje rodiklių atveju nesiekia 50 T-balų ribos, t. y. yra mažesni nei visų tiriamųjų, kurių funkcionavimo pokyčiai vertinti ir kurių atžvilgiu atlikta standartizacija, teigiamų pokyčių vidutinė reikšmė.

Apibendrinant, reikia pasakyti, kad reabilitacinėje ligoninėje gydomų ir *SSTK* dalyvavusių paauglių grupėje neadaptyvaus elgesio, adaptacijos mokykloje ir socialinio nusišalinimo laipsnis sumažėjo labiau nei tos pačios ligoninės pacientų, nedalyvavusių *SSTK* grupėje. Tačiau ir kontrolinėje grupėje įvyko gana dideli teigiami bendravimo ir somatinės savijautos problemų pokyčiai, kuriuos galima paaiškinti tuo, kad reabilitacinėje ligoninėje taikomas gydymas, kuriuo ir siekiama pagerinti paauglių sveikatą, o atsitraukimas nuo įprastinės socialinės aplinkos apriboja bendravimą su tėvais ir draugais, – tai sumažina konfliktų galimybes.

4.2.4. *SSTK* metu įvykusių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių klinikinis reikšmingumas

Praeitame skyriuje poveikio grupėje įvykę teigiami psichologinio funkcionavimo pokyčiai buvo analizuojami lyginant jų dydį su kontroline grupe. Tai leido įsitikinti, kad poveikio grupės pokyčiai kai kuriose psichologinio funkcionavimo srityse didesni nei kontrolinėje grupėje. Tačiau pastaruoju metu, plintant įrodymais pagrįstos (angl. *evidence based*) psichologinės pagalbos idėjai, dažnai pabrėžiama, kad grupių vidurkių palyginimo metodologija suteikia nedaug žinių apie poveikio grupėje vykstančių pokyčių klinikinę prasmę, t. y. neatsako į klausimą kiek pagalba leidžia poveikio grupės tiriamiesiems pagal vertinamą požymį priartėti prie bendrosios populiacijos lygmens (Evans, Margison, Barkham, 1998; Jacobson, Truax, 1991). Todėl metodų poveikio efektyvumo tyrimuose, šalia įprastų statistinių procedūrų, dabar dažnai siūloma vertinti ir pokyčių klinikinį reikšmingumą (angl. *clinically significant change*).

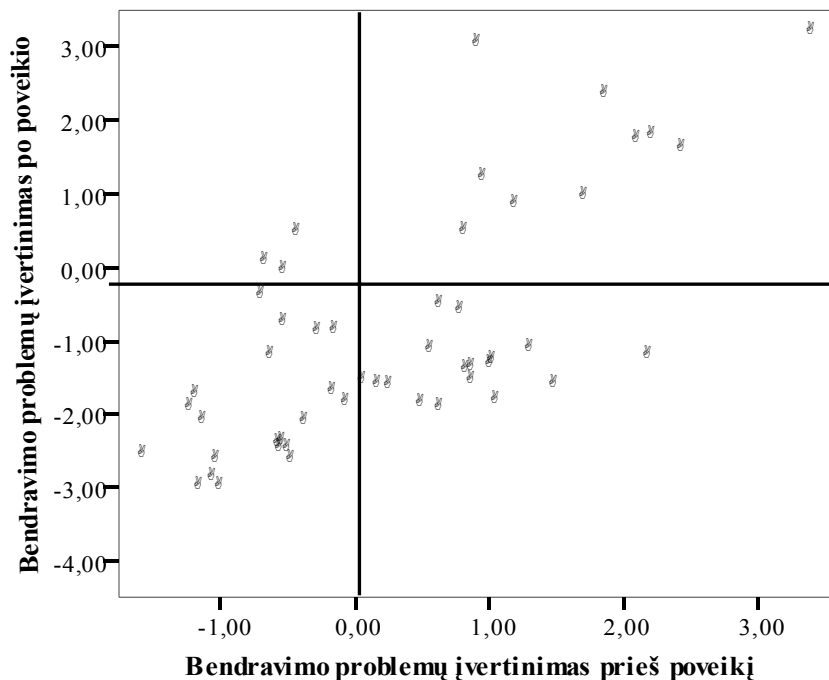
Kliniškai reikšmingų pokyčių metodas leidžia įvertinti pokyčius individualiame lygmenyje, atsižvelgiant į visoje imtyje vykstančius pokyčius. Tai tikimybė, kad kliento atitinkamo rodiklio įvertinimas po poveikio iš klinikinės grupės duomenų išsibarstymo aibės pereis į normatyvinės grupės išsibarstymo aibę (Evans, Margison, Barkham, 1998; Jacobson, Truax, 1991). Tam reikia apskaičiuoti „pjūvio tašką“, kurį pasiekti tiek iš klinikinės, tiek ir iš normatyvinės grupės tikimybė vienoda. Jis apskaičiuojamas pagal formulę (Evans, Margison, Barkham, 1998):

$$\frac{(\text{vid.}_{\text{klin}} \times \text{St.n.}_{\text{norm}}) + (\text{vid.}_{\text{norm}} \times \text{St.n.}_{\text{klin}})}{\text{St.n.}_{\text{norm}} + \text{St.n.}_{\text{clin}}}$$

Visi poveikio grupės tiriamieji, kurių pradiniai įvertinimai buvo klinikinės grupės pusėje, o po poveikio pateko į normatyvinę grupę, t. y. jie „peržengė“ šį pjūvio tašką, laikomi pasiekusiais kliniškai reikšmingą pokytį (Evans, Margison, Barkham, 1998; Jacobson, Truax, 1991).

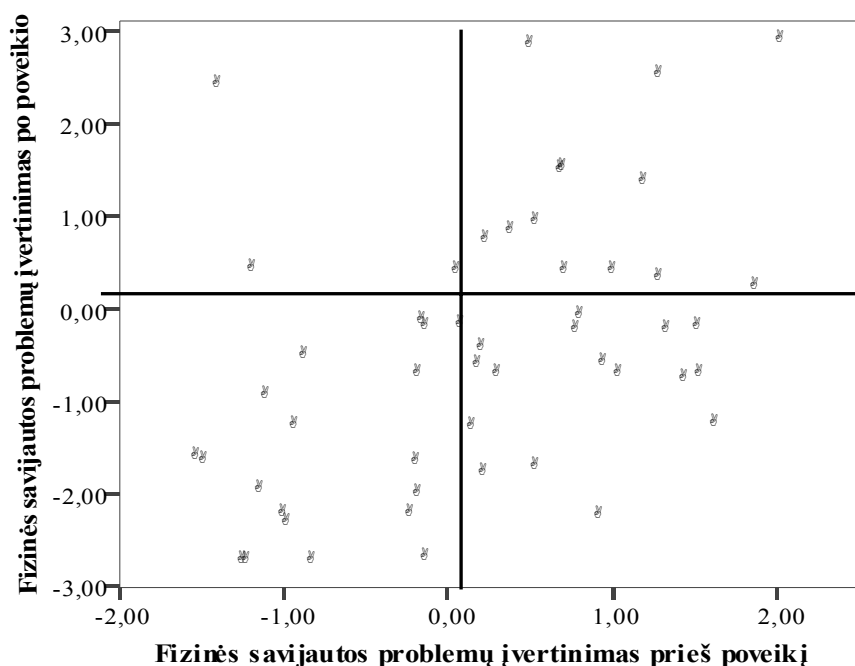
Kadangi tokiai analizei reikalingi du matavimai – prieš ir po poveikio, pokyčių klinikinis reikšmingumas mūsų atveju apskaičiuotas dviejų psichologinio funkcionavimo kitimo rodiklių (bendravimo ir somatinės savijautos problemų, nes jie gauti faktorizuojant *Standartizuoto interviu paauglių problemoms įvertinti*, kuris atliktas du kartus, pirminius faktorius) atveju.

Poveikio grupėje įvykusių bendravimo problemų pokyčių klinikinio reikšmingumo analizės rezultatai atskleisti 21 paveiksle. Paveiksle pavaizduoti visų SSTK baigusiu tiriamųjų bendravimo problemų faktoriaus įvertinimai prieš ir po poveikio. Normatyvinės grupės vidurkis ir standartinis nuokrypis šiuo atveju paskaičiuotas naudojant visus turimus bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių psichologinio funkcionavimo įvertinimo duomenis. Apskaičiuotas „pjūvio taškas“ šioje grupėje lygus 0,15. Deja, mūsų atveju net 25 tiriamųjų įvertinimai prieš poveikį buvo mažesni nei pjūvio taškas, taigi pateko į normatyvinės grupės rezultatų išsibarstymo ribas (kairysis apatinis ir viršutinis stačiakampiai). Tad kliniškai reikšmingą pokytį galėjo patirti likę 26 tiriamieji. Iš jų 39 proc. (10 tiriamųjų) nepasiekė kliniškai reikšmingo pokyčio (dešinysis viršutinis stačiakampis), o 61 proc. (16 tiriamųjų) gali būti vertinami kaip pasiekę kliniškai reikšmingą pokytį bendravimo problemų srityje (dešinysis apatinis stačiakampis) (Evans, Margison, Barkham, 1998).



21 pav. SSTK pabaigusiu tiriamųjų bendravimo problemų faktoriaus įvertinimų pokyčių klinikinis reikšmingumas

SSTK pabaigusių tiriamųjų somatinės savijautos problemų pokyčiai poveikio metu pavaizduoti 22 paveiksle. Pjūvio taškas, žymintis kliniškai reikšmingo pokyčio ribą šiuo atveju lygus 0,16. Taigi, 22 tiriamųjų somatinės savijautos problemų įvertinimai prieš poveikį buvo žemiau šios ribos, tad pasiekti kliniškai reikšmingo pokyčio jie negalėjo. Iš likusių 29 tiriamųjų, 41 proc. (12 tiriamųjų) nepasiekė kliniškai reikšmingo pokyčio, o 59 proc. (17 tiriamųjų) jį pasiekė.



22 pav. *SSTK* pabaigusių tiriamųjų somatinės savijautos problemų faktoriaus įvertinimų pokyčių klinikinis reikšmingumas

Apibendrinus visus 4.2 skyriuje aptartus rezultatus, galima pasakyti, kad *SSTK* yra efektyvus pagalbos sveikatos sutrikimų turintiems paaugliams metodas: didelė dalis konsultuotų paauglių išsprendė savo problemas, o jų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis įvairiose srityse sumažėjo labiau nei kontrolinėje grupėje. Be to, bendravimo problemų atveju net 61 proc., o somatinės savijautos problemų atveju – 59 proc. konsultavimą užbaigusiu tiriamųjų, kurių problemų šiose srityse laipsnis prieš poveikį buvo didesnis nei sveikatos sutrikimų neturinčių bendraamžių grupėje, *SSTK* metu patyrė kliniškai reikšmingus pokyčius, t. y. pagal savo įvertinimus jie tapo panašesni į bendrosios populiacijos paauglius nei į klinikinės grupės paauglius.

Iki šiol aptarti rezultatai rodo, kad, nors *SSTK* gana efektyvus sprendžiant sveikatos sutrikimų turinčių paauglių problemas ir gerinant jų psichologinį funkcionavimą, ne vis paaugliai pasiekia gerų rezultatų. Todėl kitame skyriuje analizuojamas psichologinio poveikio tyrimuose

dažnai keliamas, tačiau mažai tyrinėtas klausimas apie poveikio metodų ribas, t. y. veiksnius, lemiančius poveikio metodo efektyvumą.

4.3. Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo efektyvumą lemiančių veiksnių analizė

Šiame skyriuje analizuojami rezultatai atskleidžia, kaip sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje *SSTK* metu įvykę sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiai susiję su tiriamųjų lytimi, amžiumi, šeimos statusu, sveikatos sutrikimo, gydymosi įstaigos, kurioje vykdytas konsultavimas ir spręstos problemos pobūdžiu bei motyvacija spręsti savo problemas. Be to, nagrinėjama kaip *SSTK* sprendžiamų problemų sunkumo laipsnio kitimas susijęs su psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio kitimu, t.y., ar labiau prie savo problemos, dėl kurios kreipėsi pagalbos, sprendimo priartėję paaugliai patiria ir didesnius teigiamus psichologinio funkcionavimo pokyčius.

4.3.1. *SSTK* metu sprendžiamų sveikatos sutrikimų turinčių paauglių problemų sunkumo laipsnio kitimą lemiančių veiksnių analizė

Jau minėta, kad 60 proc. *SSTK* dalyvavusių tiriamųjų, konsultanto vertinimu, pasiekė žymų progresą arba visiškai išsprendė savo problemas, o klientų vertinamas problemos sunkumas statistiškai patikimai sumažėjo. Koreliacinė analizė, naudojant Spearmano rho koeficientą, atskleidė gana stiprų tiesinį ryšį tarp šių rodiklių, t. y. tarp konsultanto ir kliento problemos sprendimo progreso vertinimų ($r = 0,413$; $n = 65$; $p = 0,001$). Nors koreliacija didelė, vis dėlto negalima kalbėti apie visišką atitikimą tarp konsultanto ir kliento vertinimų. Tai suprantama, turint omenyje, kad vertinti kiek skirtingi reiškiniai – konsultantas vertino objektyviai stebimus ir kliento nurodomus požiūrio į situaciją ir jos sprendimo galimybes, elgesio ir situacijos pokyčius, o klientų vertinimas atspindi visiškai subjektyvią nuomonę apie sprendžiamos problemos sunkumą ir jo kitimą.

Todėl, siekiant nustatyti, kokie veiksniai susiję su *SSTK* metu sprendžiamų problemų sunkumo laipsnio kitimu (problemos sprendimo progresu), konsultanto ir kliento problemos sprendimo progreso vertinimai buvo sujungti į vieną ir suskirstyti į dvi kategorijas:

1. Mažas ar jokie progreso ($n = 20$) (šiai kategorijai tiriamasis priskirtas, jei, konsultanto vertinimu, nebuvo pasiektas didesnis nei vidutinis progresas ir, kliento vertinimu, problemos sunkumas nesumažėjo arba sumažėjo nežymiai, t. y. 1 arba 2 balais 10 balų skalėje).

2. Didelis progresas ($n = 45$) (tiriamasis priskiriamas šiai kategorijai, jei, konsultanto vertinimu, pasiekė vidutinį progresą, o kliento vertinamas problemos sunkumas sumažėjo smarkiai (daugiau nei 2 balais 10 balų skalėje) arba, konsultanto vertinimu, pasiekė žymų progresą ar problemą išsprendė visiškai).

Kadangi naujai sudarytas kintamasis, žymintis problemos sprendimo progresą – dichotominis kintamasis, įtakos turinčių veiksnių analizei naudota ranginė (angl. *ordinal*) regresinė analizė. Analizuoti visų baigusių konsultavimą paauglių ($n = 65$) duomenys. Tiriamųjų lytis, amžius, šeimos statusas, sveikatos sutrikimo pobūdis, gydymosi įstaigos pobūdis ir sprendžiamos problemos pobūdis į regresinės analizės lygtį buvo įtraukti kaip nepriklausomi kintamieji. Papildomai į šį sąrašą buvo įtraukti dar penki veiksniai: psichotropinių vaistų vartojimas, motyvacija spręsti problemą, bendravimo, elgesio-emocinių ir somatinės savijautos problemų laipsnis prieš poveikį, nes jie taip pat galėjo lemti tai, kad sprendžiamų problemų sunkumo laipsnis mažės. Regresinės analizės rezultatai pateikti 17 lentelėje (regresinės analizės rezultatai išsamiau pateikti 8 priede 6 lentelėje).

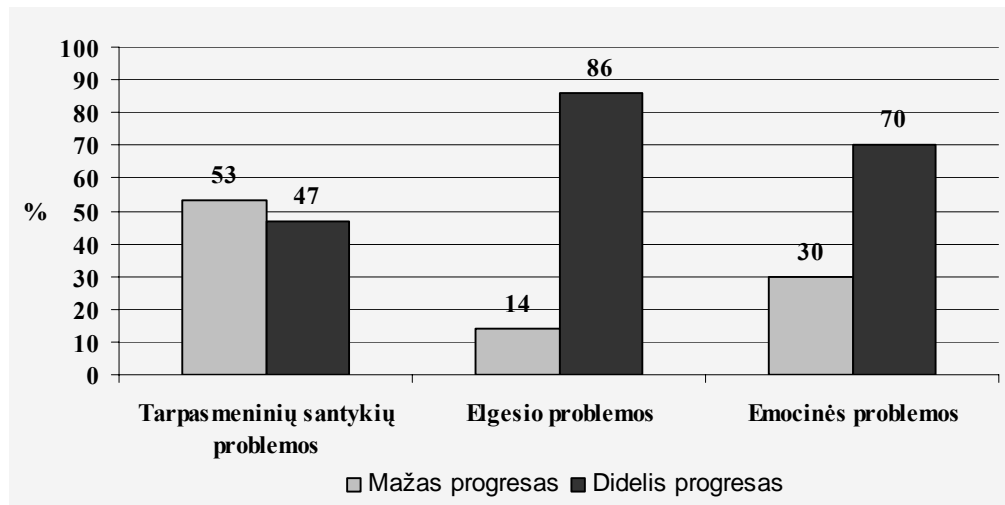
17 lentelė. **Problemų sprendimo progresą prognozuojančių veiksnių analizė**

	Prognostiniai veiksniai	Įvertis	p
	Bendravimo problemų laipsnis prieš poveikį	-2,40	0,12
	Somatinės savijautos problemų laipsnis prieš poveikį	1,04	0,20
	Elgesio-emocinių problemų laipsnis prieš poveikį	4,44	0,09
	Motyvacija spręsti problemą (didesnė motyvacija)	1,32	0,03
Problemų sprendimo progresas	Amžius	-0,62	0,11
R^2 (Nagelkerke koeficientas) =	Lytis (vyriška)	7,62	0,04
0,633	Šeimos statusas	-2,61	0,18
	Sveikatos sutrikimo pobūdis	-6,88	0,14
	Psichotropinių vaistų vartojimas	7,19	0,12
	Gydymosi įstaigos pobūdis	-1,63	0,44
	Problemų pobūdis (tarpasmeninių santykių problemos)	-5,43	0,02

Iš lentelėje pateiktų duomenų matome, kad didesnis problemų sprendimo progresas susijęs su vyriška lytimi, didesne motyvacija spręsti problemą ir spręstos problemos pobūdžiu. Nustatyta, kad didesnis problemų sprendimo progresas pasiektas sprendžiant ne tarpasmeninių santykių problemas, o būtent elgesio arba emocines problemas (žr. 8 priedas, 6 lentelė). Papildoma analizė (23 paveikslas) leido geriau atskleisti šio ryšio pobūdį.

Iš 23 paveiksle pateiktų rezultatų matyti, kad tarpasmeninių santykių problemų atveju didelį ir mažą progresą pasiekė panašus tiriamųjų procentas – apie 50 proc. Tuo tarpu elgesio ir emocinių problemų atveju didelį progresą pasiekusių tiriamųjų procentas daug didesnis. Pasitelkus neparametrinį kontingencijos koeficientą (Pearson χ^2) nustatyta, kad kažkurios iš trijų grupių problemų sprendimo progreso atžvilgiu skiriasi statistiškai reikšmingai ($\chi^2 = 6,62$; $p = 0,037$). Tuo

tarpu atskirai palyginus elgesio ir emocines problemas sprendusių tiriamųjų problemų sprendimo progresą, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ($\chi^2 = 1,57$; $p = 0,21$).



23 pav. Problemos sprendimo progreso palyginimas priklausomai nuo problemos pobūdžio

Tokie rezultatai patvirtina dispersinės analizės rezultatus (17 lentelė) ir leidžia teigti, kad *SSTK* metu sprendžiant tarpasmeninių santykių problemas mažiau tiriamųjų pasiekia didelį progresą nei sprendžiant emocines ar elgesio problemas.

Taigi, įvertinus įvairių veiksnių sąsajas su problemos sprendimo progresu, nustatyta, kad didelį progresą (konsultanto ir kliento vertinimu) *SSTK* metu pasiekia didesnis skaičius berniukų (lyginant su mergaitėmis), sprendusių elgesio arba emocines problemas (lyginant su tarpasmeninių santykių problemomis) ir labiau motyvuotų imtis veiksmų, kad problemos sunkumas sumažėtų, paauglių. Didesnis problemos sprendimo progresas berniukų grupėje prieštarauja iškeltai hipotezei, kad *SSTK* efektyvumas didesnis mergaičių grupėje. Reikia pažymėti, kad, priešingai keltoms hipotezėms, nebuvo nustatyta reikšmingos problemos sprendimo progreso sąsajos su sveikatos sutrikimo ir gydymo įstaigos pobūdžiu, psichotropinių vaistų vartojimu. Įdomu ir tai, kad nenustatyta statistiškai reikšmingų problemos sprendimo progreso sąsajų su psichologinio funkcionavimo problemų laipsniu prieš poveikį, vadinasi, sprendžiamų problemų sunkumo laipsnis tiriamųjų grupėje mažėjo nepriklausomai nuo jų psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio prieš poveikį.

4.3.2. *SSTK* metu įvykusius psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius lemiančių veiksnių analizė

Šiame skyriuje analizuojama, kokie veiksniai susiję su tuo, kaip kinta *SSTK* dalyvavusių sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis. Analizuojamos sąsajos tarp psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių ir tiriamųjų

lyties, amžiaus, šeimos statuso, sveikatos sutrikimo, gydymo įstaigos ir sprendžiamos problemos pobūdžio, motyvacijos spręsti problemą bei problemos sprendimo progreso. Į nepriklausomų kintamųjų sąrašą įtrauktas ir psichotropinių vaistų vartojimas, siekiant įvertinti, ar šis veiksnys susijęs su psichologinio funkcionavimo kitimu. Siekdami išvengti skaičiavimo paklaidų ir atsižvelgti į kitų veiksnių įtaką vertinant atskiro veiksnio sąsajas su priklausomu kintamuoju, atlikome dispersinę analizę, kai nepriklausomi kintamieji buvo minėti veiksniai, o priklausomi kintamieji – trys išvestiniai psichologinio funkcionavimo pokyčių faktoriai (bendravimo problemos, elgesio-emocinės problemos, somatinės savijautos problemos).

Dispersinės analizės rezultatai pateikti 18 lentelėje (joje pateikti tik tie nepriklausomi kintamieji ir jų kombinacijos, kurių atveju nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su priklausomu kintamuoju, o skliaustuose nurodoma kryptis – grupė, kurioje vidurkis didesnis. Visi dispersinės analizės rezultatai pateikti 8 priede, 7 lentelėje).

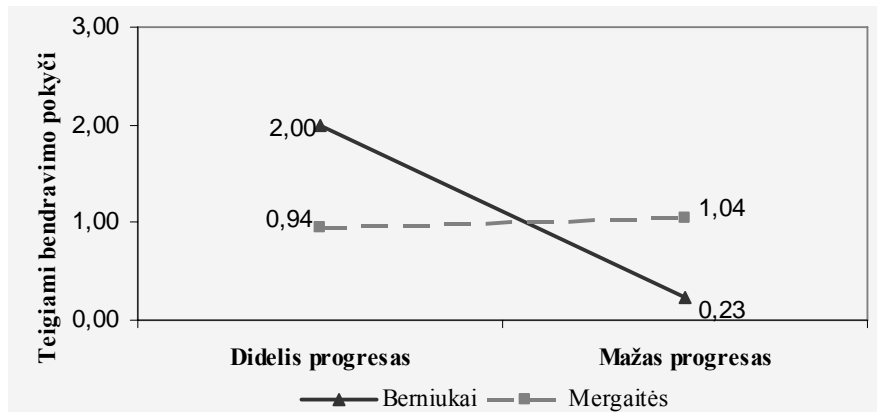
18 lentelė. SSTK metu įvykusius sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius lemiančių veiksnių analizės rezultatai

Psichologinio funkcionavimo pokyčių rodikliai	Nepriklausomi kintamieji	F	p
Bendravimo problemos R ² = 0,562 (Koreguotas R ² = 0,252)	Gydymo įstaigos pobūdis (reabilitacinė ligoninė)	8,37	0,007
	Problemos sprendimo progreso laipsnis (didelis)	6,42	0,017
	Psichotropinių vaistų vartojimas (nevartoja)	7,57	0,01
	Lytis*Problemos sprendimo progreso laipsnis	4,57	0,04
	Psichotropinių vaistų vartojimas*Probl. sprendimo progreso laipsnis	7,62	0,01
Somatinės savijautos problemos R ² = 0,522 (Koreguotas R ² = 0,183)	Lytis*Problemos sprendimo progreso laipsnis	8,76	0,006
Elgesio-emocinės problemos R ² = 0,461 (Koreguotas R ² = 0,021)	Amžius (jaunesnis)	5,42	0,028
	Psichotropinių vaistų vartojimas*Šeimos statusas	4,51	0,043

Iš lentelėje pateiktų rezultatų matyti, kad didesnius teigiamus pokyčius bendravimo srityje patyrė tie SSTK užbaigę tiriamieji, kurie gydėsi reabilitacinėje ligoninėje (Vid. = 1,49; St. n. = 1,05) (lyginant su pirminės psichikos sveikatos priežiūros centro pacientais (Vid. = 0,77; St. n. = 1,41), (F = 8,37, p = 0,007)), pasiekė didelį problemos sprendimo progresą (Vid. = 1,25; St. n. = 1,09) (lyginant su pasiekusiais mažo progreso (Vid. = 0,82; St. n. = 1,71), (F = 6,42, p = 0,017)) ir nevartojo psichotropinių vaistų (Vid. = 1,34; St. n. = 1,08) (lyginant su vartojančiais (Vid. = 0,90; St. n. = 1,48), (F = 7,57, p = 0,01)). Be to, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp pokyčių bendravimo srityje ir problemos sprendimo progreso sąveikų su lytimi (F = 4,57, p = 0,04) bei psichotropinių vaistų vartojimu (F = 7,62, p = 0,01). Šios sąveikos pavaizduotos 25 ir 26 paveiksluose.

