

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Simona Burlėgaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Kompleksinio potrauminio streso, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir
savižudybės rizikos sąsajos**

Darbo vadovė: dr. Odeta Geleželytė

Vilnius
2023

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS.....	8
1.1. Kompleksinio potrauminio streso samprata	8
1.2. Kompleksinio potrauminio streso paplitimas ir rizikos veiksniai	9
1.3. Ribinio asmenybės sutrikimo samprata.....	11
1.4. Ribinio asmenybės sutrikimo rizikos veiksniai	13
1.5. KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų diferencinė diagnostika.....	15
1.6. Savižudybės rizikos ir savižudiško elgesio samprata.....	17
1.7. KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos	20
1.7.1. KPTSS simptomų ir suicidiškumo sąsajos	20
1.7.2. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos	21
1.8. Tyrimo problema ir aktualumas	23
1.9. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	25
2. TYRIMO METODIKA.....	26
2.1. Tyrimo dalyviai	26
2.2. Tyrimo eiga	27
2.3. Tyrimo instrumentai	28
2.4. Duomenų analizė	31
3. REZULTATAI.....	33
3.1. TLK-11 KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomai ir suicidiškumas tiriamoje imtyje	33
3.2. Sociodemografinių veiksnių sąsajos su TLK-11 KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomais ir suicidiškumu	34
3.3. KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos	36
3.4. Savižudybės rizikos prognostiniai veiksniai	39
4. REZULTATŲ APTARIMAS	41
4.1. TLK-11 KPTSS ir savižudybės rizikos paplitimas imtyje	41
4.2. Sociodemografinių veiksnių, KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų bei suicidiškumo sąsajų analizė	43
4.3. KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajų analizė.....	46

4.4. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės	49
4.5. Praktinės rekomendacijos	51
IŠVADOS	53
LITERATŪRA	54
1 PRIEDAS	70

SANTRAUKA

Potrauminio streso sutrikimas laikomas vienu iš reikšmingų savižudybės rizikos veiksnių (Fox et al., 2021). Tokie mokslinių tyrimų rezultatai skatina atkreipti dėmesį į mažiau tyrinėtą naujai į TLK-11 įtrauktą kompleksinį potrauminį streso sutrikimą (KPTSS) bei jo sąsajas su suicidiškumu. Svarstant klausimus dėl KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo (rAS) simptomų persidengimo, manoma, jog savižudybės rizika gali būti vienu iš diferencinės diagnostikos veiksnių (Hyland et al., 2019), tačiau tokių tyrimų dar labai trūksta. Šiuo magistro darbu siekiama įvertinti, kaip savižudybės rizika siejasi su kompleksinio potrauminio streso ir rAS simptomais. Tyrime dalyvavo 105 suaugusieji, iš jų 78,1 % moterys (amžius: $M = 33,05$, $SD = 10,40$), gyvenime patyrę bent vieną trauminį įvykį. KPTSS simptomų rizikai įvertinti naudotas Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ; Cloitre et al., 2018), rAS simptomų išreikštumui matuoti pasitelkta Ribinio tipo skalė (BPS; Olmanna & Widiger, 2019), o savižudybės rizikai – Savižudiško elgesio klausimynas-Revizuotas (SBQ-R; Osman et al., 2001). Nustatyta, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, pateko ir į savižudybės rizikos grupę, o rAS simptomai (tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai ir neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos) prognozavo savižudybės riziką. Tyrimo rezultatai rodo, kad savižudybės rizikos vertinimas ir valdymas yra svarbi pagalbos trauminės patirtis patyrusiems žmonėms, kuriems pasireiškia KPTSS ir rAS simptomai, dalis.

Raktiniai žodžiai: kompleksinis potrauminis stresas, ribinis asmenybės sutrikimas, savižudybės rizika, savižudiškas elgesys

SUMMARY

Post-traumatic stress disorder is a significant risk factor for suicide (Fox et al., 2021). Such research findings emphasize the less studied complex post-traumatic stress disorder (CPTSD), newly included in ICD-11, and its association with suicide risk. When considering the overlap between CPTSD and borderline personality disorder (BPD) symptoms, it is suggested that suicide risk may be an important differential diagnostic factor (Hyland et al., 2019), but there is a significant lack of such studies. The aim of the Master's thesis is to evaluate how suicide risk relates to CPTSD and BPD symptoms. The study sample comprised 105 adults with a history of traumatic experiences (age: $M = 33,05$, $SD = 10,40$; 78,1 % female). Research methods: the International Trauma Questionnaire (ITQ) (Cloitre et al., 2018), the Borderline Pattern Scale (BPS) (Oltmanns & Widiger, 2019), the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) (Osman et al., 2001). It was found that 53,6 % of participants in the CPTSD risk group had higher levels of suicidality, and BPD symptoms (maladaptive interpersonal functioning and regulation strategies) predicted suicide risk. Study findings suggest that suicide risk assessment and management should be an important component of interventions for people with CPTSD and BPD.

Keywords: complex post-traumatic stress disorder, borderline personality disorder, suicide risk, suicidal behavior

PRATARMĖ

Daugumos atliktų epidemiologinių tyrimų rezultatai atspindi didelį trauminių patirčių paplitimą tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse. Šių tyrimų išvados, iš tiesų, gali neraminti, kadangi tai reiškia, kad potencialiai traumuojančios patirtys žmonių gyvenime nėra retas reiškinys. Naujausiame Lietuvos bendrosios populiacijos imties tyrime rasta, jog 81,4 % respondentų nurodė, jog per visą savo gyvenimą yra patyrę bent vieną trauminių įvykių (Kvedaraite et al., 2022). Peržvelgus užsienio šalių duomenis, Benjet ir kolegų (2016) tyrimo, kuriame dalyvavo asmenys iš 24 šalių, duomenys rodo, jog 70 % respondentų per gyvenimą yra susidūrę su bent vienu potencialiai traumuojančiu įvykiu, o 30,5 % asmenų – su keturiais ir daugiau. Tyrimai vakarų Europos šalyse rodo, jog trauminių patirčių paplitimas gali varijuoti nuo 21 % iki 71,1 % (Knipscheer et al., 2020; Maercker et al., 2018).

Šių psichotraumatologijos tyrimų skleidžiamos mokslinės žinios padeda ne tik atkreipti dėmesį į ženklių trauminių patirčių paplitimą, tačiau skatina suprasti asmenų reakcijas į trauminius įvykius. Būtent trauminės patirtys išsiskiria nuo asmens gyvenimo sunkumų ir stresorių, kadangi tai yra įvykiai, išeinantys už kasdienės žmogaus patirties ribų (Gailienė, 2015), kurie gali trikdyti įprastą žmogaus funkcionavimą ir adaptaciją. Tad nors daliai žmonių pavyksta susitvarkyti su trauminių patirčių sukeltais psichologiniais, fiziologiniais ir socialiniais sunkumais, tačiau kitiems asmenims psichologinio traumavimo pasekmės gali būti itin trikdančios, o laiku nesuteikus tinkamos psichologinės pagalbos, gali pasireikšti ir rimtų sveikatos sutrikimų, vieni iš jų – potrauminio streso sutrikimai.

Remiantis šių dienų žiniomis apie potrauminio streso sutrikimus, 2018 m. Pasaulio sveikatos organizacija paskelbė atnaujintą Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ąją versiją (TLK-11) (World Health Organization, 2018), kurioje yra suformuotas naujas „Specifiškai su stresu susijusių sutrikimų“ skyrius. Šiame skyriuje greta potrauminio streso sutrikimo (PTSS) įtraukta ir nauja kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) diagnozė. TLK-11 versija dar nėra įsigaliojusi Lietuvos sveikatos sistemoje ir tyrėjai dar negali daryti išvadų apie KPTSS atpažinimą šalies sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau duomenų apie diagnozuojamus PTSS atvejus, kurie paremti galiojančiu Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos 10-uoju pataisytu ir papildytu leidimu (Australijos modifikacija, TLK-10-AM, 2010) galima rasti. Kazlausko ir kolegų tyrimas (2017), kuris paremtas oficialiais 2014-2015 metų nacionalinio sveikatos registro duomenimis, atskleidė, kad TLK-10 PTSS Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje diagnozuojamas apie 0,02 % bendros populiacijos, o tai yra 50 kartų rečiau lyginant su diagnozės paplitimo rodikliais Europoje. Keliamą prielaidą, kad KPTSS gali būti dar rečiau atpažįstamas sveikatos priežiūros specialistų. Taigi, iki TLK-11 versijos įsigaliojimo Lietuvos sveikatos

sistema turi būti tinkamai pasiruošusi atpažinti TLK-11 PTSS ir KPTSS simptomus (Geleželytė, 2022), todėl moksliniai tyrimai apie potrauminius streso sutrikimus yra itin reikšmingi savo aktualumu.

Aktualu ir tai, kad KPTSS įtraukimas į TLK-11 sukėlė daug diskusijų apie jo ryšį su kitais psichikos sveikatos sunkumais, tokiais kaip ribinis asmenybės sutrikimas. Šiuo atveju tyrėjams kyla nemažai klausimų apie KPTSS simptomų panašumą į ribinį asmenybės sutrikimą; vis dėlto įvairiuose tyrimuose išryškunami šių konstrukto skirtumai (Ford & Courtois, 2021; Krause-Utz, 2021).

Savižudybės rizika yra vienas iš reikšmingų kintamųjų, kuris galbūt galėtų padėti diferencijuoti KPTSS ir ribinį asmenybės sutrikimą. Manoma, kad savižudiškas elgesys yra esminis ribinio asmenybės sutrikimo, o ne KPTSS simptomas (Frost et al., 2020b), bei KPTSS turinčių žmonių savižudybės rizika gali būti mažesnė nei ribinio asmenybės sutrikimo atveju (Maercker, 2021). Vis dėlto kol kas labiau keliamos prielaidos, o tai patvirtinančių mokslinių tyrimų dar labai trūksta. Pirmųjų empirinių tyrimų rezultatai rodo, kad asmenys, kuriems nustatomas KPTSS, dažnai nurodo ir ankstesnius bandymus žudyti (Gelezelyte et al., 2022a), o tai skleidžia svarbią žinią, kad pasireiškus KPTSS simptomams svarbu nenuvertinti ir galimos savižudybės rizikos. Vis dėlto trūksta tyrimų, kuriuose kartu būtų analizuojamos sąsajos tarp suicidiškumo ir TLK-11 KPTSS bei ribinio asmenybės sutrikimo simptomų. Mokslinės žinios padėtų geriau suprasti savižudybės rizikos pasireiškimo specifiką tiek KPTSS, tiek ribinio asmenybės sutrikimo atveju.

1. ĮVADAS

1.1. Kompleksinio potrauminio streso samprata

Kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) pirmą kartą buvo įtrauktas kaip nauja, atskira diagnozė į Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos atnaujintą 11-ąją versiją (TLK-11) (World Health Organization, 2018). Šioje versijoje apibrėžiama, kad KPTSS gali pasireikšti asmeniui po ilgalaikių ar pasikartojančių trauminių įvykių, iš kurių ištrūkti buvo sunku ar neįmanoma. Oficialus šio sutrikimo apibrėžimas kuria prielaidas geresniam su kompleksinėmis traumavimo pasekmėmis susijusių psichologinių sunkumų atpažinimui (Geležėlytė, 2022).

Tam, kad būtų nustatyta KPTSS diagnozė, turi būti patvirtinti visi potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomų kriterijai, bei stipriai ir pastoviai pasireikšti sutrikusios asmenybės organizacijos (toliau – AOS) simptomai (angl. *disturbance in self-organization*, DSO). Pagal TLK-11, PTSS simptomų grupę sudaro:

- **Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje**, pasireiškiantis ryškiais įkyriais prisiminimais, prisiminimų blyksniais arba košmarais. Tai reiškia, kad asmuo jaučiasi lyg vėl išgyventų trauminę patirtį „čia ir dabar“. Pasikartojantys išgyvenimai gali būti patiriami kontinuume nuo silpnų (trumpalaikio jausmo, kad įvykis vėl kartojasi dabartyje, tačiau kontaktas su aplinka išlaikomas) iki stiprių (visiškai prarandamas aplinkos suvokimas). Pakartotinis trauminių patirčių išgyvenimas dabartyje gali pasireikšti ir apimančiomis intensyviomis trauminio įvykio metu išgyventomis emocijomis, kai asmuo susiduria su trauminės patirtis primenančiomis užuominomis.
- **Vengimo simptomai** pasireiškia intensyviu su trauminėmis patirtimis susijusių minčių, jausmų ar prisiminimų vengimu arba aktyviomis pastangomis bandant jų išvengti. Taip pat gali būti vengiama žmonių, vietų, situacijų ar veiklų, kurios primintų trauminės patirtis.
- **Nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas** apima padidintą budrumą arba stiprias išgąščio reakcijas į įvairius stimulus. Žmogus gali nuolat saugoti save, baimintis galimo pavojaus specifinėse situacijose ar bendrai – kasdienybėje. Jei šie simptomai stipriau išreikšti, žmogus gali perdėtai rūpintis savo ar kitų saugumu, turėti tam tikrus saugumo ritualus.

Taip pat tam, kad šis kriterijus būtų patvirtintas, PTSS simptomai turėtų reikšmingai sutrikdyti asmens funkcionavimą asmeninėje, šeimos, socialinėje, mokymosi, profesinėje ar kitoje svarbioje srityje.

AOS simptomų grupė apima:

- **Emocijų reguliacijos sunkumus**, kurie gali pasireikšti padidėjusiomis emocinėmis reakcijomis bei sunkumais nusiraminti reaguojant į nedidelius stresorius arba disociacija bei emocinė nejautra, negebėjimu patirti malonumo ar teigiamų emocijų.
- **Su trauminėmis patirtimis susiję įsitikinimai, kad asmuo yra sužlugdytas, nugalėtas, nevertingas.** Šiuos įsitikinimus dažnai lydi gilūs ir pastovūs gėdos bei kaltės jausmai ar nesėkmės jausmas, susijęs su trauminėmis patirtimis. Šie simptomai turi pasireikšti asmeniui bent didžiąją laiko dalį ir daugelyje gyvenimo sričių.
- **Sunkumai palaikant santykius arba jaučiantis emociškai artimu su kitais žmonėmis.** Sutrikdytų santykių simptomai turėtų atspindėti asmens patiriamus sunkumus palaikant santykius bei jaučiant artumą su kitais. Taip pat asmuo gali bendrai nuolat vengti, mažai domėtis santykiniais ir socialiniu įsitraukimu.

Galiausiai, norint nustatyti KPTSS diagnozę, minėti AOS simptomai turėtų taip pat reikšmingai trikdyti funkcionavimą žmogaus asmeninėje, šeimos, socialinėje, profesinėje ar kitoje svarbioje srityje.

1.2. Kompleksinio potrauminio streso paplitimas ir rizikos veiksniai

Nors TLK-11 versija dar nėra įsigaliojusi Lietuvos sveikatos sistemoje, moksliniuose tyimuose jau buvo vertintas KPTSS rizikos paplitimas įvairiose imtyse. Pavyzdžiui, KPTSS rizikos paplitimas Lietuvos bendrosios populiacijos imtyje – 1,8 % (Kvedaraite et al., 2022), o mažesnėse trauminės patirties patyrusių asmenų imtyse rastas 21,4 % (Gelezelyte et al., 2022a) ir 37,3 % (Kairyte et al., 2022) KPTSS paplitimas. Klinikinėse imtyse paplitimas randamas kiek didesnis iki 10 % (Kvedaraite et al., 2021). Taigi galima teigti, kad KPTSS rizika yra paplitusi, o žvelgiant į Lietuvos kontekstą, anot Kvedaraitės ir kolegų (2021), ryškus paplitimas matomas tarp šalies psichikos sveikatos pacientų, todėl labai svarbu atpažinti su stresu susijusius simptomus ir jų rizikos veiksniai klinikinėje aplinkoje.

Siekiant geriau atpažinti KPTSS, verta analizuoti rizikos veiksniai, kurie susiję su šio sutrikimo vystymusi. Visų pirma, mokslinėje literatūroje dėmesys skiriamas trauminėms patirtims, o specifiskai – tarpasmeninio tipo trauminėms įvykiams, kai kančia yra sukeliama kitų žmonių, turinčių psichologinę ir fizinę kontrolę nukentėjusiojo atžvilgiu, pavyzdžiui fizinis smurtas, ginkluotas užpuolimas, seksualinis smurtas, kitas nenorimas seksualinis patyrimas, dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje, nelaisvė, sunkus sužeidimas, žala ar mirtis, sukelta kitam asmeniui (Palic et al., 2016; Hyland et al., 2019). Karatzias ir kolegos (2019) teigia, jog tarpasmeninio tipo trauminės patirtys tiek vaikystėje, tiek suaugusiame amžiuje yra susijusios su KPTSS rizika. Tiek klinikinėse, tiek bendrosios populiacijos imtyse vaikystėje

patirtos pakartotinės tarpasmeninio tipo trauminės patirtys stipriau susijusios su KPTSS nei su PTSS (Karatzias et al., 2018a). Seksualinis smurtas, ypatingai patirtas vaikystėje, išsiskiria kaip rizikos veiksnys, turintis stiprias sąsajas su KPTSS (Hyland et al., 2017a; Karatzias et al., 2018a), taip pat ryšiai randami su fiziniu smurtu vaikystėje ar suaugusiame amžiuje (Karatzias et al., 2018a). Cloitre ir kolegos (2019), remdamiesi gautais duomenimis, patikslina, jog seksualinis, fizinis smurtas, patirtas vaikystėje iš globėjų, yra susijęs su KPTSS rizika, o ne iš globėjų patirtas seksualinis smurtas ir pagrobimas labiau siejosi su PTSS rizika. Taip pat pastarieji autoriai patvirtina, kad vaikystėje patirtų trauminių įvykių skaičius – 4 ir daugiau patirčių – stipriai susijęs su KPTSS rizika. Pakartotinių trauminių patirčių vaikystėje ryšį su KPTSS rizika patvirtina ir kitų autorių tyrimai (Karatzias et al., 2016; Karatzias et al., 2017; Maercker et al., 2018).

Vis dėlto, pakartotinis traumavimas nėra būtina sąlyga KPTSS rizikai vystytis. Anot Cloitre (2020), asmenims, patyrusiems vienkartinį traumuojančią įvykį, taip pat gali išsivystyti KPTSS. Tad aplinkos veiksniai, tokie kaip socialinės paramos trūkumas, yra taip pat reikšmingi KPTSS rizikos veiksniai. Anot Simon ir kolegų (2019), atliktame tyrime socialinės paramos trūkumas buvo stipriau susijęs su KPTSS simptomais nei PTSS. Būtent trauminės patirties atskleidimas ir artimiausių draugų bei šeimos narių parama gali sušvelninti trauminės patirties padarinius, o tai savo ruožtu gali sumažinti KPTSS išsivystymo riziką (Kvedaraite et al., 2021).

Kiti KPTSS rizikos veiksniai į kuriuos gali būti reikšminga atsižvelgti – sociodemografinės charakteristikos kaip lytis ir amžius. Analizuojant KPTSS simptomų ir lyties sąsajas, yra tyrimų, kurie patvirtina, kad moterys daugiau nei 2 kartus linkusios atitikti PTSS ir KPTSS kriterijus lyginant su vyrais (Cloitre et al., 2019; Karatzias et al., 2018a; Karatzias et al., 2019). Nėra vienareikšmiškų atsakymų dėl kokių priežasčių vyrauja PTSS ir KPTSS skirtumai tarp lyčių, tačiau keleto tyrimų rezultatai rodo, kad lytinių ir kitų (pavyzdžiui, kortizolio) hormonų, pagumburio-hipofizės-antinksčių (HPA) ašies bei autonominės nervų sistemos atsakas į ūmų psichosocialinį stresą gali skirtis tarp lyčių (Kajantie & Phillips, 2006), o šie biologiniai rizikos veiksniai gali reikšmingai sietis su PTSS vystymusi (Lehner et al., 2021). Taip pat didesnę PTSS riziką moterims gali lemti ir tokie veiksniai kaip patirtų traumų pobūdis (pavyzdžiui, seksualinio smurto patirtis), jaunesnis amžius, kai buvo patirtas traumuojančias įvykis, didesnis grėsmės ir kontrolės jausmo praradimo suvokimas, aukštesnis peritrauminės disociacijos lygis, nepakankamos socialinės paramos ištekliai ir kiti veiksniai (Olf et al., 2007). Be to atsižvelgiant į amžiaus ir KPTSS sąsajas, yra įrodymų, kad PTSS simptomai siejasi su jaunesniu amžiumi (McGinty et al., 2021). Tai aiškinama, jog būtent vyresnis amžius siejamas su geresniais emocijų reguliacijos gebėjimais, dažniau naudojamomis adaptyviomis problemų sprendimo strategijomis dorojantis su

stresinėmis ir nepalankiomis gyvenimo situacijomis, o tai savo ruožtu gali prisidėti prie didesnio psichologinio atsparumo (Gooding et al., 2012; MacLeod et al., 2016). KPTSS atveju yra randama, kad jaunesnis amžius gali būti reikšmingas kintamasis (Karatzias et al., 2019), tačiau KPTSS ir amžiaus sąsajos dar vis iki šiol nėra aiškios (McGinty et al., 2021).