24 paveiksle matome, kad teigiamų pokyčių bendravimo problemų srityje įvertinimai beveik nesiskiria tarp didelį problemos sprendimo progresą (Vid. = 0,94; St. n. = 1,05) ir mažą

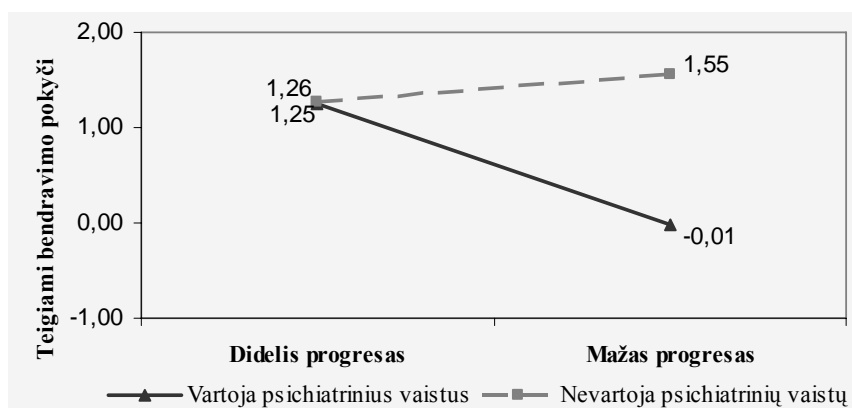
progresą (Vid. = 1,04; St. n. = 1,94) pasiekusių mergaičių grupių. O berniukų grupėje didelę problemos sprendimo progresą pasiekę tiriamieji (Vid. = 2,00; St. n. = 0,79) patyrė daug daugiau teigiamų pokyčių bendravimo problemų srityje nei mažą progresą pasiekę tiriamieji (Vid. = 0,23; St. n. = 0,66). Taigi, galima daryti išvadą, kad teigiamų pokyčių bendravimo srityje laipsnis nuo problemos sprendimo progreso priklauso tik berniukų grupėje, tačiau šis dėsningumas negalioja mergaičių grupei.



24 pav. Teigiami bendravimo problemų laipsnio pokyčiai, priklausomai nuo problemos sprendimo progreso ir lyties

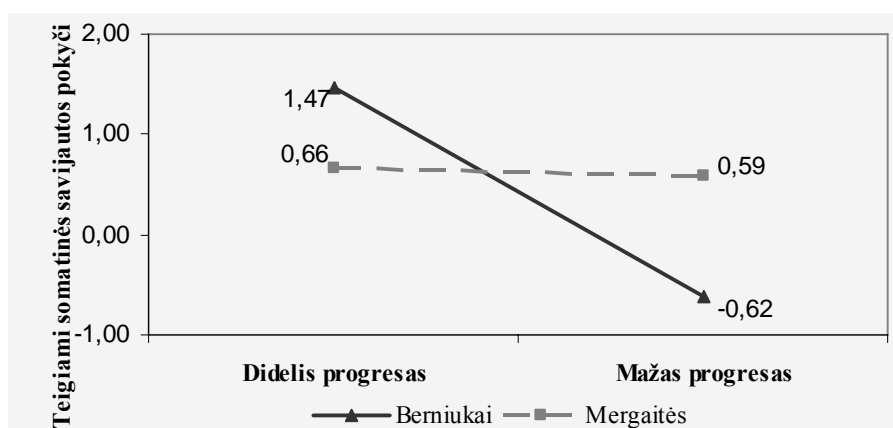
25 paveiksle pavaizduoti rezultatai rodo, kad psichotropinių vaistų nevartojančių tiriamųjų grupėje, teigiamų pokyčių bendravimo srityje laipsnis skiriasi minimaliai tarp pasiekusių didelį (Vid. = 1,26; St. n. = 1,15) ir mažą problemos sprendimo progresą (Vid. = 1,55; St. n. = 0,86) tiriamųjų grupių. Tuo tarpu vaistus vartojančių grupėje didelį problemos sprendimo progresą pasiekę paaugliai (Vid. = 1,25; St. n. = 1,03) patyrė daugiau teigiamų bendravimo problemų laipsnio pokyčių nei mažą progresą pasiekę tiriamieji (Vid. = -0,01; St. n. = 2,10). Vadinasi, galima teigti, kad vartojančių psichotropinius vaistus tiriamųjų grupėje įvykusių teigiamų psichologinio funkcionavimo pokyčių bendravimo srityje laipsnis priklauso nuo *SSTK* metu spręstos problemos sprendimo progreso.

Be to, 25 paveiksle matyti, kad, nepriklausomai nuo psichotropinių vaistų vartojimo, didelį problemos sprendimo progresą pasiekę paaugliai patyrė praktiškai vienodą skaičių teigiamų pokyčių bendravimo srityje. Tokie rezultatai rodo, kad *SSTK* kartu su medikamentiniu gydymu gali gana ženkliai pagerinti paauglių, kurių psichikos sveikatos būklė sunki (tai liudija būtinybė vartoti psichotropinius vaistus), psichologinį funkcionavimą bendravimo srityje.



25 pav. Teigiami bendravimo problemų laipsnio pokyčiai, priklausomai nuo problemos sprendimo progreso ir lyties

18 lentelėje pateikti rezultatai taip pat parodė, kad teigiamų pokyčių somatinės savijautos srityje laipsnis susijęs su sąveika tarp lyties ir problemos sprendimo progreso. Šios sąsajos pobūdis plačiau atskleidžiamas 26 paveiksle.



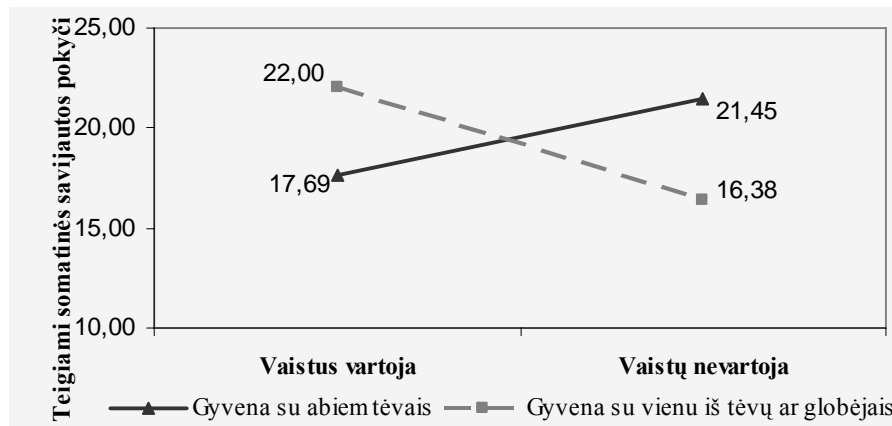
26 pav. Teigiami somatinės savijautos problemų laipsnio pokyčiai, priklausomai nuo problemos sprendimo progreso ir lyties

Paveiksle pavaizduoti rezultatai rodo, kad mergaičių grupėje teigiamų somatinės savijautos pokyčių laipsnis nesusijęs su problemos sprendimo progresu, t. y. didelį (Vid. = 0,66; St. n. = 1,24) ir mažą (Vid. = 0,59; St. n. = 0,88) problemos sprendimo progresą pasiekusios mergaitės patyrė panašaus laipsnio teigiamus somatinės savijautos pokyčius. Tuo tarpu didelį problemos sprendimo progresą pasiekę berniukai (Vid. = 0,47; St. n. = 1,12) patyrė didesnius teigiamus pokyčius somatinės savijautos srityje, lyginant su mažą problemos sprendimo progresą pasiekusiais berniukais (Vid. = -0,62; St. n. = 2,47). Vadinasi, berniukų grupėje somatinės savijautos pokyčiai susiję su problemos sprendimo progresu, o mergaitėms šis dėsningumas negalioja.

Galiausiai, pokyčius elgesio-emocijų problemų srityje lemiančių veiksnių analizė (18 lentelė) parodė, kad teigiami pokyčiai šioje srityje statistiškai reikšmingai susiję su amžiumi. Papildoma koreliacinė analizė atskleidė, kad jaunesnis amžius siejasi su didesniais teigiamais

pokyčiais elgesio-emocijų problemų srityje ($r = -0,35$; $p = 0,013$). Tokie rezultatai prieštarauja keltai hipotezei, kad *SSTK* efektyvesnis vyresnio amžiaus paauglių grupėje.

Be to, paaiškėjo (18 lentelė), kad pokyčiai elgesio-emocijų problemų srityje statistiškai reikšmingai siejasi su psichotropinių vaistų vartojimo ir šeimos statuso sąveika ($F = 4,51$, $p = 0,043$). Šios sąsajos pobūdis pavaizduotas 27 paveiksle.



27 pav. Teigiami elgesio-emocijų problemų laipsnio pokyčiai, priklausomai nuo psichotropinių vaistų vartojimo ir šeimos statuso

Iš paveiksle pavaizduotų rezultatų matyti, kad teigiamų elgesio-emocijų problemų pokyčių laipsnis gyvenančių pilnoje šeimoje ir su vienu iš tėvų ar globėjais tiriamųjų grupėse kinta priešinga kryptimi, priklausomai nuo to, ar jie vartoja psichotropinius vaistus. Su abiem tėvais gyvenantys ir vaistų nevartojantys paaugliai (Vid. = 21,45; St. n. = 10,64) *SSTK* metu patyrė didesnius elgesio-emocijų problemų pokyčius nei su abiem tėvais gyvenantys ir vaistus vartojantys (vadinasi, jų psichikos sveikatos būklė blogesnė) paaugliai (Vid. = 17,69; St. n. = 7,32). Tuo tarpu su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių paauglių grupėje pastebima priešinga tendencija, liudijanti, kad psichotropinių vaistų nevartojantys tiriamieji (Vid. = 16,38; St. n. = 6,25) patyrė mažiau teigiamų elgesio-emocijų problemų pokyčių nei vaistus vartojantys (Vid. = 22,00; St. n. = 11,68) tiriamieji.

Apibendrinus šiame skyriuje analizuojamus rezultatus, galima pasakyti, kad *SSTK* metu įvykę didesni teigiami bendravimo pokyčiai susiję su gydymusi reabilitacijos ligoninėje bei didesniu problemos sprendimo progresu, tačiau tai galioja tik berniukams ir psichotropinius vaistus vartojantiems tiriamiesiems. Teigiami somatinės savijautos pokyčiai taip pat susiję su problemos sprendimo progreso ir vyriškos lyties kombinacija. O teigiami elgesio-emocijų problemų pokyčiai susiję su jaunesniu amžiumi ir psichotropinių vaistų vartojimo bei šeimos statuso sąveika.

V. APIBENDRINIMAS

Literatūros analizė atskleidė, kad paaugliai, dėl šiam amžiaus tarpsniui būdingų raidos ypatumų, susiduria su didesne funkcionavimo sunkumų atsiradimo rizika. Sveikatos sutrikimas šią riziką tik padidina, o nesprendžiami funkcionavimo sunkumai ilgainiui gali trikdyti gydymo procesą (Kendall, Buys, 1998; Kyngäs, 2000; Michaud, Suris, Viner, 2004; Putman, Adams, 1992; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003) ar peraugti į psichopatologiją (Jacobson, Churchill, Donovan, Garralda, Fay, 2002; Lerner, 1998; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003). Todėl šiame darbe analizuojama kaip skirtingo pobūdžio sveikatos sutrikimai paveikia paauglių psichologinį funkcionavimą ir galimybės *įsprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* pagalba jį koreguoti.

Kalbant apie sveikatos sutrikimų įtaką paauglio psichologiniam funkcionavimui, ypač daug diskusijų kelia sveikatos sutrikimo poveikio funkcionavimui specifiškumo klausimas, kuris, šalia kitų klausimų, aptariamas ir šiame darbe. Tyrimo rezultatai iš esmės patvirtino prielaidą, kad sveikatos sutrikimas neigiamai paveikia kai kurias paauglių psichologinio funkcionavimo sritis. Paaikėjo, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintiems abiejų lyčių paaugliams, lyginant su sveikais bendraamžiais, būdingas didesnis sunkumų laipsnis konfliktų su suaugusiais ir savęs vertinimo srityse, o vyresnio amžiaus (15–18 m.) paaugliams – dar ir neadaptivaus elgesio srityje. Be to, psichikos sveikatos sutrikimų turinčios mergaitės, lyginant su sveikomis bendraamžėmis, pasižymi didesniu blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei laipsniu. Somatinės sveikatos sutrikimų ir bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimo rezultatai parodė, kad somatinės sveikatos sutrikimų turintiems abiejų lyčių paaugliams būdingas didesnis žemo savęs vertinimo laipsnis ir mažesnis neadaptivaus elgesio laipsnis. Be to, nustatyta, kad somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių socialinio nusišalinimo laipsnis susijęs su šeimos statusu, t. y. jis didesnis su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių tiriamųjų grupėje. Abiejų klinikinių grupių palyginimo rezultatai parodė, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintys abiejų lyčių paaugliai, lyginant su somatinės sveikatos sutrikimų turinčiais bendraamžiais, pasižymi didesniu konfliktų su suaugusiais ir bendraamžiais, neadaptivaus elgesio ir socialinio nusišalinimo laipsniu. O psichikos sveikatos sutrikimų turinčioms mergaitėms, lyginant su somatinės sveikatos sutrikimų turinčiomis, būdingas didesnis blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei laipsnis.

Taigi, rezultatai rodo, kad tiek psichikos, tiek ir somatinės sveikatos sutrikimas neigiamai paveikia paauglių, berniukų ir mergaičių, savęs vertinimą (abiejose grupėse žemo savęs vertinimo laipsnis nesiskyrė, bet buvo didesnis nei lyginamosiose moksleivių grupėse). Tai įdomus dėsningumas, turint galvoje, kad duomenys apie sveikatos sutrikimų įtaką savęs vertinimui gana prieštaringi. Dalis autorių nustatė, kad sveikatos sutrikimų turinčių paauglių savęs vertinimas nesiskiria nuo sveikų bendraamžių (Huygen, Kuis, Sinnema, 2000; LeBovidge, Lavigne,

Donenberg, Miller, 2003; Tuinstra, 1998; Willoughby, King, Polatajko, 1996). Mūsų nustatyti rezultatai patvirtina kitą nuomonę, kad sveikatos sutrikimas neigiamai paveikia savivaizdžio raidą (Suris, Michaud, Viner, 2004), ypač kalbant apie lengvesnio pobūdžio ar dar neįsisenėjusius sutrikimus, kurie neleidžia paaugliui nei tapatintis su sveikais bendraamžiais, nei atsiriboti nuo savęs lyginimo su jais, kaip tai daro lėtinėmis ligomis sergantieji, taip išsaugodami adekvatų savęs vertinimą (Tuinstra, 1998). Skirtingų tyrimų rezultatai patvirtina, kad sveikatos sutrikimą paaugliai išgyvena kaip „biografijos nutrūkimą“ (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005), kasdienio funkcionavimo apribojimų šaltinį (Lesinskienė, 2001; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, Sykes, 2005), išgyvena socialinio apleistumo, išskirtinumo jausmus (Kyngās, 2000; Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003; Williams, Colder, Richards, Scalzo, 2002), t. y. sveikatos sutrikimą vertina kaip grėsmę „sveikam“ funkcionavimui, pritapimui bendraamžių grupėje, ateities perspektyvoms. Jei taikomi elgesio modeliai kilusios įtampos nesumažina, o socialinė aplinka sustiprina išskirtinumo jausmus, paauglys gali pajusti bejėgiškumą, save nuvertinti, o tai formuoja menką savęs vertinimą.

Mūsų tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad konfliktų su aplinkiniais ir elgesio sunkumų laipsnis didžiausias psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje, sveikų paauglių grupėje – kiek mažesnis, o somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje – mažiausias. Nors statistiškai reikšmingi skirtumai tarp visų trijų grupių nustatyti tik neadaptivaus elgesio srityje, šie dėsniumai verti dėmesio. Mat literatūroje vyksta diskusija, ar somatinės sveikatos sutrikimų turintys paaugliai, dėl mažesnio aktyvumo, fizinio ribotumo, atitolimo nuo bendraamžių grupės, didesnės priklausomybės nuo suaugusiųjų, pasižymi mažesnio laipsnio elgesio sunkumais, ar priešingai – siekdami pritapti bendraamžių grupėje, neretai renkasi rizikingą ir provokuojamą elgesį (Suris, Michaud, Viner, 2004; Suris, Parera, 2005). Panašu, kad mūsų rezultatai labiau patvirtina pirmąją prielaidą, kad somatinė liga tarsi „apsaugo“ paauglį nuo elgesio sunkumų. Tuo tarpu didesnis nei kitose grupėse psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių konfliktų su aplinkiniais ir elgesio sunkumų laipsnis atitinka literatūroje kitų autorių pateikiamus duomenis (Wallander, Varni, 1998, cituojama iš Mash, Wolfe, 2002) ir gali būti paaiškintas jau minėtu grįžtamojo ryšio kilpos socialinėse sistemose veikimu, kai sutrikimo simptomai, neretai pasireiškiantys aplinkiniams nepriimtiniu paauglio elgesiu, skatina aplinkinių pastangas suvaldyti šį elgesį, o tai ne tik nesumažina, bet kaip tik padidina jo intensyvumą ar apraiškų spektrą. Tokią prielaidą patvirtina ir dar vienas mūsų nustatytas dėsniumas, liudijantis, kad vyresnio amžiaus psichikos sveikatos sutrikimų turintys paaugliai pasižymi didesniu nei sveiki bendraamžiai neadaptivaus elgesio laipsniu: jei jaunesniame amžiuje nepriimtinas elgesys aplinkinių labiau toleruojamas, vyresniame amžiuje tolerancija mažėja, o pastangos suvaldyti tokį elgesį ir jo intensyvumas didėja.

Tyrimo rezultatai atskleidė dar vieną įdomų dėsnį, liudijantį, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčios mergaitės pasižymi didesniu nei sveikos ir somatinės sveikatos sutrikimų turinčios bendraamžės blogos nuotaikos ir polinkio savižudybei laipsniu. Tai atitinka kitų autorių tyrimų rezultatus, rodančius, kad sveikatos sunkumų turinčios mergaitės pasižymi didesniu depresiškumo laipsniu (Chung, Evans, 2000; Egger, Costello, Erkanli, Angold, 1999, abu cituojami iš Mash, Wolfe, 2002; Williams, Colder, Richards, Scalzo, 2002). Šiuos dėsningumus galima aiškinti tuo, kad susidūrusios su sunkumais mergaitės labiau linkusios taikyti į emocijas orientuotas įveikos strategijas (Mash, Wolfe, 2002; Tuinstra, 1998). Be to, patiriami simptomai skatina mergaites labiau riboti savo socialinį ir akademinį aktyvumą bei padidina dėmesio sau ir jaučiamiems simptomams laipsnį, o tai tiesiogiai susiję su didesniu depresiškumo laipsniu (Williams, Colder, Richards, Scalzo, 2002).

Psichologinėje literatūroje, taip pat ir mūsų pateiktame teoriniame modelyje, dažnai pabrėžiama šeimos funkcionavimo įtaka paauglių psichologiniam funkcionavimui. Dažnai pabrėžiama, kad šeima, priklausomai nuo jos funkcionavimo kokybės, gali tapti apsauginiu arba rizikos veiksniu, apsaugančiu arba didinančiu psichologinių problemų atsiradimo riziką. Be to, pilna šeima suteikia galimybę paaugliui įsisavinti adaptyvias elgesio strategijas, – šitai taip pat pagerina funkcionavimą (Brown, 2005; Compas, 2004; Eyberg, Schumann, Rey, 1998). Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina tokias prielaidas ir rodo, kad pilnose šeimose gyvenantys sveikatos sutrikimų turintys paaugliai pasižymi mažesniu sunkumų laipsniu daugelyje psichologinio funkcionavimo sričių. Be to, nustatyta, kad pilna šeima yra ypač svarbus veiksnys jaunesnio amžiaus (12–14 m.) paaugliams, turintiems sveikatos sutrikimų.

Apibendrinus iki šiol aptartus rezultatus galima pasakyti, kad 1) sveikatos sutrikimas, nepriklausomai nuo jo pobūdžio, susijęs su sunkumais savęs vertinimo srityje, 2) psichikos sveikatos sutrikimas paauglių psichologinio funkcionavimą neigiamai paveikia labiau (ypač elgesio srityje) nei somatinės sveikatos sutrikimas, 3) paauglių (ypač jaunesnio amžiaus) geresniam psichologiniam funkcionavimui labai svarbus šeimos funkcionalumas. Galima sakyti, kad ne kategoriniu sveikatos sutrikimo įtakos psichologiniam funkcionavimui modeliu (Stein, 1993, cituojama iš Schmidt, Petersen, Bullinger, 2003; Stein, Silver, 1999) paremta prielaida, jog paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis nesusijęs su sveikatos sutrikimo pobūdžiu, nepasitvirtino: paaiškėjo, kad psichikos sveikatos sutrikimas susijęs su didesniu elgesio problemų laipsniu nei somatinės sveikatos sutrikimas. Tokius rezultatus galima aiškinti tuo, kad daugelio psichikos sutrikimų simptomatika glaudžiai siejasi su elgesio sunkumais, tad nenuostabu, kad ši sritis nukenčia labiausiai. Kita vertus, ryškesnių skirtumų kitose psichologinio funkcionavimo srityse nenustatyta, tad skirtingo pobūdžio sveikatos sutrikimų poveikį paauglių psichologiniam funkcionavimui reikėtų tyrinėti toliau.

Pereinant prie psichologinio funkcionavimo korekcijos rezultatų analizės, reikia pabrėžti, kad dėl paauglio raidos nulemtų elgesio, mąstymo ir socializacijos ypatumų dirbant su paaugliais labiausiai tinka trumpalaikiai, nedirektyvūs, atsižvelgiantys į paauglio nuomonę, jo stipriausias puses ir turimus resursus pabrėžiantys psichologinės pagalbos metodai (Kazdin, 2002; 2003). Tad pastaruoju metu vis labiau domimasi šiomis savybėmis pasižyminčiais ribotais laike ir pozityviu požiūriu besivadovaujančiais psichologinio konsultavimo modeliais. Vienas tokių modelių – *į sprendimus sutelktas trumpalaikis konsultavimas*, kurio teorinės prielaidos leidžia vertinti jį kaip paaugliams tinkamą ir veiksmingą pagalbos metodą, tačiau empirinių tyrimų trūkumas skatina tęsti modelio ir jo efektyvumo tyrinėjimus (Corcoran, Stephenson, 2000; Gingerich, Wabeke, 2001; Fleming, 2004; Kazdin, 2003; Simon, Berg, 2004). Be to, poveikio metodų efektyvumo tyrimuose vis dažniau pereinama prie platesnio klientų gyvenimo fono pokyčių ar gerovės didinimo galimybių vertinimo. Todėl šiame darbe, šalia problemų, dėl kurių paaugliai kreipėsi pagalbos, sunkumo kitimo buvo vertinamas stacionare ir ambulatoriškai dėl psichikos ir somatinės sveikatos sutrikimų gydomų paauglių psichologinio funkcionavimo kitimas *SSTK* metu.

Teorinė *į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo* prielaidų ir poveikio mechanizmų analizė parodė, kad šio metodo intervencijų poveikis nukreiptas į esminius elementus, užtikrinančius sėkmingą psichologinį funkcionavimą, t. y. siekis yra kurti sprendimą, padėsiantį rasti kelią tikslų link (o ne kliūčių paieška ir šalinimas), šis metodas skatina praplėsti situacijos ir savo bei aplinkinių vaidmens joje supratimą, juo siekiama atrasti ir įgyvendinti naujus, adaptyvesnius elgesio modelius, kurie ne tik padėtų siekti asmens tikslų, bet ir paskatintų veikti teigiamą grįžtamojo ryšio kilpą, kuri sustiprintų naują elgesį. Mes kėlėme prielaidą, kad *SSTK* terapinio proceso metu vykstantys kliento požiūrio, elgesio ir situacijos pokyčiai, turėtų teigiamai paveikti ir psichologinį funkcionavimą. *SSTK* tyrimų apžvalga atskleidė tyrimų paauglių grupėje (ypač turinčių sveikatos sutrikimų) trūkumą ir leido suformuluoti klausimus, į kuriuos atsakius būtų galima aiškiau įvertinti modelio efektyvumą šioje amžiaus grupėje tiek sprendžiant konkrečias paauglių problemas, tiek gerinant jų psichologinį funkcionavimą, taip pat įvertinti, kaip problemos sprendimo progresas susijęs su teigiamais psichologinio funkcionavimo pokyčiais, bei leistų įvertinti sutrikimo ir gydymo įstaigos pobūdžio, taip pat kliento charakteristikų ir kai kurių konsultavimo veiksnių įtaką *SSTK* rezultatams.