Taigi trauminės patirties tipas nėra vienintelis KPTSS rizikos veiksnys, dėl to svarbu analizuoti įvairius KPTSS rizikos veiksnius bei jų sąveikas su apsauginiais veiksniais, ryšius su sociodemografinėmis charakteristikomis, o tokie tyrimai suteiktų gilesnių mokslinių žinių psichikos sveikatos specialistams klinikinėje praktikoje apie KPTSS specifiką.

1.3. Ribinio asmenybės sutrikimo samprata

Siekiant apibrėžti ribinį asmenybės sutrikimą, visų pirma, būtina paminėti reikšmingai pasikeitusią asmenybės sutrikimo sampratą, kuri pristatyta taip pat TLK-11 versijoje (World Health Organization, 2018). Šie pokyčiai žymi žingsnį pereinant nuo kategorinio link dimensinio požiūrio aiškinant asmenybės patologiją (Barkauskienė & Gaudiešiūtė, 2021). TLK-11 klasifikacijoje nebelieka asmenybės sutrikimų kategorijų, įtraukiamas bendrasis asmenybės sutrikimo sunkumo kriterijus, kur pirmiausia vertinamas asmenybės funkcionavimo sutrikdymas (savasties ir tarpasmeninėje srityse), o antrame žingsnyje – asmenybės bruožai, nurodantys specifinę sutrikimo raišką (Barkauskienė & Gaudiešiūtė, 2021). Vienas iš pasirinkimų, apibūdinančių asmenybės sutrikimo raišką – ribinis tipas (angl. *borderline pattern*), kuris apima jau ankstesnėse klasifikacijose apibrėžtus ribinio asmenybės sutrikimo kriterijus (Oltmanns & Widiger, 2019; Bohus et al., 2021). Žemiau įvardinami TLK-11 ribinio asmenybės sutrikimo simptomai (World Health Organization, 2018).

Ryškus tarpasmeninių santykių, savęs vaizdo ir afektų nestabilumo modelis (angl. *pattern*), pasižymintis impulsyvumu bei kitais ne mažiau nei penkiais simptomais, reikalingais diagnozei patvirtinti:

1. Didelės, besaikės pastangos išvengti tikro ar įsivaizduojamo palikimo/išsiskyrimo.
2. Įtempti ir nestabilūs tarpasmeniniai santykiai, kuriuose ryškus kraštutinis nuvertinimas ir kraštutinis idealizavimas, paprastai siejamas su stipriu artumo ir intymumo troškimu ir baime.
3. Sutrikęs tapatumas, pasireiškiantis ryškiu ir nuolatiniu savęs vaizdo ar savęs jausmo nestabilumu.

4. Impulsyvumas esant stipriam neigiamam afektui, kuris yra potencialiai save žalojantis (pasireiškia tokiais veiksmais kaip rizikingas seksualinis elgesys, neatsargus vairavimas, nesaikingas alkoholio ar psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, besaikis valgymas).
5. Pasikartojantys savižalos epizodai (bandymai ar grasinimai nusižudyti arba savęs žalojimas).
6. Emocinis nestabilumas dėl ryškaus nuotaikos reaktyvumo, smarkūs nuotaikos pokyčiai, kuriuos gali sukelti vidiniai (pavyzdžiui, mintys) arba išoriniai įvykiai. Dėl to asmuo patiria intensyvias disforines nuotaikos būsenas, kurios paprastai trunka keletą valandų, bet gali trukti ir iki kelių dienų.
7. Nuolatinis tuštumos jausmas.
8. Nederamas, intensyvus pyktis ar pykčio kontrolės sunkumai.
9. Laikini disociaciniai simptomai arba į psichozę panašūs požymiai (pavyzdžiui, trumpos haliucinacijos, paranoja) didelio emocinio susijaudinimo situacijose.

Priimant diagnostinius sprendimus, ši ribinio tipo kategorija, pasižyminti tarpasmeniniu jautrumu, emocijų reguliacijos sunkumais, impulsyvumu, kognityviniais ir savasties sutrikimais, turi būti naudojama kartu su asmenybės sutrikimo kategorija (sunkumas: lengvas, vidutinis, sunkus) arba asmenybės sutrikimo sunkumu (angl. *personality difficulty*).

Svarbu aptarti, ribinio asmenybės sutrikimo specifiką, t.y. kokie simptomai, padeda atskirti šį sutrikimą nuo kitų psichikos sveikatos problemų. Anot Gunderson (2007), tarpasmeninio funkcionavimo sutrikdymai yra laikomi vienu iš pagrindinių simptomų, kurie gali diferencijuoti ribinį asmenybės sutrikimą. Šis simptomas yra susijęs su nesaugaus prierašumo stiliais, mentalizacijos nepakankamumu, padidėjusiu jautrumu tarpasmeniniams stresoriams, tokiems kaip atstūmimas, palikimo/išsiskyrimo baimė, vienišumo netoleravimas, bei su aplinkos veiksniais, pavyzdžiui, nepalankios vaikystės patirtys šeimoje (smurtas ir nepriežiūra) (Gunderson, 2007; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Visa tai leidžia nuodugniau suprasti asmenų, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, bendro funkcionavimo sutrikdymus. Nors Sharp (2016) labiau išryškina kitus ribinio asmenybės sutrikimo simptomus: nederamą, intensyvią pyktį, emocinį nestabilumą, savižudišką elgesį, impulsyvumą, tačiau ji teigia, kad pastarieji būtent sustiprėja ar atsiskleidžia tarpasmeniniame kontekste. Be to savasties funkcionavimo sutrikdymai taip pat laikomi reikšmingu kriterijumi, kuris atsispindi asmenų, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, nestabiliuose santykiuose, išgyvenant nuolatinės tuštumos ir palikimo/išsiskyrimo baimės jausmus (Sharp, 2016).

1.4. Ribinio asmenybės sutrikimo rizikos veiksniai

Norint nuodugniau suprasti ribinį asmenybės sutrikimą, svarbu analizuoti šiam sutrikimui reikšmingus etiologinius veiksnius, tokius kaip emocijų reguliacijos sunkumai. Visų pirma, emocijų reguliacijos sunkumai išsiskiria kaip vienas iš mechanizmų, kuris susijęs su šio sutrikimo vystymusi (Linehan, 1993) bei simptomų pastovumu (Stepp et al., 2014). Pavyzdžiui, remiantis Linehan biosocialiniu modeliu (1993) ribinio asmenybės sutrikimo atveju, emocijų reguliacijos sunkumai atsiranda dėl jau ankstyvajame amžiuje vykstančių sąveikų tarp asmens, turinčio įgimtą biologinį pažeidžiamumą (didelis emocinis jautrumas neigiamiems stimulams, aukštas emocinis intensyvumas, lėtas nusiramimas, impulsų kontrolės stoka ir pan.) ir jo nevaliduojančios aplinkos (aplinka, kurioje patiriamas įvairių rūšių smurtas, nepriežiūra, atstūmimas, nuvertinami jausmai, neatliepiami emociniai poreikiai ir pan.) (cit. iš Crowell et al., 2009). Ilgalaikėje perspektyvoje emocijų reguliacijos gebėjimų trūkumai didina riziką vystytis intensyvesniam emociniam nestabilumui, neigiamoms pasekmėms, neadaptyvoms įveikos strategijoms, tokioms kaip savižalai ir savižudiškam elgesiui, problemiškiems tarpasmeniniams santykiams, žemam saviveiksmingumui ir kt., kas savo ruožtu gali lemti padidėjusią ribinio asmenybės sutrikimo riziką vėlesniame amžiuje (Crowell et al., 2009; Stepp et al., 2014; Mirkovic et al., 2021). Tad nuolatinė sąveika tarp emocinės disreguliacijos ir elgesio disreguliacijos (kaip impulsyvumas, savižala, bei savižudiškas elgesys) gali būti susijusi, pavyzdžiui, su tarpasmeninėmis problemomis, kurios iškyla asmenims, turintiems ribinį asmenybės sutrikimą (Crowell et al., 2009).

Taip pat empirinių tyrimų rezultatai patvirtina, kad emocijų disreguliacija yra svarbus mechanizmas, kuris susijęs su ribinio asmenybės sutrikimo simptomais. Pavyzdžiui, Herr ir kolegos (2013) analizavo mediacinius modelius, kurių rezultatai rodo, jog emocijų reguliacijos sunkumai medijavo ryšį tarp ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sunkumo ir tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų, tokių kaip tarpasmeninis jautrumas, tarpasmeninis ambivalentiškumas, tarpasmeninė agresija, socialinio pritarimo poreikis ir visuomeniškumo stoka. Taip pat Stepp ir kolegos (2014) analizavo emocijų disreguliacijos pokyčius per vienerius metus bei kaip jie susiję su ribinio asmenybės sutrikimo požymių pastovumu. Tyrimo rezultatai rodo, jog emocijų disreguliacijos padidėjimas per metus prognozavo aukštesnius ribinio asmenybės sutrikimo simptomus: emocinį nestabilumą, tapatumo sutrikdymus, tarpasmeninių santykių sunkumus ir savižalą (Stepp et al., 2014). Galiausiai, Euler ir kolegų tyrime (2021) emocijų disreguliacija kartu su impulsyvumu buvo tarpasmeninių santykių sunkumų prognostiniai veiksniai. Taigi, tiek teorinės, tiek empirinės žinios rodo, jog emocijų reguliacija yra reikšmingas ribinio asmenybės sutrikimo komponentas. Nenuostabu, kad psichologinėse intervencijose

didelis dėmesys skiriamas emocijų reguliacijos įgūdžių mokymui, kurie reikšmingai sumažina žmonių, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, neadaptivių emocijų reguliacijos strategijų taikymą arba bendrai emocijų reguliacijos sunkumus (Sloan et al., 2017).

Taip pat nagrinėjant Linehan biosocialinį modelį (1993) galima pastebėti, kad aplinkos veiksniai, pavyzdžiui, nepalankios patirtys šeimoje, yra svarbūs ribinio asmenybės sutrikimo formavimuisi. Tad nors potencialiai traumuojančių įvykių patirtis nėra ribinio asmenybės sutrikimo kriterijus psichikos sveikatos sutrikimų klasifikacijose, tačiau šie įvykiai laikomi reikšmingais šio sutrikimo rizikos veiksniais. Anot Porter ir kolegų (2020), pacientai, turintys ribinį asmenybės sutrikimą, yra 13 kartų labiau linkę pranešti apie vaikystėje patirtą smurtą, o taip pat ir emocinio smurto ar nepriežiūros atvejų ženkliai daugiau aptikta lyginant su neklinicine suaugusiųjų imtimi. Aukšti seksualinio smurto vaikystėje ir kitų smurto vaikystėje formų ar sunkių tarpasmeninio tipo trauminių patirčių skaičiai randami tarp asmenų, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą (Rosenstein et al., 2018). Tyrėjai atkreipia dėmesį į seksualinį smurtą vaikystėje, kuris stipriausiai didina ribinio asmenybės sutrikimo vystymosi riziką (Bozzatello et al., 2021; de Aquino Ferreira et al., 2018). Taip pat longitudinalinio tyrimo rezultatai rodo, kad ribinio asmenybės sutrikimo simptomai labiau vystėsi vaikams, kurie būdami 12 metų patyrė fizinį smurtą lyginant su šios smurto formos nepatyrusiais bendraamžiais (Belsky et al., 2012). Taigi, mokslinių tyrimų duomenų gausa atskleidžia, jog trauminės patirtys – specifiskai ankstyvame amžiuje patirtos įvairios smurto formos – yra svarbus ribinio asmenybės sutrikimo rizikos veiksnys. Šios žinios gali padėti anksčiau atpažinti šį asmenybės sutrikimą.

Galiausiai, mokslinėje literatūroje aptinkamos diskusijos apie sociodemografinių charakteristikų sąsajas su ribiniu asmenybės sutrikimu ir jo simptomais. Pavyzdžiui, klinikinėse imtyse randama, jog ribinis asmenybės sutrikimas yra reikšmingai labiau paplitęs tarp moterų nei vyrų (Bohus et al., 2021). Atsižvelgiant į atskirų simptomų raišką, Qian ir kolegų (2022) metaanalizės duomenys rodo, kad tyrimuose, kuriuose imtys buvo tolygios lyties atžvilgiu, vyrai gali pasižymėti didesniais agresyvumo ir impulsyvumo požymiais, o moterys – emocinio nestabilumo, savižudiško ar savęs žalojančio elgesio, tapatumo, bei tarpasmeninių santykių sutrikdymų simptomais. Tai aiškinama, remiantis asmenybės bruožais, kad ribinį asmenybės sutrikimą turintys vyrai dažniau pasižymi nekontroliuojamo pykčio protrūkiais ir priešišku, didesniu aktyvumu reaguojant į naują stimuliaciją, frustracijos vengimu, impulsyviu sprendimų priėmimu ir kt. nei moterys, turinčios ribinį asmenybės sutrikimą (Barnow et al., 2007). Vis dėlto yra tyrėjų, kurie kritiškai vertina šiuos rezultatus, ir teigia, jog imties atrankos šališkumo problema yra dažnai aptinkama tyrimuose su ribinį asmenybės sutrikimą turinčiais asmenimis, kas savo ruožtu gali sietis su gaunamais reikšmingais skirtumais tarp lyčių (Sansone & Sansone, 2011). Kitas

sociodemografinių charakteristikų kintamasis, kuris gali būti reikšmingas ribinio asmenybės sutrikimo simptomams – amžius. Pavyzdžiui, Fossati ir kt. (2016) teigia, kad didesnė bendra ribinio asmenybės sutrikimo simptomų raiška gali sietis su jaunesniu amžiumi. Be to longitudinalių tyrimų rezultatai gali padėti nuodugniau suprasti šias sąsajas, pavyzdžiui, Zanarini ir kt. (2016) rado, jog vyresniame amžiuje tokie simptomai kaip savižala ir savižudiškas elgesys gali būti mažiau ryškūs. Vis dėlto nuolatinio pykčio, tuštumos jausmai, pykčio protrūkiai ar tarpasmeninių santykių sunkumai (kaip vienatvės netoleravimas) gali būti labiau būdingesni šiame amžiuje bei bendrai yra išliekantys ilgesnį laikotarpį (Zanarini et al., 2016). Taigi, remiantis šiomis mokslinėmis žiniomis, specialistams gali būti skleidžiama svarbi žinia, jog ribinio asmenybės sutrikimo simptomų raiškos skirtumai tarp lyčių yra galimi, tačiau turi būti nevienareikšmiškai vertinami. Taip pat jaunesnis amžius gali būti svarbus kintamasis, kuris susijęs su didesne atitinkamų sutrikimo požymių raiška. Vis dėlto, norint suprasti ribinio asmenybės sutrikimo specifiką, amžius ir lytis turi būti neatsiejami nuo ribinio asmenybės sutrikimo rizikos ir apsauginių veiksnių ir tyrinėjami kartu.

1.5. KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų diferencinė diagnostika

Paskelbus naują TLK-11 versiją, kilo nemažai diskusijų apie KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo sąsajas. Kilo klausimų, ar TLK-11 KPTSS simptomai, ypač AOS simptomų grupė, negali persidengti su ribinio asmenybės sutrikimo simptomais (Jowett et al., 2020b; Hyland et al., 2019; Krause-Utz, 2021). Svarstoma, ar esant šių sutrikimų dideliu komorbidiškumui, bendriems klinikiniais požymiams, KPTSS negali tiesiog būti atitinkamo ribinio asmenybės sutrikimo diagnozei komorbidiškai su PTSS. Tokiu atveju kyla abejonių, kiek atskira KPTSS diagnozė yra kliniškai naudinga (Jowett et al. 2020a). Vis dėlto nors tyrimai rodo, jog KPTSS ir ribinis asmenybės sutrikimas bent kažkoku lygiu gali persidengti, daugėja tyrimų, kurie išryškina šių konstrukto skirtumus (Ford & Courtois, 2021; Krause-Utz, 2021). Kadangi trauminės patirtys yra svarbus tiek KPTSS, tiek ribinio asmenybės sutrikimo rizikos veiksnys (Maercker, 2021), diferencinei diagnostikai tampa svarbus trauminių patirčių tyrinėjimas atsižvelgiant į jų tipą (ypač aktualios tarpasmeninio tipo traumos), amžiaus tarpsnį, kuriame įvykis patirtas (vaikystėje/suaugystėje), įvykių skaičių ir kitus reikšmingus kintamuosius (Ford & Courtois, 2021; Jowett et al., 2020a; Jowett et al., 2020b).

Abiems sutrikimams, tiek KPTSS, tiek ribiniam asmenybės sutrikimui, būdingi emocijų reguliacijos, savęs vertinimo ir santykių sunkumai. Teoriškai apibrėžiama, kad, ribinio asmenybės sutrikimo atveju emocijų reguliacijos sunkumai pasireiškia tuo, kad intensyvi kančia, patiriamas stresas,

kuris susijęs su tuštumos jausmais, bei realiu ar numanomu palikimu/atstūmimu, yra reguliuojamas impulsyvumu, agresija, neadaptyviomis emocijų reguliacijos strategijomis, tokiomis kaip savižala (Cloitre et al., 2013; Ford & Courtois, 2021). KPTSS atveju su traumine patirtimi susijusi išgyvenama kančia, intensyvus stresas, kuris susijęs su kaltės, gėdos, bejėgiškumo, artumo baimės jausmais ir neigiamais įsitikinimais apie save, reguliuojamas tiek impulsyvumu, emociniu reaktyvumu, tiek vengimu, atsiribojimu, disociacija, emocine nejautra (Cloitre et al., 2013; Ford & Courtois, 2021). Atsižvelgiant į savęs vertinimo sunkumus, KPTSS simptomai apima neigiamą, tačiau stabilų savęs vaizdą, t.y. asmeniui pasireiškia būtent su trauminėmis patirtimis susiję įsitikinimai apie savo nevertingumą, sužlugimą, o tai, be abejo, turi ryšį su pastoviai išgyvenamais gėdos ir kaltės jausmais. Ribinį asmenybės sutrikimą turinčių žmonių savęs vaizdas yra nestabilus, fragmentiškas, t.y. asmenys susiduria su sunkumais save apibrėžti, pajauti savo stabilumą laike (Cloitre et al., 2013; Ford & Courtois, 2021; Barkauskienė & Gaudiešiūtė, 2021). Galiausiai, santykių sunkumų tema KPTSS atveju pasireiškia tuo, kad žmogus gali nesijausti artimas su kitais, vengti ar nutraukti santykius kilus sunkumams, konfliktams arba bendrai nuvertinti santykių reikšmę gyvenime, o ribinio asmenybės sutrikimo atveju – tarpasmeniniai sunkumai kyla dėl įtemptų ir nestabilių santykių, kuriuose pasireiškia kraštutinis nuvertinimas ir idealizavimas, nuolatinis palikimo/išsiskyrimo baimės jausmas, tad asmens tarpasmeniniai išgyvenimai kartu apima tiek artumo su kitu troškimą, tiek ir baimę (Cloitre et al., 2013; Ford & Courtois, 2021).

Žvelgiant į empirinius tyrimus, rezultatai atskleidžia, kad tarp KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų gali būti randama sutapimų, tačiau abu sutrikimai laikomi atskirais konstruktais. Tyrime su moterimis, kurios buvo susidūrusios su smurtu vaikystėje, rasta, kad tokie simptomai kaip didelės pastangos išvengti palikimo/išsiskyrimo, nestabilus savęs suvokimas, nestabilūs ir intensyvūs tarpasmeniniai santykiai bei impulsyvumas padeda atskirti ribinį asmenybės sutrikimą nuo KPTSS (Cloitre et al., 2014). Bendrosios populiacijos tyrimo rezultatai patvirtino, kad KPTSS ir ribinis asmenybės sutrikimas yra atskiri konstruktai, kurie specifiškai išsiskiria santykių sunkumais ir suicidiškumu, neadaptyviomis emocijų reguliacijos strategijomis (Hyland et al., 2019). Pavyzdžiui, KPTSS būdingi simptomai apėmė emocinį vengimą ir tarpasmeninį atsitraukimą, o ribiniam asmenybės sutrikimui buvo būdingas emocinis ir tarpasmeninis reaktyvumas, bei palikimo/išsiskyrimo baimės jausmas, savižala ir suicidiškumas. Emocijų reguliacijos sunkumų ypatumai (emocinis reaktyvumas ir emocinė nejautra) rasti kaip persidengiantys simptomai, vis dėlto emocinė nejautra stipriau siejosi su KPTSS, o emocinis reaktyvumas su ribiniu asmenybės sutrikimu (Hyland et al., 2019). Kitame bendrosios populiacijos tyrime KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų skirtumai atsiskleidė

analizuojant savęs vertinimo sunkumus – nuolatinis neigiamas savęs vertinimas yra ryškus KPTSS simptomas, o nestabilus savęs vaizdas – ribinio asmenybės sutrikimo bruožas (Frost et al., 2020b). Taip pat emocinė nejautra, santykių vengimas išryškėjo kaip KPTSS būdingi simptomai lyginant su ribiniu asmenybės sutrikimu (Frost et al., 2020b). Powers ir kolegės (2022) rado šių sutrikimų persidengimą analizuojant emocijų disreguliacijos simptomus, vis dėl to pasitelkus kriterijus pagal TLK-11 klasifikaciją (lyginant su Psichikos sutrikimų diagnostinio statistinio vadovo penktuoju leidimu (DSM-5)) tarp sutrikimų randama daugiau skirtumų. Pavyzdžiui, pykčio protrūkiai, dažniau sukeltys agresiją ar smurtinį elgesį, būdingi ribiniam asmenybės sutrikimui, o bandymai išvengti vidinių ir išorinių dirgiklių, susijusių su traumine patirtimi, labiau išsiskiria KPTSS atveju. Naujausiame klinikinės imties tyrime, kurią sudarė asmenys, susidūrę su pakartotinėmis trauminėmis patirtimis, rasta, kad KPTSS ir ribinis asmenybės sutrikimas yra atskiri konstruktai, kuriuos tarpusavyje siejo tik emocijų reguliacijos sunkumų simptomai (Owczarek et al., 2023). Taigi apibendrinus visus minėtus tyrimus, matome, kad nors KPTSS ir ribiniam asmenybės sutrikimui būdingi simptomų raiškos skirtumai, emocijų reguliacijos ypatumams gali būti būdingi ir tam tikri panašumai.

1.6. Savižudybės rizikos ir savižudiško elgesio samprata

Savižudybės rizika tai yra mirtino bandymo nusižudyti tikimybės prognozė (Beck et al., 1979). Savižudybės riziką apibrėžti naudojamos esminės sąvokos, kurios apibūdina savižudybės procesą – mintys apie savižudybę, ketinimai nusižudyti, savižudybės planavimas, mėginimai (bandymai) nusižudyti (Skruibis, Kazlauskas ir Gailienė, 2008). Kalbant apie savižudybės riziką, pirmiausia, svarbu trumpai aptarti kiekvieną šią sąvoką. Mintys apie savižudybę – tai mintys apie elgesį, kuriuo sąmoningai siekiama nutraukti savo gyvenimą (Nock et al., 2008b). Ketinimas nusižudyti apima šiuo metu vykstantį mėginimą nusižudyti; savižudybės planą, kai dėl būdo jau yra apsispręsta; pasiruošiamuosius veiksmus; ketinimo nusižudyti išreiškimą (Skruibis, 2016). Bandymo nusižudyti apibrėžimas apima kelis aspektus: paties asmens inicijuotą, potencialiai žalingą elgesį; asmuo turi ketinimų mirti; šis veiksmas baigiasi ne mirtimi (Van Orden et al., 2010). Bandymas nusižudyti, kuris vis dėlto baigiasi mirtimi apibrėžiamas sąvoka mirtis dėl savižudybės (Van Orden et al., 2010). Galiausiai savižudiškas elgesys – tai elgesys, kuris apima mintis apie savižudybę, savižudybės planavimą, bandymą nusižudyti ir pačią savižudybę (Nock et al., 2008b; World Health Organization, 2014).

Savižudybė yra kompleksinis reiškinys, kuriam įtakos turi genetinių, psichologinių, socialinių ir kultūrinių rizikos veiksnių sąveika (Zalsman et al., 2016). Pastebima, kad trauminės patirtys ir netekčių

išgyvenimas taip pat turi stiprias sąsajas su savižudybės rizika (Zalsman et al., 2016). Tad savižudybės vidinių ir/arba išorinių rizikos veiksnių ir jų tarpusavio ryšių tyrinėjimas yra būtinas norint suprasti savižudybės procesą (Zalsman et al., 2016). Daugiausiai atliktų mokslinių tyrimų patvirtina, kad esminiai savižudybės rizikos veiksniai yra psichikos sveikatos sutrikimai, ankstesni bandymai nusižudyti, socialinė izoliacija, konfliktai šeimoje, nedarbingumas, fizinės ligos, savižudybių atvejai šeimoje, impulsyvumas (Van Orden et al., 2010). Tokie veiksniai kaip gėdos, beviltiškumo jausmai taip pat laikomi reikšmingais savižudybės rizikos prognostiniais veiksniais (Van Orden et al., 2010). Bandymas nusižudyti laikomas vienu iš stabilių mirčių dėl savižudybės ir pasikartojančio savižudiško elgesio rizikos veiksnių (Beghi et al., 2013). Per gyvenimą įvyksta maždaug iki 30 kartų daugiau bandymų nusižudyti nei pačių savižudybių (Bachmann, 2018). Taip pat tyrimai rodo, kad mintys apie savižudybę yra reikšmingas savižudybės rizikos kintamasis: asmenys, kurie turi minčių apie savižudybę, pasižymi padidėjusia bandymų nusižudyti ir mirčių dėl savižudybės rizika (Franklin et al., 2017). Dėl šios priežasties mintys apie savižudybę yra vienas iš svarbių noro nusižudyti ženklų, rodančių, kad savižudybės rizika egzistuoja (Skruibis, 2016). Šių minčių atpažinimas yra esminis etapas tolimesniems savižudybės intervencijos veiksams atlikti (savižudybės rizikos vertinimui, pagalbos organizavimui) (Skruibis, 2016). Taigi, savižudybės rizika nėra statiška ir pačios savižudybės (kaip asmens inicijuoto sprendimo ir veiksmo) tiksliai neįmanoma prognozuoti (Skruibis, 2016), nepaisant to rizikos ir apsauginių veiksnių įvertinimas yra būtinas tiek prevencinėje, tiek klinikinėje praktikoje.

Be to daugumos atliktų epidemiologinių tyrimų rezultatai taip pat verčia atkreipti specialistų dėmesį, jog savižudybės rizika gali skirtis, priklausomai nuo asmens sociodemografinių charakteristikų. Visų pirma, yra įrodyta, kad suicidiškumo, savižudiško elgesio rodikliai skiriasi tarp lyčių, o lytis taip pat gali būti reikšmingu savižudybės rizikos prognostiniu veiksniu (Bommersbach et al., 2022; Borges et al., 2010; Liaugaudaitė et al., 2020; Nock et al., 2008a; Nock et al., 2008b; Van Orden et al., 2010). Pavyzdžiui, mirčių dėl savižudybių skaičius daugelyje pasaulio šalių yra ženkliai didesnis tarp vyrų nei tarp moterų (Nock et al., 2008a; Van Orden et al., 2010). Vis dėlto moterys nurodo apie 1,8 karto dažnesnius bandymus nusižudyti, o ši rizika gali būti siejama su tuo, jog moterys susiduria su reikšmingai didesne traumuojančių įvykių tikimybe (Bommersbach et al., 2022). Taip pat minčių apie savižudybę, nemirtinų bandymų žudytis rodikliai didesni pas moteris nei pas vyrus (Borges et al., 2010; Nock et al., 2008b; Van Orden et al., 2010). Lietuvos kontekste Gailienė ir kt. (2022) teigia, kad vienas iš ryškių šalies ypatumų yra ypač dideli vyrų ir moterų savižudybių rodiklio skirtumai, pavyzdžiui, yra randama, kad ankstesnių bandymų žudytis dažnis tarp moterų yra didesnis nei vyrų (Liaugaudaitė et al., 2020). Galiausiai, tarptautinio masto tyrimuose pastebima, kad jaunesnis amžius buvo reikšmingai susijęs su

savižudišku elgesiu (Nock et al., 2008b; Borges et al., 2012). Lietuvos statistika rodo, jog per pastarąjį dešimtmetį mažėjo visų amžiaus grupių savižudybių, išskyrus senjorus, kurių amžius 70 metų ir daugiau, vis dėlto, suicidologai teigia, kad šalies bendroje populiacijoje išsiskiria aukšti jaunų ir vidutinio amžiaus suaugusiųjų suicidiškumo rodikliai (Gailienė et al., 2022). Taigi, šios žinios apie sociodemografinių charakteristikų ir savižudybės rizikos sąsajas specialistams taip pat gali būti naudingos klinikinėje praktikoje, bei organizuojant savižudybės prevenciją.

Galiausiai, savižudybės rizikos ir apsauginių veiksnių tarpusavio sąveikas, kurios siejasi su didėjančia savižudybės rizika gali paaiškinti savižudiško elgesio modeliai. Suicidologijoje yra nemažai savižudiško elgesio modelių, kurių teorinės prielaidos yra skirtingos: psichodinaminis požiūris (pavyzdžiui, Shneidman (2002) psichologinio skausmo teorija), kognityvinis požiūris (pavyzdžiui, Baumeister (1990) savižudybės kaip pabėgimo nuo nepakeliamo savęs suvokimo teorija ir kt.) bei modeliai, kuriuose integruojamos skirtingos teorinės perspektyvos, tokie kaip O'Connor ir Kirtley (2018) integruotas motyvacinis-valios (IMV) savižudiško elgesio modelis, Klonsky ir kt. (2018) trijų žingsnių savižudybės teorija.

Taip pat viena iš šiuolaikinių savižudybės teorijų, kurioje akcentuojama tarpasmeninių santykių ypatumų reikšmė savižudiškam elgesiui – yra Joiner tarpasmeninė savižudiško elgesio teorija (2005). Teigiama, kad mirtis dėl savižudybės apima asmens galėjimą ir norą nusižudyti (Ribeiro & Joiner, 2009; Van Orden et al., 2010). Sutrikdytas priklausymo jausmas (angl. *thwarted belongingness*) ir savęs kaip naštos suvokimas (angl. *perceived burdensomeness*) yra du veiksniai, kurie skatina pasyvias mintis apie savižudybę ir formuoja norą nusižudyti. Vis dėlto noro nusižudyti nepakanka. Tad sumažėjusi mirties baimė ir didesnė fizinio skausmo tolerancija yra susijusios su gebėjimo nusižudyti rizikos didėjimu, t.y. aktyvaus noro nusižudyti perėjimu į sunkesnes savižudybės rizikos apraiškas (pavyzdžiui, ketinimą nusižudyti) (Van Orden et al., 2010). Tad noro nusižudyti ir gebėjimo nusižudyti veiksniai kartu galiausiai suformuoja asmens gebėjimą mirtinai susižaloti (angl. *capacity to enact lethal self-injury*) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Ši teorija iki šiol nepraranda aktualumo ir dar vis grindžiama moksliniais tyrimais (Chu et al., 2017).

1.7. KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos

1.7.1. KPTSS simptomų ir suicidiškumo sąsajos

Potrauminio streso sutrikimas laikomas vienu iš reikšmingų savižudybės rizikos veiksnių. Metaanalizių rezultatai rodo stiprias PTSS sąsajas su mintimis apie savižudybę, bandymais nusižudyti, mirtimis dėl savižudybės (Bentley et al., 2016; Fox et al., 2021; Akbar et al., 2023). Akbar ir kt. (2023) atliktos metaanalizės rezultatai atskleidė, kad stiprus ryšys tarp PTSS ir minčių apie savižudybę randamas bendruomenių ir bendrosios populiacijos tyrimuose ir asmenų, turinčių gretutinių psichikos sveikatos sutrikimų, imtyse. Stipriausios sąsajos tarp PTSS ir bandymų nusižudyti rastos asmenų, patyrusių potencialiai traumuojančius įvykius, imtyse, taip pat stiprūs ryšiai atsiskleidžia bendrosios populiacijos imtyse (Akbar et al., 2023). PTSS ir mirčių dėl savižudybės stipriausios sąsajos randamos tyrimuose su karo veteranais bei reikšmingi ryšiai gaunami atliekant tyrimus bendrosios populiacijos imtyse (Akbar et al., 2023). Galiausiai atsižvelgiant į Lietuvoje atliktą tyrimą su bendrosios populiacijos imtimi, gauta, kad minčių apie savižudybę intensyvumas ir savižudiško elgesio rizika buvo didesnė PTSS rizikoje esančių žmonių grupėje lyginant juos su šio sutrikimo rizikoje nesančių asmenų grupe, taip pat koreliacinė analizė parodė, jog daugiau PTSS simptomų nurodę asmenys buvo labiau suicidiški (Gailienė et al., 2022).

Žvelgiant į literatūrą apie KPTSS ir savižudybės rizikos sąsajas, šie ryšiai yra tik pradedami tyrinėti. Viename tyrime gauta, kad TLK-11 KPTSS rizika buvo susijusi su daugiau nei tris kartus padidėjusia minčių apie savižudybę ir savižalos rizikos tikimybe lyginant šią grupę su TLK-11 PTSS rizikoje esančiais žmonėmis (Hyland et al., 2018). Kitame tyrime, kuriame į suicidiškumo sąvoką taip pat buvo įtrauktas ir savižalos aspektas, gauta, kad tiek TLK-11 PTSS, tiek KPTSS buvo susiję su panašia suicidiškumo tikimybe (Karatzias et al., 2019). Taip pat tyrimo, kuris buvo atliktas su Lietuvos imtimi, rezultatai atskleidė, jog beveik 73 % tyrimo dalyvių, kuriems buvo nustatytas KPTSS, nurodė ankstesnius bandymus žudyti (Gelezelyte et al., 2022a). Šiame tyrime, kuriame savižudiškas elgesys apibrėžiamas be savižalos konstrukto, taip pat rasta stipri koreliacija tarp PTSS simptomų ir bendro suicidiškumo įverčio, bei tarp AOS simptomų ir suicidiškumo gauta vidutiniško stiprumo koreliacija, be to KPTSS simptomai buvo reikšmingas mediatorius tarp patirto seksualinio smurto ir savižudybės rizikos (Gelezelyte et al., 2022a). Galiausiai tyrime su ginkluotųjų pajėgų veteranais, patyrusiais stiprų traumavimą, buvo rasta, kad tarp išskirtų tyrimo dalyvių grupių, kurių KPTSS simptomų sunkumas varijavo, savižudybės rizikos tikimybė skyrėsi: minčių apie savižudybę ir bandymų nusižudyti tikimybės statistiškai reikšmingai didesnės aukščiausių KPTSS simptomų įverčiais pasižyminčių asmenų grupėje

lyginant su vidutinio ir žemo KPTSS simptomų išreikštumo grupėmis (Spikol et al., 2022). Taigi, atsirandantys KPTSS ir savižudybės rizikos sąsajų tyrimai iškelia nemažai prielaidų apie didelę savižudybės rizikos pasiskirstymą tarp KPTSS rizikoje esančių žmonių ir taip pat galimai aukštesnius suicidiškumo rodiklius lyginant su PTSS rizikoje esančiais asmenimis. Vis dėlto mokslinių žinių šioje srityje dar labai trūksta.

1.7.2. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos

Atsižvelgiant į mokslinę literatūrą apie ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajas, galima pastebėti, kad daugiausiai tyrimų, kuriuose analizuojami šie ryšiai, atlikta klinikinėse imtyse. Verta atkreipti dėmesį į šių tyrimų rezultatus, nurodančius savižudybės rizikos paplitimą tarp žmonių, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą. Oldham (2013) apžvelgdamas mokslinius tyrimus teigia, kad klinikinėse imtyse pastebėta, jog 60-70 % suaugusiųjų, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, nurodo ankstesnius bandymus nusižudyti, o apie 8-10 % pacientų įvykdo savižudybę. Winsper ir kolegų (2016) metaanalizėje pateikti duomenys rodo, jog minčių apie savižudybę bei bandymų nusižudyti tikimybė yra ženkliai didesnė tarp jaunuolių, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, nei šio sutrikimo neturinčių. Taigi galima teigti, kad savižudybės rizika yra ženkliai paplitusi tarp asmenų, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą.

Vis dėlto, tyrimuose pastebima, kad nėra vienareikšmiškų rezultatų, nurodančių specifinių ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ryšius su suicidiškumu. Rogers ir kt. tyrime (2016) rasta, kad elgesio disreguliacija, kuri apima savęs žalojimą, impulsyvumą, savižudišką elgesį tiesiogiai siejasi su mintimis apie savižudybę ir bandymais nusižudyti. Taip pat šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad savęs kaip naštos suvokimas, kuris yra tarpasmeninio savižudiško elgesio teorijos (Joiner, 2005) konstruktas, medijavo ryšį tarp emocijų disreguliacijos ir minčių apie savižudybę (Rogers et al., 2016). Žvelgiant į DSM-IV klasifikacijoje apibrėžtus ribinio asmenybės sutrikimo kriterijus, tyrime su psichiatrijos ambulatoriniais pacientais rasta, kad emocinis nestabilumas ir tuštumos jausmas prognozavo bendrą savižudybės riziką (Ellison et al., 2016). Sekowski ir kt. (2022) rado, jog iš visų sutrikimo simptomų, vertintų taip pat pagal DSM-IV klasifikaciją, palikimo/išsiskyrimo baimė, tapatumo sutrikdymai, nuolatinis tuštumos jausmas, palikimo/išsiskyrimo baimė ir paranoja stipriausiai siejosi su mintimis apie savižudybę, o tik tapatumo sutrikdymai buvo susiję su bandymų nusižudyti skaičiumi. JAV bendrosios populiacijos tyrime savižala, tuštumos jausmas, impulsyvumas buvo reikšmingai susiję su didesne bandymų nusižudyti per visą gyvenimą bei per paskutiniuosius vienerius metus tikimybe (Grilo & Udo, 2021). Taigi apibendrinus,

apžvelgtuose tyrimuose reikšmingi prognostiniai ryšiai randami tarp savižalos, impulsyvumo, tuštumos jausmo, palikimo/išsiskyrimo baimės, tapatumo sutrikdymų ir bandymų nusižudyti bei minčių apie savižudybę, o bendra savižudybės rizika gali stipriausiai sietis su emociniu nestabilumu ir tuštumos jausmu.

Taip pat svarbu priminti, kad ribinio asmenybės sutrikimo specifiškumas ypač reiškiasi tarpasmeninėje srityje, tad tyrimų, kuriuose būtų analizuojamos tarpasmeninių santykių sutrikdymų simptomų ir savižudybės rizikos sąsajos, nėra daug. Mažoje jaunuolių imtyje ribinio asmenybės sutrikimo simptomai, tokie kaip tarpasmeninių santykių sunkumai ir impulsyvumas, prognozavo bandymų nusižudyti dažnumą (Andrewes et al., 2019). Šie autoriai teigia, kad ryšys tarp tarpasmeninių santykių sunkumų ir bandymų nusižudyti yra naujas atradimas ribinį asmenybės sutrikimą turinčių asmenų imtyse. Klinikinėje paauglių, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, imtyje taip pat rasta, kad tarpasmeniniai santykių sunkumai buvo susiję su bandymais nusižudyti per visą gyvenimą (Mirkovic et al., 2021). Tad jaunuolių imtyse išryškėja reikšmingos sąsajos tarp tarpasmeninio funkcionavimo sutrikdymų bruožų ir savižudybės rizikos. Būtent šios sąsajos yra dar tik pradedamos nuodugniau tyrinėti tarp suaugusiųjų, pasižyminčių ribinio asmenybės sutrikimo simptomais, tad tokios analizės yra itin aktualios.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad rezultatai gali būti nevienareikšmiai ir dėl skirtingų taikytų tyrimų strategijų, pavyzdžiui, būtent longitudinalių tyrimų rezultatai atskleidžia reikšmingas sąsajas tarp ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir savižudybės rizikos ilgalaikėje perspektyvoje. Yen ir kt. (2021) klinikinės imties longitudinaliame tyrime (pristatyti dešimties metų stebėjimo duomenys) gauta, jog tapatumo sutrikdymai, tuštumos jausmas, besaikės pastangos išvengti tikro ar įsivaizduojamo palikimo/išsiskyrimo buvo susijusios 2 kartus didesne bandymų nusižudyti tikimybe. Tokie simptomai kaip nestabilūs santykiai, emocinis nestabilumas, impulsyvumas ir kiti statistiškai reikšmingai neprognozavo bandymų nusižudyti. Įdomu tai, kad šie tyrėjai pristatydami dviejų metų stebėjimo rezultatus atrado, jog emocinis nestabilumas buvo stipriausias bandymų nusižudyti prognostinis veiksnys (Yen et al., 2004). Galiausiai autoriai pabrėžia, kad tokie kelių laikotarpių stebėjimo rezultatai atskleidžia, jog tapatumo sutrikdymai, tuštumos jausmas, besaikės pastangos išvengti tikro ar įsivaizduojamo palikimo/išsiskyrimo dažnai gali būti „užgožiami“ ribinio asmenybės sutrikimo afektinių ir elgesio bruožų (Yen et al., 2021). Taigi pastarieji simptomai yra kliniškai svarbūs kriterijai, kurie ilgalaikėje perspektyvoje galėtų reikšmingai didinti savižudybės riziką, tad privalu į šiuos simptomus atsižvelgti vertinant savižudybės riziką (Yen et al., 2021). Taip pat naujausiame Allen ir kolegų (2022) tyrime, kuriame buvo pristatyti asmenų, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, savižudiško elgesio 30 metų

stebėjimo duomenys, rasta, kad savižudiško elgesio (bandymų nusižudyti) rizika yra didžiausia, kai tarpasmeninių santykių sutrikdymai ir minčių apie savižudybę lygis, palyginti su matavimais tyrimo pradžioje, reguliariai didėja ar išsilaiko per kiekvienių metus.