Prieš kalbant apie tyrimo rezultatus ir jų reikšmę, reikėtų trumpai aptarti poveikio efektyvumo vertinimo metodų pasirinkimą. Visi darbe naudoti vertinimo metodai rėmėsi paties paauglio nuomone (išskyrus konsultanto vertinamo problemos sprendimo progreso skalę). Literatūroje daug diskutuojama apie tai, kieno nuomone remtis vertinant paauglių sunkumus ir poveikio efektyvumą – paauglio, tėvų, mokytojų ar paslaugas teikiančių specialistų. Manoma, kad patikimiausias informacijos apie paauglių problemas šaltinis – tėvai ir patys paaugliai. Nustatyta,

kad savižinos metodai, ypač interviu (Compas, 2004; Kadushin, 1998), gana gerai atspindi tiek paauglių problemas, tiek ir jų kitimą poveikio metu. Tačiau neretai tėvai ir paaugliai pateikia skirtingas nuomones apie paauglio patiriamas problemas (Curtis, Dooley, Phipps, 2002; Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998). Pavyzdžiui, paaugliai nurodo didesnę nerimo/depresijos, somatinių nusiskundimų ir elgesio sunkumų lygį nei tėvai (Žukauskienė, Pilkauskaitė-Valickienė, Malinauskienė, Kratavičienė, 2004). A. Casey ir G. Berman (1985, cituojama iš Kovacs, Kohn, 1995) nustatė, kad stebėtojai, konsultantai ir tėvai nurodo statistiškai patikimai geresnius konsultavimo rezultatus nei patys paaugliai. Be to, įrodyta, kad tėvų pasitenkinimas paaugliui teikiamomis psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis menkai susijęs su paslaugų efektyvumu, t. y. su teigiamais paauglio psichikos sveikatos pokyčiais. Spėjama, kad tėvų nuomonė atspindi ne tiek paslaugų efektyvumą, kiek jų kokybę (Kramer, Phillips, Hargis, Miller, Burns, Robbins, 2004; Rey, O'Brien, Walter, 2002). Remiantis šiomis prielaidomis ir vengiant dar labiau komplikuoti rezultatų analizę, šiame darbe nuspręsta apsiriboti paauglio nuomone vertinant psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį ir jo kitimą, o vertinant problemų sunkumo kitimą *SSTK* metu, šalia subjektyvaus kliento vertinimo, remtasi ir objektyvesniu konsultanto vertinimu.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad *SSTK* dalyvavo 58 proc. sveikatos sutrikimų turinčių paauglių, kuriems tokia galimybė buvo siūloma. Reikia pažymėti, kad *SSTK* dalyvavo tik trečdalis iš visų somatinės sveikatos sutrikimų turinčių ir keturi penktadaliai iš psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių. Tai dar kartą paliudija, jog psichikos sveikatos sutrikimas labiau sutrikdo paauglių psichologinį funkcionavimą. Tokį skirtumą galima aiškinti tuo, kad dalis psichikos sveikatos centrų pacientų kreipėsi į psichologą tėvų iniciatyva, o visi reabilitacinės ligoninės pacientai – savo noru. Be to, kitų autorių tyrimų rezultatai rodo, kad didelė dalis somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių (jie sudarė didžiąją reabilitacinės ligoninės pacientų dalį) nepripažįsta psichologinių sunkumų ir jų sąsajos su liga (Garralda, 2004). Įdomu ir tai, kad konsultuotis sutiko daugiau su vienu iš tėvų ar globėjais gyvenančių paauglių, lyginant su pilnose šeimose gyvenančiais bendraamžiais. Tai, greičiausiai, taip pat atspindi jau minėtą dėsnį, kad nepilnose šeimose gyvenantys sveikatos sutrikimų turintys paaugliai patiria daugiau ir sunkesnių psichologinio funkcionavimo problemų, taigi jiems labiau reikia pagalbos. Galiausiai paaiškėjo, kad visose psichologinio funkcionavimo srityse problemų laipsnis prieš poveikį *SSTK* dalyvavusių tiriamųjų grupėje didesnis nei nedalyvavusiųjų. Tai liudija ir apie tyrime taikytos klientų atrankos modelio (kai po interviu siūloma tolesnė pagalba) sėkmingą veikimą: konsultuotis sutiko tie paaugliai, kurių funkcionavimas blogesnis, taigi pagalbos poreikis didesnis.

Pažymėtina, kad tik 13 proc. tiriamųjų, atvykusių į *SSTK*, konsultavimą nutraukė anksčiau laiko. Tai gerokai mažesnis rodiklis, lyginant su literatūroje pateikiamais duomenimis, kad nuo 40 iki 60 proc. paauglių konsultavimą nutraukia anksčiau laiko (Kazdin, 2003). Šitai gali būti susiję su

tuo, kad *SSTK* atsižvelgiama į paauglystės amžiaus ypatumus ir tai leidžia išvengti pasipriešinimo, nepasitenkinimo, padeda per trumpą laiką sukurti bendradarbiavimo atmosferą (Bertolino, 2003; Corcoran, Stephenson, 2000; Lethem, 2002; Kazdin, 2003). Papildoma analizė atskleidė, kad tarp konsultavimą nutraukusių buvo 50 proc. berniukų ir 50 proc. mergaičių. Be to, paaiškėjo, kad psichikos sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje konsultavimą nutraukusių tiriamųjų procentas buvo gerokai didesnis nei somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje. Tai galima paaiškinti jau minėtu faktu, kad dalis psichikos sveikatos priežiūros centro pacientų konsultacijai kreipėsi ne savo noru, o buvo atvesti tėvų, tuo tarpu visi reabilitacinės ligoninės pacientai konsultuotis sutiko savo noru. Psichologinio funkcionavimo problemų skirtumų tarp konsultavimą užbaigusiu ir nutraukusių anksčiau laiko tiriamųjų grupių nenustatyta.

Daugiausiai *SSTK* dalyvavusių paauglių kreipėsi dėl emocinių ir elgesio problemų, o dėl tarpasmeninių santykių problemų – mažiausiai. Nustatyta, kad berniukai dažniau kreipiasi dėl elgesio, o mergaitės – dėl emocinių problemų. Taip pat paaiškėjo, kad daugiau psichikos sveikatos priežiūros centre gydomų berniukų kreipėsi dėl elgesio ir emocinių, o daugiau reabilitacinėje ligoninėje gydomų berniukų – dėl tarpasmeninių santykių problemų. Mergaičių grupėje daugiau psichikos sveikatos priežiūros centro pacienčių kreipėsi dėl elgesio, o reabilitacinės ligoninės pacienčių – dėl tarpasmeninių santykių problemų. Tokie rezultatai dar kartą patvirtina jau minėtą prielaidą, kad psichikos sveikatos sutrikimas labiau pažeidžia elgesio ir emocijų sferas nei somatinės sveikatos sutrikimas, t. y. psichikos sveikatos sutrikimų turinčius paauglius labiau vargina jų elgesio neadaptyvumas ar emocijų neadekvatumas.

SSTK užbaigusiu tiriamųjų grupėje vidutinis konsultacijų skaičius buvo 2,72. Tai gana mažas skaičius, turint omenyje, kad sprendžiamų problemų sunkumo laipsnio kitimo rezultatų analizė parodė, jog, konsultanto vertinimu, tik 8 proc. tiriamųjų nepatyrė jokių pokyčių, o 60 proc. – žymiai arba visiškai išsprendė savo problemas, t. y. ne tikrai atrado ir išbandė naują elgesį, bet tai lėmė ir ryškius probleminės situacijos pokyčius arba visišką problemos išnykimą. Šie rezultatai labai panašūs į kitų autorių gautus rezultatus, rodančius, kad suaugusiųjų populiacijoje nuo 70 iki 80 proc. klientų pasiekia didelį problemos sprendimo progresą (Berg, DeJong, 1996; DeJong, Berg, 1998; deShazer, 1991, deShazer, Berg, Lipchik, 1986; Fleming, 2004), o vaikų ir paauglių grupėje šis skaičius siekia nuo 54 proc. (Lee, 1997, cituojama iš Bloom, 2002) iki 77 proc. (Burr, 1993, cituojama iš Macdonald, 2003). Pačių klientų vertinimu, problemos sunkumo laipsnis konsultavimo metu (nuo pirmos iki paskutinės konsultacijos) dešimties balų skalėje sumažėjo trimis balais ($p < 0,0001$). Palyginimui, bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių populiacijoje be poveikio problemos sunkumas per keturias savaites praktiškai nepasikeitė (V. Rakauskienė). Visi minėti rezultatai patvirtina keltą hipotezę, kad sveikatos sutrikimų turinčių paauglių dalyvavimas *SSTK* susijęs su sprendžiamų problemų laipsnio mažėjimu ir patvirtina kitų negausių *SSTK* tyrimų

paauglių populiacijoje duomenis (Burr, 1993, cituota pagal Macdonald, 2003; Lee, 1997, Seagram, 1997).

Beje, koreliacinė analizė atskleidė gana stiprų tiesinį ryšį tarp konsultanto ir klientų problemos sprendimo progreso vertinimų. Kadangi visiško atitikimo tarp šių vertinimų nebuvo (nes matuoti kiek skirtingi reiškiniai – objektyviai stebimas ir kliento pasakojime girdimas bei subjektyviai jo vertinamas progresas), jie abu buvo sujungti ir sudarytas išvestinis kintamasis, žymintis problemos sprendimo progresą. Statistinė analizė atskleidė, kad didelį problemos sprendimo progresą *SSTK* metu pasiekti didesnę tikimybę turi berniukai (lyginant su mergaitėmis), emocines arba elgesio problemas sprendžiantys (lyginant su tarpasmeninių santykių problemomis) ir labiau motyvuoti spręsti problemą tiriamieji. Tokie rezultatai prieštarauja keltai prielaidai, jog *SSTK* efektyvesnis somatinės sveikatos sutrikimų turinčių ir reabilitacinėje ligoninėje gydomų paauglių problemoms spręsti, t.y., sąsajos tarp problemos sprendimo progreso ir sveikatos sutrikimo bei gydymo įstaigos pobūdžio nenustatyta. Tokie rezultatai patvirtina kai kurių autorių nuomonę, kad psichologinio konsultavimo efektyvumas nesusijęs su sutrikimo ar gydymo įstaigos pobūdžiu (Kibby, Tyc, Mulhern, 1998). Tačiau pasitvirtino kitos prielaidos, kad *SSTK* veiksmingesnis esant didesnei motyvacijai spręsti problemą bei sprendžiant elgesio arba emocines problemas. Pastarasis dėsningumas patvirtina *SSTK* efektyvumo suaugusiųjų populiacijoje duomenis, kad modelis veiksmingesnis sprendžiant „asmenines“ problemas nei tarpasmeninių santykių problemas (Beyebach ir kt., 2000; Darmody, Adams, 2003). Be to, gauti rezultatai prieštarauja keltai hipotezei, kad mergaitės konsultavime pasiekia geresnių rezultatų (Kibby, Tyc, Mulhern, 1998) ir kitų autorių, tyrinėjusių *SSTK* efektyvumą, duomenims kad *SSTK* vienodai efektyvus nepriklausomai nuo lyties (DeJong, Berg, 1998; Macdonald, 2003; McKeel, 2000). Hipotezės apie *SSTK* efektyvumo, sprendžiant paauglių problemas, sąsajas su amžiumi ir šeimos statusu taip pat nebuvo patvirtintos.

Prielaida apie tai, kad *SSTK* efektyvus sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologiniam funkcionavimui gerinti, buvo patvirtinta. Nustatyta, jog *SSTK* dalyvavę pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose gydomi abiejų lyčių paaugliai, lyginant su kontroline grupe, patyrė daugiau teigiamų pokyčių konfliktų su suaugusiais ir bendraamžiais, neadaptyvaus elgesio, socialinio nusišalinimo ir žemo savęs vertinimo (o mergaitės – dar ir blogos nuotaikos) srityse. Kalbant apibendrintai, jie patyrė daugiau teigiamų pokyčių bendravimo ir elgesio-emocinių problemų srityse (tai atskleidė išvestinių faktorių analizė), t. y. tose srityse, kuriose funkcionavimo problemų laipsnis prieš poveikį buvo didesnis nei kitose grupėse. *SSTK* dalyvavę reabilitacinės ligoninės pacientai, lyginant su kontroline grupe, patyrė daugiau teigiamų pokyčių neadaptyvaus elgesio, adaptacijos mokykloje, socialinio nusišalinimo ir žemo savęs vertinimo srityse. Labai reikšmingas teigiamų pokyčių savęs vertinimo srityje išreikštumas. Reikia prisiminti, kad

psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio analizė atskleidė, jog ši funkcionavimo sritis somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje nukenčia labiausiai. Vadinasi, pokalbis apie paauglio tikslus, turimus išteklius, elgesio pokyčiai lemia pokyčius ne tiktai elgesio, bet ir savęs vertinimo sferoje. Tai, kad dalyvavimas *SSTK* teigiamai veikia paauglių savęs vertinimą, patvirtina ir kitų tyrimų duomenys (Corcoran, Stephenson, 2000). Išvestinių faktorių analizė atskleidė, kad poveikio grupėje didesni teigiami pokyčiai įvyko elgesio-emocinių problemų srityje. Tai patvirtina ir kitų autorių negausius duomenis apie psichologinio konsultavimo efektyvumą somatinės sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje (Kibby, Tyc, Mulhern, 1998). Beje, kontrolinės grupės tiriamieji taip pat patyrė gana didelius teigiamus pokyčius bendravimo ir somatinės savijautos srityse. Šitai galima paaiškinti tuo, kad visi reabilitacinės ligoninės tiriamieji dalyvavo reabilitacijos procedūrose, – tai turbūt ir pagerino jų somatinę sveikatą, o gyvenimas toliau nuo tėvų ir draugų galėjo laikinai sumažinti bendravimo sunkumų laipsnį ar bent jau jų aktualumą.

Be to, remiantis kliniškai reikšmingų pokyčių samprata (Jacobson, Truax, 1991), buvo nustatyta, kad iš visų *SSTK* baigusių tiriamųjų, kurių problemų laipsnis prieš poveikį buvo didesnis už lyginamosios moksleivių grupės, net 61 proc. poveikio metu patyrė kliniškai reikšmingus pokyčius bendravimo problemų, o 59 proc. – somatinės savijautos problemų srityse, t. y. po poveikio jų problemų laipsnis buvo artimesnis bendrosios populiacijos nei klinikinės grupės problemų laipsniui. Šie rezultatai reikšmingi tuo, kad patvirtina mintį apie *SSTK* galimybes gerinti sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinį funkcionavimą ir prisidėti prie sveikatos plačiąja prasme gerinimo. Mūsų gauti duomenys patvirtina ir negausius kitų autorių nurodomus rezultatus, rodančius, kad dalyvavimas *SSTK* susijęs su psichopatologijos apraiškų išreikštumo bei dažnumo (Perkins, 2006) ir elgesio problemų mažėjimu (Corcoran, Stephenson, 2000; Seagram, 1997).

Psichologinio funkcionavimo pokyčiams įtakos turinčių veiksnių analizės rezultatai neatskleidė *SSTK* metu įvykusių teigiamų funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių sąsajų su sveikatos sutrikimo pobūdžiu ir lytimi, šitaip prieštaraudami mūsų keltoms hipotezėms, tačiau patvirtindami *SSTK* literatūroje aprašomų tyrimų rezultatus. Tačiau nustatyta, kad teigiami pokyčiai bendravimo problemų srityje didesni reabilitacinės ligoninės pacientų grupėje, – tai patvirtina mūsų iškeltą prielaidą. Vienas iš galimų paaiškinimų – jau minėtas faktas, kad gydymo reabilitacinėje ligoninėje metu paaugliai atitolsta nuo įprastos aplinkos, mažiau bendrauja su tėvais, tad bendravimo sunkumai pasidaro ne tokie aktualūs. Tokią prielaidą patvirtina ir tai, kad reabilitacinės ligoninės kontrolinės grupės tiriamieji taip pat patyrė gana didelius teigiamus pokyčius bendravimo srityje, nors joks specializuotas poveikis šiai grupei nebuvo taikytas. Tai galima būtų aiškinti ir pasitelkiant mūsų sudarytą psichologinio funkcionavimo problemų atsiradimą aiškinantį teorinį modelį: galima galvoti, kad ribotas bendravimas su suaugusiais

sumažina grįžtamojo ryšio kilpos poveikį, t. y. paaugliai sulaukia mažiau socialinės sistemos reakcijų, palaikančių netinkamą elgesį. Remiantis tokiomis prielaidomis, galima teigti, kad didesni teigiami pokyčiai bendravimo srityje atspindi ne tik didesnę *SSTK* efektyvumą reabilitacinės ligoninės pacientams, bet ir dėl gydymo įstaigos pobūdžio atsiradusių gyvenimo aplinkybių įtaką paauglių psichologinio funkcionavimo kitimui. Žinoma, tokią prielaidą reikėtų patikrinti atliekant tolesnius tyrinėjimus. Apibendrinus *SSTK* efektyvumo sveikatos sutrikimų turinčių paauglių problemoms spręsti ir psichologiniam funkcionavimui gerinti tyrimo rezultatus, galima teigti, jog modelis toks pat veiksmingas skirtingose gydymo įstaigose ir dėl skirtingo pobūdžio sutrikimų (somatinės ir psichikos sveikatos) gydomiems paaugliams. Tai svarbūs rezultatai, nes prieinamoje literatūroje nepavyko aptikti tyrimų, kuriuose *SSTK* efektyvumas būtų lygintas dviejose skirtingo pobūdžio sutrikimų turinčių arba skirtingose institucijose paslaugas gaunančių tiriamųjų grupėse.

Rezultatų analizė taip pat atskleidė priešingą nei laukta dėsningumą, kad *SSTK* metu įvykę didesni teigiami pokyčiai elgesio-emocinių problemų srityje susiję su jaunesniu tiriamųjų amžiumi. Verta prisiminti, kad ir problemos sprendimo progreso bei amžiaus sąsajų analizė atskleidė statistinio reikšmingumo nesiekiančią tendenciją, rodančią, kad problemos sprendimo progresas didesnis jaunesniame amžiuje. Abi minėtos tendencijos leidžia daryti preliminarią prielaidą, kad *SSTK* efektyvumas didesnis jaunesnių sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje. Ši prielaida prieštarauja daugelio autorių nuomonei, kad psichologinis konsultavimas (ypač orientuotas į mąstymo, požiūrio keitimą) efektyvesnis vyresnio amžiaus paaugliams (Eyberg, Schuhmann, Rey, 1998), bet patvirtina kai kurių tyrimų duomenis, rodančius, kad jaunesniame amžiuje psichologinė pagalba paaugliams efektyvesnė (Kovac, Kohr, 1995). Tai galima būtų sieti su tuo, kad jaunesnių paauglių asmenybės struktūroje tiek elgesio, tiek ir emocinių reakcijų tendencijos yra paslankesnės, mažiau nusistovėjusios, tad lengviau pasiduoda poveikiui, – tai ir atspindi minėtos šiame tyrime bei kitų autorių atskleistos tendencijos.

Kaip jau minėta, visuose *SSTK* tyrimuose, vertinant poveikio efektyvumą, apsiribojama tik subjektyviais (kliento pasitenkinimo) arba tik objektyviais (standartizuoti vertinimo metodai) rodikliais, todėl šiame darbe buvo nuspręsta įvertinti, ar problemos sprendimo progresas susijęs su psichologinio funkcionavimo pokyčiais. Nustatyta, kad problemos sprendimo progresas susijęs su pokyčiais bendravimo ir somatinės savijautos srityse, tačiau ne kaip nepriklausomas veiksnys, o sąveikoje su lytimi ir psichotropinių vaistų vartojimu. Berniukų grupėje didelį problemos sprendimo progresą pasiekę tiriamieji, lyginant su mažą progresą pasiekusiais, patyrė didesnius teigiamus pokyčius bendravimo ir somatinės savijautos srityse, o vartojančių psichotropinius vaistus tiriamųjų grupėje (tai žymi sunkesnę psichikos sveikatos būklę) didesnis problemos sprendimo progresas susijęs su didesniais teigiamais pokyčiais bendravimo problemų srityje. Taigi, problemos sprendimo progresas ir psichologinio funkcionavimo pokyčiai tarpusavyje susiję tik kai

kuriuose tiriamųjų pogrupiuose, tad negalima vienareikšmiškai teigti, jog psichologinio funkcionavimo pokyčiai tiesiogiai siejasi su konkrečios problemos, dėl kurios paauglys kreipiasi pagalbos, sprendimu. Greičiausiai santykis tarp *SSTK* terapinio proceso ir psichologinio funkcionavimo pokyčių yra daugiasluoksnis ir priklauso ne vien tik nuo progreso sprendžiant konkrečią problemą (tai ir pavaizduota 2 pav., 46 psl.). Šiam klausimui reikalingi atskiri, specializuoti tyrimai. Teoriškai galima manyti, kad galimybė psichologiniam funkcionavimui keistis, net ir nesant didelio problemos sprendimo progreso, slypi pačiame *SSTK* modelyje, t. y. tokį kitimą gali sukelti tai, kad kalbant apie ateities be problemos viziją neapsiribojama tik problemine situacija, o kalbama apie pasikeitusią gyvenimo situaciją plačiau, tad vėliau įvardijami ir išbandomi veiksmai gali būti nukreipti ne tik į konkrečios probleminės situacijos keitimą, bet į gyvenimo keitimą platesne prasme, – tai ir atsispindi konteksto, t. y. psichologinio funkcionavimo rodiklių įvertinimų kaitoje.

Baigiant galima įvardyti keletą veiksnių, ribojančių galimybes šio darbo rezultatus apibendrinti visai sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupei. Pirmiausiai, nors duomenys rinkti beveik dvejus metus, tiriamųjų skaičius, nors pakankamas *SSTK* efektyvumui įrodyti, nėra didelis, norint vienareikšmiškai įvertinti pasirinktų veiksnių įtaką *SSTK* efektyvumui ar sudaryti prognozuojančių veiksnių modelį. Todėl šiame tyrime atlikta veiksnių analizė turėtų būti vertinama daugiau kaip orientacija ateities tyrimams, tačiau svarbi tuo, kad atskleidė, jog *SSTK* efektyvumas turi ribas, o jas nulemia ne tik konsultanto įgūdžiai ir patirtis ar taikomos technikos, bet ir kai kurios kliento charakteristikos, į kurias taip pat svarbu atsižvelgti pasirenkant poveikio metodą ir prognozuojant rezultatus. Tenka apgailestauti ir dėl to, kad pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų pacientams nepavyko atrinkti kontrolinės grupės iš to paties pobūdžio gydymo įstaigos pacientų. Šį trūkumą kiek sušvelnina tai, kad kontrolinė grupė, atrinkta iš moksleivių, beveik nesiskyrė nuo poveikio grupės pagal psichologinio funkcionavimo problemų laipsnį prieš poveikį, o visi poveikio grupės tiriamieji, nors gydėsi pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose, lankė mokyklas. Taigi daugeliu atžvilgių šios grupės panašios. Be to, rezultatų analizė neatskleidė reikšmingų *SSTK* efektyvumo ir psichotropinių vaistų vartojimo sąsajų, o kai kuriuose klientų pogrupiuose teigiami psichologinio funkcionavimo pokyčiai vis dėlto susiję su problemos sprendimo progresu. Taigi įvykusius teigiamus pokyčius galima būtų priskirti poveikiui, o ne kitokio pobūdžio gydymui psichikos sveikatos centre ar atsitiktinumui. Kaip vienas iš trūkumų gali pasirodyti tai, kad duomenis rinko ir konsultacijas vykdė tas pats asmuo. Dar planuojant tyrimą, buvo ieškota būdų šiam veiksniui kontroliuoti, tačiau dėl ribotų išteklių ir personalo tyrimo vietose trūkumo, to padaryti nepavyko. Tačiau, reikia pastebėti, kad „noro išiteigti“ tyrėjui efektas buvo kažkiek kontroliuojamas – paaugliai, kurie nedalyvavo poveikyje (taigi ir kontrolinės grupės tiriamieji), su tyrėju susitiko du kartus psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio įvertinimui.

Šie pokalbiai vyko po 30-50 minučių, taigi pakankamai ilgai, kad susiformuotų gana artimas kontaktas. Vadinasi, jei poveikio grupės paauglius veikė minėtas efektas, jis turėjo veikti ir kontrolinės grupės atveju.

Apibendrinant visą darbą, galima pasakyti, kad tikslas buvo pasiektas, uždaviniai įvykdyti. Buvo išanalizuotas ir pateiktas teorinis psichologinio funkcionavimo modelis, aiškinantis sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų raidą, bei *SSTK* poveikio mechanizmų modelis, leidžiantis teoriškai numatyti sąsajas tarp poveikio ir psichologinio funkcionavimo kitimo. Tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos priežiūros įstaigose dirbantis psichologas, taikydamas *SSTK*, gali efektyviai (per trumpą laiką, su mažesniu konsultavimą nutraukusių tiriamųjų procentu) prisidėti sprendžiant paauglių problemas ir gerinant psichologinį funkcionavimą, t. y. dar pagerinti sveikatos priežiūros kokybę. Plačiausia prasme šis darbas atskleidė, kad nepaisant to, jog sveikatos (ypač psichikos sveikatos) sutrikimas paauglių psichologinį funkcionavimą paveikia gana ženkliai, sergantys paaugliai pasižymi reikalingomis savybėmis ir turi pakankamai prieinamų resursų, leidžiančių ne tik išspręsti aktualias problemas, bet ir keisti savo gyvenimą daugelyje sričių. O mūsų taikytas į sprendimus sutelktas trumpalaikis konsultavimas yra efektyvus tokiems pokyčiams inicijuoti. Be to, nustatyta, kad *SSTK* rezultatus lemia ne vien taikomos technikos ar bendrieji terapiniai veiksniai, bet svarbios ir kai kurios kliento charakteristikos. Rezultatai svarbūs ir tuo, kad tyrimas atliktas klinikinėmis (realiomis) sąlygomis, kurioms esant atliktų tyrimų vis dar labai mažai, o jų duomenys prieštaringi (Barkham, 1996; Kopta, Lueger, Saunders, Howard, 1999; Kazdin, Nock, 2003; Seligman, 1995; Wampold, 2000; Weersing, Weisz, 2002; Weisz, Donenberg, Han, Kauneckis, 1995).

Gauti rezultatai ne tikrai papildo *SSTK* tyrimų duomenis, bet ir nubrėžia ateities tyrimų perspektyvas: reikėtų nuodugniau tyrinėti *SSTK* efektyvumą lemiančius veiksnius, siekiant įvertinti modelio veikimo ribas. Siekiant įvertinti, ar tikrai *SSTK*, dėl ne kartą šiame darbe minėtų savybių, yra ne tik veiksmingas, bet ir tinkamas pagalbos paaugliams modelis, vertėtų palyginti *SSTK* ir kitų pagalbos modelių efektyvumą sveikatos sutrikimų turinčių paauglių grupėje. Vertėtų atsakyti ir į klausimą, ar sprendžiant tarpasmeninių santykių problemas (šis ir kiti tyrimai rodo, kad šioms problemoms spręsti *SSTK* ne toks veiksmingas) *SSTK* efektyvumas padidėtų, taikant jį ne kaip individualų paauglio konsultavimo, bet kaip šeimos konsultavimo modelį, – tai leistų geriau išnaudoti visos socialinės sistemos keitimo galimybes. Reikėtų giliau analizuoti, kokie psichologiniai mechanizmai paveikiami *SSTK* metu ir kaip tai veikia paauglių psichologinį funkcionavimą, t. y. kodėl poveikio metu kinta problemų laipsnis vienoje ar kitoje srityje, arba kiek *SSTK* paveikia teoriniame adaptacijos modelyje nurodytus elementus ir kiek jų kitimas susijęs su funkcionavimo rodiklių, vertintų šiame darbe, kitimu.