Taigi apibendrinus šiuos longitudinalinius tyrimus, išryškėja bendra tendencija, kad ribinio asmenybės sutrikimo afektiniai ir elgesio bruožai yra reikšmingi savižudybės rizikos (ypatingai bandymų nusižudyti) veiksniai, tačiau mokslininkai vėlgi atkreipia dėmesį į savasties ir tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų simptomus, kurie galėtų turėti sąsają su didesne savižudybės rizika einant laikui.

Taip pat analizuojant suicidiškumo ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajas svarbu trumpai aptarti ir tyrimus, kuriuose išryškinamas ir potencialiai traumuojančių įvykių vaidmuo šiam ryšiui. Metaanalizėje nustatyta, kad seksualinio smurto patirtis gali prognozuoti sunkesnes kliniškes pasekmes ir prastesnę ribinio asmenybės sutrikimo prognozę, ir būtent suicidiškumas yra siejamas su ribinio asmenybės sutrikimo simptomų pastovumu (de Aquino Ferreira et al., 2018). Rickman ir kolegų (2021) tyrime, kuriame dalyvavo studentai, susidūrę su skirtingų tipų (netarpasmeninio ir tarpasmeninio) trauminėmis patirtimis, gauta, kad savižudybės rizika stipriai koreliuoja su bendru ribinio asmenybės sutrikimo simptomų įverčiu, taip pat šie simptomai buvo vienas iš reikšmingų savižudybės rizikos veiksnių. Geležėlytės ir kt. (2022b) Lietuvoje atliktame tyrime, kurią sudarė asmenys, patyrę potencialiai traumuojančius įvykius, rasta, kad suicidiškumas taip pat stipriai koreliuoja su ribinio asmenybės sutrikimo požymiais. Kartu pastebėta, kad pastarieji simptomai buvo vieni iš reikšmingų medijuojančių kintamųjų aiškinant ryšį tarp patirto seksualinio smurto ir savižudybės rizikos. Taigi, trauminė patirtis gali būti neabejotinai reikšmingas kintamasis norint suprasti ryšius tarp savižudybės rizikos ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų.

1.8. Tyrimo problema ir aktualumas

Apžvelgus teorinius ir empirinius tyrimus, galima teigti, kad reikšmingos ribinio asmenybės sutrikimo simptomų bei savižudybės rizikos sąsajos yra įrodytos tyrimuose su įvairiomis intimis – klinikinėmis, neklinikinėmis, bei su žmonėmis, kurie patyrę potencialiai traumuojančius įvykius. KPTSS atveju, kaip ir minėta anksčiau, oficiali šio sutrikimo diagnozė buvo pripažinta visai neseniai. Dėl šios priežasties dar yra mažai žinoma, kaip KPTSS gali sietis su savižudybės rizika. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad lyginant su PTSS, KPTSS susijęs su aukštesniais gretutinių psichikos sveikatos sunkumų,

socialinės izoliacijos, sutrikusio funkcionavimo rodikliais (Murphy et al., 2021), bendra žemesne psichologine savijauta (Cloitre et al., 2019). Tad manoma, kad dėl šių priežasčių galimai KPTSS siejasi ir su didesniu suicidiškumu (Gelezelyte et al., 2022a). Taip pat nors teoriškai apibrėžta, kad didesnė savižudybės rizika yra aptinkama tarp asmenų, kuriems pasireiškia ribinio asmenybės sutrikimas, nei tarp žmonių, esančių KPTSS rizikoje (Maercker, 2021), empirinių įrodymų vis dar labai nedaug. Taigi siekiant sukurti konkrečias veiksmingas intervencijų priemones žmonėms, patyrusiems trauminės patirtis, svarbu geriau suprasti, kaip KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomai kartu susiję su savižudybės rizika.

Be to siekiant suprasti KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo ryšius, verta paminėti, jog specifiškai pasigendama tyrimų, kuriuose būtų vertinamos abiejų sutrikimo simptomų sąsajos instrumentais, paremtais nauja TLK-11 samprata. Tai aktuali tema ne tik psichotraumatologinio įvertinimo sričiai, bet bendrai ir klinikinėje praktikoje – mokslinės žinios galėtų padėti specialistams priimti tikslesnius diagnostinius sprendimus. Vadinasi svarbu tirti ir įvertinti, kaip savižudybės rizika siejasi su kompleksinio potrauminio streso ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomais.

1.9. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – įvertinti, kaip savižudybės rizika siejasi su kompleksinio potrauminio streso ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomais.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti TLK-11 KPTSS ir savižudybės rizikos paplitimą tiriamoje imtyje.
2. Išanalizuoti lyties ir amžiaus sąsajas su KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomais bei suicidiškumu.
3. Nustatyti KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajas.
4. Įvertinti KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų reikšmę prognozuojant savižudybės riziką.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Šiame darbe analizuojami 105 suaugusiųjų, kurie per gyvenimą patyrė bent vieną potencialiai traumuojantį įvykį, duomenys. Iš jų, 82 (78,1 %) buvo moterys, 23 (21,9 %) – vyrai. Tyrimo dalyvių amžius varijavo nuo 18 iki 67 metų ($M = 33,05$; $SD = 10,40$).

Tyrimo dalyviai nurodė patyrę vidutiniškai 6 skirtingas potencialiai traumojančias patirtis ($M = 5,54$; $SD = 2,84$). Gauta, jog 40 % ($n = 42$) respondentų nurodė patyrę 1-4 trauminius įvykius per savo gyvenimą, 47,5 % ($n = 50$) respondentų – 4-8 įvykius, 12,5 % ($n = 13$) nurodė 9 ir daugiau patirtus skirtingus trauminius įvykius. Tyrimo dalyviai nurodė, jog per visą savo gyvenimą nuo vaikystės iki dabar yra patyrę skirtingas tiek tarpasmeninio tipo (kai kančia yra sukeliama kitų žmonių, turinčių psichologinę ir fizinę kontrolę nukentėjusiojo atžvilgiu), tiek netarpasmeninio tipo (patirtys, kurios neapima sąveikų su kitais žmonėmis, pavyzdžiui, stichinė nelaimė, gaisras ar sprogimas, eismo įvykis ir pan.) traumines patirtis. Tyrimo dalyviai nurodė, jog iš tarpasmeninio tipo trauminių įvykių dažniausiai teko patirti fizinį smurtą vaikystėje (67,6 %) ar suaugusiame amžiuje (61,9 %), kitą nenorimą seksualinį patirimą (54,3 %). Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių nurodė, jog yra susidūrę su seksualinio smurto patirtimis tiek vaikystėje (32,4 %), tiek suaugus (32,4 %). Tiriamiesiems rečiausiai iš tarpasmeninio tipo trauminių patirčių teko susidurti su dalyvavimu mūšyje ar karo zonoje, nelaisve, bei sunkiu sužeidimu, žala ar mirtimi sukelta kitam asmeniui. Tyrimo dalyviai nurodė, jog iš netarpasmeninio tipo trauminių įvykių dažniausiai teko susidurti su didele kančia (71,4 %), staigia netikėta artimo žmogaus mirtimi (48,6 %), eismo įvykiu (45,7 %), gyvybei pavojinga liga ar sužeidimu (33,3 %), o rečiausiai – sąlyčiu su nuodingomis medžiagomis (9,5 %), stichine nelaime (9,5 %). Detalesnę informaciją apie trauminių patirčių paplitimą tiriamoje imtyje galima rasti 1 lentelėje.

Tyrimo dalyviai buvo atrenkami netikimybinės patogiosios atrankos metodu – informacija apie tyrimą buvo dalinamasi įvairiuose socialiniuose tinkluose, specialistų grupėse. Asmenys patvirtino savo sutikimą dalyvauti tyrime informuotu sutikimu.

1 lentelė. *Trauminių patirčių paplitimas tiriamoje imtyje*

Trauminės patirtys	<i>n</i>	%
Dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje	1	1,00 %
Nelaisvė	5	4,80 %
Sunkus sužeidimas, žala ar mirtis sukelta kitam asmeniui	5	4,80 %
Sąlytis su nuodingomis medžiagomis	10	9,50 %
Stichinė nelaimė	10	9,50 %
Staigi, smurtinė mirtis	16	15,20 %
Gaisras ar sprogitimas	20	16,40 %
Ginkluotas užpuolimas	22	21,00 %
Rimtas nelaimingas atsitikimas darbe, namuose ar laisvalaikio metu	27	25,70 %
Seksualinė prievarta vaikystėje	34	32,40 %
Seksualinis smurtas po 18 metų amžiaus	34	32,40 %
Gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas	35	33,30 %
Eismo įvykis	48	45,70 %
Staigi netikėta artimo žmogaus mirtis	51	48,60 %
Kitas nenorimas seksualinis patyrimas	57	54,30 %
Fizinis smurtas po 18 metų amžiaus	65	61,90 %
Fizinis smurtas vaikystėje	71	67,60 %
Didelė kančia	75	71,40 %

2.2. Tyrimo eiga

Magistro darbas buvo atliktas remiantis surinktais mokslinio tyrimo „Atpažinti psichologinę traumą“ (2022) duomenimis. Tyrimą atlieka Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro psichologai, bendradarbiaudami su Kardifo universiteto mokslininkais iš Jungtinės Karalystės. Tyrimo vykdymui gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas.

Tyrimo duomenys buvo surenkami internetinės apklausos forma saugioje platformoje. Susidomėjęs (-usi) dalyvavimu tyrime dalyvis (-ė) paspaudė nuorodą į apklausą, perskaitė informuotą sutikimą. Sutikime trumpai buvo pristatomas tyrimas, jo tikslas, pranešama apie savanorišką dalyvavimą, informuojama, kaip naudojama tiriamųjų pateikta informacija. Taip pat buvo informuojama apie dalyvavimo naudą, konfidencialumą ir kt. Patvirtindamas (-a) savo dalyvavimą informuotu sutikimu, tyrimo dalyvis (-ė) pildė klausimynus. Dalyvavimas užtruko vidutiniškai apie 30 min. Apklausos pabaigoje visiems dalyviams buvo pateikiama informacija apie psichologinės pagalbos galimybes, kad esant poreikiui, dalyviai galėtų gauti pagalbą.

Šio darbo autorė prisidėjo prie mokslinio tyrimo „Atpažinti psichologinę traumą“ (2022) tyrėjų komandos instrumentų paketo rengimo, duomenų rinkimo etapų. Pagal iškeltus magistro darbo uždavinius darbo autorė surinktų duomenų analizę ir rezultatų interpretaciją atliko savarankiškai.

2.3. Tyrimo instrumentai

Sociodemografinis klausimynas. Šiame klausimyne tyrimo dalyvių buvo prašoma nurodyti tokius sociodemografinius duomenis kaip lytis ir amžius.

Gyvenimo įvykių sąrašas-Revizuotas (angl. *Life Events Checklist – Revised*, LEC-5-R) (Weathers et al., 2013; Hyland et al., 2017). Šiuo instrumentu buvo vertinama dalyvių potencialiai traumuojančių įvykių patirtis, kuri nutiko per asmens gyvenimą nuo vaikystės iki dabar. Tarptautinis traumos konsorciumas vykdydamas TLK-11 tyrimus (Hyland et al., 2017) įtraukė į šią metodiką du papildomus potencialiai traumuojančius įvykius – vaikystėje patirtas seksualinis ir fizinis smurtas. Tad bendrą LEC-R skalę sudaro 18 potencialiai traumuojančių įvykių sąrašas, tokių kaip stichinė nelaimė, eismo įvykis, seksualinis smurtas ir pan. Taip pat tyrimo dalyviai turėjo galimybę įrašyti papildomą trauminį įvykį, kurio nebuvo pateiktame sąraše. Asmenys taip pat turėjo nurodyti, koku būdu susidūrė su traumišku įvykiu: „Man nutiko“, „Buvau liudininkas (-ė)“, „Sužinojau apie tai“, „Nesu tikras (-a)“, „Man nenutiko“. Šiame darbe, tiriamieji, kuriems įvykis nutiko asmeniškai arba, kurie buvo tam tikro įvykio liudininkais, yra laikomi patyrę potencialiai traumuojančią įvykį. LEC-5-R metodikos lietuviška versija buvo naudota įvairių imčių tyrimuose – su bendrosios populiacijos suaugusiais (Kvedaraite et al., 2022), klinicine imtimi (Kvedaraite et al., 2021; Kazlauskas et al., 2018), traumines patirtis patyrusiais suaugusiais (Gelezelyte et al., 2022a; Gelezelyte et al., 2022b), jaunimo imtimi (Truskauskaite et al., 2023; Truskauskaite-Kuneviciene et al., 2020). LEC-5-R yra atviros prieigos instrumentas, kurio naudojimui ar vertimui į kitas kalbas autorių sutikimas nėra reikalingas.

Tarptautinis traumos klausimynas (angl. *International Trauma Questionnaire*, ITQ) (Cloitre et al., 2018). Tai savistatos klausimynas, skirtas įvertinti KPTSS simptomus ir PTSS bei KPTSS riziką, remiantis TLK-11 kriterijais. Instrumentas susideda iš teiginių, vertinančių PTSS, AOS simptomų grupes, bei PTSS ir KPTSS simptomų sutrikdytą asmens funkcionavimą asmeninėje, šeimos, socialinėje, mokymosi, profesinėje ar kitoje svarbioje srityje. Klausimyno pradžioje tiriamųjų buvo prašoma įvardinti labiausiai juos paveikusį trauminį įvykį, pažymėti, kada jis įvyko, bei įvertinti per pastarąjį mėnesį patirtų simptomų išreikštumą 5 balų Likerto skalėje, kur 0 reiškia „Visiškai ne“, o 4 – „Ypač stipriai“. Matuojamos trys PTSS simptomų grupės – pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje (2 teiginiai, pavyzdžiui, „Mintyse kildavo tokie stiprūs vaizdai ar prisiminimai, kad atrodė tarsi tas patyrimas vėl vyksta čia ir dabar.“), vengimo simptomai (2 teiginiai, pavyzdžiui, „Vengiau minčių, jausmų, ar kūno pojūčių (vidinių užuominų), kurie priminė tą patyrimą“), nuolatinis padidėjusio grėsmės jausmas (2 teiginiai, pavyzdžiui, „Buvau ypač budrus, įsitempęs ir akylas.“). Taip pat vertinami AOS simptomų grupės simptomai – emocijų reguliacijos sunkumai (2 teiginiai, pavyzdžiui, „Man reikia daug laiko nusiraminti po to, kai būnu labai sunerimęs (-usi).“), su trauminėmis patirtimis susijęs neigiamas savęs vaizdas (2 teiginiai, pavyzdžiui, „Jaučiuosi bevertis (-ė).“), sutrikdytų tarpasmeninių santykių simptomai (2 teiginiai, pavyzdžiui „Jaučiuosi nutolęs (-usi) ar atsiribojęs (-usi) nuo žmonių.“). Jei asmuo bent vieną teiginį simptomų grupėje įvertina 2-ėjais ar didesniu balu, laikoma, jog simptomas pasireiškia reikšmingai. KPTSS rizika nustatoma, kai patvirtinami PTSS kriterijai, reikšmingai pasireiškia bent vienas simptomas iš kiekvienos AOS simptomų grupės kartu su bent vienu funkcionavimo sutrikimu, kuris pasireiškė dėl minėtų simptomų sutrikdymo (Cloitre et al., 2018). Tyrimuose atsiskleidžia geros ITQ lietuviškos versijos psichometrinės savybės (Kazlauskas et al., 2018, Kvedaraite et al., 2022). Kazlauskas ir kolegų tyrimo (2018) rezultatai atskleidė, kad visų ITQ instrumento teiginių vidinio suderintumo rodiklis *Cronbach* $\alpha = 0,93$, poskalių – PTSS simptomų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,88$, AOS simptomų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,93$. Kitame tyrime su trauminius įvykius patyrusiais asmenimis instrumento visų teiginių ir poskalių vidinio suderintumo rodikliai buvo geri (*Cronbach* $\alpha = 0,93$, PTSS simptomų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,86$, AOS simptomų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,89$) (Gelezelyte et al., 2022b). Taip pat lietuviškos versijos klausimyno faktorių struktūra buvo įvertinta patvirtinančiosios faktorinės analizės būdu tiek klinikinėse (Kazlauskas et al., 2018; Kvedaraite et al., 2021), tiek bendrosios populiacijos imtyse (Kvedaraite et al., 2022). Šiame tyrime visų ITQ instrumento teiginių vidinio suderintumo rodiklis taip pat buvo geras (*Cronbach* $\alpha = 0,92$), poskalių – PTSS simptomų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,82$, AOS simptomų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,86$. ITQ yra laisvos prieigos instrumentas, jo naudojimui mokslinėje veikloje autorių sutikimas nėra reikalingas.

Ribinio tipo skalė (angl. *Borderline Pattern Scale*, BPS) (Oltmanns & Widiger, 2019) – savistatos klausimynas, skirtas įvertinti ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumą pagal TLK-11 kriterijus. Instrumentą sudaro 12 teiginių, matuojančių asmenybės funkcionavimo komponentus (kiekvienam komponentui įvertinti skirta po 3 teiginius): emocinis nestabilumas (pavyzdžiui, „Mano emocijos labai dažnai keičiasi.“), savasties funkcionavimo sutrikimai („Aš dažnai pasikeičiu ir tampa lyg kitas žmogus.“), tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai („Būti paliktam kitų yra viena didžiausių mano baimių.“), neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos („Kai blogai jaučiuosi, žaloju save.“). Tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti teiginius 5 balų Likerto skalėje, kur 1 reiškia „Visiškai nesutinku“, 5 – „Visiškai sutinku“. Anot instrumento autorių, skalės teiginių vidinio suderintumo rodiklis yra geras ($\alpha = 0,89$), o poskalių *Cronbach* α varijuoja tarp 0,59 iki 0,74 (Oltmanns & Widiger, 2019). Taip pat autorių tyrimo rezultatai parodė instrumento konvergentinį validumą su kitomis gerai validuotomis metodikomis, skirtomis matuoti ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumą (Oltmanns & Widiger, 2019). Geležėlytės ir kolegų tyrimo (2022a) imtyje gautas geras lietuviškos BPS klausimyno versijos teiginių vidinio suderintumo rodiklis ($\alpha = 0,82$). Šiame tyrime bendras visos skalės vidinio suderintumo rodiklis buvo panašus su minėtu kolegų tyrimu – *Cronbach* $\alpha = 0,86$. Poskalių vidinio suderintumo rodikliai: emocinio nestabilumo poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,74$, savasties funkcionavimo sutrikimų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,68$, tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,51$ ir neadaptyvių emocijų reguliacijos strategijų poskalės *Cronbach* $\alpha = 0,51$.

Siekiant įvertinti BPS skalės faktorinę struktūrą, buvo atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė modeliui, kuriame buvo sudaryti keturi pirmos eilės faktoriai (emocinis nestabilumas, savasties funkcionavimo sutrikimai, tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai, neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos) ir vienas antros eilės faktorius. Patvirtinančiosios faktorinės analizės rezultatai parodė, kad šis modelis duomenims tinka: $CFI = 0,906$, $RMSEA = 0,082$ (90 % $CI [0,051, 0,112]$), $\chi^2 = 83,893$, $df = 49$, $p = 0,0014$.

Savižudiško elgesio klausimynas-Revizuotas (angl. *The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised*, SBQ-R) (Osman et al., 2001) buvo naudojamas įvertinti tyrimo dalyvių suicidiškumą. Šis klausymas, kuris sudarytas iš keturių teiginių, matuoja tokius suicidiškumo aspektus kaip mintys apie savižudybę ir bandymai nusižudyti per visą asmens gyvenimą (1 klausimas), mintys apie savižudybę per paskutinius 12 mėnesių (2 klausimas), minčių apie savižudybę ar ketinimo nusižudyti atskleidimas kitiems asmenims (3 klausimas) bei bandymo nusižudyti grėsmė (4 klausimas). Pirmas klausimas yra vertinamas keturių balų skale nuo 1 („Niekada“) iki 4 („Bandžiau nusižudyti“), antras – penkių balų skale nuo 1 („Niekada“) iki 5 („Labai dažnai (penkis ar daugiau kartų)“), trečiuoju klausimu savižudiško

elgesio grėsmė vertinama pagal tai, kaip dažnai asmuo apie tai pranešė kitiems žmonėms, naudojant trijų balų skalę nuo 1 („Ne“) iki 3 („Taip, daugiau nei kartą“) ir galiausiai ketvirtas klausimas vertinamas septynių balų skale nuo 0 („Niekada“) iki 6 („Labai tikėtina“). Galutinis SBQ-R įvertis – visų instrumentų sudarančių teiginių suma (įvertis varijuoja nuo 3 iki 18). Didesnis įvertis rodo aukštesnę savižudybės riziką. Neklinikinėse imtyse SBQ-R įvertis, kuris yra lygus ar didesnis už 7, yra tinkamas diferencijuoti savižudybės rizikoje esančius ir nesančius asmenis (Osman et al., 2001). Visų originalios SBQ-R versijos teiginių vidinio suderintumo rodikliai: klinikinėje suaugusiųjų imtyje $Cronbach\ \alpha = 0,87$, studentų imtyje $Cronbach\ \alpha = 0,76$ (Osman et al., 2001). Tyrimuose, kuriuose buvo naudota SBQ-R lietuviška versija, bendras instrumento vidinio suderintumo rodiklis $Cronbach\ \alpha$ varijuoja nuo 0,78 iki 0,86 (Gelezelyte et al., 2021; Gelezelyte et al., 2022a; Grigienė et al., 2022). Šiame darbe klausimynas pasižymėjo pakankamai geru vidiniu suderintumu – $Cronbach\ \alpha = 0,74$. Grigienės ir kolegų tyrime (2022) pateikti patvirtinančiosios faktorinės analizės rezultatai, patvirtino vieno faktoriaus SBQ-R struktūrą. SBQ-R instrumentui suteikta laisva prieiga naudoti moksliniuose tyrimuose.

2.4. Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant programinį paketą IBM SPSS 28. Patvirtinančioji faktorinė analizė (CFA) atlikta struktūrinių lygčių modeliavimo programa Mplus 8.8.

Pirmiausia, šiame tyrime buvo apskaičiuotas ITQ, BPS, SBQ-R instrumentų skalių patikimumas vidiniu suderintumu (matas – $Cronbach\ \alpha$). Patvirtinančiąja faktorine analize vertinant BPS instrumento struktūrinio modelio tinkamumą, remtasi šiais rodikliais: vidutinės aproksimacijos paklaidos kvadratinės šaknies (angl. *Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA) ir sąlyginio suderintumo kriterijaus (angl. *Comparative-fit index*, CFI) rodikliais. Chi kvadratu (χ^2) kriterijus yra jautrus imties dydžiui (Kline, 2011), tad į χ^2 statistinį reikšmingumą nebuvo atsižvelgiama priimant sprendimus apie modelio tinkamumą. $CFI > 0,90$, $RMSEA \leq 0,08$ rodo modelio tinkamumą duomenims (Hooper et al., 2008; Lei & Wu, 2007). CFA analizėje naudotas didžiausio tikėtinumo su atspariosiomis standartinėmis paklaidomis (angl. *Maximum likelihood with robust standard errors*, MLR) metodas.

Aprašomiesiems duomenims gauti buvo skaičiuojami ITQ, BPS, SBQ-R skalių ir poskalių įverčių vidurkiai (M) ir standartiniai nuokrypiai (SD), mažiausios ir didžiausios reikšmės. Taip pat buvo apskaičiuotas LEC-5-R trauminių patirčių, ITQ PTSS, KPTSS, bei SBQ-R rizikos pasiskirstymas imtyje procentais.

Duomenų normalumui vertinti pasitelkti asimetrijos (angl. *skewness*), eksceso (angl. *kurtosis*) koeficientai. Kintamojo pasiskirstymą galima laikyti pakankamai artimu normaliajam pasiskirstymui, kai asimetrijos ir eksceso koeficientai varijuoja nuo -2 iki +2 (George & Mallery, 2010). Visų tyrimo intervalinių kintamųjų asimetrijos koeficientai buvo tarp -0,22 ir 0,38, o eksceso tarp -0,93 ir -0,18. Šiame tyrime analizuojama duomenų sklaida atitiko normalųjį skirstinį, tad toliau statistinei analizei buvo naudojami parametriniai kriterijai.

Stjudento t-testo nepriklausomoms imtims kriterijumi buvo lyginamas KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo išreikštumas tarp vyrų ir moterų. Taip pat šiuo kriterijumi buvo analizuojamos ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumo sąsajos su priklausymu savižudybės rizikos grupei bei priklausymu ankstesnius bandymus nužudyti nurodžiusiųjų asmenų grupei. Vienfaktorinė dispersinė analizė ANOVA buvo taikyta lyginti suicidiškumo išreikštumą tarp potrauminio streso sutrikimų rizikos grupėse esančių ir nesančių tyrimo dalyvių. Chi kvadratu homogeniškumo kriterijumi buvo analizuojama, kaip KPTSS rizika bei savižudybės rizika siejasi su lytimi. Sąsajos tarp savižudybės rizikos ir potrauminio streso sutrikimų rizikos grupių buvo tyrinėjamos taip pat Chi kvadratu homogeniškumo kriterijumi.

Siekiant suprasti, kokios yra KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo bei amžiaus tarpusavio sąsajos, buvo taikoma Pearson koreliacija. Šiame darbe buvo remiamasi Cohen (1988) išskirtais koreliacinių ryšių stiprumo intervalais: silpna koreliacija laikoma, kai $\pm 0,10 \leq r \leq \pm 0,29$, vidutinio stiprumo koreliacija įvardinama, kai $\pm 0,30 \leq r \leq \pm 0,49$, bei stipri koreliacija laikoma, kai $r \geq \pm 0,50$. Galiausiai, norint išsiaiškinti, kokie KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomai galėtų prognozuoti patekimą į savižudybės rizikos grupę, atlikta dvinarė logistinė regresinė analizė. Logistinės regresijos modelio tinkamumo rodikliai: *Hosmer–Lemeshow* testo reikšmingumo lygmuo (p), $p > 0,05$ (Pallant, 2011), determinacijos koeficientas $R^2 \geq 0,20$ (*Nagelkerke R²* ir *Cox & Snell R²*), standartizuoto beta koeficiento (β) reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$, visos kintamųjų Kuko mato reikšmės ≤ 1 , kas žymi, jog išskirčių nėra (Čekanavičius ir Murauskas, 2014). Logistinės regresijos modelis yra jautrus stiprioms koreliacijoms tarp prognozuojamų kintamųjų (Pallant, 2011), tad svarbu, kad visų kintamųjų $VIF \leq 4$, o tai reiškia, kad multikolinearumo problemos nėra.

3. REZULTATAI

3.1. TLK-11 KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomai ir suicidiškumas tiriamoje imtyje

Gauta, jog tiriamoje imtyje AOS (sutrikusios asmenybės organizacijos) simptomų ($M = 13,63$, $SD = 5,94$) išreikštumas yra didesnis lyginant su PTSS (potrauminio streso sutrikimo) simptomų išreikštumu ($M = 12,99$, $SD = 5,96$) (žr. 2 lentelė). Taip pat gauta, jog tarp tyrimo dalyvių nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas yra labiausiai išreikšta PTSS simptomų grupė ($M = 5,08$, $SD = 2,23$), mažiausiai – pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje ($M = 3,38$, $SD = 2,55$). Atsižvelgiant į AOS simptomus, gauta, kad tarpasmeninių santykių sunkumai ($M = 4,88$, $SD = 2,53$) yra labiausiai išreikšta simptomų grupė, tačiau panašiai išreikšti ir neigiamo savęs vaizdo ($M = 4,36$, $SD = 2,62$) ir emocijų reguliacijos sunkumų ($M = 4,39$, $SD = 1,81$) simptomai.

Analizuojant KPTSS rizikos paplitimą tiriamoje imtyje, buvo rasta, kad 41 % ($n = 43$) dalyvių pasižymėjo KPTSS rizika. Taip pat šioje imtyje 13,3 % ($n = 14$) tyrimo dalyvių pasižymėjo PTSS rizika.

2 lentelė. KPTSS simptomų aprašomoji statistika

Skalės/poskalės	<i>n</i>	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė	<i>M</i>	<i>SD</i>
KPTSS simptomai	105	4,00	48,00	25,11	10,60
PTSS simptomai	105	0,00	24,00	12,99	5,96
Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje	105	0,00	8,00	3,38	2,55
Vengimas	105	0,00	8,00	4,53	2,41
Nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas	105	0,00	8,00	5,08	2,23
AOS simptomai	105	1,00	24,00	13,63	5,94
Emocijų reguliacijos sunkumai	105	0,00	8,00	4,39	1,81
Neigiamas savęs vaizdas	105	0,00	8,00	4,36	2,62
Tarpasmeninių santykių sunkumai	105	0,00	8,00	4,88	2,53

Pastaba. PTSS – potrauminio streso sutrikimas, KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas, AOS – sutrikusi asmenybės organizacija.

Taip pat ribinio asmenybės sutrikimo simptomų aprašomoji statistika (žr. 3 lentelė) rodo, jog iš ribinio asmenybės sutrikimo simptomų šioje imtyje labiausiai išreikšti emocinio nestabilumo ($M = 9,54$, $SD = 2,77$) bei savasties funkcionavimo sutrikimų simptomai ($M = 9,24$, $SD = 3,09$), mažiausiai – neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos ($M = 7,05$, $SD = 2,48$).

3 lentelė. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų aprašomoji statistika

Skalės/poskalės	<i>N</i>	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai	105	18,00	57,00	34,56	9,10
Emocinis nestabilumas	105	4,00	15,00	9,54	2,77
Savasties funkcionavimo sutrikimai	105	3,00	15,00	9,24	3,09
Tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai	105	3,00	15,00	8,73	2,58
Neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos	105	3,00	14,00	7,05	2,48

Galiausiai, šioje imtyje suicidiškumo išreikštumas svyravo tarp 3 ir 17 balų, kai maksimali įverčio suma yra 18. Suicidiškumo įverčio vidurkis – 8,85, standartinis nuokrypis – 3,93. Net 65,7 % ($n = 69$) tyrimo dalyvių patenka į savižudybės rizikos grupę, o iš jų 29,5 % ($n = 31$) nurodė ankstesnius bandymus nusižudyti.

3.2. Sociodemografinių veiksnių sąsajos su TLK-11 KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomais ir suicidiškumu

Sociodemografinių veiksnių ir KPTSS sąsajos. Visų pirma, siekiant nustatyti KPTSS simptomų išreikštumą tarp skirtingų lyčių buvo taikytas Stjudento t-testas nepriklausomoms imtims, o norint išsiaiškinti lyties sąsajas su priklausymu KPTSS rizikos grupei buvo taikytas Chi kvadratu homogeniškumo kriterijus. Rezultatai atskleidė, jog KPTSS simptomų išreikštumas statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp lyčių ($t(103) = -0,27$, $p = 0,393$) (žr. 1 PRIEDAS, 8 lentelė). Taip pat priklausymas KPTSS rizikos grupei statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų ($\chi^2(2, N = 105) = 0,544$, $p = 0,762$) (žr. 1 PRIEDAS, 9 lentelė).

KPTSS ir amžiaus sąsajoms nustatyti buvo pasitelkta Pearson koreliacija. Rezultatai rodo, jog tarp KPTSS simptomų išreikštumo ir amžiaus nėra statistiškai reikšmingos koreliacijos ($r = -0,18, p = 0,072$). Tyrinėjant atskirų KPTSS simptomų sąsajas su amžiumi gauta, kad PTSS simptomai statistiškai reikšmingai koreliuoja su amžiumi ($r = -0,22, p = 0,023$), tačiau su AOS simptomais statistiškai reikšmingas ryšys nerastas ($r = -0,09, p = 0,352$).

Sociodemografinių veiksnių ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajos. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumo palyginimui tarp lyčių buvo taikytas Stjudento t-testas nepriklausomoms imtims. Bendras ribinio asmenybės sutrikimo simptomų įvertis statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų ($t(103) = -0,515, p = 0,304$) (žr. 1 PRIEDAS, 10 lentelė), tačiau emocinis nestabilumas, vienintelis iš visų ribinio asmenybės sutrikimo simptomų, buvo statistiškai reikšmingai labiau išreikštas tarp moterų ($M = 9,82, SD = 2,78$) nei tarp vyrų ($M = 8,57, SD = 2,57$) ($t(103) = 0,62, p = 0,028$).

Amžiaus ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajoms nustatyti buvo taikyta Pearson koreliacija. Rasta silpna, tačiau statistiškai reikšminga koreliacija tarp amžiaus ir bendro ribinio asmenybės sutrikimo simptomų įverčio ($r = -0,20, p = 0,037$). Toliau apžvelgiant amžiaus ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumo ryšius rasta, jog kuo jaunesni buvo tyrimo dalyviai, tuo daugiau išreikšti emocinio nestabilumo ($r = -0,20, p = 0,047$) ir savasties funkcionavimo sutrikimų simptomai ($r = -0,25, p = 0,012$). Statistiškai reikšmingų ryšių tarp amžiaus ir tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų ($r = -0,10, p = 0,289$) bei neadaptivių emocijų reguliacijos strategijų ($r = -0,12, p = 0,243$) nerasta.

Sociodemografinių veiksnių ir suicidiškumo sąsajos. Suicidiškumo išreikštumo skirtumams tarp lyčių nustatyti buvo taikytas Stjudento t-testas nepriklausomoms imtims, o Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus buvo skirtas lyties ir savižudybės rizikos sąsajoms analizuoti. Rezultatai atskleidė, kad bendras suicidiškumo įvertis statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp lyčių ($t(103) = -0,21, p = 0,418$), taip pat priklausymas savižudybės rizikos grupei statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų ($\chi^2(1, N = 105) = 0,003, p = 0,955$).

Amžiaus ir suicidiškumo sąsajos buvo analizuotos keliais kriterijais: Pearson koreliacija, Stjudento t-testas nepriklausomoms imtims taikytas palyginti amžiaus vidurkius tarp savižudybės rizikoje esančių ir nesančių tyrimo dalyvių. Rasta neigiama silpna koreliacija tarp bendro suicidiškumo įverčio ir amžiaus ($r = -0,25, p = 0,011$). Amžiaus vidurkis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis savižudybės rizikoje esančių grupėje ($M = 30,77, SD = 8,40$) lyginant su tyrimo dalyviais, kurie nepateko į savižudybės rizikos grupę ($M = 37,42, SD = 12,41$) ($t(52,20) = 2,89, p = 0,003$). Statistiškai reikšmingas amžiaus vidurkių

skirtumas gautas tarp tyrimo dalyvių, kurie nurodė ankstesnius bandymus nužudyti ($M = 29,94$, $SD = 8,42$), ir nenurodžiusiųjų asmenų ($M = 34,35$, $SD = 10,91$) ($t(103) = 2,02$, $p = 0,023$).

3.3. KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos

KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajos. Taikant Pearson koreliaciją gautos visos statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų (žr. 4 lentelė). Matyti, jog daugiausiai vyrauja stiprios koreliacijos ($r \geq 0,50$, $p < 0,05$) tarp AOS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų (emocinis nestabilumas, savasties funkcionavimo sutrikimai, tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai, neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos). Verta atkreipti dėmesį į AOS simptomų grupės sąsajas su bendru ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir savasties funkcionavimo sutrikimo įverčiais, kurių koreliacijos gautos stipriausios ($r = 0,66$, $p < 0,05$). Rezultatai rodo, jog daugiau vidutinio stiprumo sąsajų rasta tarp bendrų PTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų, tokių kaip tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų, neadaptyvių emocijų reguliacijos strategijų ($0,30 \leq r \leq 0,49$, $p < 0,05$).

4 lentelė. KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų koreliacijos

	Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai	Emocinis nestabilumas	Savasties funkcionavimo sutrikimai	Tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai	Neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos
KPTSS simptomai	0,67*	0,56*	0,67*	0,46*	0,52*
PTSS simptomai	0,53*	0,49*	0,53*	0,32*	0,42*
AOS simptomai	0,66*	0,51*	0,66*	0,51*	0,50*

Pastaba. * $p < 0,01$. PTSS – potrauminio streso sutrikimas, KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas, AOS – sutrikusi asmenybės organizacija

KPTSS ir suicidiškumo sąsajos. KPTSS simptomų ir suicidiškumo sąsajas analizuoti buvo taikyta Pearson koreliacija. Gauta, kad suicidiškumas statistiškai reikšmingai susijęs su KPTSS simptomais – PTSS ir AOS. Rezultatai atskleidė, kad suicidiškumo ir AOS simptomų koreliacija yra stipri ($r = 0,54$, $p < 0,01$), o suicidiškumo ir PTSS simptomų sąsaja yra vidutinio stiprumo ($r = 0,49$, $p < 0,01$).

Siekiant palyginti suicidiškumo išreikštumą tarp potrauminio streso sutrikimų rizikos grupėse esančių ir nesančių tyrimo dalyvių buvo atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė ANOVA. Rasta, kad suicidiškumo įverčiai statistiškai reikšmingai skiriasi tarp minėtų grupių ($F = 15,42$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Aukščiausiais suicidiškumo įverčiais pasižymi KPTSS rizikoje esančių žmonių grupė ($n = 43$; $M = 11,09$, $SD = 3,81$), o mažiausiais įverčiais – PTSS rizikos grupėje esantys asmenys ($n = 14$; $M = 6,71$, $SD = 2,73$). Asmenų, nesančių potrauminio streso sutrikimų rizikoje, ($n = 48$) suicidiškumo įverčio vidurkis – 7,46 ($SD = 3,35$). Bonferroni testo analizės rezultatai atskleidė, jog statistiškai reikšmingi skirtumai yra tarp KPTSS rizikos ir PTSS rizikos ($p < 0,001$) bei KPTSS rizikos ir potrauminio streso sutrikimų rizikoje nesančių asmenų grupių ($p < 0,001$).

Taip pat buvo išnagrinėta kaip KPTSS rizika siejasi su savižudybės rizika. Tiriamoje imtyje buvo įvertintas savižudybės rizikos pasiskirstymas tarp potrauminio streso sutrikimų rizikoje esančių ir nesančių asmenų. Rezultatai parodė, kad tarp grupių yra statistiškai reikšmingi skirtumai (KPTSS rizikos grupė: 53,6 % ($n = 37$); PTSS rizikos grupė: 10,1 % ($n = 7$); asmenų grupė, kuri nepasižymėjo potrauminio streso sutrikimų rizika – 36,2 % ($n = 25$); $\chi^2 (2, N = 105) = 13,38, p = 0,001$). Taip pat verta paminėti, jog rasti reikšmingi skirtumai ir analizuojant ankstesnių bandymų nusižudyti pasiskirstymą tarp potrauminio streso sutrikimų rizikoje esančių ir nesančių asmenų (KPTSS rizikos grupė: 67,7 % ($n = 21$), PTSS rizikos grupė: 6,5 % ($n = 2$), asmenų grupė, nesanti potrauminio streso sutrikimų rizikoje: 25,8 % ($n = 8$); $\chi^2 (2, N = 105) = 13,08, p = 0,001$).

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajas analizuoti buvo taikyta Pearson koreliacija. Gauta, kad suicidiškumas statistiškai reikšmingai susijęs su ribinio asmenybės sutrikimo simptomais ($r = 0,62, p < 0,01$) – emociniu nestabilumu savasties, tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimais, neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijomis. Rezultatai rodo, jog suicidiškumas stipriai koreliuoja su savasties funkcionavimo sutrikimais ($r = 0,58, p < 0,01$) ir neadaptyviomis emocijų reguliacijos strategijomis ($r = 0,57, p < 0,01$). Gautos vidutinio stiprumo koreliacijos tarp suicidiškumo ir emocinio nestabilumo ($r = 0,43, p < 0,01$), bei tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimais ($r = 0,48, p < 0,01$).

5 lentelė. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas tarp žmonių, esančių ir nesančių savižudybės rizikoje

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas	Yra savižudybės rizikoje		Nėra savižudybės rizikoje		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>			
Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai	69	37,91 (8,43)	36	28,14 (6,57)	-6,06	103	0,001
Emocinis nestabilumas	69	10,29 (2,72)	36	8,11 (2,29)	-4,10	103	0,001

5 lentelės tęsinys

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas	Yra savižudybės rizikoje		Nėra savižudybės rizikoje		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>			
Savasties funkcionavimo sutrikimai	69	10,23 (2,89)	36	7,33 (2,55)	-5,07	103	0,001
Tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai	69	9,55 (2,29)	36	7,17 (2,41)	-4,97	103	0,001
Neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos	69	7,84 (2,45)	36	5,53 (1,73)	-5,60	93,76	0,001

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Toliau tyrinėjant ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajas, buvo atlikta simptomų išreikštumo palyginamoji analizė tarp tyrimo dalyvių esančių ir nesančių savižudybės rizikoje (žr. 5 lentelė). Bendras ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas statistiškai reikšmingai yra didesnis žmonių, kurie priklauso savižudybės rizikos grupei lyginant su šios rizikoje nesančiais asmenimis.

Taip pat simptomų išreikštumo palyginamoji analizė tarp tyrimo dalyvių, nurodžiusių ankstesnius bandymus nužudyti, ir jų nenurodžiusių grupės atskleidė reikšmingus rezultatus (žr. 6 lentelė). Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp palyginamųjų grupių ($p = 0,002$) – žmonių, nurodžiusių ankstesnius bandymus nužudyti ($M = 38,48$, $SD = 10,09$), simptomų išreikštumas buvo didesnis nei šių bandymų nenurodžiusių grupėje ($M = 32,92$, $SD = 8,17$). Verta paminėti, kad emocinis stabilumas – vienintelis simptomas, kurio išreikštumas statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp tiriamų grupių.