VI. IŠVADOS

1. Paauglių savęs vertinimą tiek psichikos, tiek ir somatinės sveikatos sutrikimai paveikia neigiamai, t. y. abiejose grupėse jis nesiskiria, bet yra blogesnis nei tarp sveikų moksleivių. Tačiau psichikos sveikatos sutrikimai kai kurias psichologinio funkcionavimo sritis neigiamai paveikia labiau nei somatinės sveikatos sutrikimai: psichikos sveikatos sutrikimų turintys berniukai pasižymi didesniu konfliktų su bendraamžiais ir socialinio nusišalinimo, o mergaitės – didesniu konfliktų su bendraamžiais, polinkio savižudybei ir socialinio nusišalinimo laipsniu nei somatinės sveikatos sutrikimų turintys tos pačios lyties tiriamieji. Be to, vyresnio amžiaus (15–18 m.) psichikos sveikatos sutrikimų turintys paaugliai pasižymi didesniu konfliktų su suaugusiais, mokymosi sunkumų ir neadaptyvaus elgesio laipsniu nei somatinės sveikatos sutrikimų turintys jų bendraamžiai.
2. Sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių dalyvavimas *SSTK* susijęs su konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo mažėjimu, taip pat su didesniais nei kontrolinėje grupėje teigiamais psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiais:
 - 2.1. Vidutiniškai per 2,72 *SSTK* susitikimus klientų vertinamas konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo laipsnis reikšmingai sumažėjo, o lyginamojoje moksleivių grupėje be poveikio, reikšmingų pakitimų neįvyko. Konsultanto vertinimu, 60 proc. tiriamųjų pasiekė žymų konkrečios problemos sprendimo progresą arba visiškai ją išsprendė ir tik 8 proc. nepatyrė jokių teigiamų konsultavime sprendžiamos problemos sunkumo pasikeitimų.
 - 2.2. Šešių savaičių laikotarpiu *SSTK* dalyvavusių ambulatoriškai gydomų paauglių grupėje įvyko didesni teigiami psichologinio funkcionavimo pokyčiai bendravimo (konfliktų su suaugusiais ir bendraamžiais rodiklių atveju) ir elgesio-emocijų problemų (neadaptyvaus elgesio, socialinio nusišalinimo, blogo savęs vertinimo, o tik mergaičių grupėje – dar ir blogos nuotaikos rodiklių atveju) srityse nei per tą patį laikotarpį bendrojo lavinimo mokyklų moksleivių, kuriems netaikytas joks poveikis, lyginamojoje grupėje.
 - 2.3. Šešių savaičių laikotarpiu *SSTK* dalyvavusių stacionare gydomų paauglių grupėje įvyko didesni teigiami psichologinio funkcionavimo pokyčiai elgesio-emocijų problemų (neadaptyvaus elgesio, adaptacijos mokykloje, socialinio nusišalinimo ir blogo savęs vertinimo rodiklių atveju) srityje nei per tą patį laikotarpį kontrolinėje grupėje, kurios tiriamiesiems taikytas tik įprastas reabilitacinis gydymas.
 - 2.4. Iš visų poveikio grupės tiriamųjų, kurių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnis prieš poveikį buvo ženkliai didesnis nei lyginamojoje moksleivių grupėje, 61 proc. patyrė kliniškai reikšmingus pokyčius bendravimo, o 59 proc. – somatinės savijautos srityse, t. y. jų problemų laipsnis šiose srityse sumažėjo tiek, kad pasiekė bendrosios populiacijos lygį.

3. Sveikatos priežiūros įstaigose gydomi berniukai, *SSTK* metu pasiekę didesnę problemos sprendimo progresą, patyrė didesnius teigiamus psichologinio funkcionavimo pokyčius bendravimo ir somatinės savijautos srityse, nei mažesnę problemos sprendimo progresą pasiekę berniukai. Be to, psichotropinius vaistus vartojantys ir *SSTK* metu didesnę problemos sprendimo progresą pasiekę paaugliai, patyrė didesnius teigiamus psichologinio funkcionavimo bendravimo problemų laipsnio pokyčius, nei psichotropinius vaistus vartojantys ir mažesnę problemos sprendimo progresą pasiekę bendraamžiai.
4. Nustatytos *SSTK* metu įvykusių konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo ir psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių sąsajos su kai kuriais veiksniais:
 - 4.1. Berniukų grupėje *SSTK* metu sprendžiamų problemų sunkumas sumažėjo labiau nei mergaičių grupėje.
 - 4.2. Jaunesnio amžiaus paaugliai *SSTK* metu patyrė didesnius teigiamus psichologinio funkcionavimo pokyčius elgesio-emocijų problemų srityje nei vyresni paaugliai.
 - 4.3. Sąsajų tarp *SSTK* metu įvykusių sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo pokyčių ir gydymo įstaigos pobūdžio nenustatyta, t. y. ambulatoriškai ir stacionare gydomi paaugliai pasiekė panašaus laipsnio problemos sprendimo progresą. Tačiau *SSTK* metu įvykę teigiami psichologinio funkcionavimo pokyčiai bendravimo problemų srityje, stacionare gydomų paauglių grupėje didesni nei ambulatoriškai gydomų paauglių grupėje.
 - 4.4. Dėl emocinių ar elgesio problemų konsultuotų paauglių grupėje *SSTK* metu sprendžiamų problemų sunkumas sumažėjo labiau nei dėl tarpasmeninių santykių problemų konsultuotų paauglių grupėje.
 - 4.5. Didesne motyvacija spręsti problemą pasižymėjusių paauglių grupėje *SSTK* metu sprendžiamų problemų sunkumas sumažėjo labiau nei mažesne motyvacija pasižymėjusių paauglių grupėje.
5. Sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių sveikatos sutrikimo pobūdžio ir šeimos statuso sąsajos su *SSTK* metu įvykusiais konsultavime sprendžiamų problemų sunkumo bei psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčiais nenustatyta.

REKOMENDACIJOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, jog savo problemas su psichologu aptarti norėjo 58 proc. paauglių, tyrimo laikotarpiu gydytų pasirinktose įstaigose. Tai rodo, kad individualaus konsultavimo paslaugos būtinos dirbant su paaugliais ne tiktai psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, bet ir reabilitacijos ligoninėse. Beje, vertėtų atkreipti dėmesį į tai, kad skirtingo pobūdžio įstaigų pacientai į psichologą kreipiasi dėl skirtingų problemų. Reabilitacinėje ligoninėje gydomi paaugliai dažniau kreipiasi dėl tarpasmeninių santykių problemų, o pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose gydomi paaugliai – dėl elgesio ir emocinių problemų. Todėl sveikatos priežiūros specialistams rekomenduotina sudarant gydymo planą, parenkant pagalbos priemones ir prognozuojant rezultatus, atsižvelgti į minėtus dėsningumus.
2. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad sveikatos sutrikimų turinčių paauglių savęs vertinimas nukenčia nepriklausomai nuo to, kokia liga jie serga (somatine ar psichikos). Todėl specialistams, dirbantiems su abiejų klinikinių grupių paaugliais, svarbu imtis priemonių, kad paauglių savęs vertinimas būtų išlaikytas ar net padidintas. Tai labai svarbus pastebėjimas, nes darbo skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose patirtis rodo, kad dažniausiai rūpinamasi paauglių simptomatikos mažinimu, o psichologo funkcijos dažnai apsiriboja emocinės būsenos įvertinimu ir korekcija. Iš susitelkimo į sprendimus požiūrio pozicijų, visiems sveikatos priežiūros specialistams pirmiausiai galima rekomenduoti paauglį labiau įtraukti į gydymo procesą: supažindinti jį su gydymo planu, procedūrų pobūdžiu ir reikalingumu, aptarti jo vaidmenį gydymo procese ir asmeninio indėlio reikšmę sveikimui. Būtina aptarti jo lūkesčius, paliečiant ne vien biologinį, bet ir psichologinį bei socialinį sveikimo aspektus, lūkesčių pagrįstumą, būtinus veiksmus, siekiant šiuos lūkesčius įgyvendinti. Vienas iš svarbių klausimų, kurį vertėtų aptarti – kuo sveikimas naudingas paaugliui jo gyvenimo, pritaipymo bendraamžių grupėje, ateities kontekste. Be to, labai svarbu paauglį iš anksto supažindinti su būsimais sveikimo požymiais. Tai suteikia vilties ir galimybę paaugliui tapti savo būsenos ir padėties ekspertu, jaustis svarbiu ir aktyviu proceso dalyviu. Tai gali suteikti kontrolės ir saugumo jausmą, leisti paaugliui prognozuoti ateitį, pasijusti svarbia gydymo proceso dalimi. Be to, tai suteiktą galimybę tęsti bendradarbiavimą, periodiškai aptariant sveikimo progresą (tiek objektyviai stebimą, tiek ir vertinamą subjektyviai), pabrėžiant paties paauglio indėlį, sėkmingus veiksmus, pasirinkimus. Tai leistų jam džiaugtis pasiekimais ir labiau pasitikėti savimi. *SSTK* metode pabrėžiama, kad kalbėjimas apie kliento pasiektą progresą, jo veiksmus, pastangas, panaudotus išteklius, suteikia vilties ir pasitikėjimo savo jėgomis. Todėl kalbant su paaugliais gali būti naudinga paklausti, kaip jis pats vertina padarytą bei įvardinti specialisto pastebimą pažangą, kaip jam tai pavyko pasiekti, kas padėjo, suteikė stiprybės, kaip šį patyrimą paauglys gali panaudoti ateityje ir pan. Psichologo vaidmuo šiame procese itin svarbus, nes jis

turėtų daug dėmesio skirti savęs vertinimo korekcijai – tai gali būti individualūs pokalbiai, grupiniai užsiėmimai, savitarpio pagalbos grupės ir pan. Beje, tyrimo rezultatai parodė, kad savęs vertinimas buvo viena sričių, kurioje poveikio grupės tiriamieji *SSTK* metu patyrė ženkliai daugiau teigiamų pokyčių, nei kontrolinės grupės tiriamieji. Vadinasi, viena iš efektyvių priemonių savęs vertinimui didinti gali būti *SSTK*, t. y. pokalbis apie paauglio tikslus ir būdus jiems pasiekti, ieškant, analizuojant ir akcentuojant prieinamus išteklius, sėkmę praeityje bei atidžiai stebint ir pabrėžiant kiekvieną sėkmingą žingsnį teigiamų pokyčių link.

3. Vienas iš įdomesnių dėsningumų, kuri atskleidė tyrimas – mažesnis *SSTK* efektyvumas, sprendžiant sveikatos sutrikimų turinčių paauglių tarpasmeninių santykių problemas, lyginant su elgesio ir emocinėmis problemomis. Beje, panašius rezultatus gauna ir kiti modelio tyrėjai, kai *SSTK* taikomas kaip individualaus konsultavimo modelis, o taikant jį kaip šeimos konsultavimo modelį, rezultatai gaunami labai geri (Macdonald, 2003; McKeel, 2000). Viena iš galimų šio reiškinių priežasčių – individualioje konsultacijoje dalyvauja vienas asmuo. Tuo tarpu dėl paauglio statuso tiek šeimoje, tiek ir bendraamžių grupėje jo elgesio pokyčiai ne visada gali „išjudinti“ sistemą, t. y. lemti tarpasmeninių santykių pokyčius. Patirtis renkant duomenis parodė, kad neretai pasitaiko atveju, kai paauglys deda daug pastangų, keičia savo elgesį, tačiau šie pokyčiai ne tikrai nepalaikomi artimiausios socialinės aplinkos, bet ir nepastebimi. Todėl tarpasmeninių santykių problemų atveju pagal galimybes reikėtų įtraukti daugiau paauglio socialinės sistemos narių (pvz., tėvus). Tai galėtų sukelti pokyčius visoje sistemoje. Nemažiau svarbu ir tai, kad pokalbio metu kiti išgirstų, kokius elgesio elementus ir kaip paauglys žada keisti. Tai juos galėtų paskatinti pastebėti šiuos pasikeitimus, juos palaikyti ir taip lemti tolesnius paties paauglio elgesio pokyčius.
4. Pradinio pokalbio su paaugliu metu darbe taikytas struktūruotas interviu pasiteisino ne tik kaip geras instrumentas informacijai apie paauglio psichologinio funkcionavimo problemas rinkti, bet ir kaip labai efektyvi kontakto užmezgimo bei perėjimo prie pokalbio apie tolesnį bendradarbiavimą su paaugliu, priemonė. Nemažai paauglių minėjo, kad interviu padėjo susimąstyti apie savo gyvenimo situaciją, aiškiai pamatyti kokiose srityse koncentruojasi problemos ir ką reikėtų keisti. Keletas netgi teigė, jog po interviu suprato, kad jų pačių elgesys nemažai prisideda prie problemų atsiradimo ir kokie veiksmai galėtų pagerinti situaciją. Kiti pabrėžė, kad prieš interviu tiesiog jautėsi blogai, bet nežinojo kodėl ir kokios jų problemos, o pokalbis apie daugelį jų kasdienio gyvenimo sričių padėjo susivokti ir paskatino tęsti bendradarbiavimą ieškant sprendimų problemoms. Taigi, specialistams galima rekomenduoti pokalbį su paaugliu pradėti ne nuo konkrečių rūpesčių, dėl kurių jis kreipėsi, bet nuo klausimų apie platesnį jo funkcionavimą, įvairiose srityse kylančias problemas. Šiam tikslui mūsų nuomone itin tinkamas *Standartizuotas interviu paauglių problemoms įvertinti*. Tik reikia

atkreipti dėmesį, kad tiek atliekant interviu, tiek bendrai dirbant su paaugliais, artimo kontakto užmezgimui, pasitikėjimo skatinimui ir motyvacijos tęsti bendrą darbą stiprinimui labai naudinga nevertinanti, tolerantiška, paaugliui eksperto (jo gyvenimo, norų, tikslų prasme) vaidmenį suteikianti specialisto pozicija. Tam tikslui labai pasitarnauja taip vadinama „nežinojimo pozicija“, kurią prisiėmęs konsultantas laikosi nuostatos, kad niekas geriau už klientą nežino jo gyvenimo istorijos, problemų, jų priežasčių, tikslų ir sprendimo būdų. Tuomet pagrindiniu konsultanto uždaviniu tampa kliento pažinimas, realizuojamas per domėjimąsi, klausinėjimą, pasitikslinimą, diskusiją. Matyt toks bendravimo būdas ir leido šiame darbe pasiekti tokį žemą konsultavimą nutraukusių tiriamųjų procentą. Manome, kad toks bendravimo būdas galėtų padėti visiems paauglių gerovės ir sveikatos siekiantiems specialistams.

5. Kalbant apie konkrečias technikas (*SSTK* atveju tai klausimai), galinčias praversti plačiam su paaugliais dirbančių specialistų ratui, norisi išskirti dviejų tipų klausimus:
 - 5.1. „Santykio klausimai“, kai paauglio prašoma papasakoti apie jį ar jo situaciją iš kito asmens pozicijų (pvz., „Iš ko tavo namiškiai pastebės, kad kažkas pasikeitė, kad pasiekei savo tikslą?“, „Kokius pasikeitimus pastebėjo tavo mama, draugai, gydytojai?“), ypatingai palengvina ir praturtina pokalbį, nes kartais paaugliui lengviau kalbėti apie save trečiu asmeniu, tai padeda mąstyti apie platesnį kontekstą, kas paaugliams natūraliai nėra lengva, o taip pat skatina numatyti galimų pokyčių poveikį socialinei sistemai, prognozuoti pokyčius, geriau juos įsivaizduoti. Be to, tokio tipo klausimai (pvz., „Ką tavo atvedusi mama pasakytų apie tai, kuo aš tau galėčiau būti naudingas?“, „Ką mes turėtume nuveikti, kad tavo tėvai suprastų, jog viskas pasikeitė ir tau daugiau nereikalinga nei jų, nei mano pagalba?“) labai naudingi kalbant su nemotyvuotu paaugliu, kuris nemato reikalo ieškoti pagalbos ar keisti savo elgesio. Jie skatina pažvelgti į platesnį kontekstą ir potencialiai pamatyti galimą naudą, kurią suteiktų bendradarbiavimas su specialistu.
 - 5.2. Skalės (arba vertinimo) klausimai, kai paauglio prašoma įvertinti kokį nors reiškinį 10 balų skalėje (pvz., problemos sunkumą, įsitikinimą, kad pokyčiai galimi ir t.t.), suteikia pokalbiui ir paauglio mąstymui aiškumą ir perspektyvos pajutimą, t. y. abstrakčius ir daugiaplanius reiškinius leidžia pavaizduoti sistemoje su pradžia, pabaiga ir jau pasiektu progresu. Tai neretai suteikia vilties ir gali būti panaudota analizuojant paauglio išteklius (kiek kelio jau nueita, kokios savybės padėjo tai pasiekti, ką tai davė ir pan.) bei vertinant ir analizuojant terapinį progresą (kiek vertinimas pakilo, kas tai lėmė, ką darė paauglys, koks galėtų būti kitas žingsnis). Toks pokalbis leidžia planuoti ir siekti realaus, pamatuojamo progreso, todėl gali būti taikomas ne tiktai psichologinio konsultavimo kontekste, bet ir kalbant apie bet kurią sritį ar problemą, kurioje reikalingas progresas.

SAVOKŲ ŽODYNĖLIS

Funkcionavimas – veikimo procesas ar pobūdis, galėjimas atlikti įprastą veiklą/funkciją (Thezaurus: <http://www.thefreedictionary.com/functioning>).

Funkcionavimo sunkumai – negalėjimas atlikti įprastos veiklos/funkcijos (Thezaurus: <http://www.thefreedictionary.com/functioning>).

Psichologinis funkcionavimas darbe suprantamas kaip asmens psichologinių sistemų veikimo lygmuo, susiformuojantis sąveikoje tarp asmens vidinių (psichologinė, somatinė) ir aplinkos (socialinė, fizinė) dimensijų ir paprastai vertinamas problemų intensyvumu elgesio, emocijų, savęs vertinimo, tarpasmeninių santykių srityse ir akademinėje/profesinėje veikloje (Cigularova, 2005; Fals-Stewart, Kelley, Cooke, Golden, 2003; Kendall, Buys, 1998; Shanahan, Davey, Brooks, 2003). Šiame darbe psichologinis funkcionavimas vertinamas neadaptyvaus elgesio, socialinio nusišalinimo, blogos nuotaikos, žemo savęs vertinimo, mokymosi sunkumų, konfliktų su suaugusiais ir bendraamžiais laipsniu. Laikoma, kad didesnis šių sunkumų intensyvumas atspindi blogesnę funkcionavimą.

Funkcionavimo sąvoka artima adaptacijos (adaptation) ir prisitaikymo (adjustment) sąvokoms, tačiau adaptacija suprantama kaip elgesio ar kognityvinės veiklos keitimas siekiant prisitaikyti (atkurti, pasiekti balansą) prie kintančių aplinkos sąlygų; prisitaikymas apibrėžiamas kaip procesas, kurio rezultatas – atitikimo tam tikriems kriterijams laipsnis. Vengiant svarbios ir prieštaringos, tačiau šio darbo problemų lauko ribas peržengiančios teorinės ir metodologinės diskusijos apie minėtus reiškinius ir jų teorinį pagrįstumą, darbe pasirinkta tyrinėti funkcionavimo, kaip asmens veikimo lygmens psichologinėje ir socialinėje sferose (nesiekiant vertinti atitikimo besikeičiančioms aplinkybėms ar iš anksto numatytiems kriterijams) reiškiny.

Į sprendimus sutelktas trumpalaikis konsultavimas (SSTK) – tai tikslingai riboto laike konsultavimo modelis, kuris remiasi kognityvinės terapijos idėja, jog mąstymo pokyčiai įtakoja elgesio pokyčius, elgesinės terapijos orientacija į tikslą ir aktyvią kliento veiklą terapijos procese, sisteminiu požiūriu į kliento problemas ir socialinio konstruktyvizmo pozityvios kalbos ir kliento tikslų akcentavimu. SSTK siekiama klientui padėti atrasti ir įsisavinti naujus labiau adaptyvius mąstymo ir elgesio būdus, pabrėžiamas pozityvus požiūris į klientą ir terapinį procesą, skatinamas bendradarbiavimas tarp kliento ir konsultanto, vengiama konfrontavimo, remiamasi kliento turimais resursais, orientuojamasi į kliento sėkmę praeityje ir ateities tikslus (DeJong, Berg, 1998; deShazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, Weiner-Davis, 1986; Fleming, 2004).

LITERATŪRA

1. Ахола, Т., Фурман, Б. (2000). *Краткосрочная позитивная психотерапия*. СПб.: Речь.
2. Angold, A., Costello, E.J., Burns, B.J., Erkanli, A., Farmer, E.M. (2000). Effectiveness of nonresidential specialty mental health services for children and adolescent in the “real world”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 154-160.
3. Barkham, M. (1996). Quantitative research on Psychotherapeutic interventions: methodological issues and fundamental findings across three research generations. Eds. R. Woolfe, W. Dryden. *Counseling Psychology*. London: SAGE Publications, 23-59pp.
4. Bauman, L.J., Drotar, D., Leventhal, J.M., Perrin, E.C., Pless, I.B. (1997). A review of psychosocial interventions for children with chronic health conditions. *Pediatrics*, 100, 244-251.
5. Berg, I.K., DeJong, P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society*, 77 (6), 376-391.
6. Bertolino, B. (2003). *Change-oriented therapy with adolescents and young adults: a new generation of respectful and effective process and practices*. NY: W.W. Norton & Co., 218.
7. Beyebach, M. (2000). European brief therapy association outcome study: research definition. Rasta 2003 08 27 <http://www.ebta.nu/sfbt-researchdefinition.html>
8. Beyebach, M., Morenjon, A.R. (1999). Some thoughts on integration in Solution focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 12, 24-42.
9. Beyebach, M., Rodriguez Sanchez, M.S., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernandez, C., Rodriguez Morejon, A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 116-128.
10. Biggs, H. (2004). A review of Solution-Focused Brief Therapy and its application to rehabilitation environments.
11. Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: a conceptual and theoretical synthesis. *Journal of Rehabilitation*. April-June 2005. Rasta 2005.09.12, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_2_71/ai_n13820423
12. Bloom, B.L. (2002). Brief psychotherapy with children and adolescents: recent treatment outcome studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(3), 261-273.
13. Bozeman, B.N. The efficacy of solution-focused therapy techniques on perceptions of hope in clients with depressive symptoms. (Nepublikuota daktaro disertacija, Naujojo Orleano Baptistų Technologijos seminarija, JAV, 1999).
14. Brent, D.A., Kolko, D.J. (1998). Psychotherapy: definitions, mechanisms of action and relationship to etiological models. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 17-28.
15. Brown, B.B., (2005). Moving forward with research on adolescence: some reflections on the state of JRA and the state of the field. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 657-673.
16. Cepukienė V., Pakrosnis R., Gostautas A. (2004). The relationship between suicidal thoughts and psychosocial adjustment problems in adolescence. *Psychology & Health / Good Health – Person and Context*. – 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society. Helsinki, Finland, Vol. 19, p. 31.
17. Cigularova, D.K. (2005). Psychosocial adjustment on international students. *Journal of Student Affairs*, 13, 17-244.

18. Coady, N.F., Stalker, C.A., Levene, J.E. (2000). A closer examination of the empirical support for claims about the effectiveness of solution-focused brief therapy: Stalker et al. respond to Gingerich. *Families in Society*, 81(2), 223-227.
19. Cockburn, J.T., Thomas, F.N., Cockburn, O.J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7, 97-106.
20. Compas, B.E. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence. Eds. Lerner, R.M., Steinberg, L. *Handbook of adolescent psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc., 263-296.
21. Corcoran, J., Stephenson, M. (2000). The effectiveness of Solution-Focused Therapy with child behavior problems: a preliminary report. *Families in Society*, 81(5), 468-474.
22. Cottrell, D., Boston, P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (5). 573-586.
23. Curtis, L., Dooley M., Phipps, S. (2002). Does parent or child know best? An assessment of parent/child agreement in the Canadian national longitudinal survey of children and youth. *Statistics Canada*, 181, 1-17.
24. Danielienė, I. (2004). Paauglių, gyvenančių globos namuose, psichosocialinio prisitaikymo problemos. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2004).
25. Darmody, M., Adams, B. (2003). Outcome research on Solution-focused brief therapy. *Journal of Primary Care Mental Health*, 7, 70-75.
26. Dashiff, C. (2001). Data collection with adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 343-349.
27. DeJong, P., Berg, I.K. (1998). *Interviewing for solutions* (1st edn). Pacific Grove: Brooks/Cole.
28. Derisley, J. (2004). Cognitive therapy for children, young people and families: considering service provision. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(1), 15-20.
29. deShazer, S. (1991) *Putting difference to work*. New York: Norton.
30. de Shazer, S., Berg, I.K. (1992). Doing therapy: a post-structural revision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 71-81.
31. de Shazer, S., Berg, I.K. (1997). "What works": Remarks on research aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 121-124.
32. de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, p.207-222.
33. Dvarionis, D. (1999). Vaikų elgsenos koregavimas žaidimų terapija. *Daktaro disertacijos santrauka*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
34. Erickson, M.G. (2002). *Стратегия психотерапии*. Санкт-Петербург: Речь.
35. Erickson, M.G., Haley, J. (2001). *Стратегии семейной терапии*. Москва: Институт Общегуманитарных Исследований.
36. European Brief Therapy Association outcome study: research definition. (2000). <http://www.enabling.org/ia/sft/manual.rtf> 2001 10 01

37. Evans, Ch., Margison, F., Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Mental Health*, 1(3), 70-72.
38. Eyberg, S.M., Schuhmann, E.M., Rey, J. (1998). Child and adolescent psychotherapy research: developmental issues. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 71-82.
39. Fals-Stewart, W., Kelley, M.L., Cooke, C.G., Golden, J.C. (2003). Predictors of the psychosocial adjustment of children living in households of parents in which fathers abuse mothers: the effects of postnatal exposure. *Addictive Behaviors*, 28, 1013-1031.
40. Fleming, J.S. (2004). *A framework for solutions. Long term benefits from short term interventions*. Monography. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
41. Fleming, J.S., Rickord, B. (1997). Solution-focused brief therapy: one answer to managed mental health care. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 5 (4). 286-294.
42. Franklin, C., Biever, J.L., Moore, K.C., Clemons, D., Scamardo, M. (2001). The effectiveness of solution-focused therapy with children in a school setting. *Research on Social Work Practice*, 11, 411-434.
43. Franklin, C., Corcoran, J., Nowicki, J., Streeter, C.L. (1997) Using client self-anchored scales to measure outcomes in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 16, 246-265.
44. Galvidytė, J. (2004). Paauglių – berniukų ir mergaičių – asmenybės ypatumai ir jų sąsajos su patiriamomis problemomis. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2004).
45. Garralda, M.E. (2004). The relations between physical and mental health problems and medical help seeking in children and adolescents: a research perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(4), 146-155.
46. Gassmann, D., Grawe, K. (2006). General change mechanisms: the relation between problemactivation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 1-11.
47. Gingerich, W.J., Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.
48. Gingerich, W.J., Wabeke, T. (2001). A Solution-Focused approach to mental health intervention in school settings. *Children & Schools*, 23(1), 33-48.
49. Goštautas, A. Pakrosnis, R. Čepukienė, V. (2004). Paauglių, gyvenančių globos įstaigose, psichosocialinio prisitaikymo sunkumai. *Specialusis ugdymas*, 1 (10), 30-38.
50. Grakauskas, Ž. (2004). Stresas ir elgesio savireguliacija: teorinės sąveikos problemos. *Psichologija*, 29, 74-87.
51. Grakauskas, Ž., Valickas, G. (2006). Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelio taikymas. *Psichologija*, 33, 64-75.
52. Grigaliūnienė, V., Burba, B., Laukienė, I., Jaras, A., Jankuvienė, O. (2006). Psichosocialinių ypatumų ir šeimos charakteristikų ryšys su paauglių psichosomatiniais skausmais. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2, 99-103.
53. Gurman, A.S. (2001). Brief therapy and family/couple therapy: an essential redundancy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 51-65.