6 lentelė. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas tarp žmonių, nurodžiusių ir nenurodžiusių ankstesnius bandymus nužudyti

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas	Nurodyti bandymai nužudyti		Nenurodyti bandymai nužudyti		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>			
Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai	31	38,48 (10,09)	74	32,92 (8,17)	-2,97	103	0,002

6 lentelės tęsinys

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas	Nurodyti bandymai nužudyti		Nenurodyti bandymai nužudyti		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>			
Emocinis nestabilumas	31	10 (2,93)	74	9,35 (2,70)	-1,09	103	0,138
Savasties funkcionavimo sutrikimai	31	10,65 (3,33)	74	8,65 (2,81)	-3,14	103	0,001
Tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai	31	9,94 (2,28)	74	8,23 (2,55)	-3,22	103	0,001
Neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos	31	7,90 (2,82)	74	6,69 (2,25)	-2,34	103	0,011

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.4. Savižudybės rizikos prognostiniai veiksniai

Siekiant atsakyti į tyrimo klausimą, kokie yra savižudybės rizikos prognostiniai veiksniai tiriamoje imtyje, buvo atlikta dvinarė logistinė regresinė analizė. Į modelį buvo įtraukti visi prieš tai nustatyti reikšmingi su priklausymu savižudybės rizikos grupei susiję kintamieji: KPTSS simptomai – PTSS ir AOS, ribinės asmenybės simptomai – emocinis nestabilumas, savasties ir tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai, neadaptivos emocijų reguliacijos strategijos. Kadangi rezultatai rodo, jog amžius yra statistiškai reikšmingai susijęs su savižudybės rizika, šiame modelyje amžius yra įtrauktas kaip kontroliuojamas kintamasis.

Logistinės regresinės analizės rezultatai (žr. 7 lentelė) atskleidė, kad reikšmingi savižudybės rizikos prognostiniai kintamieji yra ribinės asmenybės simptomai – tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai ($OR = 1,42$, $p = 0,026$), neadaptivos emocijų reguliacijos strategijos ($OR = 1,44$). Taip pat gautos reikšmingos amžiaus ir savižudybės rizikos sąsajos ($OR = 0,92$). Sudarytas modelis tinkamai suklasifikavo 81,9 % visų atvejų, 66,7 % teisingai priskirti į palyginamąją grupę ir 89,9 % teisingai priskirti į savižudybės rizikos grupę. Modelyje įtraukti kintamieji paaiškina nuo 38 % iki 53 % savižudybės rizikos duomenų sklaidos. Logistinės regresijos modelis yra jautrus stiprioms koreliacijoms tarp prognozuojamų kintamųjų (Pallant, 2011) (šiuo modelyje koreliacijų koeficientas varijuoja nuo 0,32 iki 0,66, t.y. rasta vidutinio stiprumo ir stiprių koreliacijų), tačiau rezultatai rodo, jog šiame modelyje multikolinearumo nėra (visų kintamųjų VIF varijuoja nuo 1,12 iki 3,12, $VIF < 4$).

7 lentelė. Savižudybės rizikos prognostiniai veiksniai

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	Savižudybės rizika				
	OR [95 % CI]	Beta(β)	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
PTSS simptomai	1,07 [0,95-1,21]	0,07	0,256	7,27	0,508*
AOS simptomai	1,13 [1,00-1,28]	0,12	0,058		
Emocinis nestabilumas	0,98 [0,75-1,27]	-0,02	0,857		
Savasties funkcionavimo sutrikimai	0,86 [0,64-1,16]	-0,15	0,330		
Tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai	1,42 [1,04-1,94]	0,35	0,026		
Neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos	1,44 [1,05-1,99]	0,37	0,025		
Amžius	0,92 [0,86-0,98]	-0,09	0,008		

Pastaba. Statistiškai reikšmingas nepriklausomas kintamasis pažymėtas paryškintu šriftu; β – standartizuotas beta koeficientas ir jo reikšmingumo lygmuo (*p*), $p < 0,05$; * *Hosmer–Lemeshow* testo reikšmingumo lygmuo (*p*), $p > 0,05$; OR – galimybių santykių įvertis; CI – galimybių santykių pasikliautiniai intervalai; PTSS – potrauminio streso sutrikimas, AOS – sutrikusi asmenybės organizacija.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. TLK-11 KPTSS ir savižudybės rizikos paplitimas imtyje

KPTSS rizikos paplitimas. Šiame tyrime rasta, kad 41 % tyrimo dalyvių pasižymėjo KPTSS rizika. Apžvelgus kitų autorių tyrimus, matyti skirtingi rezultatai. Lyginant su panašios apimties Lietuvos tyrimais, kuriuose dalyvavo asmenys, susidūrę su trauminėmis patirtimis, šiame darbe matomas didesnis KPTSS rizikos paplitimas. Kitų atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad KPTSS rizika varijavo nuo 21,4 % iki 37,3 % (Gelezelyte et al., 2022a; Kairyte et al., 2022). Taip pat lyginant su klinikinių imčių tyrimo rezultatais, šiame darbe KPTSS rizikos paplitimas gaunamas taip pat didesnis: Lietuvos imtyje – 10-32,5 % (Kazlauskas et al., 2018; Kvedaraite et al., 2021b), užsienio šalyse – 16,7 % (Facer-Irwin et al., 2019). Mažesnėse klinikinėse imtyse KPTSS paplitimas varijuoja nuo 53,1 iki 62,5 % (Cyr et al., 2021; Hyland et al., 2017b; Hyland et al., 2018; Jowett et al., 2020b), o tokie rodikliai yra aukštesni lyginant su šio tyrimo rezultatais. Žvelgiant į atliktą tyrimą su Lietuvos bendrosios populiacijos imtimi, KPTSS rizikos grupę sudarė 1,8 % asmenų (Kvedaraite et al., 2022), o užsienio šalių bendrosios populiacijos imtyse KPTSS rizikos paplitimas varijuoja tarp 0,5-12,9 % (Ben-Ezra et al., 2018; Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2021; Karatzias et al., 2019; Maercker et al., 2018). Žinoma, tokius bendrosios populiacijos tyrimų ir šio darbo rezultato skirtumus galėjo lemti ir tai, jog minėtų autorių tyrimai buvo atlikti su didesnėmis imtimis (imtis sudarė virš 800 dalyvių).

Šio darbo rezultatus galima paaiškinti tiriamosios imties specifiškumu. Nors ši imtis buvo rinkta neklinikiniam kontekste, tačiau šiame darbe gautas gana didelis KPTSS rizikos pasiskirstymas prilygsta klinikinių imčių tyrimų rezultatams (Hyland et al., 2017b; Hyland et al., 2018; Kazlauskas et al., 2018). Visų pirma, didelis KPTSS rizikos paplitimas mūsų tyrime gali būti susijęs su tuo, kad tyrime dalyvavo asmenys, patyrę potencialiai traumuojančius įvykius. Taip pat „Atpažinti psichologinę traumą“ tyrimo projektas, kurio metu surinkti duomenys yra analizuojami šiame darbe, buvo sudarytas iš kelių etapų. Būtent pirmajame etape buvo siekiama validuoti lietuvišką Tarptautinio traumos interviu (ITI; Roberts et al., 2019) versiją, tad dalyvavimas šiame tyrime sudarė galimybes asmenims gauti apibendrintas, atlikto tyrimo rezultatais paremtas, vertinimo išvadas. Dėl šios priežasties šiame tyrime dalyvavo asmenys, kurie galimai siekė specializuotos psichotraumatologinės pagalbos.

Savižudybės rizikos paplitimas. Šio darbo rezultatai atskleidė, jog 65,7 % tyrimo dalyvių buvo nustatyta savižudybės rizika. Tyrimuose daugiau aptinkami rezultatai, kurie atskleidžia bandymų nusižudyti, minčių apie savižudybę rodiklius bei mirčių dėl savižudybės paplitimą nei bendros savižudybės rizikos paplitimo rodiklius. Tai gali būti susiję ir su tuo, kad savižudybės rizika yra kintanti ir pačios savižudybės tiksliai neįmanoma prognozuoti (Skruibis, 2016). Vis dėlto Vokietijos bendrosios

populiacijos imties tyrime (virš 2000 tyrimo dalyvių) randama, kad 4,6 % asmenų buvo nustatyta savižudybės rizika (Blüml et al., 2013). Metaanalizės rezultatai, kurie reprezentuoja Europos šalių savižudybės rizikos paplitimą bendrosios populiacijos imtyse, rodo, jog savižudybės rizikos paplitimas varijuoja 0,01-13,4 % (Castillejos et al., 2021). Tad galima pastebėti, jog bendrosios populiacijos tyrimuose savižudybės rizikos paplitimas yra mažesnis lyginant su šio darbo rezultatais. Lietuvoje atlikto vyrų imties tyrimo rezultatai atskleidė, kad net 65,7 % dalyvių pasižymėjo savižudybės rizika (Grigienė et al., 2022). Tačiau svarbu turėti omenyje, kad šie rezultatai nereprezentuoja ir moterų imties, taip pat SBQ-R metodikos balas, kuris leidžia diferencijuoti savižudybės rizikoje esančius ir nesančius asmenis, buvo apibrėžtas skirtingai nei metodikos autoriai nurodo (Osman et al., 2001), tad lyginti šio ir mūsų tyrimo rezultatus būtų sunku.

Taip pat gauta, jog 29,5 % mūsų tyrimo asmenų nurodė ankstesnius bandymus nusižudyti. Žvelgiant į Castillejos ir kt. (2021) metaanalizės rezultatus, bendras bandymų nusižudyti paplitimas Europos šalyse varijuoja 0,01-3 %. Tarptautiniame tyrime, kuriame duomenys buvo surinkti iš 17 šalių, 2,7 % tyrimo dalyvių nurodė ankstesnius bandymus nusižudyti (Nock et al., 2008b). Tyrime su Lenkijos studentais (virš 900 tyrimo dalyvių) rasta, jog 8,2 % asmenų nurodė, kad bent kartą yra bandę nusižudyti (Chodkiewicz & Gruszczyńska, 2020). Lietuvos bendrosios populiacijos imties tyrime gauta, kad 5 % tyrimo dalyvių yra bandę nusižudyti (Gailienė et al., 2022). Tad vėlgi, šiame darbe gautas bandymų nusižudyti paplitimas yra ženkliai didesnis už bendrosios populiacijos tyrimus. Galiausiai, imtyse, kurias sudaro asmenys, patyrę traumuojančius įvykius, ankstesnių bandymų nusižudyti paplitimas varijuoja 2,8-8,3 % (Lewis et al., 2019; Stein et al., 2010). Specifines trauminės patirtis patyrusių žmonių imtyse gauti tokie rezultatai: 19 % ginkluotųjų pajėgų veteranų nurodė ankstesnius bandymus nusižudyti (Spikol et al., 2021), 63 % asmenų, kurie patyrė seksualinį smurtą, nurodė ankstesnius suicidinius bandymus (Gelezelyte et al., 2022a). Tai patvirtina mokslines žinias, jog būtent trauminių patirčių ir savižudiško elgesio ryšys yra reikšmingas (Stein et al., 2010).

Vis dėlto svarbu priminti, kad tyrimo imtį sudarė pagalbos siekiantys asmenys, dėl to tai gali būti susiję ne tik su gautais aukštais KPTSS paplitimo rodikliais, bet ir su tiriamos imties aukšta savižudybės rizika.

4.2. Sociodemografinių veiksnių, KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų bei suicidiškumo sąsajų analizė

Lyties, KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų bei suicidiškumo sąsajos. Šio tyrimo rezultatai neatskleidė statistiškai reikšmingų KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų (išskyrus emocinio nestabilumo) ir suicidiškumo skirtumų tarp lyčių. Remiantis kitų tyrėjų atliktais tyrimais, matyti nevienareikšmiai rezultatai.

Lyties ir KPTSS simptomų sąsajos. Analizuojant KPTSS simptomų ir lyties sąsajas, yra tyrimų, kurie patvirtina PTSS ir KPTSS rizikos skirtumus tarp lyčių bendrosios populiacijos imtyse (Cloitre et al., 2019; Karatzias et al., 2018a; Karatzias et al., 2019). Yra žinoma, kad PTSS vystymuisi gali būti reikšmingi specifiški biologiniai, psichologiniai ir socialiniai rizikos veiksniai, kurie siejasi su atitinkama lytimi (Kajantie & Phillips, 2006; Lehner et al., 2021; Olf et al., 2007). McGinty ir kt. (2021) apibendrinami tarptautinio reprezentatyvaus tyrimo rezultatus teigia, kad moksliniais tyrimais grįstų įrodymų apie TLK-11 PTSS ir lyties sąsajų reikšmingumą randama daugiau, o KPTSS ir lyties sąsajos dar vis iki šiol nėra aiškios. Atsiranda empirinių tyrimų, kuriuose neišryškėja reikšmingos sąsajos tarp KPTSS simptomų ir lyties. Ben-Ezra ir kolegų tyrime (2018) su reprezentatyvia Izraelio bendrosios populiacijos imtimi rasta, kad priklausymas KPTSS rizikos grupei statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų. Vis dėlto Hyland ir kolegų (2019) teigia, kad nagrinėjant atskirus KPTSS simptomus bendrosios populiacijos tyrime, tik PTSS simptomų grupė reikšmingai siejosi su lytimi (moterys pasižymėjo aukštesniais PTSS simptomų įverčiais lyginant su vyrais), tačiau ryšys tarp AOS simptomų ir lyties buvo nereikšmingas. Žvelgiant į tyrimuose atliktas prognostines analizes, Karatzias ir kolegų tyrime (2018b) lytis neatsiskleidė kaip KPTSS rizikos prognostinis veiksnys. Galiausiai tyrimo, kuriame specifiskai dalyvavo asmenys, patyrę trauminę patirtį, rezultatai rodo, kad tiek AOS, tiek PTSS simptomai nesisiejo su lytimi (Gelezelyte et al., 2022a). Svarbu nepamiršti, kad vertinant mūsų tiriamąją imtį daugiausiai sudarė moterys, kas savo ruožtu galėjo prisidėti prie neatrastų reikšmingų skirtumų. Taip pat anksčiau atliktų tyrimų ir šio darbo skirtingi imties dydžiai, imties pobūdis (pavyzdžiui, gali būti, kad bendrosios populiacijos imtyse dažniau randami reikšmingi skirtumai tarp lyčių) gali prisidėti prie nevienareikšmiškų rezultatų gavimo.

Lyties ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajos. Toliau analizuojant sąsajas tarp ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir lyties, atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad konkrečių ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas gali skirtis tarp lyčių (Qian et al., 2022). Vis dėlto, Fossati ir kolegų neklinikinės imties tyrime (2016), kuriame dalyvavo apylygiai moterų ir vyrų, nerasta reikšmingų ryšių

tarp ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir lyties. Panašūs rezultatai gauti Kuo ir kolegų (2015) tyrime. Naujesniuose tyrimuose taip pat nerasta reikšmingų sąsajų tarp lyties ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų (Frost et al., 2020a; Frost et al., 2020b; Gelezelyte et al., 2022b). Taigi tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai ir manoma, kad ypatingai klinikiniam kontekste simptomų išreikštumas tarp lyčių turi daugiau panašumų nei skirtumų (Johnson et al., 2003).

Lyties ir suicidiškumo sąsajos. Daugumos anksčiau atliktų tyrimų rezultatai rodo reikšmingus suicidiškumo, savižudiško elgesio rodiklių skirtumus tarp lyčių (Bommersbach et al., 2022; Borges et al., 2010; Liaugaudaitė et al., 2020; Nock et al., 2008b; Nock et al., 2008a; Van Orden et al., 2010). Kita vertus, ne visuose tyrimuose pastebimi tokie rezultatai. Pavyzdžiui, Blüml ir kt. (2013) Vokietijoje atliktame tyrime rasta, kad suicidiškumo rodikliai tarp lyčių buvo panašūs, ir savižudybės rizika statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų. Gailienė ir kt. tyrime (2022) su Lietuvos bendrosios populiacijos imtimi, rasta, kad minčių apie savižudybę ir bandymų žudyti dažnis tarp lyčių reikšmingai nesiskyrė. Pastarieji autoriai teigia, kad moterys ir jauni žmonės iš miestų apklausoje buvo aktyvesni, todėl šių grupių tyrimo dalyvių kiekis yra kiek didesnis nei numatyta pagal populiacijos sandarą, tad galimai tai vienas iš veiksnių, kuris galėjo būti susijęs su statistiškai nereikšmingais rezultatais. Mūsų darbe netolygus lyčių pasiskirstymas imtyje taip pat galėjo sietis su tuo, kad suicidiškumo skirtumai tarp lyčių neatsiskleidė.

Amžiaus, KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų bei suicidiškumo sąsajos. Šiame darbe atsiskleidė, kad jaunesnis amžius statistiškai reikšmingai siejosi su PTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomais (emociniu nestabilumu ir savasties funkcionavimo sutrikimais) ir suicidiškumu.

Amžiaus ir KPTSS simptomų sąsajos. Visų pirma, gauti šio darbo rezultatai atspindi ir kitų tyrimų, kuriuose buvo analizuotos sąsajos tarp amžiaus ir KPTSS simptomų, nevienareikšmius rezultatus. Mokslinėje literatūroje daugiau aptinkama įrodymų, jog būtent PTSS siejasi su jaunesniu amžiumi (McGinty et al., 2021). KPTSS ir amžiaus sąsajų tyrimų rezultatai labiau prieštaringi, bet keliami prielaida, kad šių simptomų, kaip ir PTSS, išreikštumas gali mažėti vyresniame amžiuje (Fox et al., 2022; McGinty et al., 2021). Keletas tyrimų atskleidžia tokius rezultatus kaip van Dijke ir kolegų (2018) tyrime gauta neigiama silpna, tačiau reikšminga sąsaja tarp KPTSS simptomų ir amžiaus. Karatzias ir kolegų (2019) taip pat patvirtina šias sąsajas bei teigia, kad jaunesnis amžius atsiskleidžia ir kaip KPTSS rizikos veiksnys. Hyland ir kiti (2019) rado neigiamas vidutinio stiprumo koreliacijas tarp amžiaus ir PTSS bei AOS simptomų, o Gelezelytės ir kt. (2022b) tyrime reikšmingos sąsajos gautos tik tarp amžiaus ir PTSS simptomų. Taigi, šio darbo ir kitų atliktų tyrimų rezultatai labiau patvirtina, jog jaunesnis amžius labiau susijęs su PTSS, nei KPTSS simptomais.

Amžiaus ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajos. Toliau žvelgiant į ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir amžiaus sąsajas, galima teigti, kad kitų autorių tyrimai patvirtina šio tyrimo rezultatus – bendras didesnis ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas susijęs su jaunesniu amžiumi (Fossati et al., 2016). Taip pat Hyland ir kolegų (2019) tyrime su trauminių įvykių patyrusiais asmenimis rasta, jog jaunesnis amžius stipriausiai iš visų kintamųjų siejosi su ribinio asmenybės sutrikimo simptomais. Vis dėlto mūsų ir minėti kitų autorių tyrimai yra paremti skerspjūvio dizainu, o reikšmingas amžiaus ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajas gali padėti nuodugniau suprasti atliktų longitudinalių tyrimų rezultatai (Zanarini et al., 2016). Naujesniame longitudinaliniame tyrime su klinicine intimi, kuriame pristatomi 10 metų stebėjimo rezultatai, rasta, kad savižudiškas elgesys ilgalaikėje perspektyvoje (per 10 metų) gali sumažėti – bandymų nusižudyti dažnumas krito nuo 83,1 % (tyrimo pradžioje) iki 46,6 % (Soloff & Chiappetta, 2019). Autoriai, besiremiami ankstesniais atliktais tyrimais, teigia, kad savižudiško elgesio mažėjimui gali turėti įtakos ne tik asmens branda, bet kartu tokie veiksniai kaip gydymas, impulsyvios agresijos, neigiamo afektyvumo bruožų intensyvumo sumažėjimas (Soloff & Chiappetta, 2019)

Žvelgiant į atskirus ribinio asmenybės sutrikimo simptomus, mūsų darbe rastos reikšmingos sąsajos tarp amžiaus ir emocinio nestabilumo bei savasties funkcionavimo sutrikimų, kas dalinai patvirtina kitų tyrimų rezultatus. Stepp ir kt. (2014) rado neigiamas koreliacijas tarp emocinio nestabilumo, tapatumo sutrikdymų, tarpasmeninių santykių sunkumų, savižalos simptomų. Kitame tyrime vyresni suaugusieji (45-68 m.) statistiškai reikšmingai nurodė aukštesnius nuolatinės tuštumos simptomo išreikštumo įverčius, o jaunesnieji suaugusieji (18-25 m.) – aukštesnius impulsyvumo, savęs žalojimo ir emocinio nestabilumo įverčius lyginant su vyresniais suaugusiais (Morgan et al., 2013). Taigi, šio darbo rezultatai patvirtina reikšmingas amžiaus ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajas, tačiau verta šiuos ryšius nuodugniau analizuoti tolimesniuose tyrimuose (pavyzdžiui, taikant longitudinalinio tyrimo dizainą) su Lietuvos intimi.

Amžiaus ir suicidiškumo sąsajos. Galiausiai šiame darbe gautas reikšmingas suicidiškumo ir amžiaus ryšys atspindi kitų atliktų tyrimų rezultatus. Kitų autorių analizės taip pat atskleidė, kad jaunesnis amžius buvo reikšmingai susijęs su savižudišku elgesiu (Nock et al., 2008b; Borges et al., 2012) ir suicidiškumu (Gelezelyte et al., 2022a). Žvelgiant į tyrimus su Lietuvos intimis, minčių apie savižudybę dažnis buvo didžiausias jaunų suaugusiųjų grupėje, o mėginimo nusižudyti dažnis – jaunų suaugusiųjų ir vidutinio amžiaus grupėse (Gailienė et al., 2022). Grigienės ir kt. (2020) tyrime su vyrų intimi, taip pat gauta, kad aukštesnis bendras suicidiškumo įvertis buvo susijęs su jaunesniu amžiumi.

4.3. KPTSS, ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajų analizė

KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų sąsajos. Šiame darbe buvo rasta, kad KPTSS ir šio sutrikimo simptomų grupės (AOS ir PTSS) siejasi su ribinio asmenybės sutrikimo simptomais (emociniu nestabilumu, savasties ir tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimais, neadaptiviomis emocijų reguliacijos strategijomis). Tyrime rasta tiek stiprių, tiek vidutinio stiprumo koreliacijų; išsiskiria tik viena silpna sąsaja tarp PTSS simptomų ir tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų. Geleželytės ir kolegų tyrimo (2022a) rezultatai rodo teigiamą, stiprią koreliaciją tarp KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų. Kitoje Geleželytės ir kolegų publikacijose (2022b) teigiama, kad ir atskiri KPTSS simptomai (AOS ir PTSS) susiję su ribinio asmenybės sutrikimo simptomais. Cyr ir kiti (2021) taip pat teigia, jog yra reikšmingų sąsajų tarp PTSS, AOS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų. Taigi, mokslinėje literatūroje randami ryšiai tarp KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų patvirtina šio darbo rezultatus.

Vis dėlto svarbu paminėti, kad šiame tyrime buvo naudoti savistatos klausimynai. Siekiant suprasti ribinio asmenybės sutrikimo ir KPTSS specifiskumus, visų pirma reikalinga naudotis instrumentais, kurie teikia išsamesnį klinikinį įvertinimą, o savo ruožtu ir tikslesnius rezultatus (Gelezelyte et al., 2022a). Naudodamas interviu patyręs klinicistas galbūt geriau gebėtų diferencijuoti KPTSS simptomus nuo ribinio asmenybės sutrikimo požymių, tad ir tyrimuose taikant šiuos instrumentus gali būti, kad ir sąsajos tarp šių sutrikimų simptomų nebūtų tokios stiprios.

KPTSS simptomų ir suicidiškumo sąsajos. Šio darbo rezultatai atspindi reikšmingas sąsajas tarp KPTSS simptomų ir suicidiškumo. Visų pirma, svarbu atkreipti dėmesį, kad daugiau nei pusė mūsų tyrimo dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, pateko ir į savižudybės rizikos grupę, o 29,5 % imties nurodė ankstesnius bandymus nusižudyti. Taip pat savižudybės rizikos ir bandymo nusižudyti rodiklių pasiskirstymas mūsų tyrime buvo didžiausias tarp KPTSS rizikos grupės žmonių lyginant juos su PTSS rizikos grupe ir asmenų, nesančių potrauminio streso sutrikimų rizikoje, grupe. Kartu, mūsų darbe KPTSS rizikos grupė pasižymėjo statistiškai reikšmingai didesniu bendru suicidiškumu lyginant su PTSS rizikos grupe ir asmenimis, nesančiais potrauminio streso sutrikimų rizikoje. Geleželytės ir kt. (2022b) tyrime gauti panašūs savižudybės rizikos pasiskirstymo tarp potrauminio streso sutrikimų rizikoje esančių ir nesančių žmonių grupių rezultatai. Vis dėlto, kitų tyrimų rezultatai rodo tiek aukštesnę savižudybės riziką tarp KPTSS rizikoje esančių žmonių lyginant juos su PTSS rizikos grupe (Hyland et al., 2018), tiek panašius savižudybės rizikos rodiklius tarp KPTSS ir PTSS rizikos grupių (Karatzias et al., 2019). Nors šių tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai, vis dėlto svarstoma, kadangi KPTSS yra susijęs su didesniais asmens funkcionavimo sutrikdymais lyginant su PTSS (Brewin et al., 2017; Cloitre et al.,

2019; Murphy et al., 2021), kompleksinės traumavimo pasekmės gali būti susijusios ir su didesniais suicidiškumo rodikliais (Gelezelyte et al., 2022a). Taigi, apibendrinant galima teigti, jog šiame darbe gauti aukšti savižudybės rizikos rodikliai tarp KPTSS rizikoje esančių žmonių rodo savižudybės rizikos vertinimo ir valdymo svarbą teikiant pagalbą žmonėms su kompleksiniu potrauminiu stresu.

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo sąsajos. Šio tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingas sąsajas tarp ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir suicidiškumo. Šiuos ryšius patvirtina ir kitų atliktų tyrimų rezultatai. Kituose tyrimuose pastebėta, kad bendras ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas teigiamai koreliavo su suicidiškumu (Gelezelyte et al., 2022a; Rickman et al., 2021; Sekowski et al., 2022). Žvelgiant į atskirus simptomus, galima pastebėti, jog kituose tyrimuose tiek su neklinikinėmis, tiek klinikinėmis imtimis rasta, kad suicidiškumas siejasi su emociniu nestabilumu, tapatumo sutrikdymais (Allen et al., 2013; Sekowski et al., 2022), impulsyvumu, tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų komponentais (pavyzdžiui, palikimo/išsiskyrimo baimė) bei nestabiliais tarpasmeniniais santykiais (Allen et al., 2013). Taip pat yra įrodymų, jog ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas yra statistiškai reikšmingai didesnis tarp bandžusių nusižudyti asmenų lyginant juos su žmonėmis, kurie nenurodė ankstesnių suicidinių bandymų (Mirkovic et al., 2021). Vis dėlto verta paminėti, kad nors mūsų darbe gauti rezultatai yra panašūs į kitų tyrimų, reikia atkreipti dėmesį į skirtingų studijų konceptualius bei metodologinius skirtumus: tyrimai paremti kitomis teorinėmis koncepcijomis (pavyzdžiui, DSM-5 klasifikacija) ar rezultatai gauti naudojant instrumentus, skirtingai vertinančius ribinio asmenybės sutrikimo simptomus.

Savižudybės rizikos prognostiniai veiksniai. Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, jog ribinio asmenybės sutrikimo simptomai, tokie kaip tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai ir neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos, prognozavo tyrimo dalyvių patekimą į savižudybės rizikos grupę. Tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų, neadaptyvių emocijų reguliacijos strategijų ir savižudybės rizikos ryšį patvirtina tiek teorinės žinios, tiek empirinių tyrimų rezultatai.

Visų pirma, bandydami suprasti gautus rezultatus, galėtume remtis Joiner (2005) tarpasmenine savižudiško elgesio teorija. Šioje teorijoje tarpasmeniniai aspektai – savęs kaip naštos suvokimas ir sutrikdytas priklausymas – yra svarbūs veiksniai, kurie gali skatinti mintis apie savižudybę ir norą nusižudyti. Savęs kaip naštos suvokimas – tai klaidingas ar net mirtinai pavojingas asmens suvokimas, kad jo egzistavimas yra našta draugams, šeimos nariams ir (arba) visuomenei, o toks jausmas formuoja įsitikinimą, kad jo mirtis kitiems būtų vertingesnė nei gyvenimas (Ribeiro & Joiner, 2009). Sutrikdytas priklausymas atspindi asmens esminių tarpasmeninių poreikių (socialinio susietumo/priklausymo, stabilių abipusiai rūpestingų santykių) nepatenkinimą (Van Orden et al., 2010). Tiek sutrikdyto

priklausymo jausmas, tiek savęs kaip naštos suvokimas gali atskirai sietis su savižudybės rizika, priklausomai nuo šių išgyvenamų jausmų intensyvumo. Vis dėlto didesnė savižudybės rizika yra tada, kai šie abu veiksniai patiriami kartu (Van Orden et al., 2010). Tad ribinio asmenybės sutrikimo atveju padidėjęs jautrumas tarpasmeniniams stresoriams yra stipriai išgyvenamas, dėl to manoma, kad šio sutrikimo simptomai, tokie kaip palikimo/išsiskyrimo baimė, gali būti susiję su didėjančia savižudybės rizika, kai savęs kaip naštos suvokimas ir sutrikdytas priklausymas yra šių sąsajų medijuojantys veiksniai (Van Orden et al., 2010). Nors šie tarpasmeninio funkcionavimo kintamieji nebuvo analizuojami mūsų darbe, tačiau empiriniuose tyrimuose rasta, kad savęs kaip naštos suvokimas yra reikšmingas veiksnys, padedantis paaiškinti ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir savižudybės rizikos ryšį (Gratz et al., 2022; Rogers et al., 2016).

Taip pat šioje teorijoje gebėjimas nusižudyti yra kitas komponentas, kuris yra būtinas įvykdyti savižudybę. Gebėjimo nusižudyti rizikos didėjimas susijęs su tuo, kad asmuo patiria sumažėjusią mirties baimę bei padidėja tolerancija fiziniam skausmui (Ribeiro & Joiner, 2009; Van Orden et al., 2010). Svarbu tai, kad šis gebėjimas gali atsirasti, kai asmuo pakartotinai susiduria su skausmingomis ar potencialiai pavojingomis gyvenimo patirtimis bei pripranta prie jų sukeliama psichologinio ir fizinio skausmo (Ribeiro & Joiner, 2009). Būtent impulsyvus ar rizikingas elgesys, pasikartojantys savižalos epizodai, siekiant emocijų reguliacijos, yra vieni iš reikšmingų gebėjimo nusižudyti ir bendrai savižudybės rizikos veiksnių (Van Orden et al., 2010). Pakartotinai praktikuojant tokį elgesį, kuris iš pradžių buvo skausmingas ir/ar keliantis baimę, ilgainiui jis gali tapti mažiau bauginantis, neigiamas, net suteikiantis emocinio palengvėjimo, kas savo ruožtu susiję su savižudybės rizikos padidėjimu, t.y. asmens gebėjimas mirtinai save susižaloti didėja (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Tad remiantis teorija, ribinio asmenybės sutrikimo simptomas kaip pasikartojantis save žalojantis elgesys yra tiesiogiai siejamas su įgyto gebėjimo mirtinai susižaloti rizika (Van Orden et al., 2010).

Atsižvelgus į empirinius tyrimus, jų rezultatai patvirtina, kad impulsyvumas (Andrewes et al., 2019; Grilo & Udo, 2021; Rogers et al., 2016), savižala yra bandymo nusižudyti prognostinis veiksnys (Grilo & Udo, 2021; Rogers et al., 2016). Taip pat, kaip jau minėta anksčiau, tęstiniuose tyrimuose pastebima, jog tarpasmeninio funkcionavimo sutrikdymai ilgalaikėje perspektyvoje gali reikšmingai didinti savižudybės riziką (Yen et al., 2021; Allen et al., 2022). Mūsų darbe, kuris paremtas skerspjūvio dizainu, rasta, kad tarpasmeninio funkcionavimo sutrikdymai gali būti reikšmingas savižudybės rizikos prognostinis veiksnys. Padidėjęs jautrumas tarpasmeniniams stresoriams, tokiems kaip atstūmimas, palikimo/išsiskyrimo baimė, vienišumo netoleravimas yra bandymo nusižudyti prognostinis veiksnys klinikinėse asmenų, turinčių ribinį asmenybės sutrikimą, imtyse (Brodsky et al., 2006). Žvelgiant į

tyrimus su neklinikinėmis imtimis, trauminė patirtis, jos pobūdis yra svarbūs kintamieji aiškinant ryšį tarp ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir savižudybės rizikos (Gelezelyte et al., 2022a; Rickman et al., 2021). Tiek tarpasmeninio tipo trauminės patirtys, tiek pasireiškiantys ribinio asmenybės sutrikimo simptomai gali būti susiję su tarpasmeninėmis santykių problemomis, o abu kintamieji prognozuoja aukštesnę savižudybės riziką (Rickman et al., 2021).

Priešingai nei randama kituose moksliniuose tyrimuose, šiame darbe emocinis nestabilumas ir KPTSS simptomai neatsiskleidė kaip savižudybės rizikos prognostiniai veiksniai. Šių rezultatų neatitikimus galėtų padėti paaiškinti skirtingų tyrimų metodologiniai ir imčių skirtumai. Pavyzdžiui, anksčiau atliktuose tyrimuose rasta, kad emocinis nestabilumas prognozavo savižudybės riziką klinikinėje imtyje (Ellison et al., 2016), o longitudiniame tyrime emocinis nestabilumas buvo bandymo nusizudyti prognostinis veiksnys (Yen et al., 2004; Yen et al., 2021). Svarbu paminėti, kad abiejuose minėtuose tyrimuose buvo naudoti diagnostiniai interviu, skirti įvertinti ribinio asmenybės sutrikimo simptomus. Galiausiai, mūsų darbe KPTSS simptomai neprognozavo savižudybės rizikos, kas savo ruožtu neatitinka kitų tyrimų rezultatų (Hyland et al., 2018; Karatzias et al., 2019). Vis dėlto, žvelgiant į mūsų tyrimo rezultatus, AOS simptomai buvo gana arti statistinio reikšmingumo ribos. Tikėtina, kad didesnėje tyrimo imtyje būtų atsiskleidę statistiškai reikšmingi rezultatai. Taip pat svarbu suprasti, jog prognostinė reikšmė priklauso ir nuo kintamųjų, kurie kartu įtraukiami į modelį, tad mūsų tyrimas išsiskiria tuo, kad buvo kartu vertinami KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomai prognozuojant savižudybės riziką; ir šioje analizėje atsiskleidė, kad tam tikri ribinio asmenybės sutrikimo simptomai buvo reikšmingesni prognozuojant savižudybės riziką nei kompleksinio potrauminio streso simptomai. Žinoma, svarbu tęsti panašius tyrimus didesnėse imtyse bei naudoti diagnostinius interviu, kurie leistų tiksliau įvertinti patiriamus simptomus.

4.4. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės

Aptariant šio darbo rezultatus, reikšminga atsižvelgti ir į atlikto tyrimo ribotumus. Visų pirma, tyrimo imties dydis buvo pakankamai mažas, taigi savižudybės rizikos prognostinių veiksnių įvertinimas apsiribojo mažesne statistine galia. Tai gali būti viena iš priežasčių, galinčių padėti paaiškinanti, kodėl šio darbo savižudybės rizikos prognostiniai rezultatai tik dalinai atitiko kitų autorių tyrimo rezultatus. Taip pat mažas tyrimo dalyvių skaičius reprezentatyviai neatspindi šalies bendrosios populiacijos, todėl rezultatai negali būti generalizuojami. Be to svarbu priminti, kad tyrimo imtyje buvo daugiausiai moterų.

Dėl to tyrimo rezultatai galėtų labiau būti taikomi moterims. Pastebima, kad tokių tyrimų, kuriuose imtys būtų subalansuotos lyties atžvilgiu, trūksta (Jowett et al., 2020a). Taigi svarbu tęsti panašius tyrimus didesnėse imtyse, kuriose pasiskirstymas tarp lyčių būtų tolygesnis. Taip pat reikšminga tirti ir klinikinę imtį, nes klinikoje dažnai reikalinga diferencinė diagnostika tarp KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo.

Kitas šio tyrimo ribotumas – visi naudoti instrumentai buvo savistatos klausimynai. KPTSS simptomams ir rizikai įvertinti naudotas ITQ, kuris šiuo metu plačiausiai naudojamas moksliniuose tyrimuose, siekiant įvertinti TLK-11 kompleksinio potrauminio streso sutrikimo riziką. Toks instrumentas kaip Tarptautinis traumos interviu (ITI) galėtų padėti tiksliau vertinti KPTSS simptomus ir jų atitikimą TLK-11 kriterijams. Naudojant savistatos instrumentus tyrimo dalyviams gali būti sudėtinga tiksliai įvertinti savo KPTSS simptomus, ypač AOS simptomų grupę, ir atskirti juos nuo ribinio asmenybės sutrikimo simptomų (Gelezelyte et al., 2022a). Be to ribinio asmenybės sutrikimo simptomams įvertinti buvo naudota BPS metodika, kuri yra taip pat savistatos klausimynas. Anot Oltmanns ir Widiger (2019), BPS metodika yra laikomas patikimu ir validžiu instrumentu vertinti ribinio asmenybės sutrikimo simptomus pagal TLK-11 klasifikaciją, bei yra naudojamas moksliniuose tyrimuose (Gelezelyte et al., 2022a; Gelezelyte et al., 2022b), tačiau šiame darbe dvi instrumento poskalės (tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų ir neadaptivių emocijų reguliacijos strategijų) pasižymėjo mažais vidinio suderintumo rodikliais ($Cronbach \alpha = 0,51$). Tad nors instrumento vidinio suderintumo rodiklis $Cronbach \alpha$, kuris varijuoja nuo 0,50 iki 0,70, gali būti priimtinas tyrimams (Hinton et al., 2004), vis dėlto šio darbo išvadas reikėtų vertinti atsargiai. Be to, viena vertus, BPS metodika vertinami tokie kriterijai, kurie atspindi šio sutrikimo atveju pasireiškiantį emocinį nestabilumą, tapatumo sutrikdymus, nestabilius santykius, palikimo/išsiskyrimo baimę, impulsų kontrolės stoką, savižalą ir kt., tačiau į instrumentą nėra įtraukti tokie simptomai kaip nuolatinis tuštumos jausmas ir paranojinės/disociacinės reakcijos, kurie gali būti kliniškai reikšmingi ir šį sutrikimą diferencijuojantys kriterijai. Taip pat šiuo metu šio instrumento autoriai nėra apibrėžę ribinių balų, kurie leistų išskirti ribinio asmenybės sutrikimo riziką ir panagrinti jos paplitimą tiriamoje imtyje. Tad tolimesniuose tyrimuose vertėtų apsvarstyti kitus ribinio asmenybės sutrikimo simptomų vertinimo instrumentus kaip klinikinį diagnostinį interviu.

Be to mūsų darbo tyrimas yra apribotas skerspjūvio dizainu, tad norint nuodugniau suprasti KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomų ir savižudybės rizikos ryšius, longitudinalinio dizaino tyrimas būtų tinkamas atskleisti šių kintamųjų sąsajas ilgalaikėje perspektyvoje. Turint omenyje, kad savižudybės rizika yra kintanti, tokie tolimesni tyrimai būtų neabejotinai reikšmingi.

Galiausiai, tolimesniuose tyrimuose vertėtų pamąstyti ir apie kitus statistinės analizės kriterijus, padėsiančius nuodugniau atskleisti KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo skirtumus. Pavyzdžiui, latentinių klasių analizė galimai padėtų identifikuoti ir komorbidiškas simptomų grupes, ir specifinę emocijų reguliacijos sunkumų raišką jose. Vis dėlto, svarbu paminėti, kad šio tyrimo imtis nebuvo pakankamai didelė, kad būtų galima atlikti minėtą analizę.

4.5. Praktinės rekomendacijos

Remiantis gautais tyrimo rezultatais, formuluojame praktines rekomendacijas, kurios gali būti naudingos psychologams ir psichikos sveikatos specialistams, teikiantiems pagalbą asmenims, kurie yra patyrę traumuojančių įvykių.

Mūsų tyrime atsiskleidė aukšti KPTSS rizikos rodikliai. Tad praktiniame darbe su asmenimis, kurie yra patyrę traumuojančių įvykių, siekiant geriau suprasti jų potraumines reakcijas, gali būti svarbu atlikti psichotraumatologinį įvertinimą. Klinikinėje praktikoje Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ) gali būti naudojamas siekiant greitai įvertinti kliento TLK-11 PTSS ir KPTSS simptomų riziką, o norint priimti klinikinius diagnostinius sprendimus turi būti taikomas klinikinis diagnostinis interviu, pavyzdžiui, Tarptautinis traumos interviu (ITI) (Geležėlytė, 2022). Šiame darbe gautos stiprios sąsajos tarp KPTSS ir ribinio asmenybės sutrikimo požymių. Tai rodo, diferencinės diagnostikos, kuri gali būti atliekama naudojantis pusiau struktūruotais klinikiniais interviu, svarbą. Nors TLK-11 klasifikacija Lietuvoje dar nėra įsigaliojusi, specialistai turi tinkamai pasiruošti atpažinti ir vertinti klientų patiriamus sunkumus, kurie susiję su psichologinio traumavimo pasekmėmis. Specializuoti psichotraumatologinio įvertinimo mokymai galėtų padėti suteikti tam reikiamų žinių ir įgūdžių.