54. Handbook of Solution-Focused Therapy. (2003). Edited by O'Connell B., Palmer S. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, p. 180
55. Hoagwood, K., Burns, B.J., Kiser, L., Ringeisen, H., Schoenwald, S.K. (2001). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services*, 52 (9), 1179-1189.
56. Huygen, A.C.J., Kuis, W., Sinnema, G. (2000). Psychological, behavioural, and social adjustment in children and adolescents with juvenile chronic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 59, 276-282.
57. Ivarsson, T., Gillberg, C., Arvidsson, T., Broberg, A.G. (2002). The Youth Self-Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS) as measures of depression and suicidality among adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 31-37.
58. Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.
59. Jacobson, L., Churchill, R., Donovan, C., Garralda, E., Fay, J. (2002). Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Family Practice*, 19(4), 401-409.
60. Jacobson, N.S., Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
61. Jaudegienė, R. (2005). Vaikų globos namuose gyvenančių paauglių polinkio savižudybei sąsajos su kitomis prisitaikymo problemomis. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2005).
62. Johnson, L.D., Miller, S.D. (1994). Modification of depression risk factors: A solution-focused approach. *Psychotherapy*, 31 (2), 244-253.
63. Kadushin, G. (1998). Adaptations of the traditional interview to the brief treatment context. *Families in Society*, 79(4), 346-357.
64. Kalėdienė, R. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. – Kaunas.
65. Kalpokienė, V. (2005). Elgesio sutrikimus turinčių paauglių naudojamos įveikos strategijos. *II Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija: Psichologijos tyrimai Lietuvoje: atradimai ir perspektyvos (konferencijos medžiaga)*. Vilniaus universitetas. 20-25.
66. Kazdin, A.E. (2000). Developing a research agenda for children and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-836.
67. Kazdin, A.E. (2000). Understanding change from description to explanation in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of School Psychology*, 38(4), 337-347.
68. Kazdin, A.E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59.
69. Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual review of psychology*, 253-268.
70. Kazdin, A.E., Nock, M.K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.
71. Kegley, J.B. (2000). Perceptions of elementary school counselors regarding the utility of Solution-focused brief counseling in the school setting. *Daktaro disertacija*. Blacksburg: Virginia Polytechnic Institute and State University, USA.

72. Kendall, E., Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation*, 64(3), 16-20.
73. Kibby, M.Y., Tyc, V.L., Mulhern, R.K. (1998). Effectiveness of psychological interventions for children and adolescents with chronic medical illness: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 103-117.
74. Kyngäs, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 549-556.
75. Knapp, P.K. (1998). Consultation-Liaison in child psychiatry: a review of the past 10 years, part 2. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, February, 1998, 100-115. <http://findarticles.com>
76. Knekt, P., Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. *Studies in social security and health*, 77, 112.
77. Kopta, M.S., Lueger, R.J., Saunders, S.M., Howard, K.I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: challenges leading to greater turmoil or a positive transition?. *Annual Review of Psychology*, 50, 441-469. Rasta: 2002.04.22 <http://findarticles.com>
78. Kovacs, M., Kohr, W.D. (1995) Research on psychotherapy with children and adolescents: an overview of evolving trends and current issues. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 11-23.
79. Kramer, T.L., Phillips, S.D., Hargis, M.B., Miller, T.L., Burns, B.J., Robbins, J.M. (2004). Disagreement between parent and adolescent reports of functional impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 248-259.
80. Krikščionaitytė, S. (2005). Epilepsija sergančių paauglių psichologinės problemos stacionarinio gydymo laikotarpiu. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2005).
81. LaFountain, R.M., Garner, N.E. (1996). Solution-focused counseling groups: the results are in. *Journal for Specialists in Group Work*, 21, 128-143.
82. Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
83. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
84. LeBovidge, J.S., Lavigne, J.V., Donenberg, G.R., Miller, M.L. (2003). Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: a meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(1), 29-39.
85. Lebšytė, R. (2005). Globos namuose ir šeimose augančių paauglių patiriami psichosocialiniai sunkumai. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2005).
86. Lerner, R.M. (1998). Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.
87. Lesinskienė, S. (2001). Ligos ir hospitalizacijos įtaka vaiko emocinei raidai. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, 220-222.
88. Lesinskienė, S., Mickevičiūtė, D.E., Sidaravičiūtė, I. (2003). Ūminėmis ir lėtinėmis ligomis sergančių vaikų gyvenimo kokybės tyrimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, 289-292.
89. Lethem, J. (2002). Brief solution focused therapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(4), 189-192.

90. Lewis, T., Osborn, C.J. (2004). Solution-Focused Counseling and Motivational Interviewing: a consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development*, 82, 38-48. Rasta: 2004.10.08 <http://www.questia.com>
91. Lindfross, L., Magnusson, D. (1997). Solution-focused therapy in prison. *Contemporary Family Therapy*, 19, 89-103.
92. Lipchik E. (2002). Uncovering MRI roots in Solution-focused brief therapy. *Ratkes*. Rasta: 2005.03.16 <http://www.brieftherapynetwork.com/eve%20lipchik.html>
93. Littrell, J.M., Malia, J.A., Vanderwood, M. (1995). Single-session brief counseling in a high school. *Journal of Counseling and Development*, 73, 451-458.
94. Liutvinaitė, J. (2004). Nusikaltusių paauglių probleminio elgesio sąsajos su asmenybės ypatumais. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2004).
95. Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(3), 151-160.
96. Livneh, H., Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.
97. Macdonald, A.J. (1997). Brief therapy in adult psychiatry: further outcomes. *Journal of Family Therapy*, 19, 213-222.
98. Macdonald, A.J. (2003). Research in Solution-Focused Brief Therapy. Eds. B. O'Connell, S. Palmer. *Handbook of Solution-Focused Therapy*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 12-24pp.
99. Mann B.J., Borduin, C.M. (1991). A critical review of psychotherapy outcome studies with adolescents: 1978-1988. *Adolescence*, 26(103), 505-541.
100. Markevičiūtė, A., Goštautas, A., Pilkausienė, I. (2003). Grupinės psichologinės korekcijos galimybės paauglių depresiškumui mažinti. *Medicina*, 39(7), 689-699.
101. Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., Sykes, C.M. (2005). *Health psychology: Theory, research and practice*. Second edition. London: Sage Publications.
102. Mash, E.J., Wolfe, D.A. (2002). *Abnormal Child Psychology*. Wadsworth.
103. McKeel, A.J. (2000). A selected review of research of solution-focused brief therapy. Rasta: 2001.10.01 <http://www.enabling.org/ia/sft/Review%20McKeel.htm>
104. McMahon, S.D., Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E., Ey, S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: is there evidence of specificity? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 107-133.
105. Meijer, S.A., Sinnema, G., Bijstra, J.O., Mellenbergh, G.J., Wolters, W.H.G. (2002). Coping and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science and Medicine*, 54, 1453-1461.
106. Michaud, P.A., Suris, J.C., Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 943-949.
107. Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A. (2004). Beyond integration: the triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy in Australia*, 10 (2), 2-19.
108. Miller, S.D., Duncan, B.L. (2000). Paradigm lost: From research-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 20-34.
109. Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton.

110. Miliukienė, L. (2004). Vaikų, augančių girtaujančių tėvų šeimose, psichologinių problemų ypatumai. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2004).
111. National Research Council. (1993). Losing generations: adolescents in high-risk settings. *Panel on High-Risk Youth, Washington: National Academy Press*, 175-192.
112. Newsome, W.S. (2004). Solution-focused brief therapy groupwork with at-risk junior high school students: enhancing the base line. *Research on Social Work Practice, Vol. 14, 5*, 336-343.
113. Nichols, M.P., Schwartz, R.C. (2000). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston: Allyn & Bacon.
114. O'Connell B. (2003). Introduction to the Solution-Focused approach. Eds. B. O'Connell, S. Palmer. *Handbook of Solution-Focused Therapy*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 1-11pp.
115. Perkins, R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79 (2)*, 215-227.
116. Povilėnaitė, S. (1999). Psichologinės sergančio vaiko problemos. *Gydymo menas, 6*, 47-49.
117. Prout, S.M., Prout, H.T. (1998). A meta-analysis of school-based studies of counseling and psychotherapy. *Journal of School Psychology, 36(2)*, 121-136.
118. Putman, S.H., Adams, K.M. (1992). Regression-based prediction of long-term outcome following multidisciplinary rehabilitation for traumatic brain injury. *The Clinical Neuropsychologist, 6*, 383-405.
119. Rakauskienė, V. (2005). Agresijos apraiškos ir sąsajos su save žalojančiu elgesiu, prisitaikymu mokykloje bei savęs vertinimu paauglystėje lyties požiūriu. (Nepublikuotos psichologijos bakalauro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2005).
120. Rakauskienė, V. (2007). Trumpalaikio konsultavimo efektyvumas sprendžiant paauglių psichologinės problemas. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2005).
121. Raskin, J.D. (2002). Constructivism in psychology: personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. Eds. J.D. Raskin, S.K. Bridges. *Studies in Meaning*. New York: Pace University Press, 1-27pp.
122. Ražukas, E. (2005). Paauglių, gyvenančių globos institucijose, suicidinių tendencijų ryšiai su esamais psichosocialinės adaptacijos sunkumais. (Nepublikuotos psichologijos magistro tezės, Vytauto Didžiojo universitetas, 2005).
123. Rey, J.M., O'Brien, M., Walter, G. (2002). Is the satisfied customer one who also "does well"? The relationship between outcome and parent satisfaction in a child and adolescent mental health service. *Australian Psychiatry, 10(3)*, 246-249.
124. Rhee, W.K., Merbaum, M., Strube, M.J., Self, S.M. (2005). Efficacy of telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide and Life-threatening behavior, 35(3)*, 317-328.
125. Rohrbaugh, M.J., Shoham, V. (2001). Brief therapy based on interrupting ironic processes: the Palo Alto model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8(1)*, 66-81.
126. Schaefer, B.A., Koeter, M.W., Wouters, L., Emmelkamp, P.M., Scene, A.H. (2003). What patient characteristics make clinicians recommend brief treatment? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*, 188-196.

127. Schmidt, S., Petersen, C., Bullinger, M. (2003). Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents – a conceptual framework and its implications for participation. *Child: Care, Health and Development*, 29(1), 63-75.
128. Schonert-Reichl, K.A., Muller, J.R. (1996). Correlates of help seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 705-720.
129. Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974. <http://www.apa.org/journals/seligman.html>
130. Selmistraitienė, D. (1999). *The effects of internal systemstherapy on personality psychological maturation of the adolescents' with emotional and behavioral problems*. Summary of doctoral dissertation. Social sciences, psychology (06S), Vilnius.
131. Shanahan, M.J., Davey, A., Brooks, J. (1998). Dynamic Models of Psychosocial Adjustment trough Childhood. *Meeting of the American Sociological Association, Toronto*. Rasta: 2003.11.28 <http://ideas.repec.org/p/wop/jopovw/49.html>
132. Simon, J.K., Berg, I.K. (2004). Solution-focused brief therapy with adolescents. *Handbook of Counseling Psychology, Vol.3*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
133. Smith, S. (2002). What works for whom: the link between process and outcome in effectiveness research. *Australian Social Work*, 55(2), 147-155.
134. Solution Focused Therapy: Evaluation studies. (2008). *European Brief Therapy Association*. <http://www.enabling.org/ia/sft/evs.htm> 2008 03 01
135. Sondaitė, J., Žukauskienė, R. (2004). Paauglių socialinės strategijos ir emocinės elgesio problemos. *Psichologija*, 29, 106-113.
136. Springer, D.W., Lynch, C., Rubin, A. (2000). Effects of a solution-focused mutual aid group for Hispanic children of incarcerated parents. *Child and Adolescent Social Work*, 17, 431-442.
137. Stalker, C.A., Levene, J.E., Coady, N.F. (1999). Solution-focused brief therapy – one model fits all? *Families in Society*, 80(5), 468-478.
138. Steenbarger, B.N. (1992). Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *The Counseling Psychologist*, 20, 403-450.
139. Stein, R.E.K., Silver, E.J. (1999). Operationalizing a conceptually based noncategorical definition. *Archives of Pediatrics and Adolescent medicine*, 153, 68-74
140. Suris, J.C., Michaud, P.A., Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 938-942.
141. Suris, J.C., Parera, N. (2005). Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth. *European Journal of Public Health*, 15(5), 484-488.
142. Thezaurus: <http://www.thefreedictionary.com/functioning>
143. Triantafillou, N. (1997). A solution-focused approach to mental health supervision. *Journal of Systemic Therapies*, 16, 305-328.
144. Tuinstra, J. (1998). *Health in adolescence: An empirical study of social inequality in health, health risk behaviour and decision making*. Groningen: Extra Bold.
145. Wampold, B.E. (2000). Outcomes in individual counseling and psychotherapy: empirical evidence addressing two fundamental questions. Eds. S.D. Brown, R.W. Lent. *Handbook of Counseling Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 711-738pp.

146. Warwar, S., Greenberg, L.S. (2000). Advances in theories of change and counseling. Eds. S.D. Brown, R.W. Lent. *Handbook of Counseling Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 571-594pp.
147. Weersing V.R., Weisz, J.R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 3-29.
148. Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S., Kauneckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 83-98.
149. West, J.D., Bubenzer, D.L., Smith, J.M., Hamm, T.L. (1997). Insoo Kim Berg and Solution-focused therapy. *The family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 5 (4), 346-354.
150. Wettersten K.B. (2002). Solution-focused brief therapy, the working alliance and outcome: a comparative analysis. Doktoro disertacija. Kanzaso universitetas, JAV. Paimta 2005.10.07 iš: <http://www.lib.umi.com/dissertations/fullcit/3071144>.
151. Williams, P.G., Colder, C.R., Richards, M.H., Scalzo, C.A. (2002). The role of self-assessed health in the relationship between gender and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(6). 509-517.
152. Willoughby, C., King, G., Polatajko, H. (1996). A therapist's guide to children's self-esteem. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50, 124-132.
153. Witt, W.P., Riley, A.W., Coiro, M.J. (2003). Childhood functional status, family stressors and psychosocial adjustment among school-aged children with disabilities in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 687-695.
154. World Health Organization. World health report- mental health- new understanding, new hope. 2001, p. 12-50.
155. Wright, S.J., Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of „adjustment“ to chronic illness: A proposed integrative framework. *Journal of Health Psychology*, 4, 259-272.
156. Zimmerman, T.S., Jacobsen, R.B., MacIntyre, M., Watson, C. (1996) Solution-focused parenting groups: an empirical study. *Journal of Systemic Therapies*, 15, 12-25.
157. Želvys R. (1998). *Grupovaja psichologičeskaja korekcija prednevrotičeskich sostojanij pri akcentuacijach charaktera u podroستkov i junoshei* (Psychological correction in groups of preneurotic and accentuated adolescents and youth). Avtoreferat disertacii, Leningrad, 1988.
158. Žukauskienė, R., Kajokienė, I. (2006). CBCL, TRF ir YSR metodikų standartizavimas naudojant 6-18 metų Lietuvos vaikų imties duomenis. *Psichologija*, 33, 31-45.
159. Žukauskienė, R., Pilkauskaitė-Valickienė, R., Malinauskienė, O.,Kratavičienė R. (2004). Evaluating behavioral and emotional problems with the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report scales: cross-informant and longitudinal associations. *Medicina*, 40(2), 169-177.

PRIEDAI

1 Priedas

STANDARTIZUOTAS INTERVIU PAAUGLIŲ PROBLEMOMS ĮVERTINTI

Instrukcija: Jei nenurodyta kitaip, klausimai pateikiami visi iš eilės. Jei tiriamasis nesupranta klausimo, būtina jį pakartoti perfrazuojant, tačiau išlaikant tą pačią prasmę. Jei tiriamasis sako „nežinau“, perklausti dar kartą, kad į klausimą atsakytų arba „taip“ arba „ne“.

Įžanga: Mane domina, kokius sunkumus dažniausiai patiria jauni žmonės, tavo bendraamžiai. Tu esi vienas/a iš jų, todėl norėčiau su tavimi pasikalbėti apie tai, kaip tau sekasi namuose, mokykloje, bendraujant su kitais. Klausimai, kuriuos tau užduosiu, visiems moksleiviams pateikiami vienodai. Visi atsakymai yra svarbūs ir padės man geriau suprasti tave ir tavo situaciją. Pasistenk į juos atsakyti taip, kaip tau atrodo geriausia. Viskas, ką tu man pasakysi, liks paslapyje. To nesužinos nei tavo tėvai/globėjai, nei mokytojai, nei kiti su tavimi susiję asmenys. Apie tave kalbėsiu tik su tavimi. Po to daugelio apklausų duomenys bus bendrai apdorojami kompiuteriu, kur nebus nei tavo vardo nei pavardės. Ar sutinki apie tai pasikalbėti? _____

Tyrimo data: _____

Prieš pradėdamas mūsų pokalbį, norėčiau paklausti kai kurios informacijos.

Vardas, pavardė: _____ **Gimimo data:** _____ **Kiek tau metų?** _____ **Kelintoje klasėje mokaisi?** _____

Su kuo tu gyveni: Abiem tėvais
 Vienu iš tėvų: **Su kuriuo?** _____ **Dėl ko?** _____ **Nuo kada?** _____
 Su globėjais: **Dėl ko?** _____ **Nuo kada?** _____
 Globos įstaigoje: **Dėl ko?** _____ **Nuo kada?** _____

Kas dar su tavimi gyvena? _____

A. SVEIKATA

Norėčiau užduoti keletą klausimų apie tavo sveikatos būklę.

1. Ar pastaruoju metu (paskutinį mėnesį) sveikata tau kelia kokių nors rūpesčių?

Ne (PEREITI PRIE 2 KLAUSIMO) **Taip**

1.1. Kokie tai rūpesčiai? _____

1.2. Prieš kiek laiko šie negalavimai prasidėjo? prieš savaitę prieš mėnesį prieš pusę metų
 prieš metus ar seniau

1.3. Kaip manai, dėl ko jie prasidėjo? _____

1.4. Ar dėl šių negalavimų turi kokių nors sunkumų mokykloje, namuose, bendraujant su draugais ir pan.?

Ne (PEREITI PRIE 2 KLAUSIMO) **Taip**

1.5. Kokie tai sunkumai? _____

1.6. Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad šie sunkumai yra tokie maži, kad jų beveik nepastebi, o 10 – didžiausi, kokie tik gali būti, įvertink kokie yra tavo sunkumai dėl šių negalavimų. _____

2. Kaip tu pastaruoju metu vertini savo sveikatą?

Visiškai sveikas Sveikata gera Sveikas Ne visiškai sveikas Sergu

3. Ar esi sirgęs sunkiomis ligomis, dėl kurių būtų tekę gulėti ligoninėje, operuotis ar ilgai vartoti vaistus?

Ne (PEREITI PRIE 4 KLAUSIMO) **Taip**

3.1. Kokios tai ligos? _____ Kuri iš jų buvo sunkiausia? _____

3.2. Kiek tau buvo metų, kai susirgai (įvardinama sunkiausia liga)? _____

3.3. Ar dabar turi kokių nors sunkumų dėl to, jog sirgai šia liga?

Ne (PEREITI PRIE 4 KLAUSIMO) **Taip**

3.4. Kokie tai sunkumai? _____

3.5. Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad šie sunkumai yra tokie maži, kad jų beveik nepastebi, o 10 – didžiausi, kokie tik gali būti, įvertink kokie yra tavo sunkumai dėl persirgtos ligos. _____

P.S. Pateiktas tik pirmasis interviu puslapis

2 Priedas

PEA-P1

Ši anketa skirta išsiaiškinti elgesio ypatumus, kurie gali pasireikšti jaunų žmonių tarpe. Kiekvienas žemiau pateiktas teiginys atspindi tam tikrą elgesį. Prie kiekvieno teiginio pažymėk ženkleliu ar pastaruoju metu (per paskutines 30 dienų) Tau būdingas minimas elgesys. Jei teiginys yra teisingas (tinka Tau) arba daugumoje teisingas, pažymėk **TEISINGAI**. Jei teiginys yra klaidingas arba daugumoje klaidingas, pažymėk **KLAIDINGAI**. Pasistenk nepraleisti nei vieno teiginio, net jei jis nelabai atitinka Tavo situaciją. Tyrėjai garantuoja asmeninių duomenų anonimiškumą.

	ELGESIO FORMOS	TEISINGAI	KLAIDINGAI
1. Neatsikalbinėju		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prie suaugusiųjų nesikeikiu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Su aplinkiniais kalbu mandagiai, pagarbiai		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Įsiklausau į tai, ką man sako aplinkiniai		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Paprašytas pagalbos sutinku padėti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kasdienėje veikloje esant reikalui siūlau savo pagalbą		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atlieku pavestas užduotis, darbus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rūpinuosi ne vien savo, bet ir kitų žmonių poreikiais, interesais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Laikausi namuose nustatytų taisyklių		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dažniausiai sakau tiesą		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.S. Pateikti tik pirmieji klausimyno klausimai

STANDARTIZUOTAS INTERVIU PAAUGLIŲ PROBLEMOMS ĮVERTINTI-2

Instrukcija: Jei nenurodyta kitaip, klausimai pateikiami visi iš eilės. Jei tiriamasis nesupranta klausimo, būtina jį pakartoti perfrazuojant, tačiau išlaikant tą pačią prasmę. Jei tiriamasis sako „nežinau“, perklausti dar kartą, kad į klausimą atsakytų arba „taip“ arba „ne“.

Įžanga: Norėčiau trumpai su tavimi pasikalbėti apie tai, kaip tau sekėsi nuo tada, kai mes susitikome pirmą kartą. Viskas, ką tu man pasakysi, liks paslapyje. To nesužinos nei tavo tėvai/globėjai, nei mokytojai, nei kiti su tavimi susiję asmenys.

Tiriamąjo kodas _____ Tyrimo data _____

1. Ar per paskutinį mėnesį (30 dienų) tavo sveikata tau kėlė kokių nors rūpesčių?

Ne (PEREITI PRIE 2 KLAUSIMO) Taip

1.1. Kiek sveikata tau kėlė rūpesčių? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat
2. Ar per paskutinį mėnesį (30 dienų) tave vargino kokie nors skausmai?

Ne (PEREITI PRIE 3 KLAUSIMO) Taip

2.1. Kiek šie skausmai tave vargino? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat
3. Ar per paskutinį mėnesį (30 dienų) gerai išsimiegi?

Taip (PEREITI PRIE 4 KLAUSIMO) Ne

3.1. Kaip tu dabar miegi? Geriau nei anksčiau Blogiau Taip pat
4. Koks tavo apetitas per paskutinį mėnesį (30 dienų)?

Geras (PEREITI PRIE 5 KLAUSIMO) Blogas

4.1. Kaip apetitas pasikeitė per paskutinį mėnesį? Pagerėjo Pablogėjo Liko toks pat
5. Ar rūkei per paskutinį mėnesį (30 dienų)?

Ne (PEREITI PRIE 6 KLAUSIMO) Taip

5.1. Kiek rūkei per paskutinį mėnesį? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat
6. Ar per paskutinį mėnesį (30 dienų) vartojai alkoholinius gėrimus?

Ne (PEREITI PRIE 7 KLAUSIMO) Taip

6.1. Kiek alkoholinių gėrimų vartojai per paskutinį mėnesį? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat
7. Ar per paskutinį mėnesį (30 dienų) vartojai kitas narkotines medžiagas nei tabakas ir alkoholis?

Ne (PEREITI PRIE 8 KLAUSIMO) Taip

7.1. Kiek narkotinių medžiagų vartojai per paskutinį mėnesį? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat
8. Kaip per paskutinį mėnesį (30 dienų) pasikeitė tavo santykiai su tėvais?

Tapo geresni nei anksčiau Blogesni Liko tokie pat
9. Ar per paskutinį mėnesį (30 dienų) su tėvais kilo nesutarimų:

9.1. dėl tėvų elgesio? Ne (PEREITI PRIE 9.2. KLAUSIMO) Taip

9.1.1. Kiek kilo šių nesutarimų? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat

9.1.2. Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad šie nesutarimai su tėvais yra tokie maži, kad jų beveik nepastebi, o 10 – jie tokie dideli, kokie tik gali būti, įvertink kokie dideli yra tavo nesutarimai su tėvais. _____

9.2. dėl mokymosi? Ne (PEREITI PRIE 9.3. KLAUSIMO) Taip

9.2.1. Kiek kilo šių nesutarimų? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat

9.2.2. Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad šie nesutarimai su tėvais dėl mokslo yra tokie maži, kad jų beveik nepastebi, o 10 – jie tokie dideli, kokie tik gali būti, įvertink kokie dideli yra tavo nesutarimai su tėvais. _____

9.3. dėl draugų? Ne (PEREITI PRIE 9.4. KLAUSIMO) Taip

9.3.1. Kiek kilo šių nesutarimų? Mažiau nei anksčiau Daugiau Tiek pat

9.3.2. Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad šie nesutarimai su tėvais dėl draugų yra tokie maži, kad jų beveik nepastebi, o 10 – jie tokie dideli, kokie tik gali būti, įvertink kokie dideli yra tavo nesutarimai su tėvais. _____

P.S. Pateiktas tik pirmasis interviu puslapis

PEA-P2

Prieš kurį laiką Tavęs prašėme užpildyti anketą apie Tavo elgesį. Dabar kreipiamės į Tave dar kartą, prašydami įvertinti savo elgesio pasikeitimus, kurie galėjo įvykti pastaruoju metu.

Žemiau pateikti teiginiai apibūdina jauniems žmonėms būdingą elgesį. Prie kiekvieno teiginio pažymėk vieną iš trijų langelių ženkleliu , tokiu būdu nurodydamas savo elgesio pasikeitimus paskutinio mėnesio bėgyje (30 dienų).

REČIAU – žymėk, jei toks elgesys pastarojo mėnesio bėgyje Tau buvo būdingas rečiau nei anksčiau;

DAŽNIAU – žymėk, jei toks elgesys pastarojo mėnesio bėgyje Tau buvo būdingas dažniau nei anksčiau;

KOKS BUVO, TOKS IR LIKO – žymėk, jei toks elgesys Tau visai nebūdingas (pvz., visai neatsikalbinėjai) arba elgesio dažnumas per pastarąjį mėnesį nesikeitė (pvz., atsikalbinėjai tiek pat, kiek visada).

Tyrėjai garantuoja asmeninių duomenų anonimiškumą.

ELGESIO FORMOS	ELGESIO PASIKEITIMAS		
	REČIAU	DAŽNIAU	KOKS BUVO, TOKS IR LIKO
1. Atsikalbinėju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prie suaugusiųjų keikiuosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Su aplinkiniais kalbu mandagiai, pagarbiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Įsiklausau į tai, ką man sako aplinkiniai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Paprašytas pagalbos sutinku padėti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kasdienėje veikloje esant reikalui siūlau savo pagalbą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atlieku pavestas užduotis, darbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rūpinuosi ne vien savo, bet ir kitų žmonių poreikiais, interesais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Laikauosi namuose nustatytų taisyklių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sakau tiesą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.S. Pateikti tik pirmieji klausimyno klausimai

1 lentelė. Paauglio elgesio klausimyno skalių vidinis suderinamumas

	Bloga nuotaika	Neadaptyvus elgesys	Socialinis nusišalinimas	Žemas savęs vertinimas	Mokymosi sunkumai	Bendra sunkumų suma
Cronbach α	0,824	0,747	0,661	0,689	0,659	0,871

2 lentelė. Paauglio elgesio klausimyno ir 11-18 metų jaunuolio savęs vertinimo lapo skalių koreliacinė analizė

N=311		Paauglio elgesio klausimyno (PEK) skalės									
		Bloga nuotaika		Neadaptyvus elgesys		Socialinis nusišalinimas		Žemas savęs vertinimas		Mokymosi sunkumai	
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
11-18 metų jaunuolio savęs vertinimo lapo (YSR11/18) skalės	Nerimastingumas/depresiškumas	0,527	0,0001	0,274	0,0001	0,120	0,035	0,450	0,0001	0,234	0,0001
	Užsisklendimas/depresiškumas	0,478	0,0001	0,365	0,0001	0,251	0,0001	0,421	0,0001	0,364	0,0001
	Somatiniai skundai	0,448	0,0001	0,228	0,0001	0,001	0,979	0,221	0,0001	0,161	0,005
	Socialiniai sunkumai	0,416	0,0001	0,395	0,0001	0,303	0,0001	0,411	0,0001	0,308	0,0001
	Mąstymo sunkumai	0,474	0,0001	0,367	0,0001	0,167	0,003	0,268	0,0001	0,255	0,0001
	Dėmesio sunkumai	0,370	0,0001	0,500	0,0001	0,252	0,0001	0,353	0,0001	0,381	0,0001
	Taisyklių laužymas	0,300	0,0001	0,628	0,0001	0,286	0,0001	0,278	0,0001	0,368	0,0001
	Agresyvus elgesys	0,331	0,0001	0,527	0,0001	0,325	0,0001	0,301	0,0001	0,247	0,0001
	Internalūs sunkumai	0,556	0,0001	0,323	0,0001	0,133	0,019	0,418	0,0001	0,279	0,0001
	Eksternalūs sunkumai	0,341	0,0001	0,611	0,0001	0,331	0,0001	0,313	0,0001	0,320	0,0001

3 lentelė. Paauglio elgesio klausimyno (PEK) skalių testo-retesto koreliacinė analizė

Testas-retestas N=157	Bloga nuotaika	Neadaptyvus elgesys	Socialinis nusišalinimas	Žemas savęs vertinimas	Mokymosi sunkumai	Bendra sunkumų suma
r	0,677	0,768	0,598	0,616	0,700	0,772
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo protokolas
Pirma konsultacija

1. Susipažinimas su klientu (prisistatymas)

- Konsultantas prisistato; paaiškina apie konfidencialumą; apibūdina darbo pobūdį – sesija trunka apie 45 minutes, po kurių konsultantas daro 5 min. pertrauką, po jos klientui suteikia grįžtamąjį ryšį.

2. Kliento problemos išsiaiškinimas.

- Kuo galėčiau būti naudingas? ARBA Kokie sunkumai/rūpesčiai tave čia atvedė?
Jeigu daugiau nei viena problema: Tu paminėjai keletą sunkumų, kuris iš jų tau kelia daugiausia rūpesčių?
- Papasakok apie tai daugiau. *Toliau pateikiami klausimai padedantys klientui nupasakoti savo situaciją: kada ir nuo ko problema prasidėjo, kokiose situacijose ir kaip pasireiškia, kaip dėl to jaučiasi klientas.*
- Kaip tu bandei spręsti šią problemą?
- Kaip tau tai padėjo? *Jei pateikia keletą variantų:* Kas iš viso to tau buvo naudinga? Kaip tau tai padėjo?
- *Jeigu klientas yra atsiužtas ir negali suformuluoti problemos:* Jeigu čia būtų(asmuo, kuris atsiuntė), ką jis pasakytų, kuo aš galėčiau būti tau naudingas? ARBA Kaip jam/jai (asmeniui, kuris atsiuntė) kilo mintis, kad tau reikia čia ateiti?

3. Terapinių tikslų formavimas

- Kas mūsų susitikimų eigoje turėtų pasikeisti tavo gyvenime, kad manytum, jog buvo verta čia lankytis?
- *Jeigu klientas yra atsiužtas ir negali suformuluoti problemos:* Jei čia būtų tas asmuo ir aš jo paklausčiau, „kas turėtų nutikti, kad jam (klientui) nebereiktų čia sugrįžti“, kaip manai, ką jis pasakytų?
- Kuo tau tai būtų naudinga?

Stebuklo klausimas

- *Įsivaizduok, kad šiąnakt kai tu miegosi įvyks stebuklas. Stebuklas yra tai, kad problema, kuri čia tave atvedė, išsispręs, jos neliks. Kadangi tu miegi, tu nežinai, kad stebuklas įvyko. Kai tu rytoj pabusi, ką pastebėsi tokio, kas tau leis suprasti, kad naktį įvyko stebuklas ir problema išsisprendė?*
Jeigu klientui sunku į šį klausimą atsakyti dėl jo formulotės (stebuklo akcentavimo) klausimą galima performuluoti sekančiu būdu: „Įsivaizduok, kad po mėnesio ar kelių tu vieną rytą nubusi ir suprasi, kad daugiau čia sugrįžti tau nebereikia. Kas tau leis tai suprasti. Kas bus kitaip?“

Laukiamų pasikeitimų analizė, plėtojant stebuklo temą

- Uždavus „stebuklo“ klausimą, kalbama apie tai, kas bus kitaip kliento gyvenime, kai įvyks stebuklas. Jei atsakymas yra per daug abstraktus, apibendrintas: „Puiku, tai išties skamba kaip didelis stebuklas. Koks bus pirmas nedidelis dalykas, kuris leis tau suprasti, kad stebuklas įvyko? Kas dar leis suprasti, kad reikalai pagerėjo? ...“
- *Sakei, kad stebuklas bus tai, kad tu ... (pvz.: jausiesi geriau, numesi 10 kg., labiau pasitikėsi savimi ir t.t.). Kai tu ..., kas pasikeis tavo gyvenime? Ką tu tada darysi kitaip?*
- *Sakei, kad kai įvyks stebuklas, tu mažiau / nustos ... (konfliktuosi, rūkysi, gersi, mušies, praleidinėsi pamokas ir t.t.). Ką tu darysi vietoj to?*

„Stebuklo“ išplėtojimas artimoje aplinkoje

- Kas dar pastebės, kad įvyko stebuklas?
- Kaip (iš ko) kiti pastebės, kad įvyko stebuklas?
- Kai stebuklas įvyks, kokius pasikeitimus tavyje pastebės tavo tėvai/draugai/mokytojai?
- Kai tavo tėvai (draugai/mokytojai) pastebės... (skirtumus, kuriuos paminėjo klientas), ką jie darys kitaip? Ką dar? Ką tada darysi tu? Kas tada pasikeis?
- Kaip tai gali padėti/būti naudinga?

4. Išimčių paieška

- Ar yra buvęs toks laikas, kai tavo gyvenime buvo bent dalis stebuklo, apie kurį kalbėjome (konsultantas išvardina pagrindinius stebuklo, kurį nupasakojo klientas, elementus)?
Jeigu klientas susiduria su sunkumais, atsakant į šį klausimą: Jeigu čia būtų tavo (mama/tėtis/draugas/mokytojas ir t.t.), ir aš jam užduočiau tą patį klausimą, kaip manai, ką jis pasakytų?

Jeigu klientas negali apibūdinti stebuklo ir vis sugrįžta prie problemos: Ar buvo toks laikas, kai (konsultantas apibūdina išimtinį teigiamą elgesį)\ sugebėjai įveikti norą ... (apibūdinamas kliento neigiamas elgesys: pvz., pasityčioti iš..)?

- Kada buvo paskutinis kartas, kai (konsultantas apibūdina išimtinį teigiamą elgesį)\ sugebėjai įveikti norą ... (apibūdinamas kliento neigiamas elgesys: pvz., pasityčioti iš..)?
- Papasakok apie tai plačiau. Kaip tai įvyko? Ką tu darei/sakei? Ką (įvardijamas kitas situacijos dalyvis) darė/sakė? Kai tu tai darei/sakei, kaip (kitas situacijos dalyvis) reagavo? Kai (kitas situacijos dalyvis) tai sakė/darė, kaip tu reagavai? Kaip jis/ji tada reagavo? Kas dar tą kart buvo kitaip? Jei (kitas situacijos dalyvis) būtų čia, ką jis dar galėtų papasakoti apie tą kartą?
- Ar tai tau (kitam situacijos dalyviui) buvo nauja? Ar tai, kas įvyko, tave nustebino? Panašu, kad tai padaryti buvo nelengva, turint omeny tavo situaciją. Ar tai buvo sunku?
- Kaip manai, ką tu padarei, kad tai įvyktų? *Jeigu klientas nurodo, ką jis padarė, konsultantas pagiria: Kaip tau kilo mintis tai padaryti? Ar tokiose sudėtingose situacijose tau visada kyla idėjos, kaip jas išspręsti?*
- Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad nėra jokios galimybės, o 10 reiškia, kad yra visos galimybės, kokia yra galimybė, kad sekančią savaitę/mėnesį/ateityje vėl įvyks (nurodoma išimtis)? Ko reikia, kad tai įvyktų? Ko reikia, kad tai įvyktų dažniau ateityje? Kas ir ką turėtų padaryti, kad tai vėl įvyktų? Kaip manai, ką tavo tėvai/draugai/mokytojai pasakytų apie galimybę, kad tai (išimtis) vėl įvyks? Ką jie pasakytų, ką tu turi padaryti, kad padidinti tą galimybę? Jeigu tu nuspręstum tai daryti, kaip manai, ką padarytų tavo tėvai/draugai/ mokytojai? Jei jie tai padarytų, kas pasikeistų?

Susidorojimo klausimas.

- *Jeigu klientas negali apibūdinti išimčių: Aš matau, kad tavo situacija iš tiesų yra labai sudėtinga. Norėčiau paklausti, kaip tau pavyksta tai išvert/su tuo susidorot?*
ARBA
Aš matau, kad tavo situacija iš tiesų yra labai sudėtinga, tačiau visada gali būti dar blogiau? Norėčiau paklausti, ką darai, kad situacija dar nepablogėtų?
- Kaip tau pavyksta tai padaryti?
- Kaip tau tai padeda?

5. Kliento progreso įvertinimas

- Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia problemą, kokia ji buvo prieš tau čia ateinant, o 10 – reiškia dieną po stebuklo, kai tave čia atvedusios problemos nebėra, kaip skalėje nuo 0 iki 10 įvertintum savo problemą dabar?
- *Jei klientas įvertina situaciją labai gerai (10): Ar tu įsitikinęs, kad 10? Gal labiau 8 ar 9? Jei ne: Tai labai didelis pasikeitimas...turbūt sutiksi, kad gyvenime būna pakilimų ir nusileidimų...tad problema gali atsinaujinti. Kiek šis skaičius galėtų nukristi, kad tu vis dar manytum, jog problema nekelia per daug rūpesčių? Ką reiktų daryti, kad situaciją būtų galima išlaikyti ties ... (pasakomas nurodytas skaičius) ir aukščiau? Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad esi visiškai neįsitikinęs, o 10 – visiškai įsitikinęs, kad atėjęs po pusės metų galėtum pasakyti, jog tu esi ties (nurodomas skaičius), kad problema tau nekelia rūpesčių. Kur šioje skalėje esi dabar?*
- Ką reiškia šis skaičius?
- Kas turėtų įvykti, kad pakiltų iki (vienu skaičiumi aukščiau)? Kas tada būtų kitaip? Ką darysi kitaip? Iš ko supras kiti?
- Koks skaičius turėtų būti, kad baigti terapiją? Kas tada būtų kitaip? Kaip suprastų kiti?

6. Kliento-konsultanto santykio nustatymas.

- Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad neketini daryti nieko, kad problema būtų išspręsta, o 10 – reiškia, kad esi pasiryžęs dėl to padaryti bet ką, koku skaičiumi skalėje įvertintum savo norą?
- *Jeigu klientas savo norą spręsti problemą įvertina nuo 0 iki 7: Kas turėtų nutikti, kad tavo noras ką nors keisti pakiltų ... (vienu skaičiumi aukščiau)?*

7. Konsultacinė pertrauka (daroma tik esant galimybei išeiti į kitą patalpą)

- *Prieš pertrauką klausinama: Prieš padarant trumpą pertrauką norėčiau paklausti, ar yra dar kas nors svarbaus, ką man norėtum pasakyti, ką galbūt pamiršau paklausti? Jeigu klientas atsako NE – daroma pertrauka. Jeigu atsako TAIP – pokalbis tęsiamas, remiantis tais pačiais principais ir naudojant minėtas technikas.*
- *Pertraukos metu konsultantas, remdamasis surinkta informacija, suformuluoja grįžtamąjį ryšį.*

8. Grįžtamasis ryšys

- Grįžtamasis ryšys susideda iš trijų dalių: komplimentai, jungtis, užduotis. Jis klientui perskaitomas/pasakomas ir nediskutuojamas. Jį perskaičius su klientu atsisveikinama iki sekančio susitikimo.
- **Komplimentai:** Panaudodamas konsultacijos metu gautą informaciją, konsultantas nurodo kliento stipriąsias puses: tai ką klientas jau padarė ar daro ar planuoja, kas gali būti naudinga, pozityvu ir vertinga sprendžiant jo problemą.
- **Jungtis:** tai teiginys, sujungiantis kliento-konsultanto santykį su namų užduoties tipu.
- **Užduotis:** yra du užduočių tipai: aktyvios veiklos ir stebėjimo. Užduotis konkrečiu atveju suformuluojama priklausomai nuo kliento tipo, kuris nustatomas remiantis informacija gauta išimčių, stebuklo, kliento-konsultanto santykio klausimų pagalba. Skiriami du klientų tipai:
 1. Besiskundžiantis klientas. (jei kliento-konsultanto santykį įvertina nuo 0 iki 7)
 - *Klientas negali įvardinti išimčių ir negali suformuluoti tikslo:* Stebėk, kas vyksta tavo gyvenime tokio, kas leidžia suprasti, kad tavo problema gali būti išspręsta.
ARBA
Kadangi klientui nepavyko suformuluoti aiškių tikslų: Iki sekančio mūsų susitikimo norėčiau pasiūlyti stebėti, taip kad sekantį kartą galėtum papasakoti, kas vyksta tavo ... (priklausomai nuo problemos: šeimoje, gyvenime, santykiuose), kas norėtum, kad vyktų dažniau.
 - *Klientas įvardina išimtis, tačiau negali suformuluoti tikslo:* Iki sekančio mūsų susitikimo stebėk momentus, kada yra geriau, ypač kas tada yra kitaip ir kaip tai atsitinka – t.y., kas ką daro, kad tai nutinka. Sekantį kartą norėčiau, kad tai detalai nupasakotum.
 - *Jei klientas nurodo, kad išimtis vyksta todėl, kad kitas asmuo kažką daro kitaip:* Stebėk tuos momentus, kai ... (tas kitas asmuo, pvz., mama) elgiasi/yra ... (įvardinamas elgesys dėl kurio vyksta išimtis). Stebėk ne tik tai, kas vyksta kitaip tuo metu, bet ir koks tavo paties elgesys padeda ... (kitam asmeniui) elgtis su tavimi/būti ... (įvardinamas elgesys dėl kurio vyksta išimtis). Stebėk visa tai ir sekantį kartą papasakosi, kas geresnio.
 2. Tikrasis klientas. (jei kliento-konsultanto santykį įvertina nuo 8 iki 10)
 - *Klientas aiškiai įsivaizduoja stebuklingą dieną, tačiau negali įvardinti išimčių:* Iki sekančio mūsų susitikimo pasirink vieną dieną ir įsivaizduok, kad įvyko stebuklas. Elkis tą dieną taip, lyg stebuklas būtų įvykęs – taip, kaip man nupasakojai. Tada sekantį kartą man apie tai papasakosi.
 - *Klientas atrodo motyvuotas, tačiau nesuformuluoja aiškių tikslų ir negali įvardinti išimčių:* Kadangi tavo problema yra iš tiesų sunki, norėčiau pasiūlyti štai ką: iki sekančio susitikimo, kas kart, kai ... (įvardinama problema/nusiskundimas) įvyksta, pabandyk daryti ką nors kitaip – nesvarbu kaip keistai ar neįprastai tai gali atrodyti. Svarbiausia, ką benuspęsi daryti, kad tai būtų kitaip nei iki šiol.
 - *Klientas geri suformuluoja tikslus ir įvardina nuo jo priklausančias išimtis:* Iki sekančio mūsų susitikimo noriu pasiūlyti ir toliau daryti tai, kas padeda sprendžiant problemą. Taip pat atkreipk dėmesį, ką galbūt dar darai tokio, kas padeda spręsti problemą, bet ko iki šiol dar nepastebėjai. Sekantį kartą man apie tai papasakosi.
 3. Nemotyvuotas klientas. (nesugebėjo suformuluoti problemos ir tikslo)
 - Pasakomi komplimentai ir pasiūloma susitikti dar kartą.

Antra ir tolimesnės konsultacijos

1. Teigiamų pokyčių išsiaiškinimas

- Pradedama klausimu: „Kas geresnio?“
- Papasakok apie tai daugiau. *Toliau pateikiami klausimai padedantys klientui nupasakoti įvykusius pokyčius: kas, kada ir kaip įvyko, ką darė klientas kad tai įvyktų, kaip reagavo kiti asmenys.*
- Įvykusių teigiamų pokyčių naudos pabrėžimas: kuo tai tau buvo naudinga? Kaip tau tai padėjo? Kaip tai pakeitė jūsų santykius, tavo savijautą? ir pan.
- *Jei klientas nenurodo teigiamų pokyčių:* kas naujo atsitiko per tą savaitę? Kas buvo kitaip nei seniau? Ar buvo kuri nors diena kitokia nei likusios?

2. Problemos sprendimo progreso įvertinimas

- Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia problemą, kokia ji buvo prieš tau čia ateinant, o 10 – reiškia dieną po stebuklo, kai tave čia atvedusios problemos nebėra, kaip skalėje nuo 0 iki 10 įvertintum savo problemą šiandien? (primenamas skaičius, kurį klientas sakė praeitoje konsultacijoje)

- *Jei klientas įvertina situaciją labai gerai (10):* Ar tu įsitikinęs, kad 10? Gal labiau 8 ar 9? *Jei ne:* Tai labai didelis pasikeitimas...turbūt sutiksi, kad gyvenime būna pakilimų ir nusileidimų...tad problema gali atsinaujinti. Kiek šis skaičius galėtų nukristi, kad tu vis dar manytum, jog problema nekelia per daug rūpesčių? Ką reiktų daryti, kad situaciją būtų galima išlaikyti ties ... (pasakomas nurodytas skaičius) ir aukščiau? Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad esi visiškai neįsitikinęs, o 10 – visiškai įsitikinęs, kad atėjęs po pusės metų galėtum pasakyti, jog tu esi ties (nurodomas skaičius), kad problema tau nekelia rūpesčių. Kur šioje skalėje esi dabar?
- Kas turėtų įvykti, kad pakiltų iki (vienu skaičiumi aukščiau)? Kas tada būtų kitaip? Ką darysi kitaip? Iš ko supras kiti?

3. Tolimesnių sprendimo galimybių ir būdų aptarimas

- Kalbama apie tai, kas dar turėtų nutikti, ką klientas ar kiti galėtų padaryti, kad priartėti prie norimo sprendimo.

4. Kliento-konsultanto santykio nustatymas.

- Skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad neketini daryti nieko, kad problema būtų išspręsta, o 10 – reiškia, kad esi pasiryžęs dėl to padaryti bet ką, koku skaičiumi skalėje įvertintum savo norą?
- *Jeigu klientas savo norą spręsti problemą įvertina nuo 0 iki 7:* Kas turėtų nutikti, kad tavo noras ką nors keisti pakiltų ... (vienu skaičiumi aukščiau)?

5. Konsultacinė pertrauka (daroma tik esant galimybei išeiti į kitą patalpą)

- *Prieš pertrauką klausiama:* Prieš padarant trumpą pertrauką norėčiau paklausti, ar yra dar kas nors svarbaus, ką man norėtum pasakyti, ką galbūt pamiršau paklausti? *Jeigu klientas atsako NE – daroma pertrauka. Jeigu atsako TAIP – pokalbis tęsiamas, remiantis tais pačiais principais ir naudojant minėtas technikas.*
- *Per pertrauką konsultantas, remdamasis surinkta informacija, suformuluoja grįžtamąjį ryšį.*

6. Grįžtamasis ryšys

- Grįžtamasis ryšys susideda iš trijų dalių: komplimentai, jungtis, užduotis. Jis klientui perskaitomas/pasakomas ir nediskutuojamas. Jį perskaičius su klientu atsisveikinama iki sekančio susitikimo.
- **Komplimentai:** Panaudodamas konsultacijos metu gautą informaciją, konsultantas nurodo kliento stipriąsias puses: tai ką klientas jau padarė ar daro ar planuoja, kas gali būti naudinga, pozityvu ir vertinga sprendžiant jo problemą.
- **Jungtis:** tai teiginys, sujungiantis kliento-konsultanto santykį su namų užduoties tipu.
- **Užduotis:** Užduotis konkrečiu atveju suformuluojuama priklausomai nuo kliento tipo, kuris nustatomas remiantis informacija gauta iš pokalbio apie įvykusius teigiamus pokyčius ir kliento-konsultanto santykio klausimų pagalba. Skiriami du užduočių tipai:

- *Klientas neįvardino teigiamų pokyčių arba jie buvo atsitiktiniai, klientas nežino kaip jie įvyko ir motyvacija spręsti problemą yra žema:* Stebėk, kas vyksta tavo gyvenime tokio, kas leidžia suprasti, kad tavo problema gali būti išspręsta.

ARBA

Iki sekančio mūsų susitikimo norėčiau pasiūlyti stebėti, taip kad sekantį kartą galėtum papasakoti, kas vyksta tavo ... (priklausomai nuo problemos: šeimoje, gyvenime, santykiuose), kas norėtum, kad vyktų dažniau.

ARBA

Iki sekančio mūsų susitikimo stebėk momentus, kada yra geriau, ypač kas tada yra kitaip ir kaip tai atsitinka – t.y., kas ką daro, kad tai nutinka. Sekantį kartą norėčiau, kad tai detalai nupasakotum.

ARBA

Stebėk tuos momentus, kai ... (tas kitas asmuo, pvz., mama) elgiasi/yra ... (įvardinamas elgesys dėl kurio vyksta išimtis). Stebėk ne tik tai, kas vyksta kitaip tuo metu, bet ir koks tavo paties elgesys padeda ... (kitam asmeniui) elgtis su tavimi/būti ... (įvardinamas elgesys dėl kurio vyksta išimtis). Stebėk visa tai ir sekantį kartą papasakosi, kas geresnio.

- *Klientas nupasakoja įvykusius teigiamus pokyčius ir sieja juos su savo veiksmis ir yra motyvuotas siekti tolesnių pokyčių:* Iki sekančio mūsų susitikimo ir toliau daryk tai, kas tau padeda ir pagalvok, ką dar galėtum padaryti.

ARBA

- Formuluojuama individualiai, priklausomai nuo situacijos, siūlant atlikti konkrečius veiksmus, susijusius su tais, kurie įtakojo teigiamus pokyčius.

Į sprendimus sutelkto trumpalaikio konsultavimo forma

Kodas	Gim. data	1-vyr.; 2-mot.	Amžius	Klasė	Pirmos konsultacijos data	Paskutinės konsultacijos data	Konsultacijų skaičius

Pirma konsultacija data _____

Problema

Atvykimas: atsiųstas (kas atsiuntė ir dėl ko) _____

kreipėsi pats

Kontaktas su klientu _____

Kliento pateikta problema/nusiskundimai _____

Kaip problema sutrikdo/paveikia kliento gyvenimą _____

Ką klientas darė, kad spręsti problemą/kuo tai buvo naudinga _____

Ar klientas mato savo vaidmenį problemoje? Taip Ne

Kliento įvertintas problemos sunkumas skalėje nuo 0 iki 10 _____

Kas turėtų nutikti, kad problemos sunkumo vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Tikslų formulavimas

Kliento

lūkesčiai/tikslas _____

Išimtytys Nenaudota (kodėl?) _____

Nėra

Yra: Dėl kliento veiksmų _____

Dėl kitų asmenų veiksmų/situacijos _____

Stebuklas Nenaudota (kodėl?) _____

Neapibūdina

Apibūdina: Diena be problemos susijusi su paties kliento veiksmis/elgesiu _____

Diena be problemos susijusi tik su kitų asmenų veiksmis/elgesiu _____

Susidorojimo klausimas Nenaudota Neapibūdina Apibūdina _____

Kita svarbi informacija _____

Apibendrinimas (Problema→lūkesčiai/tikslas→elgesys pasiekus tikslą): _____

Motyvacija

Motyvacijos vertinimas skalėje nuo 0 iki 10 (kliento-konsultanto santykis) _____

Kas turėtų nutikti, kad motyvacijos vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Grižtamasis ryšys

Konsultacinė pertrauka

taikyta

netaikyta

Komplimentai _____

Jungtis _____

Užduotis _____

Antra konsultacija

data _____

Kontaktas su klientu _____

Pozityvūs pokyčiai (Kas geresnio?) _____

Kliento veiksmai įtakoję pokyčius (Kaip tau tai pavyko?) _____

Įvykusių teigiamų pokyčių pastiprinimas (Kuo buvo naudinga?) _____

Ką reikia daryti, kad įvykę pokyčiai išliktų? _____

Įsitikinimo, kad įvykę pokyčiai išliks, įvertinimas skalėje nuo 0 iki 10 _____

Kas turėtų nutikti, kad įsitikinimas pakiltų vienu balu? _____

Kliento įvertintas problemos sunkumas skalėje nuo 0 iki 10 _____

Kas turėtų nutikti, kad problemos sunkumo vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Susidorojimo klausimas Nenaudota Neapibūdina Apibūdina _____

Kita svarbi informacija _____

Motyvacijos vertinimas skalėje nuo 0 iki 10 (kliento-konsultanto santykis) _____

Kas turėtų nutikti, kad motyvacijos vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Grižtamasis ryšys

Konsultacinė pertrauka

taikyta

netaikyta

Komplimentai _____

Jungtis _____

Užduotis _____

Trečia konsultacija

data _____

Kontaktas su klientu _____

Pozityvūs pokyčiai (Kas geresnio?) _____

Kliento veiksmai įtakoję pokyčius (Kaip tau tai pavyko?) _____

Įvykusių teigiamų pokyčių pastiprinimas (Kuo buvo naudinga?) _____

Ką reikia daryti, kad įvykę pokyčiai išliktų? _____

Įsitikinimo, kad įvykę pokyčiai išliks, įvertinimas skalėje nuo 0 iki 10 _____

Kas turėtų nutikti, kad įsitikinimas pakiltų vienu balu? _____

Kliento įvertintas problemos sunkumas skalėje nuo 0 iki 10 _____
Kas turėtų nutikti, kad problemos sunkumo vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Susidorojimo klausimas Nenaudota Neapibūdina Apibūdina _____

Kita svarbi informacija _____

Motyvacijos vertinimas skalėje nuo 0 iki 10 (kliento-konsultanto santykis) _____
Kas turėtų nutikti, kad motyvacijos vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Grįžtamasis ryšys Konsultacinė pertrauka taikyta netaikyta
Komplimentai _____
Jungtis _____
Užduotis _____

Ketvirta konsultacija

data _____

Kontaktas su klientu _____
Pozityvūs pokyčiai (Kas geresnio?) _____

Kliento veiksmai įtakoję pokyčius (Kaip tau tai pavyko?) _____

Įvykusių teigiamų pokyčių pastiprinimas (Kuo buvo naudinga?) _____

Ką reikia daryti, kad įvykę pokyčiai išliktų? _____

Įsitikinimo, kad įvykę pokyčiai išliks, įvertinimas skalėje nuo 0 iki 10 _____
Kas turėtų nutikti, kad įsitikinimas pakiltų vienu balu? _____

Kliento įvertintas problemos sunkumas skalėje nuo 0 iki 10 _____
Kas turėtų nutikti, kad problemos sunkumo vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Susidorojimo klausimas Nenaudota Neapibūdina Apibūdina _____

Kita svarbi informacija _____

Motyvacijos vertinimas skalėje nuo 0 iki 10 (kliento-konsultanto santykis) _____
Kas turėtų nutikti, kad motyvacijos vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Grįžtamasis ryšys Konsultacinė pertrauka taikyta netaikyta
Komplimentai _____
Jungtis _____
Užduotis _____

Penkta konsultacija

data _____

Kontaktas su klientu _____
Pozityvūs pokyčiai (Kas geresnio?) _____

Kliento veiksmai įtakoję pokyčius (Kaip tau tai pavyko?) _____

Įvykusių teigiamų pokyčių pastiprinimas (Kuo buvo naudinga?) _____

Ką reikia daryti, kad įvykę pokyčiai išliktų? _____

Įsitikinimo, kad įvykę pokyčiai išliks, įvertinimas skalėje nuo 0 iki 10 _____
Kas turėtų nutikti, kad įsitikinimas pakiltų vienu balu? _____

Kliento įvertintas problemos sunkumas skalėje nuo 0 iki 10 _____
Kas turėtų nutikti, kad problemos sunkumo vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Susidorojimo klausimas Nenaudota Neapibūdina Apibūdina _____

Kita svarbi informacija _____

Motyvacijos vertinimas skalėje nuo 0 iki 10 (kliento-konsultanto santykis) _____
Kas turėtų nutikti, kad motyvacijos vertinimas pakiltų vienu balu? _____

Grižtamasis ryšys Konsultacinė pertrauka taikyta netaikyta
Komplimentai _____
Jungtis _____
Užduotis _____

Apibendrinimas

Konsultavimo pabaigimo pobūdis ir motyvai: nutraukta _____
 užbaigta _____
 neužbaigta _____

Požiūrio pokyčiai (savo vaidmens problemoje suvokimas, motyvacija) _____

Elgesio pokyčiai _____

Pokyčiai situacijoje _____

Pokyčių atitikimas lūkesčiams/tikslams _____

Rezultatų įvertinimas:

kliento vertinamo problemos sunkumo pirmoje ir paskutinėje konsultacijose skirtumas: _____

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Labai žymus progresas: problemos dinamika | nuo +7 iki +10 |
| <input type="checkbox"/> Žymus progresas: problemos dinamika | +5 arba +6 |
| <input type="checkbox"/> Vidutinis progresas: problemos dinamika | +3 arba +4 |
| <input type="checkbox"/> Nežymus progresas: problemos dinamika | +1 arba +2 |
| <input type="checkbox"/> Nėra progreso: problemos dinamika | 0 arba neigiamas skaičius |

konsultanto vertinamas terapinis progresas:

- pablogėjo,**
- nepasikeitė** (nepasikeitė požiūris, elgesys, problema ir su ja susijusios aplinkybės),
- progresas nežymus** (pasikeitė požiūris, nepasikeitė elgesys, problema ir su ja susijusios aplinkybės),
- progresas vidutinis** (pasikeitė požiūris, elgesys, nepasikeitė problema ir su ja susijusios aplinkybės),
- progresas žymus** (pasikeitė požiūris, elgesys, problema ir su ja susijusios aplinkybės pasikeitė dalinai),
- problema visiškai išspręsta** (pasikeitė požiūris, elgesys, problemos nebėra),
- problema išsisprendė dėl aplinkybių pasikeitimo**

1 lentelė. Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas tarp psichikos sveikatos sutrikimų turinčių (n = 59) ir bendrojo lavinimo mokyklose besimokančių (n = 59) paauglių grupių

	III tipo kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	p	R ²	Koreguota s R ²
1F Bloga nuotaika							
Koreguotas modelis	759,473	15	50,632	3,503	0,0001		
Sveikatos statusas	81,852	1	81,852	5,664	0,019		
Lytis	64,134	1	64,134	4,438	0,038		
Amžius	6,962	1	6,962	0,482	0,489		
Šeimos statusas	53,207	1	53,207	3,682	0,058		
Sveikatos statusas*lytis	85,301	1	85,301	5,902	0,019	0,340	0,243
Sveikatos statusas*amžius	13,290	1	13,290	0,920	0,340		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	9,986	1	9,986	0,691	0,408		
Lytis*amžius	9,655	1	9,655	0,668	0,416		
Lytis*šeimos statusas	0,788	1	0,788	0,055	0,816		
Amžius*šeimos statusas	25,538	1	25,538	1,767	0,187		
Paklaida	1474,143	102	14,45				
2F Mokymosi sunkumai							
Koreguotas modelis	224,949	15	14,997	1,854	0,037		
Sveikatos statusas	24,816	1	24,816	3,068	0,083		
Lytis	0,009	1	0,009	0,001	0,973		
Amžius	14,467	1	14,467	1,788	0,184		
Šeimos statusas	43,231	1	43,231	5,344	0,023		
Sveikatos statusas*lytis	0,626	1	0,626	0,077	0,781	0,214	0,099
Sveikatos statusas*amžius	5,858	1	5,858	0,724	0,397		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	2,553	1	2,553	0,316	0,575		
Lytis*amžius	23,824	1	23,824	2,945	0,089		
Lytis*šeimos statusas	12,883	1	12,883	1,593	0,210		
Amžius*šeimos statusas	9,067	1	9,067	1,121	0,292		
Paklaida	825,145	102	8,090				
3F Konfliktai su suaugusiais							
Koreguotas modelis	435,522	15	29,035	2,973	0,001		
Sveikatos statusas	102,832	1	102,832	10,530	0,002		
Lytis	4,985	1	4,985	0,510	0,477		
Amžius	29,349	1	29,349	3,005	0,086		
Šeimos statusas	48,858	1	48,858	5,003	0,027		
Sveikatos statusas*lytis	0,666	1	0,666	0,068	0,795	0,304	0,202
Sveikatos statusas*amžius	30,159	1	30,159	3,088	0,082		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	7,611	1	7,611	0,779	0,379		
Lytis*amžius	0,306	1	0,306	0,031	0,860		
Lytis*šeimos statusas	5,082	1	5,082	0,520	0,472		
Amžius*šeimos statusas	9,006	1	9,006	0,922	0,339		
Paklaida	996,104	102	9,766				
4F Polinkis savižudybei							
Koreguotas modelis	594,123	15	39,608	2,920	0,001		
Sveikatos statusas	49,025	1	49,025	3,615	0,060		
Lytis	127,397	1	127,397	9,393	0,003		
Amžius	6,042	1	6,042	0,445	0,506		
Šeimos statusas	17,835	1	17,835	1,315	0,254		
Sveikatos statusas*lytis	30,996	1	30,996	2,285	0,134	0,300	0,198
Sveikatos statusas*amžius	15,256	1	15,256	1,125	0,291		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	3,381	1	3,381	0,249	0,619		
Lytis*amžius	22,409	1	22,409	1,652	0,202		
Lytis*šeimos statusas	6,416	1	6,416	0,473	0,493		
Amžius*šeimos statusas	1,744	1	1,744	0,129	0,721		
Paklaida	1383,436	102	13,563				
5F Žemas savęs vertinimas							
Koreguotas modelis	237,604	15	15,840	2,171	0,012	0,242	0,131
Sveikatos statusas	30,424	1	30,424	4,170	0,044		
Lytis	62,605	1	62,605	8,580	0,004		

Amžius	38,219	1	38,219	5,238	0,024		
Šeimos statusas	24,714	1	24,714	3,387	0,069		
Sveikatos statusas*lytis	0,809	1	0,809	0,111	0,740		
Sveikatos statusas*amžius	4,244	1	4,244	0,582	0,447		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	11,361	1	11,361	1,557	0,215		
Lytis*amžius	0,304	1	0,304	0,042	0,839		
Lytis*šeimos statusas	6,884	1	6,884	0,943	0,334		
Amžius*šeimos statusas	7,509	1	7,509	1,029	0,313		
Paklaida	744,247	102	7,297				
6F Konfliktai su bendraamžiais							
Koreguotas modelis	111,625	15	7,442	1,438	0,144		
Sveikatos statusas	1,984	1	1,984	0,383	0,537		
Lytis	0,496	1	0,496	0,096	0,758		
Amžius	5,392	1	5,392	1,042	0,310		
Šeimos statusas	16,148	1	16,148	3,119	0,080		
Sveikatos statusas*lytis	2,554	1	2,554	0,493	0,484	0,175	0,053
Sveikatos statusas*amžius	4,088	1	4,088	0,790	0,376		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	2,892	1	2,892	0,559	0,457		
Lytis*amžius	0,021	1	0,021	0,004	0,949		
Lytis*šeimos statusas	4,127	1	4,127	0,797	0,374		
Amžius*šeimos statusas	5,750	1	5,750	1,111	0,294		
Paklaida	528,027	102	5,177				
2F Neadaptyvus elgesys							
Koreguotas modelis	568,604	15	37,907	2,464	0,004		
Sveikatos statusas	33,515	1	33,515	2,178	0,143		
Lytis	0,153	1	0,153	0,010	0,921		
Amžius	52,096	1	52,096	3,386	0,069		
Šeimos statusas	97,348	1	97,348	6,327	0,013		
Sveikatos statusas*lytis	33,312	1	33,312	2,165	0,144	0,266	0,158
Sveikatos statusas*amžius	100,477	1	100,477	6,531	0,012		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	9,090	1	9,090	0,591	0,444		
Lytis*amžius	7,134	1	7,134	0,464	0,497		
Lytis*šeimos statusas	0,104	1	0,104	0,007	0,935		
Amžius*šeimos statusas	3,795	1	3,795	0,247	0,620		
Paklaida	1569,342	102	15,386				
4F Socialinis nusišalinimas							
Koreguotas modelis	314,004	15	20,934	2,143	0,013		
Sveikatos statusas	5,993	1	5,993	0,613	0,435		
Lytis	22,873	1	22,873	2,341	0,129		
Amžius	0,207	1	0,207	0,021	0,885		
Šeimos statusas	65,336	1	65,336	6,688	0,011		
Sveikatos statusas*lytis	2,411	1	2,411	0,247	0,620	0,240	0,128
Sveikatos statusas*amžius	4,135	1	4,135	0,423	0,517		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	0,378	1	0,378	0,039	0,844		
Lytis*amžius	0,590	1	0,590	0,060	0,806		
Lytis*šeimos statusas	15,574	1	15,574	1,594	0,210		
Amžius*šeimos statusas	0,052	1	0,052	0,005	0,942		
Paklaida	996,442	102	9,769				

2 lentelė. Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas tarp somatinės sveikatos sutrikimų turinčių (n = 72) ir bendrojo lavinimo mokyklose besimokančių (n = 72) paauglių grupių

	III tipo kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	p	R ²	Koreguotas R ²
1F Bloga nuotaika							
Koreguotas modelis	298,943	14	21,353	1,608	0,085	0,149	0,056
Sveikatos statusas	24,743	1	24,743	1,863	0,175		
Lytis	1,582	1	1,582	0,119	0,731		
Amžius	50,878	1	50,878	3,830	0,052		
Šeimos statusas	28,339	1	28,339	2,133	0,147		
Sveikatos statusas*lytis	0,547	1	0,547	0,041	0,840		

Sveikatos statusas*amžius	0,039	1	0,039	0,003	0,957		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	0,466	1	0,466	0,035	0,852		
Lytis*amžius	1,937	1	1,937	0,146	0,703		
Lytis*šeimos statusas	19,141	1	19,141	1,441	0,232		
Amžius*šeimos statusas	46,077	1	46,077	3,469	0,065		
Paklaida	1713,532	129	13,283				
2F Mokymosi sunkumai							
Koreguotas modelis	149,077	14	10,648	1,797	0,046		
Sveikatos statusas	1,493	1	1,493	0,252	0,617		
Lytis	21,349	1	21,349	3,602	0,060		
Amžius	34,418	1	34,418	5,807	0,017		
Šeimos statusas	66,684	1	66,684	11,252	0,001		
Sveikatos statusas*lytis	4,248	1	4,248	0,717	0,399	0,163	0,072
Sveikatos statusas*amžius	6,276	1	6,276	1,059	0,305		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	5,044	1	5,044	0,851	0,358		
Lytis*amžius	5,768	1	5,768	0,973	0,326		
Lytis*šeimos statusas	20,829	1	20,829	3,515	0,063		
Amžius*šeimos statusas	38,765	1	38,765	6,541	0,012		
Paklaida	764,508	129	5,926				
3F Konfliktai su suaugusiais							
Koreguotas modelis	145,372	14	10,384	1,950	0,027		
Sveikatos statusas	6,539	1	6,539	1,228	0,270		
Lytis	46,640	1	46,640	8,760	0,004		
Amžius	14,040	1	14,040	2,637	0,107		
Šeimos statusas	21,846	1	21,846	4,103	0,045		
Sveikatos statusas*lytis	0,020	1	0,020	0,004	0,951	0,175	0,085
Sveikatos statusas*amžius	0,107	1	0,107	0,020	0,887		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	0,797	1	0,797	0,150	0,699		
Lytis*amžius	0,597	1	0,597	0,112	0,738		
Lytis*šeimos statusas	27,985	1	27,985	5,256	0,023		
Amžius*šeimos statusas	43,159	1	43,159	8,106	0,005		
Paklaida	686,843	129	5,324				
4F Polinkis savižudybei							
Koreguotas modelis	310,745	14	22,196	2,173	0,012		
Sveikatos statusas	21,562	1	21,562	2,111	0,149		
Lytis	13,579	1	13,579	1,329	0,251		
Amžius	39,951	1	39,951	3,911	0,050		
Šeimos statusas	37,835	1	37,835	3,704	0,056		
Sveikatos statusas*lytis	2,484	1	2,484	0,243	0,623	0,191	0,103
Sveikatos statusas*amžius	5,710	1	5,710	0,559	0,456		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	8,850	1	8,850	0,866	0,354		
Lytis*amžius	1,485	1	1,485	0,145	0,704		
Lytis*šeimos statusas	1,873	1	1,873	0,183	0,669		
Amžius*šeimos statusas	68,765	1	68,765	6,732	0,011		
Paklaida	1317,738	129	10,215				
5F Žemas savęs vertinimas							
Koreguotas modelis	179,099	14	12,793	2,887	0,001		
Sveikatos statusas	34,788	1	34,788	7,851	0,006		
Lytis	0,125	1	0,125	0,028	0,867		
Amžius	21,024	1	21,024	4,745	0,031		
Šeimos statusas	27,184	1	27,184	6,135	0,015		
Sveikatos statusas*lytis	0,009	1	0,009	0,002	0,963	0,239	0,156
Sveikatos statusas*amžius	0,046	1	0,046	0,010	0,919		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	0,575	1	0,575	0,130	0,719		
Lytis*amžius	1,643	1	1,643	0,371	0,544		
Lytis*šeimos statusas	11,441	1	11,441	2,582	0,111		
Amžius*šeimos statusas	37,677	1	37,677	8,503	0,004		
Paklaida	571,599	129	4,431				
6F Konfliktai su bendraamžiais							
Koreguotas modelis	106,487	14	7,606	2,668	0,002	0,225	0,140
Sveikatos statusas	1,368	1	1,368	0,480	0,490		
Lytis	4,166	1	4,166	1,461	0,229		

Amžius	21,347	1	21,347	7,488	0,007		
Šeimos statusas	5,849	1	5,849	2,052	0,154		
Sveikatos statusas*lytis	0,154	1	0,154	0,054	0,817		
Sveikatos statusas*amžius	1,276	1	1,276	0,448	0,505		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	3,673	1	3,673	1,289	0,258		
Lytis*amžius	0,084	1	0,084	0,030	0,864		
Lytis*šeimos statusas	1,001	1	1,001	0,351	0,555		
Amžius*šeimos statusas	5,810	1	5,810	2,038	0,156		
Paklaida	367,744	129	2,851				
2F Neadaptyvus elgesys							
Koreguotas modelis	361,878	14	25,848	2,618	0,002		
Sveikatos statusas	92,600	1	92,600	9,378	0,003		
Lytis	112,949	1	112,949	11,438	0,001		
Amžius	23,831	1	23,831	2,413	0,123		
Šeimos statusas	29,233	1	29,233	2,960	0,088		
Sveikatos statusas*lytis	0,817	1	0,817	0,083	0,774	0,221	0,137
Sveikatos statusas*amžius	5,582	1	5,582	0,565	0,454		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	15,688	1	15,688	1,589	0,210		
Lytis*amžius	1,829	1	1,829	0,185	0,668		
Lytis*šeimos statusas	51,427	1	51,427	5,208	0,024		
Amžius*šeimos statusas	57,737	1	57,737	5,847	0,017		
Paklaida	1273,826	129	9,875				
4F Socialinis nusišalinimas							
Koreguotas modelis	124,130	14	8,866	1,629	0,079		
Sveikatos statusas	26,334	1	26,334	4,839	0,030		
Lytis	28,616	1	28,616	5,259	0,023		
Amžius	19,450	1	19,450	3,574	0,061		
Šeimos statusas	19,026	1	19,026	3,496	0,064		
Sveikatos statusas*lytis	0,008	1	0,008	0,002	0,968	0,150	0,058
Sveikatos statusas*amžius	5,065	1	5,065	0,931	0,336		
Sveikatos statusas*šeimos stat.	25,395	1	25,395	4,667	0,033		
Lytis*amžius	0,590	1	0,590	0,108	0,743		
Lytis*šeimos statusas	0,873	1	0,873	0,160	0,689		
Amžius*šeimos statusas	3,485	1	3,485	0,640	0,425		
Paklaida	701,972	129	5,442				

3 lentelė. Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio palyginimas tarp somatinės sveikatos sutrikimų (n = 72) ir psichikos sveikatos sutrikimų turinčių (n = 59) paauglių grupių

	III tipo kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	p	R ²	Koreguotas R ²
1F Bloga nuotaika							
Koreguotas modelis	681,487	15	45,432	3,124	0,0001		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	46,122	1	46,122	3,171	0,078		
Lytis	81,055	1	81,055	5,573	0,020		
Amžius	17,810	1	17,810	1,225	0,271		
Šeimos statusas	27,667	1	27,667	1,902	0,170		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	50,067	1	50,067	3,443	0,066	0,289	0,197
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	26,616	1	26,616	1,830	0,179		
Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	1,974	1	1,974	0,136	0,713		
Lytis*amžius	15,130	1	15,130	1,040	0,310		
Lytis*šeimos statusas	32,971	1	32,971	2,267	0,135		
Amžius*šeimos statusas	89,781	1	89,781	6,173	0,014		
Paklaida	1672,530	115	14,544				
2F Mokymosi sunkumai							
Koreguotas modelis	206,945	15	13,796	2,018	0,019	0,208	0,105
Sveikatos sutrikimo pobūdis	15,587	1	15,587	2,280	0,134		
Lytis	4,144	1	4,144	0,606	0,438		
Amžius	0,003	1	0,003	0,000	0,984		
Šeimos statusas	47,742	1	47,742	6,985	0,009		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	7,207	1	7,207	1,054	0,307		
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	34,300	1	34,300	5,018	0,027		

Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	5,147	1	5,147	0,753	0,387		
Lytis*amžius	3,135	1	3,135	0,459	0,500		
Lytis*šeimos statusas	13,888	1	13,888	2,032	0,157		
Amžius*šeimos statusas	43,294	1	43,294	6,334	0,013		
Paklaida	786,063	115	6,835				
3F Konfliktai su suaugusiais							
Koreguotas modelis	383,453	15	25,564	3,553	0,0001		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	56,871	1	56,871	7,905	0,006		
Lytis	13,219	1	13,219	1,837	0,178		
Amžius	5,687	1	5,687	0,790	0,376		
Šeimos statusas	31,400	1	31,400	4,365	0,039		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	24,572	1	24,572	3,415	0,067	0,317	0,228
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	60,643	1	60,643	8,429	0,004		
Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	2,750	1	2,750	0,382	0,538		
Lytis*amžius	3,443	1	3,443	0,479	0,490		
Lytis*šeimos statusas	62,077	1	62,077	8,629	0,004		
Amžius*šeimos statusas	6,493	1	6,493	0,903	0,344		
Paklaida	827,341	115	7,194				
4F Polinkis savižudybei							
Koreguotas modelis	718,510	15	47,901	3,585	0,0001		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	19,326	1	19,326	1,446	0,232		
Lytis	121,150	1	121,150	9,067	0,003		
Amžius	4,278	1	4,278	0,320	0,573		
Šeimos statusas	38,763	1	38,763	2,901	0,091		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	22,171	1	22,171	1,659	0,200	0,319	0,230
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	64,036	1	64,036	4,792	0,031		
Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	16,021	1	16,021	1,199	0,276		
Lytis*amžius	7,701	1	7,701	0,576	0,449		
Lytis*šeimos statusas	1,025	1	1,025	0,077	0,782		
Amžius*šeimos statusas	32,925	1	32,925	2,464	0,119		
Paklaida	1536,614	115	13,362				
5F Žemas savęs vertinimas							
Koreguotas modelis	172,976	15	11,532	1,992	0,022		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	2,770	1	2,770	0,478	0,491		
Lytis	8,698	1	8,698	1,502	0,223		
Amžius	27,150	1	27,150	4,689	0,032		
Šeimos statusas	17,152	1	17,152	2,962	0,088		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	12,886	1	12,886	2,225	0,139	0,206	0,103
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	1,869	1	1,869	0,323	0,571		
Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	7,017	1	7,017	1,212	0,273		
Lytis*amžius	18,025	1	18,025	3,113	0,080		
Lytis*šeimos statusas	7,883	1	7,883	1,361	0,246		
Amžius*šeimos statusas	36,965	1	36,965	6,384	0,013		
Paklaida	665,902	115	5,790				
6F Konfliktai su bendraamžiais							
Koreguotas modelis	108,536	15	7,236	2,259	0,008		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	13,627	1	13,627	4,254	0,041		
Lytis	0,526	1	0,526	0,164	0,686		
Amžius	7,982	1	7,982	2,492	0,117		
Šeimos statusas	29,297	1	29,297	9,146	0,003		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	8,248	1	8,248	2,575	0,111	0,228	0,127
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	6,479	1	6,479	2,023	0,158		
Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	0,006	1	0,006	0,002	0,964		
Lytis*amžius	1,026	1	1,026	0,320	0,572		
Lytis*šeimos statusas	2,709	1	2,709	0,846	0,360		
Amžius*šeimos statusas	4,768	1	4,768	1,489	0,225		
Paklaida	368,376	115	3,203				
2F Neadaptyvus elgesys							
Koreguotas modelis	656,022	15	43,735	3,894	0,0001	0,337	0,250
Sveikatos sutrikimo pobūdis	104,006	1	104,006	9,259	0,003		
Lytis	82,158	1	82,158	7,314	0,008		
Amžius	30,389	1	30,389	2,705	0,103		

Šeimos statusas	31,169	1	31,169	2,775	0,098		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	16,383	1	16,383	1,458	0,230		
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	111,594	1	111,594	9,935	0,002		
Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	0,649	1	0,649	0,058	0,810		
Lytis*amžius	31,256	1	31,256	2,783	0,098		
Lytis*šeimos statusas	63,777	1	63,777	5,678	0,019		
Amžius*šeimos statusas	2,315	1	2,315	0,206	0,651		
Paklaida	1291,746	115	11,233				
4F Socialinis nusišalinimas							
Koreguotas modelis	280,833	15	18,722	2,502	0,003		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	65,511	1	65,511	8,754	0,004		
Lytis	38,555	1	38,555	5,152	0,025		
Amžius	0,924	1	0,924	0,123	0,726		
Šeimos statusas	20,392	1	20,392	2,725	0,102		
Sveikatos sutrikimo pob. *lytis	0,094	1	0,094	0,012	0,912		
Sveikatos sutrik. pob. *amžius	5,920	1	5,920	0,791	0,376	0,246	0,148
Sveikatos sut. pob. *šeimos stat.	12,918	1	12,918	1,726	0,192		
Lytis*amžius	4,146	1	4,146	0,554	0,458		
Lytis*šeimos statusas	3,218	1	3,218	0,430	0,513		
Amžius*šeimos statusas	10,386	1	10,386	1,388	0,241		
Paklaida	860,636	115	7,484				

4 lentelė. Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių palyginimas PPSPC poveikio (n = 23) ir kontrolinėje (n = 23) grupėse

	III tipo kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	p	R ²	Koreguotas R ²
Konfliktai su suaugusiais							
Koreguotas modelis	28,170	4	7,043	2,964	0,031		
Amžius	14,901	1	14,901	6,271	0,016		
Lytis	2,182	1	2,182	0,919	0,343		
Eksperimentinės sąlygos	18,759	1	18,759	7,895	0,008	0,224	0,149
Lytis*eksperimentinės sąlygos	1,843	1	1,843	0,776	0,384		
Paklaida	97,422	41	2,376				
Bendra suma	143,140	46					
Koreguota bendra suma	125,592	45					
Konfliktai su bendraamžiais							
Koreguotas modelis	23,251	4	5,813	2,091	0,099		
Amžius	2,168	1	2,168	0,780	0,382		
Lytis	0,321	1	0,321	0,115	0,736		
Eksperimentinės sąlygos	16,131	1	16,131	5,804	0,021	0,169	0,088
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,373	1	0,373	0,134	0,716		
Paklaida	113,947	41	2,779				
Bendra suma	147,071	46					
Koreguota bendra suma	137,197	45					
Konfliktai su tėvais							
Koreguotas modelis	16,217	4	4,054	1,459	0,232		
Amžius	4,331	1	4,331	1,559	0,219		
Lytis	2,617	1	2,617	0,942	0,337		
Eksperimentinės sąlygos	9,506	1	9,506	3,421	0,072	0,125	0,039
Lytis*eksperimentinės sąlygos	4,956	1	4,956	1,784	0,189		
Paklaida	113,921	41	2,779				
Bendra suma	167,066	46					
Koreguota bendra suma	130,138	45					
Mokymosi sunkumai							
Koreguotas modelis	8,675	4	2,169	0,820	0,520	0,074	-0,016
Amžius	0,125	1	0,125	0,047	0,829		
Lytis	0,684	1	0,684	0,258	0,614		
Eksperimentinės sąlygos	0,021	1	0,021	0,008	0,929		
Lytis*eksperimentinės sąlygos	7,929	1	7,929	2,997	0,091		
Paklaida	108,492	41	2,646				
Bendra suma	117,353	46					

Koreguota bendra suma	117,167	45					
Sveikatos sunkumai							
Koreguotas modelis	21,555	4	5,389	1,318	0,279		
Amžius	0,119	1	0,119	0,029	0,865		
Lytis	3,696	1	3,696	0,904	0,347		
Eksperimentinės sąlygos	13,614	1	13,614	3,331	0,075	0,114	0,028
Lytis*eksperimentinės sąlygos	4,131	1	4,131	1,011	0,321		
Paklaida	167,567	41	4,087				
Bendra suma	201,914	46					
Koreguota bendra suma	189,122	45					
Bloga nuotaika							
Koreguotas modelis	145,236	4	36,309	7,013	0,0001		
Amžius	43,159	1	43,159	8,336	0,006		
Lytis	0,578	1	0,578	0,112	0,740		
Eksperimentinės sąlygos	44,495	1	44,495	8,595	0,005	0,406	0,348
Lytis*eksperimentinės sąlygos	17,507	1	17,507	3,382	0,073		
Paklaida	212,264	41	5,177				
Bendra suma	1289,000	46					
Koreguota bendra suma	357,500	45					
Neadaptyvus elgesys							
Koreguotas modelis	145,419	4	36,355	3,981	0,008		
Amžius	1,939	1	1,939	0,212	0,647		
Lytis	3,292	1	3,292	0,361	0,552		
Eksperimentinės sąlygos	120,729	1	120,729	13,221	0,001	0,280	0,209
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,302	1	0,302	0,033	0,857		
Paklaida	374,407	41	9,132				
Bendra suma	1338,000	46					
Koreguota bendra suma	519,826	45					
Adaptacija mokykloje							
Koreguotas modelis	80,389	4	20,097	6,310	0,0001		
Amžius	46,534	1	46,534	14,610	0,0001		
Lytis	0,810	1	0,810	0,254	0,617		
Eksperimentinės sąlygos	12,596	1	12,596	3,955	0,053	0,381	0,321
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,398	1	0,398	0,125	0,725		
Paklaida	130,589	41	3,185				
Bendra suma	399,000	46					
Koreguota bendra suma	210,978	45					
Socialinis nusišalinimas							
Koreguotas modelis	92,080	4	23,020	2,815	0,037		
Amžius	1,006	1	1,006	0,123	0,728		
Lytis	7,185	1	7,185	0,879	0,354		
Eksperimentinės sąlygos	73,706	1	73,706	9,015	0,005	0,215	0,139
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,680	1	0,680	0,083	0,774		
Paklaida	335,225	41	8,176				
Bendra suma	1332,000	46					
Koreguota bendra suma	427,304	45					
Žemas savęs vertinimas							
Koreguotas modelis	36,562	4	9,141	2,903	0,033		
Amžius	0,003	1	0,003	0,001	0,977		
Lytis	1,573	1	1,573	0,500	0,484		
Eksperimentinės sąlygos	31,045	1	31,045	9,860	0,003	0,221	0,145
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,173	1	0,173	0,055	0,816		
Paklaida	129,090	41	3,149				
Bendra suma	366,000	46					
Koreguota bendra suma	165,652	45					
Bendravimo problemos							
Koreguotas modelis	12,663	4	3,166	2,378	0,067	0,188	0,109
Amžius	0,100	1	0,100	0,075	0,785		
Lytis	2,317	1	2,317	1,740	0,194		
Eksperimentinės sąlygos	7,078	1	7,078	5,317	0,026		
Lytis*eksperimentinės sąlygos	3,048	1	3,048	2,289	0,138		
Paklaida	54,582	41	1,331				

Bendra suma	85,011	46						
Koreguota bendra suma	67,245	45						
Somatinės savijautos problemos								
Koreguotas modelis	12,521	4	3,130	1,406	0,249			
Amžius	2,740	1	2,740	1,231	0,274			
Lytis	0,109	1	0,109	0,049	0,826			
Eksperimentinės sąlygos	2,644	1	2,644	1,187	0,282	0,121	0,035	
Lytis*eksperimentinės sąlygos	5,748	1	5,748	2,582	0,116			
Paklaida	91,284	41	2,226					
Bendra suma	108,281	46						
Koreguota bendra suma	103,805	45						
Elgesio-emocinės problemos								
Koreguotas modelis	1995,940	4	498,985	6,131	0,001			
Amžius	250,824	1	250,824	3,082	0,087			
Lytis	4,195	1	4,195	0,052	0,822			
Eksperimentinės sąlygos	1250,634	1	1250,634	15,366	0,0001	0,374	0,313	
Lytis*eksperimentinės sąlygos	6,736	1	6,736	0,083	0,775			
Paklaida	3336,930	41	81,389					
Bendra suma	19038,000	46						
Koreguota bendra suma	5332,870	45						

5 lentelė. **Psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčių palyginimas reabilitacinės ligoninės poveikio (n = 28) ir kontrolinėje (n = 21) grupėse**

	III tipo kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	p	R ²	Koreguotas R ²
Konfliktai su suaugusiais							
Koreguotas modelis	7,774	4	1,944	0,999	0,418		
Amžius	7,113	1	7,113	3,657	0,062		
Lytis	0,033	1	0,033	0,017	0,896		
Eksperimentinės sąlygos	0,048	1	0,048	0,025	0,876	0,083	0,0001
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,055	1	0,055	0,028	0,867		
Paklaida	85,578	44	1,945				
Bendra suma	146,025	49					
Koreguota bendra suma	93,352	48					
Konfliktai su bendraamžiais							
Koreguotas modelis	5,030	4	1,257	0,979	0,429		
Amžius	0,009	1	0,009	0,007	0,935		
Lytis	4,225	1	4,225	3,289	0,077		
Eksperimentinės sąlygos	0,373	1	0,373	0,290	0,593	0,082	-0,002
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,231	1	0,231	0,180	0,674		
Paklaida	56,516	44	1,284				
Bendra suma	107,637	49					
Koreguota bendra suma	61,546	48					
Konfliktai su tėvais							
Koreguotas modelis	3,955	4	0,989	0,301	0,876		
Amžius	0,084	1	0,084	0,026	0,874		
Lytis	3,100	1	3,100	0,943	0,337		
Eksperimentinės sąlygos	1,230	1	1,230	0,374	0,544	0,027	-0,062
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,537	1	0,537	0,163	0,688		
Paklaida	144,592	44	3,286				
Bendra suma	295,030	49					
Koreguota bendra suma	148,547	48					
Mokymosi sunkumai							
Koreguotas modelis	7,836	4	1,959	1,126	0,357		
Amžius	0,000009	1	0,000009	0,0001	0,998		
Lytis	4,640	1	4,640	2,667	0,110		
Eksperimentinės sąlygos	1,330	1	1,330	0,765	0,387	0,093	0,010
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,021	1	0,021	0,012	0,912		
Paklaida	76,573	44	1,740				
Bendra suma	113,940	49					
Koreguota bendra suma	84,408	48					

Sveikatos sunkumai							
Koreguotas modelis	16,371	4	4,093	1,780	0,150		
Amžius	9,712	1	9,712	4,223	0,046		
Lytis	0,188	1	0,188	0,082	0,777		
Eksperimentinės sąlygos	0,394	1	0,394	0,171	0,681	0,139	0,061
Lytis*eksperimentinės sąlygos	5,930	1	5,930	2,579	0,115		
Paklaida	101,179	44	2,300				
Bendra suma	134,504	49					
Koreguota bendra suma	117,551	48					
Bloga nuotaika							
Koreguotas modelis	34,058	4	8,514	0,867	0,491		
Amžius	23,911	1	23,911	2,435	0,126		
Lytis	0,438	1	0,438	0,045	0,834		
Eksperimentinės sąlygos	7,044	1	7,044	0,717	0,402	0,073	-0,011
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,624	1	0,624	0,064	0,802		
Paklaida	432,065	44	9,820				
Bendra suma	1481,000	49					
Koreguota bendra suma	466,122	48					
Neadaptyvus elgesys							
Koreguotas modelis	68,318	4	17,079	5,089	0,002		
Amžius	0,856	1	0,856	0,255	0,616		
Lytis	32,083	1	32,083	9,559	0,003		
Eksperimentinės sąlygos	43,928	1	43,928	13,088	0,001	0,316	0,254
Lytis*eksperimentinės sąlygos	6,857	1	6,857	2,043	0,160		
Paklaida	147,682	44	3,356				
Bendra suma	657,000	49					
Koreguota bendra suma	216,000	48					
Adaptacija mokykloje							
Koreguotas modelis	17,022	4	4,256	1,728	0,161		
Amžius	3,020	1	3,020	1,226	0,274		
Lytis	5,303	1	5,303	2,153	0,149		
Eksperimentinės sąlygos	11,961	1	11,961	4,857	0,033	0,136	0,057
Lytis*eksperimentinės sąlygos	3,700	1	3,700	1,502	0,227		
Paklaida	108,365	44	2,463				
Bendra suma	217,000	49					
Koreguota bendra suma	125,388	48					
Socialinis nusišalinimas							
Koreguotas modelis	70,729	4	17,682	2,485	0,057		
Amžius	0,178	1	0,178	0,025	0,875		
Lytis	40,503	1	40,503	5,692	0,021		
Eksperimentinės sąlygos	38,380	1	38,380	5,393	0,025	0,184	0,110
Lytis*eksperimentinės sąlygos	7,882	1	7,882	1,108	0,298		
Paklaida	313,107	44	7,116				
Bendra suma	953,000	49					
Koreguota bendra suma	383,837	48					
Žemas savęs vertinimas							
Koreguotas modelis	22,311	4	5,578	1,736	0,159		
Amžius	2,857	1	2,857	0,889	0,351		
Lytis	4,633	1	4,633	1,442	0,236		
Eksperimentinės sąlygos	14,377	1	14,377	4,475	0,040	0,136	0,058
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,109	1	0,109	0,034	0,855		
Paklaida	141,362	44	3,213				
Bendra suma	376,000	49					
Koreguota bendra suma	163,673	48					
Bendravimo problemos							
Koreguotas modelis	2,585	4	0,646	0,572	0,685	0,049	-0,037
Amžius	0,063	1	0,063	0,056	0,814		
Lytis	0,522	1	0,522	0,462	0,500		
Eksperimentinės sąlygos	1,588	1	1,588	1,404	0,242		
Lytis*eksperimentinės sąlygos	0,157	1	0,157	0,139	0,711		
Paklaida	49,750	44	1,131				
Bendra suma	187,403	49					

Koreguota bendra suma	52,335	48						
Somatinės savijautos problemos								
Koreguotas modelis	5,215	4	1,304	1,069	0,383			
Amžius	0,680	1	0,680	0,558	0,459			
Lytis	0,326	1	0,326	0,267	0,608			
Eksperimentinės sąlygos	3,588	1	3,588	2,942	0,093	0,089		0,006
Lytis*eksperimentinės sąlygos	2,314	1	2,314	1,897	0,175			
Paklaida	53,657	44	1,219					
Bendra suma	103,716	49						
Koreguota bendra suma	58,872	48						
Elgesio-emocinės problemos								
Koreguotas modelis	714,233	4	178,558	2,925	0,031			
Amžius	0,013	1	0,013	0,0001	0,988			
Lytis	250,322	1	250,322	4,101	0,049			
Eksperimentinės sąlygos	516,527	1	516,527	8,463	0,006	0,210		0,138
Lytis*eksperimentinės sąlygos	71,733	1	71,733	1,175	0,284			
Paklaida	2685,604	44	61,036					
Bendra suma	13572,000	49						
Koreguota bendra suma	3399,837	48						

6 lentelė. Problemos sprendimo progresą prognozuojančių veiksnių analizė

Modelio tinkamumo duomenims analizė

	Chi-kvadratas	Laisvės laipsniai	p
Pearson	34,550	38	0,630
Deviance	27,848	38	0,887

Pseudo R²

	Chi-kvadratas
Cox and Snell	0,42
Nagelkerke	0,63
McFadden	0,50

Problemos sprendimo progresą prognozuojantys veiksniai

	Įvertis	Standartinė paklaida	Wald	p	Patikimumo intervalas		
					Apatinė riba	Viršutinė riba	
Priklausomas kintamasis	Problemos sprendimo progresas	-3,51	5,18	0,46	0,50	-13,65	6,64
Prognostiniai veiksniai	Bendravimo problemų laipsnis prieš poveikį	-2,40	1,56	2,37	0,12	-5,45	0,66
	Somatinės savijautos problemų laipsnis prieš poveikį	1,04	0,807	1,668	0,20	-0,54	2,63
	Elgesio-emocinių problemų laipsnis prieš poveikį	4,44	2,621	2,868	0,09	-0,70	9,58
	Motyvacija spręsti problemą	1,32	0,616	4,582	0,03	0,11	2,53
	Amžius	-0,62	0,384	2,570	0,11	-1,37	0,14
	Lytis (vyriška)	7,62	3,742	4,145	0,04	0,28	14,95
	Lytis (moteriška)	-	-	-	-	-	-
	Šeimos statusas (gyvena su abiem tėvais)	-2,61	1,921	1,839	0,18	-6,37	1,16
	Šeimos statusas (gyvena su vienu iš tėvų ar globėjais)	-	-	-	-	-	-
	Sveikatos sutrikimo pobūdis (psichikos sutrikimas)	-6,88	4,630	2,207	0,14	-15,95	2,20
	Sveikatos sutrikimo pobūdis (somatinis sutrikimas)	-	-	-	-	-	-
	Psichotropinių vaistų vartojimas (nevartoja)	7,19	4,625	2,419	0,12		

Psichotropinių vaistų vartojimas (vartoja)	-	-	-	-	-	-
Gydymosi įstaigos pobūdis (PPSPC)	-1,63	2,091	0,606	0,44	-5,73	2,47
Gydymosi įstaigos pobūdis (reabilitacinė ligoninė)	-	-	-	-	-	-
Problemos pobūdis (tarpasmeninių santykių problema)	-5,43	2,293	5,615	0,02	-9,93	-0,94
Problemos pobūdis (elgesio problema)	-4,51	4,312	1,096	0,30	-12,97	3,94
Problemos pobūdis (emocinė problema)	-	-	-	-	-	-

7 lentelė. *SSTK* metu įvykusius sveikatos sutrikimų turinčių paauglių psichologinio funkcionavimo problemų laipsnio pokyčius lemiančių veiksnių analizės rezultatai

	III tipo kvadratų suma	df	Vidurkio kvadratas	F	p	R ²	Koreguotas R ²
Bendravimo problemos							
Koreguotas modelis	49,864	22	2,267	1,811	0,063		
Lytis	0,014	1	0,014	0,011	0,916		
Gydymo įstaigos pobūdis	10,473	1	10,473	8,370	0,007		
Problemos sprendimo progreso laipsnis	8,039	1	8,039	6,424	0,017		
Šeimos statusas	2,730	1	2,730	2,182	0,150		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	3,538	1	3,538	2,827	0,103		
Psichotropinių vaistų vartojimas	9,469	1	9,469	7,568	0,010		
Sprendžiamos problemos pobūdis	1,143	2	0,571	0,457	0,638		
Amžius	0,803	1	0,803	0,642	0,429		
Motyvacija spręsti problemą	1,200	1	1,200	0,959	0,335		
Lytis*gydymo įstaigos pobūdis	0,0002	1	0,0002	0,001	0,989		
Lytis*problemos sprendimo progresas	5,718	1	5,718	4,570	0,041		
Lytis*šeimos statusas	1,335	1	1,335	1,067	0,310		
Lytis*sveikatos sutrikimo pobūdis	0,084	1	0,084	0,067	0,797		
Lytis*psichotropinių vaistų vartojimas	0,011	1	0,011	0,009	0,926	0,562	0,252
Gydymo įstaigos pobūdis*problemos sprendimo progresas	2,178	1	2,178	1,741	0,197		
Gydymo įstaigos pobūdis*šeimos statusas	0,085	1	0,085	0,068	0,797		
Problemos sprendimo progreso laipsnis*šeimos statusas	1,484	1	1,484	1,186	0,284		
Problemos sprendimo progresas*sveikatos sutrik. pobūdis	3,439	1	3,439	2,748	0,107		
Problemos sprendimo progresas*psichotropinių vaistų vart.	9,530	1	9,530	7,616	0,010		
Šeimos statusas*sveikatos sutrikimo pobūdis	0,186	1	0,186	0,148	0,703		
Šeimos statusas*psichotropinių vaistų vartojimas	1,184	1	1,184	0,947	0,338		
Paklaida	38,790	31	1,251				
Bendra suma	159,151	54					
Koreguota bendra suma	88,655	53					
Somatinės savijautos problemos							
Koreguotas modelis	48,745	22	2,216	1,541	0,132	0,522	0,183
Lytis	2,565	1	2,565	1,784	0,191		
Gydymo įstaigos pobūdis	0,404	1	0,404	0,281	0,600		
Problemos sprendimo progreso laipsnis	4,443	1	4,443	3,090	0,089		
Šeimos statusas	0,0002	1	0,0002	0,000	0,990		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	0,089	1	0,089	0,062	0,805		
Psichotropinių vaistų vartojimas	2,418	1	2,418	1,682	0,204		
Sprendžiamos problemos pobūdis	2,570	2	1,285	0,894	0,419		
Amžius	1,182	1	1,182	0,822	0,372		
Motyvacija spręsti problemą	0,002	1	0,002	0,001	0,972		
Lytis*gydymo įstaigos pobūdis	0,465	1	0,465	0,323	0,574		
Lytis*problemos sprendimo progresas	12,599	1	12,599	8,763	0,006		
Lytis*šeimos statusas	5,511	1	5,511	3,833	0,059		
Lytis*sveikatos sutrikimo pobūdis	0,008	1	0,008	0,005	0,941		
Lytis*psichotropinių vaistų vartojimas	0,300	1	0,300	0,209	0,651		

Gydymo įstaigos pobūdis*problemos sprendimo progresas	1,623	1	1,623	1,129	0,296		
Gydymo įstaigos pobūdis*šeimos statusas	3,898	1	3,898	2,711	0,110		
Problemos sprendimo progreso laipsnis*šeimos statusas	0,280	1	0,280	0,195	0,662		
Problemos sprendimo progresas*sveikatos sutrik. pobūdis	3,051	1	3,051	2,122	0,155		
Problemos sprendimo progresas*psichotropinių vaistų vart.	1,514	1	1,514	1,053	0,313		
Šeimos statusas*sveikatos sutrikimo pobūdis	0,426	1	0,426	0,296	0,590		
Šeimos statusas*psichotropinių vaistų vartojimas	0,197	1	0,197	0,137	0,714		
Paklaida	44,569	31	1,438				
Bendra suma	119,718	54					
Koreguota bendra suma	93,314	53					
Elgesio-emocinės problemos							
Koreguotas modelis	2001,267	22	90,967	1,048	0,449		
Lytis	5,961	1	5,961	0,069	0,795		
Gydymo įstaigos pobūdis	40,433	1	40,433	0,466	0,501		
Problemos sprendimo progreso laipsnis	6,554	1	6,554	0,076	0,786		
Šeimos statusas	122,797	1	122,797	1,415	0,245		
Sveikatos sutrikimo pobūdis	1,650	1	1,650	0,019	0,891		
Psichotropinių vaistų vartojimas	5,680	1	5,680	0,065	0,800		
Sprendžiamos problemos pobūdis	2,745	2	1,373	0,016	0,984		
Amžius	470,637	1	470,637	5,423	0,028		
Motyvacija spręsti problemą	30,379	1	30,379	0,350	0,559		
Lytis*gydymo įstaigos pobūdis	38,763	1	38,763	0,447	0,510		
Lytis*problemos sprendimo progresas	1,081	1	1,081	0,012	0,912		
Lytis*šeimos statusas	229,374	1	229,374	2,643	0,116		
Lytis*sveikatos sutrikimo pobūdis	10,132	1	10,132	0,117	0,735		
Lytis*psichotropinių vaistų vartojimas	146,324	1	146,324	1,686	0,205	0,461	0,021
Gydymo įstaigos pobūdis*problemos sprendimo progresas	0,503	1	0,503	0,006	0,940		
Gydymo įstaigos pobūdis*šeimos statusas	3,228	1	3,228	0,037	0,849		
Problemos sprendimo progreso laipsnis*šeimos statusas	3,096	1	3,096	0,036	0,852		
Problemos sprendimo progresas*sveikatos sutrik. pobūdis	62,562	1	62,562	0,721	0,403		
Problemos sprendimo progresas*psichotropinių vaistų vart.	13,432	1	13,432	0,155	0,697		
Šeimos statusas*sveikatos sutrikimo pobūdis	216,365	1	216,365	2,493	0,126		
Šeimos statusas*psichotropinių vaistų vartojimas	391,142	1	391,142	4,507	0,043		
Paklaida	2343,213	27	86,786				
Bendra suma	23396,00	50					
Koreguota bendra suma	4344,480	49					

Rytis Pakrošnis

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE GYDOMŲ
PAAUGLIŲ PSICHOLOGINIO FUNKCIONAVIMO
PROBLEMŲ KITIMAS Į SPRENDIMUS SUTELKTO
TRUMPALAIKIO KONSULTAVIMO METU**

Daktaro disertacija

Išleido ir spausdino – Vytauto Didžiojo universiteto leidykla
(S. Daukanto g. 27, LT-44249 Kaunas)
Užsakymo Nr. 36. Tiražas 15 egz. 2008 04 16.
Nemokamai.