Tyrime taip pat pastebėjome, kad KPTSS rizikoje esantys žmonės gali pasižymėti aukšta bendra savižudybės rizika bei neretai nurodyti ankstesnius bandymus žudytis. Šie rodikliai gali būti didesni lyginant su asmenimis esančiais PTSS rizikoje ir nesančiais potrauminio streso sutrikimų rizikoje. Dėl šių priežasčių savižudybės rizikos vertinimas ir valdymas yra reikalingas teikiant pagalbą žmonėms, esantiems KPTSS rizikoje. Bryan (2016) pateikė savižudybės rizikos valdymo rekomendacijas darbui su žmonėmis, kuriems pasireiškia PTSS. Asmenims, kurie yra didelėje savižudybės rizikoje, pirmiausia pagalba turėtų būti orientuota į savižudybės rizikos mažinimą. Tokiu atveju turėtų būti svarstomas hospitalizacijos variantas ar kiti būdai, padedantys užtikrinti nuolatinę asmens stebėseną. Taip pat rekomenduojama, kad toks gydymas apimtų kliento emocijų reguliacijos, problemų sprendimo ir

kognityvinės įveikos įgūdžių stiprinimą Pavyzdžiui, dialektine elgesio terapija ar kognityvine elgesio terapija paremta pagalba galėtų būti tinkama šių įgūdžių stiprinimui ir savižudybės grėsmės mažinimui. Tik tokiu atveju, kai savižudybės rizika mažėja, rekomenduojama taikyti į darbą su trauminėmis patirtimis orientuotos terapijos metodus. Kai kliento savižudybės rizika yra vidutinė, į darbą su trauminėmis patirtimis orientuota pagalba ir savižudybės rizikos valdymo priemonės (tokios kaip asmens savisaugos planas) turėtų būti taikomos kartu. Galiausiai, esant mažai savižudybės rizikai, galima taikyti terapinius metodus, orientuotus į darbą su trauminėmis patirtimis, tačiau būtina toliau stebėti kliento savižudybės riziką ir jai didėjant, teikti pirmenybę rizikos valdymui. Šios gairės yra reikalingos dirbant su asmenimis, esančiais KPTSS rizikoje, vis dėlto dar yra mažai žinoma, kaip savižudybės rizikos valdymas galėtų būti integruojamas į KPTSS intervencijas. Tad specialistams rekomenduojama vis atnaujinti įgūdžius ir žinias apie pagalbos būdus asmenims su KPTSS, kurie būtų pagrįsti naujausiais moksliniais tyrimais.

Mūsų rezultatai parodė, kad pasireiškiantys ribinio asmenybės sutrikimo simptomai, ypač didelis tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų ir neadaptivių emocijų reguliacijos strategijų požymių išreikštumas, galėtų signalizuoti apie savižudybės riziką. Tokiu atveju klinikinėje praktikoje taikomos intervencijų programos, specifiskai orientuotos į šių simptomų mažinimą, galbūt galėtų padėti sumažinti ir klientų savižudybės riziką. Nors šiame darbe gauta, kad ribinio asmenybės sutrikimo simptomai buvo reikšmingesni prognozuojant savižudybės riziką nei KPTSS simptomai, vis dėlto KPSS AOS simptomų prognostiniai rezultatai buvo arti statistinio reikšmingumo. Taigi specialistams svarbu atsižvelgti ir į KPTSS sutrikusios asmenybės organizacijos simptomų raišką ir atlikti savižudybės rizikos vertinimą.

IŠVADOS

1. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) rizika pasižymėjo daugiau nei trečdalis tyrimo dalyvių, daugiau nei pusei imties buvo nustatyta savižudybės rizika.
2. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomo – emocinio nestabilumo – įverčiai buvo statistiškai reikšmingai didesni tarp moterų nei tarp vyrų. Jaunesnis amžius siejosi su didesniu PTSS bei ribinio asmenybės sutrikimo simptomų (emocinio nestabilumo ir savasties funkcionavimo sutrikimų), suicidiškumo išreikštumu bei ankstesniais bandymais nusižudyti.
3. KPTSS rizikos grupė pasižymėjo statistiškai reikšmingai didesniu suicidiškumu lyginant su PTSS rizikos grupe ir asmenimis, nesančiais potrauminio streso sutrikimų rizikoje. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, pateko ir į savižudybės rizikos grupę.
4. KPTSS AOS ir ribinio asmenybės sutrikimo simptomai (savasties funkcionavimo sutrikimai, neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos) stipriausiai siejosi su suicidiškumu.
5. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai (tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai ir neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos), kontroliuojant tyrimo dalyvių amžių, reikšmingai prognozavo patekimą į savižudybės rizikos grupę.

LITERATŪRA

- Akbar, R., Arya, V., Conroy, E., Wilcox, H. C., & Page, A. (2023). Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *53*(1), 163–184. <https://doi.org/10.1111/sltb.12931>
- Allen, B., Cramer, R. J., Harris, P. B., & Rufino, K. A. (2013). Borderline Personality Symptomatology as a Mediator of the Link Between Child Maltreatment and Adult Suicide Potential. *Archives of Suicide Research*, *17*(1), 41–51. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748413>
- Allen, T. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G. C., & Dombrovski, A. Y. (2022). Negative Affectivity and Disinhibition as Moderators of an Interpersonal Pathway to Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychological Science*, *10*(5), 856–868. <https://doi.org/10.1177/21677026211056686>
- Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., & Chanen, A. M. (2019). Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(2), 194–201. <https://doi.org/10.1111/eip.12461>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Barkauskienė, R., Gaudiešiūtė, E., & Skabeikytė, G. (2021). Asmenybės sutrikimo sampratos kaita pereinant prie TLK-11: žvilgsnis iš klinikinės ir raidos perspektyvų. *Psichologija*, *65*, 8–21. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2021.36>
- Barnow, S., Herpertz, S. C., Spitzer, C., Stopsack, M., Preuss, U. W., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2007). Temperament and Character in Patients with Borderline Personality Disorder Taking Gender and Comorbidity into Account. *Psychopathology*, *40*(6), 369–378. <https://doi.org/10.1159/000106467>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, *97*(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 343. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.47.2.343>

- Beghi, M., & Rosenbaum, J. F. (2010). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 349–355. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ad783>
- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R., & Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology*, 24(1), 251–265. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000812>
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLoS ONE*, 8(10), e76646. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076646>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., ... Kessler, R. C. (2010). Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617–1628. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>

- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in Psychiatry, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review, 58*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal Precipitants and Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(3), 313–322. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.313>
- Bryan, C. J. (2016). Treating PTSD Within the Context of Heightened Suicide Risk. *Current Psychiatry Reports, 18*(8), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0708-z>
- Castillejos, M. C., Huertas, P., Martín, P., & Moreno Küstner, B. (2021). Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research, 25*(4), 810–828. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>
- Čekanavičius, V., & Murauskas, G. (2014). *Taikomoji regresinė analizė socialiniuose tyrimuose*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Chodkiewicz, J., & Gruszczyńska, E. (2020). The Polish adaptation of the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised by A. Osman et al. *Psychiatria Polska, 54*(1), 101–111. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/93492>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin, 143*(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry, 216*(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>

- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/ACPS.12956>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd edition). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M., & Bélanger, C. (2022). Distinguishing Among Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder in a Community Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 186–196. <https://doi.org/10.1002/jts.22719>
- de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2016). The Clinical Significance of Single Features of Borderline Personality Disorder: Anger, Affective Instability, Impulsivity, and Chronic Emptiness in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 261–270. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_193
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., & Fonagy, P. (2021). Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations With Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177–193. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427

- Facer-Irwin, E., Karatzias, T., Bird, A., Blackwood, N., & MacManus, D. (2022). PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychological Medicine*, 52(13), 2794–2804. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004936>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Fossati, A., Gratz, K. L., Somma, A., Maffei, C., & Borroni, S. (2016). The Mediating Role of Emotion Dysregulation in the Relations Between Childhood Trauma History and Adult Attachment and Borderline Personality Disorder Features: A Study of Italian Nonclinical Participants. *Journal of Personality Disorders*, 30(5), 653–676. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_222
- Fox, R., Hyland, P., Coogan, A. N., Cloitre, M., & McHugh Power, J. (2022). Posttraumatic stress disorder, complex PTSD and subtypes of loneliness among older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 78(2), 321–342. <https://doi.org/10.1002/jclp.23225>
- Fox, V., Dalman, C., Dal, H., Hollander, A.-C., Kirkbride, J. B., & Pitman, A. (2021). Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 279, 609–616. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.009>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M., & Murphy, J. (2020a). Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 100080. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>
- Frost, R., Murphy, J., Hyland, P., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Hansen, M., Armour, C., McCarthy, A., Cunningham, T., & McDonagh, T. (2020b). Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1836864>
- Gailienė, D. (2015). *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Eugrimas.

- Gailienė, D., Skruibis, P., Dadašev, S., & Grigienė, D. (2022). *Savižudiškumo tendencijos ir sociokultūriniai suicidinės rizikos veiksniai lietuvoje: rekomendacijos nacionalinę ir regioninę savižudybių prevenciją kuriančioms institucijoms*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Geleželytė, O. (2022). *Kompleksinis potrauminis stresas. Samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas. Metodinė priemonė*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Gelezelyte, O., Kazlauskas, E., Brailovskaia, J., Margraf, J., & Truskauskaite-Kuneviciene, I. (2021). Suicidal ideation in university students in Lithuania amid the COVID-19 pandemic: A prospective study with pre-pandemic measures. *Death studies*, 46(10), 2395–2403. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1947417>
- Gelezelyte, O., Kvedaraite, M., Kairyte, A., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Kazlauskas, E. (2022a). The mediating role of complex posttraumatic stress and borderline pattern symptoms on the association between sexual abuse and suicide risk. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00183-z>
- Gelezelyte, O., Roberts, N. P., Kvedaraite, M., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., Kairyte, A., Karatzias, T., Shevlin, M., & Kazlauskas, E. (2022b). Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2037905>
- George, D., & Mallery, M. (n.d.). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update*. Prentice Hall.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262–270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- Gratz, K. L., Kiel, E. J., Mann, A. J. D., & Tull, M. T. (2022). The prospective relation between borderline personality disorder symptoms and suicide risk: The mediating roles of emotion regulation difficulties and perceived burdensomeness. *Journal of Affective Disorders*, 313, 186–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.066>
- Grigienė, D., Skruibis, P., Dadašev, S., Rimkevičienė, J., & Gailienė, D. (2022). Gender Self-Confidence as a Protective Factor for Suicide Risk: Analysis of the Sample of Lithuanian Men. *Frontiers in Psychology*, 13, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.863688>

- Grilo, C. M., & Udo, T. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts Among US Adults. *JAMA Network Open*, 4(5), e219389. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.9389>
- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed Relationships as a Phenotype for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637–1640. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071125>
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: A Gene-Environment-Developmental Model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22–41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Herr, N. R., Rosenthal, M. Z., Geiger, P. J., & Erikson, K. (2013). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and Mental Health*, 7(3), 191–202. <https://doi.org/10.1002/pmh.1204>
- Hinton, P.R., Brownlow, C., McMurray, I. & Cozens, B. (2004). *SPSS Explained*. Routledge.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 855–863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017a). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017b). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018). Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in *DSM-5* and *ICD-11* : Clinical and Behavioral Correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 174–180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>

- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Bender, D. S., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G., & Zanarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, *44*(4), 284–292. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00090-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00090-7)
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2020a). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *93*(3), 621–638. <https://doi.org/10.1111/papt.12248>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020b). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *11*(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Kairyte, A., Kvedaraite, M., Kazlauskas, E., & Gelezelyte, O. (2022). Exploring the links between various traumatic experiences and ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, *13*, 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896981>
- Kajantie, E., & Phillips, D. I. W. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, *31*(2), 151–178. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.07.002>
- Karatzias, T., & Cloitre, M. (2019). Treating Adults With Complex Posttraumatic Stress Disorder Using a Modular Approach to Treatment: Rationale, Evidence, and Directions for Future Research. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(6), 870–876. <https://doi.org/10.1002/jts.22457>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2018a). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and

- measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887–894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., Kitchiner, N. J., Jumbe, S., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2018b). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 177–185. <https://doi.org/10.1111/bjc.12172>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., & Eimontas, J. (2017). “No Posttraumatic Stress Disorder in Lithuania”: National Health Care Fails to Identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 99–102. <https://doi.org/10.1002/jts.22152>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. In *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>

- Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., de Graaf, R., Kleber, R., ten Have, M., & Dückers, M. (2020). Prevalence of Potentially Traumatic Events, Other Life Events and Subsequent Reactions Indicative for Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands: A General Population Study Based on the Trauma Screening Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1725, 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051725>
- Krause-Utz, A. (2021). Stimulating research on childhood adversities, borderline personality disorder, and complex post-traumatic stress disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *8*(1), 10–12. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00152-y>
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *39*, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Kairyte, A., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2022). Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Lithuanian general population. *International Journal of Social Psychiatry*, *68*(8), 1727–1736. <https://doi.org/10.1177/00207640211057720>
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Karatzias, T., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2021). Mediating role of avoidance of trauma disclosure and social disapproval in ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder: cross-sectional study in a Lithuanian clinical sample. *BJPsych Open*, *7*(6), e217. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1055>
- Lehner, M., Skórzewska, A., & Wisłowska-Stanek, A. (2021). Sex-Related Predisposition to Post-Traumatic Stress Disorder Development—The Role of Neuropeptides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1), 314. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010314>
- Lei, P.-W., & Wu, Q. (2007). Introduction to Structural Equation Modeling: Issues and Practical Considerations. *Educational Measurement: Issues and Practice*, *26*(3), 33–43. <https://doi.org/10.1111/j.1745-3992.2007.00099.x>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, *6*(3), 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)

- Liaugaudaitė, V., Žemaitienė, N., Raškauskienė, N., Digrytė-Šertvytienė, L., Baniienė, I., Sap, V., & Juškienė, A. (2020). Psychosocial autopsy study of suicide in Lithuania: gender differences. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, 22(2), 39–44.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 206(4), 270–276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790>
- McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European Psychiatry*, 64(1), 1–9. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Morgan, T. A., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2013). Differences between older and younger adults with Borderline Personality Disorder on clinical presentation and impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1507–1513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.009>
- Murphy, D., Karatzias, T., Busuttil, W., Greenberg, N., & Shevlin, M. (2021). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: risk factors and comorbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(7), 1289–1298. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02028-6>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008a). Cross-

- national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, *192*(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008b). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *American Journal of Psychiatry*, *163*(1), 20–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, *133*(2), 183–204. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2019). Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychological Assessment*, *31*(5), 674–684. <https://doi.org/10.1037/pas0000693>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with Clinical and Nonclinical Samples. *Assessment*, *8*(4), 443–454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Owczarek, M., Karatzias, T., McElroy, E., Hyland, P., Cloitre, M., Kratzer, L., Knefel, M., Grandison, G., Ho, G. W. K., Morris, D., & Shevlin, M. (2023). Borderline Personality Disorder (BPD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD): A Network Analysis in a Highly Traumatized Clinical Sample. *Journal of Personality Disorders*, *37*(1), 112–129. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.1.112>
- Palic, S., Zerach, G., Shevlin, M., Zeligman, Z., Elklit, A., & Solomon, Z. (2016). Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research*, *246*, 692–699. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.062>
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using the SPSS Program* (4th edition). Allen & Unwin.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>

- Powers, A., Petri, J. M., Sleep, C., Mekawi, Y., Lathan, E. C., Shebuski, K., Bradley, B., & Fani, N. (2022). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder using exploratory structural equation modeling in a trauma-exposed urban sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 88, 102558. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102558>
- Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLOS ONE*, 17(12), e0279015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1291–1299. <https://doi.org/10.1002/jclp.20621>
- Rickman, S. R. M., Bernard, N. K., Levendosky, A. A., & Yalch, M. M. (2021). Incremental effects of betrayal trauma and borderline personality disorder symptoms on suicide risk. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(7), 810–813. <https://doi.org/10.1037/tra0001022>
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J., & Brewin, C. R. (2019). *International trauma interview (ITI) for ICD- 11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.2)*.
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2016). Borderline Personality Disorder Diagnostic Criteria as Risk Factors for Suicidal Behavior Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 591–604. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158681>
- Rosenstein, L. K., Ellison, W. D., Walsh, E., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(6), 590–594. <https://doi.org/10.1037/per0000294>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. In *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. (pp. 355–368). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-016>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16–20.
- Sekowski, M., Gambin, M., Sumlin, E., & Sharp, C. (2022). Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry Research*, 312, 114558. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114558>

- Sharp, C. (2016). Current trends in BPD research as indicative of a broader sea-change in psychiatric nosology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 334–343. <https://doi.org/10.1037/per0000199>
- Shneidman, E. S. (2002). *Savižudžio sąmonė*. Via Recta.
- Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1573129>
- Skruibis, P. (2016). *Psichologinės pagalbos gairės ketinantiems nusižudyti, mėginusiems nusižudyti ir nusižudžiusiųjų artimiesiems: metodinė medžiaga psichologijos studentams*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Skruibis, P., Kazlauskas, E., & Gailienė, D. (2008). Level of hopelessness, attitudes towards suicide and suicide risk. *Psichologija*, 37, 26–43.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2019). 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 33(1), 82–100. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_332
- Spikol, E., Robinson, M., McGlinchey, E., Ross, J., & Armour, C. (2022). Exploring complex-PTSD comorbidity in trauma-exposed Northern Ireland veterans. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2046953>
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., He, Y., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Matschinger, H., Mneimneh, Z., Nakamura, Y., Ormel, J., ... Nock, M. K. (2010). Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS ONE*, 5(5), e10574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010574>
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 657–666. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.006>

- Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas Australijos modifikacija (TLK-10-AM) Sisteminis ligų sąrašas. (2010). <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
- Truskauskaitė, I., Dumarkaitė, A., Petrauskaitė, G., Andersson, G., Brailovskaia, J., Karatzias, T., Margraf, J., & Kazlauskas, E. (2023). ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian university students: Prevalence and associations with trauma exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001436>
- Truskauskaitė-Kunevičienė, I., Brailovskaia, J., Kamite, Y., Petrauskaitė, G., Margraf, J., & Kazlauskas, E. (2020). Does Trauma Shape Identity? Exploring the Links Between Lifetime Trauma Exposure and Identity Status in Emerging Adulthood. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.570644>
- van Dijke, A., Hopman, J. A. B., & Ford, J. D. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The life events checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov
- Winsper, C., Wolke, D., & Lereya, T. (2015). Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11–12 years. *Psychological Medicine*, *45*(5), 1025–1037. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002128>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yen, S., Peters, J. R., Nishar, S., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Zanarini, M. C., McGlashan, T. H., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts. *JAMA Psychiatry*, *78*(2), 187–194. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3598>

- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., & Morey, L. C. (2004). Borderline Personality Disorder Criteria Associated With Prospectively Observed Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, *161*(7), 1296–1298. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1296>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, *173*(7), 688–694. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>

1 PRIEDAS

8 lentelė. KPTSS simptomų išreikštumas tarp lyčių

KPTSS simptomų išreikštumas	Moterys		Vyrai		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>			
KPTSS simptomai	82	26,77 (10,83)	23	26,09 (9,88)	- 0,27	103	0,393
PTSS simptomai	82	12,99 (6,26)	23	13 (4,89)	0,01	103	0,497
AOS simptomai	82	13,78 (5,85)	23	13,09 (6,33)	-0,49	103	0,311

9 lentelė. Potrauminio streso sutrikimų rizikos pasiskirstymas tarp lyčių

Potrauminio streso sutrikimų rizika	Moterys		Vyrai		χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Asmenys, esantys KPTSS rizikoje	35	81,40 %	8	18,60 %	0,464	1	0,496
Asmenys, esantys PTSS rizikoje	11	78,60 %	3	21,40 %	0,002	1	0,963
Asmenys, nesantys potrauminio streso sutrikimų rizikoje	36	75,00 %	12	25,00 %	0,495	1	0,482

10 lentelė. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas tarp lyčių.

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas	Moterys		Vyrai		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>			
Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai	82	34,81 (9,16)	23	33,70 (9,02)	-0,52	103	0,304
Emocinis nestabilumas	82	9,82 (2,78)	23	8,57 (2,57)	-1,94	103	0,028
Savasties funkcionavimo sutrikimai	82	9,21 (3,10)	23	9,35 (3,14)	0,19	103	0,424

10 lentelės tęsinys

Ribinio asmenybės sutrikimo simptomų išreikštumas	Moterys		Vyrai		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>			
Tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimai	82	8,70 (2,61)	23	8,87 (2,53)	0,29	103	0,388
Neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos	82	7,09 (2,52)	23	6,91 (2,41)	-0,29	103	0,385

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu