

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Greta Raklevičiūtė

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Trauminių įvykių, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo ir disociacinių
simptomų sąsajos**

Darbo vadovė: dr. Odeta Geleželytė

Vilnius 2023

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	7
1.1. Trauminių įvykių samprata ir paplitimas.....	7
1.2. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo samprata, raiška ir paplitimas.....	9
1.3. Disociacijos samprata, raiška ir paplitimas.....	11
1.4. Trauminių įvykių, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo ir disociacijos sąsajos.....	13
1.5. Apibendrinimas bei tyrimo tikslas ir klausimai	16
2. METODIKA.....	18
2.1. Tyrimo dalyviai.....	18
2.2. Tyrimo instrumentai	18
2.3. Tyrimo eiga.....	20
2.4. Duomenų analizė	21
3. REZULTATAI	22
3.1. Trauminių įvykių paplitimas bei kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas imtyje	22
3.2. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų sąsajos.....	24
3.3. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumo skirtumai tarp patyrusių fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje ir suaugus	25
3.4. Tarpasmeninių ir netarpasmeninių trauminių įvykių sąsajos su kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumu	26
3.5. Patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų reikšmė prognozuojant kompleksinio PTSS simptomų išreikštumą	27
3.6. Disociacinių simptomų reikšmė patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšiui.....	28
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	29

4.1. Trauminių įvykių paplitimas bei kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas imtyje	29
4.2. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų sąsajos.....	31
4.3. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumo skirtumai tarp patyrusių fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje ir suaugus	32
4.4. Tarpasmeninių ir netarpasmeninių trauminių įvykių sąsajos su kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumu	33
4.5. Patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų reikšmė prognozuojant kompleksinio PTSS simptomų išreikštumą	33
4.6. Disociacinių simptomų reikšmė patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšiui.....	34
4.7. Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolimesniems tyrimams.....	35
IŠVADOS	37
LITERATŪRA	38

SANTRAUKA

Trauminių įvykių, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo ir disociacinių simptomų sąsajos

Greta Raklevičiūtė

Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023, 43 p.

Naujoje TLK-11 klasifikacijoje pirmą kartą įtraukta kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) diagnozė. KPTSS gali pasireikšti po įvykio ar ilgalaikių, pasikartojančių įvykių, kurie yra ypatingai gąsdinantys ar siaubingi, ir iš kurių ištrūkti yra beveik neįmanoma. Disociacija – reiškinys, kuris glaudžiai susijęs su trauminių įvykių patyrimu – yra nedaug tyrinėtas analizuojant sąsajas su KPTSS. Nėra iki galo aišku, kokia disociacijos reikšmė aiškinant ryšį tarp trauminių įvykių patyrimo bei KPTSS simptomatikos. Taigi, tyrimu buvo siekiama įvertinti trauminių įvykių, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo ir disociacinių simptomų sąsajas. Tyrime dalyvavo 105 suaugusieji, gyvenime patyrę bent vieną trauminių įvykių (81 (77,1%) moterys; amžius: $M(SD) = 34,92(12,48)$, amžiaus diapazonas: 19-79 m.). Tyrime naudoti šie instrumentai: Gyvenimo įvykių sąrašas-Revizuotas (LEC-R; Weathers et al., 2013), Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ; Cloitre et al., 2018), Disociacinių simptomų skalė (DSS; Carlson et al., 2018). Tyrimas atskleidė, jog į kompleksinio potrauminio streso sutrikimo rizikos grupę pateko 32,4 proc. tyrimo dalyvių. Dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, visi disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepateko į KPTSS rizikos grupę. Dalyvių, kurie nurodė patyrę fizinį smurtą vaikystėje arba seksualinį smurtą suaugus, KPTSS simptomai buvo labiau išreikšti nei tokio smurto nepatyrusių. Taip pat dalyvių, kurie nurodė patyrę seksualinį smurtą suaugus, disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei nepatyrusių. Disociacinių simptomų išreikštumas medijavo patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšį. Šio tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingas sąsajas tarp trauminių įvykių patyrimo ir disociacinių bei KPTSS simptomų išreikštumo. Ateities tyrimuose būtų verta nagrinėti ne tik disociacinių simptomų, bet ir disociacinių sutrikimų sąsajas su traumineis įvykiais ir KPTSS.

Raktiniai žodžiai: trauminiai įvykiai, kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS), disociacija.

SUMMARY

Links between traumatic experiences, complex PTSD and dissociative symptoms

Greta Raklevičiūtė

Vilnius, Vilnius University, 2023, 43 p.

In the new ICD-11 classification, a new complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) diagnosis has been included. CPTSD is a disorder that may develop following exposure to an event or series of events of extremely threatening or horrific nature, most commonly prolonged or repetitive events from which escape is difficult or impossible. Dissociation – a phenomenon that is closely related to the experience of traumatic events – hasn't been researched a lot for associations with CPTSD. It is not entirely clear what is the role of dissociation in trying to understand the link between traumatic events and CPTSD symptomatology. Hence, this study aimed to investigate links between traumatic experiences, CPTSD, and dissociative symptoms. The study sample consisted of 105 adults who have experienced at least one traumatic event in their life (81 (77,1%) women; age: $M(SD) = 34,92(12,48)$, age range: 19-79). Instruments used: Life Events Checklist-Revised (LEC-R; Weathers et al., 2013), International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018), Dissociative Symptoms Scale (DSS; Carlson et al., 2018). Results revealed that 32,4 percent of participants fell into the CPTSD risk group. Participants who fell into the CPTSD risk group had more pronounced dissociative symptoms than those who did not fall into the CPTSD risk group. Moreover, participants who experienced physical abuse in childhood or sexual abuse in adulthood had more pronounced CPTSD symptoms than those who didn't. Also, participants who experienced sexual abuse in adulthood had more pronounced dissociative symptoms than those who didn't. Finally, dissociative symptoms mediated the relationship between the number of experienced interpersonal traumas and CPTSD symptoms. The results of this study revealed significant associations between the experience of traumatic events and the expression of dissociative and CPTSD symptoms. Future research would benefit from examining the associations between traumatic events, CPTSD, and dissociative disorders, not only dissociative symptoms.

Keywords: traumatic events, complex post-traumatic stress disorder (CPTSD), dissociation.

PRATARMĖ

Naujoje 2018 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) (angl. *World Health Organization (WHO)*) patvirtintoje Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-oje (TLK-11) versijoje pirmą kartą įtraukta kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) (angl. *Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD)*) diagnozė. Tai nauja kategorija, kuria apibūdinami kompleksinio potrauminio streso simptomai, dažnai galintys išsivystyti po ilgalaikio ir kartotinio trauminio įvykio patyrimo, nuo kurio atsiskirti, pasišalinti neįmanoma, pvz., genocidas, kankinimai ir pan. (Maercker et al., 2013). Kadangi tai visiškai nauja diagnostinė kategorija, įvairūs tyrimai yra labai reikalingi. Apibendrinant pasaulio ir Lietuvos traumų tyrimus nustatyta, kad per visą gyvenimą potencialiai traumuojančius įvykius patiria 60-80 proc. asmenų (Kazlauskas, 2013). Lietuva – ne išimtis. 2014 metais lietuvių atliktame tyrime buvo atskleista, kad net 94,3 proc. dalyvių patyrė ar buvo liudininkais bent vieno trauminio įvykio. Penkias ar daugiau skirtingų traumų patyrė net 32 proc. dalyvių (Mažulytė et al., 2014). Vis dėlto, nors trauminių įvykių paplitimas Lietuvoje yra didelis, tačiau 2014-2015 metų duomenimis, nacionalinė sveikatos priežiūros sistema kasmet PTSS identifikuoja tik 1 proc. žmonių iš visų galimai esančių potrauminio streso rizikoje (Kazlauskas, Zelviene, & Eimontas, 2017). O KPTSS kol kas iš vis nėra diagnozuojamas, nes TLK-11 versija Lietuvoje dar negalioja. Be to, KPTSS rizikos nustatymą apsunkina tam tinkamų įvertinimo instrumentų neturėjimas. Taip pat disociacija – reiškinys, kuris glaudžiai susijęs su trauminių įvykių patyrimu – yra nedaug tyrinėtas analizuojant sąsajas su KPTSS (Howell & Itzkowitz, 2016). Nėra iki galo aišku, kokia disociacijos reikšmė aiškinant ryšį tarp trauminių įvykių patyrimo bei KPTSS simptomatikos. Taigi, yra itin svarbu gerinti trauminių patirčių ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo atpažinimą, giliau nagrinėti disociacijos fenomeną bei ieškoti galimų sąsajų, nes duomenų šiose srityse ypatingai trūksta.

Šis magistro darbas yra didesnio mokslinio tyrimo „Atpažinti psichologinę traumą“ dalis, kuri atlieka Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro tyrėjų komanda, vadovaujama dr. Odetos Geleželytės, kartu su Kardifo universiteto mokslininkais iš Jungtinės Karalystės. Šiame darbe naudojami duomenys surinkti 2020 m. spalio – 2022 m. gegužės mėnesiais.

1. ĮVADAS

1.1. Trauminių įvykių samprata ir paplitimas

Trauminis įvykis – tai susidūrimas su mirtimi, rimto sužalojimo, seksualinio smurto ar jų grėsmės patyrimas (American Psychiatric Association, 2013). Psichikos sutrikimų diagnostiniame ir statistiniame vadove „DSM-5“ (angl. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*) trauminių įvykių patyrimas apibrėžiamas keliais būdais: asmuo pats patyrė įvykį; buvo liudininkas; sužinojo, kad trauminis įvykis nutiko artimam žmogui bei asmuo daug kartų susidūrė su trauminiu įvykio detalėmis (American Psychiatric Association, 2013). Lietuvoje šiuo metu naudojamoje Tarptautinės ligų klasifikacijos 10-ame Australijos modifikacijos leidime (TLK-10-AM) trauminiai įvykiai apibrėžiami kaip ypač pavojingos arba katastrofiškos (ilgalaikės ar trumpalaikės) situacijos ar įvykiai, kurie sukeltų stiprų distresą beveik kiekvienam (Pasaulio sveikatos organizacija, 2015). Naujoje TLK-11 klasifikacijoje trauminis patyrimas apibūdinamas kaip itin grėsmingas ar siaubingas įvykis ar pasikartojančių įvykių serija (WHO, 2019). Taip pat įtraukta nauja sąvoka – potencialiai traumuojančias įvykis – bei paminėta, kad ne visiems asmenims, susidūrusiems su trauminiu įvykiu, išsivystys sutrikimas (WHO, 2019). Trauminiai įvykiai gali būti labai įvairūs – stichinė nelaimė, gaisras, eismo įvykis, fizinis bei seksualinis smurtas, artimojo mirtis, buvimas karo zonoje, gyvybei pavojinga liga ir daug kitų (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004).

Trauminių įvykių paplitimas yra didelis. Apibendrinant pasaulio ir Lietuvos trauminių įvykių tyrimus nustatyta, kad per visą gyvenimą potencialiai traumuojančius įvykius patiria 60-80 proc. asmenų (Kazlauskas, 2013). Be to, Pasaulio sveikatos organizacijos atliktame tyrime 21 šalyje buvo rasta, kad trauminiai įvykiai yra dažni visose imtyse, o dažniausios psichologinės traumos buvo artimojo mirtis (30,5 proc.), buvimas smurto liudininku (21,8 proc.), tarpasmeninio smurto (18,8 proc.), avarijų (17,7 proc.), karo (16,2 proc.) patyrimas ar trauma, ištikusi artimą žmogų (12,5 proc.) (Stein et al., 2010).

Trauminiai įvykiai gali būti skirstomi į vaikystės ir suaugusiųjų (Zlotnick et al., 2008). Nustatyta, kad vaikystėje patirti trauminiai įvykiai gali būti labiau žalingi nei trauminiai įvykiai, patirti suaugus, nes vaikai ne taip gerai sugeba nuosekliai ir suprantamai organizuoti savo atsakus į trauminį įvykį bei yra labiau pažeidžiami nepalankiam smegenų vystymuisi, kas gali prisidėti prie psichikos sutrikimų vystymosi (Zlotnick et al., 2008). Vaikystėje patirti trauminiai įvykiai siejami su padidėjusia rizika susirgti tokiais psichikos sveikatos sutrikimais kaip depresija, nerimas bei PTSS (Felitti et al., 1998; Green et al., 2010; Norman et al., 2012). Neurobiologiniai tyrimai taip pat atskleidžia, kad vaikystės trauma gali paveikti smegenų vystymąsi, sukeldami pokyčius smegenų struktūroje ir funkcijoje, įskaitant streso atsako sistemos pokyčius (Teicher et al., 2006; Hanson et al., 2016). Be to, vaikystės

psichologinės traumos gali turėti poveikį socialiniam ir emociniam vystymuisi, sukeldami sunkumų kuriant ir palaikant sveikus santykius bei reguliuojant emocijas (Perry et al., 1995; Masten et al., 2005). Vaikystėje patirtą tarpasmeninį smurtą dažnai lydi ir apleistumas (angl. *neglect*); jis taip pat gali pasireikšti ir suaugusiųjų santykiuose. Apleistumas yra tokia traumavimo forma, kai reikšmingi asmenys neužtikrina fizinės ar emocinės globos, raminamų ar pastiprinančių potyrių. Tokie potyriai yra būtini vaiko raidai, o suaugusiems jie gali būti reikalingi susiklosčius sunkioms gyvenimo situacijoms (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006; Mikaliūnas et al., 2013). Pasikartojantis ilgalaikis traumavimo patyrimas sukelia labiausiai pražūtingų poveikių išgyvenusiems traumavimą. Ilgalaikis traumavimas didina ne tik su trauma susijusių sutrikimų atsiradimo, bet ir kitų sunkesnių ir įvairesnių simptomų, pvz., priklausomybių ar savižudybių, riziką. Ilgalaikis traumavimas yra vienas pagrindinių sudėtingų struktūrinės disociacijos variantų susiformavimo veiksnių (Van der Hart et al., 2006; Mikaliūnas et al., 2013). Taigi vaikystės psichologinės traumos turi reikšmingą ir ilgalaikį poveikį psichikos sveikatai ir gerovei, pabrėžiant ankstyvosios intervencijos ir paramos svarbą vaikams, patyrusiems trauminių įvykių.

Trauminės patirtys taip pat gali būti skirstomos į tarpasmenines ir netarpasmenines. Tarpasmeninės trauminės patirtys apima įvykius, susijusius su sąveika su kitais žmonėmis, pvz., smurtas artimoje aplinkoje, fizinė ar seksualinė prievarta, dalyvavimas kare (Woodward et al., 2015; Charuvastra & Cloitre, 2008). Netarpasmeninės trauminės patirtys apima įvykius, kurie nesusiję su tiesiogine sąveika su kitais žmonėmis, pvz., eismo įvykiai, stichinės nelaimės, medicininės procedūros (Woodward et al., 2015; Charuvastra & Cloitre, 2008). Nustatyta, kad psichologinės tarpasmeninių trauminių įvykių pasekmės yra neretai sunkesnės nei netarpasmeninių. Tarpasmeninės traumos susijusios su didesne PTSS rizika bei kitais psichologiniais simptomais, nes šios traumos dažnai apima pasitikėjimo kitais žmonėmis praradimą ir stiprų išdavystės jausmą, kas gali vesti prie kompleksiško emocinių atsakų, tokių kaip pykčio, pasišlykštėjimo, pažeminimo, kaltės jausmų bei sunkumo susitaikyti su nutikusia trauma (Resick & Schnicke, 1992). Be to, tarpasmeninės trauminės patirtys yra labiau stigmatizuojamos nei netarpasmeninės ir gali sukelti didesnę neigiamą atsaką iš nukentėjusiojo socialinio rato, pvz., kaltinimą dėl įvykio atsitikimo (Woodward et al., 2015). Nustatyta, jog įvykiai, kurie yra susiję su tarpasmeniniu smurtu ir apima fizinį sužalojimą ar grėsmę gyvybei, yra labiau linkę būti traumuojančiais, nei kiti įvykiai, susiję su dideliu streso kiekiu (pvz., stichinės nelaimės). Įvykiai, kurie tiesiogiai nėra pavojingi gyvybei, bet kurie apima prieraišumo netektį (angl. *attachment loss*) ar išdavystę, kuri kyla dėl svarbaus prieraišumo asmens elgesio, taip pat didina traumavimo riziką (Mikaliūnas et al., 2013). Netarpasmeninės trauminės patirtys, kurios taip pat yra traumuojančios, gali neapimti tokio paties lygio socialinės ir santykių dinamikos. Vis dėlto, abu traumos tipai gali turėti ilgalaikių efektų asmens psichologinei gerovei ir gali reikalauti atitinkamų intervencijų (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Patirti trauminiai įvykiai gali sukelti ar pasunkinti nemažai įvairių sutrikimų. TLK-10-AM klasifikacijoje pateikiami šie su dideliu stresu susiję sutrikimai: ūminė reakcija į stresą; potrauminio streso sutrikimas (PTSS); adaptacijos sutrikimai; kitos bei nepatikslingos reakcijos į stresą (Pasaulio sveikatos organizacija, 2015). Naujoje TLK-11 klasifikacijoje įtraukta nauja kategorija – tai kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) (Maercker et al., 2013). Tai visiškai nauja diagnostinė kategorija, tad įvairūs tyrimai tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje, yra labai reikalingi.

1.2. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo samprata, raiška ir paplitimas

Kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) – tai sutrikimas, kuris gali pasireikšti po įvykio ar pasikartojančių įvykių, kurie yra ypatingai gąsdinantys ar siaubingi, dažniausiai ilgalaikiai ar pasikartojantys, ir iš kurių ištrūkti yra visiškai arba beveik neįmanoma (pvz., kankinimai, vergija, genocidas, ilgalaikis smurtas šeimoje, pasikartojanti fizinė ar seksualinė prievarta vaikystėje) (WHO, 2019). Sutrikimas pirmiausia pasireiškia simptomais iš trijų PTSS simptomų grupių:

- pasikartojantis trauminio įvykio patyrimas ryškiais prisiminimais, kurie lydimi baimės ar siaubo jausmų, prisiminimų blyksnių (angl. *flashbacks*) ar naktinių košmarų (WHO, 2019); asmuo jaučiasi taip, lyg vėl išgyventų trauminę patirtį „čia ir dabar“; šis pakartotinis patyrimas gali būti silpnas, kuomet kontaktas su realybe yra išlaikomas, arba stiprus, kuomet prarandamas aplinkos suvokimas, bei gali apimti kelis skirtingus pojūčių modalumus (Geležėlytė, 2022);
- vengimas minčių, jausmų, įvykio prisiminimų, veiklų, žmonių, kurie primena tą įvykį (WHO, 2019); asmuo gali dėti aktyvias pastangas bandant išvengti to, kas primintų apie įvykį ar net imtis aktyvių veiksmų specialiai keisti savo aplinką ir veiklas, pvz., pakeisti gyvenamąją vietą (Geležėlytė, 2022);
- nuolatinis pavojaus jausmas, pasireiškiantis padidintu dirglumu ar perdėtu budrumu (WHO, 2019); asmuo nuolat saugosi, bijo pavojaus kasdienybėje, gali perdėtai rūpintis savo ir kitų saugumu (Geležėlytė, 2022).

Simptomai turėtų tęstis bent keletą savaičių ir reikšmingai sutrikdyti asmens funkcionavimą svarbiose gyvenimo srityse (WHO, 2019).

KPTSS taip pat pasireiškia papildomais sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) (angl. *disturbances in self-organization (DSO)*) simptomais iš trijų grupių:

- emocijų reguliacijos problemos (WHO, 2019); sunkumai gali pasireikšti sustiprėjusiomis emocinėmis reakcijomis ar emocijne nejautra ir disociacija (Geležėlytė, 2022);

- įsitikinimai, kad asmuo yra menkas, nugalėtas, nevertingas, kuriuos lydi gėdos, kaltės ar nesėkmės jausmai, susiję su patirtu trauminiu įvykiu (WHO, 2019); kliniškai reikšmingi simptomai turėtų būti pastovūs ir pasireikšti daugelyje asmens gyvenimo sričių (Geleželytė, 2022);
- sunkumai išlaikyti ilgalaikius santykius ir jaustis artimu su kitais (WHO, 2019); asmuo gali vengti santykių ar nutraukti juos kilus konfliktams, nuvertinti santykių reikšmę (Geleželytė, 2022).

Šie simptomai turėtų reikšmingai sutrikdyti žmogaus asmeninį, šeimos, socialinį, akademinį, profesinį ir kitų svarbių sričių funkcionavimą (WHO, 2019).

Potrauminio streso sutrikimo ir kompleksinio PTSS paplitimo rodiklių, pagrįstų naujais TLK-11 kriterijais, vis dar trūksta (Maercker, Hecker, Augsburger, & Kliem, 2018). Kalbant apie KPTSS paplitimą, nustatyta, kad KPTSS yra dažnas tiek klinikinėje, tiek bendroje populiacijoje, nors paplitimo rodikliai įvairiose šalyse gali skirtis (Karatzias et al., 2017). Pavyzdžiui, viename JAV tyrime atskleista, jog bendroje suaugusiųjų populiacijoje KPTSS paplitimas – 3,8 proc. (Cloitre et al., 2019). Kitame JAV tyrime atskleista, jog populiacinėje imtyje KPTSS paplitimas – 0,6 proc., o traumas patyrusių karo veteranų imtyje – 13 proc. (Wolf et al., 2015). Lietuvių atliktame tyrime buvo nustatyta, kad bendroje lietuvių populiacijoje KPTSS paplitimas yra 1,8 proc. (Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte, Roberts, & Kazlauskas, 2021). Dar viename tyrime Izraelyje atsiskleidė, jog KPTSS paplitimas traumas patyrusių žmonių imtyje – 2,6 proc. (Ben-Ezra et al., 2018). Vienoje sisteminėje straipsnių analizėje atskleista, jog pabėgėlių ir priverstinės migracijos populiacijoje KPTSS rizikos paplitimas svyruoja nuo 2 iki 86 proc. (Mellor et al., 2021). Klinikinėse nukentėjusiųjų nuo trauminių įvykių imtyse preliminarūs duomenys atskleidžia, jog KPTSS yra dažnesnis nei PTSS. Be to, KPTSS yra labiau sekinanti būklė bei labiau trikdo asmens funkcionavimą nei PTSS. Taip pat nustatyta, kad moterims daugiau nei dvigubai dažniau gali būti diagnozuojamas PTSS ir KPTSS nei vyrams (Karatzias et al., 2017).

Be jau minėtų KPTSS simptomų, šiam sutrikimui gali būti būdingi tam tikri elgesio pokyčiai bei išskirtiniai požymiai. Tai – lengvai išsprendžiamas irzlumas, greita pykčio reakcija, ryškus bevertiškumo jausmas, žema savigarba, socialinių ryšių neturėjimas, kontaktų su šeimos nariais nutraukimas, randai ant kūno ar vitaminų ir mineralų trūkumo simptomai (Maercker et al., 2022).

KPTSS taip pat yra komorbidiškas su kitais sutrikimais – disociaciniais ir somatinių simptomų sutrikimais, kvazi-psichoziniais simptomais, priklausomybėmis nuo narkotikų ir alkoholio bei depresijos ir nerimo sutrikimais (Maercker et al., 2022). Disociaciniai sutrikimai tokie kaip disociaciniai neurologinių simptomų sutrikimai, disociatyvi amnezija, depersonalizacija, derealizacija bei disociacinis tapatumo sutrikimas yra etiologiškai didžiąja dalimi nulemti nepalankių

ir trauminių vaikystės patirčių (Vonderlin et al., 2018). Iki šiol vis dar nėra tyrimų, apimančių šių diagnozių ir KPTSS persidengimą. Vis dėlto, keletas tyrimų atskleidė, jog bendra tendencija disocijuoti yra ryškiai didesnė turint KPTSS nei PTSS (Hyland, Shevlin, Fyvie, Cloitre, & Karatzias, 2020; Longo et al., 2019). Taip pat yra duomenų, kad KPTSS gali būti komorbidiškas ir su asmenybės sutrikimais. Vis dėlto tiek asmenybės sutrikimų, tiek KPTSS diagnostikos naujovės TLK-11 įvestos neseniai, tad reikia tolimesnių tyrimų, padėsiančių geriau suprasti skirtumus tarp šių diagnostinių kategorijų (Geležėlytė, 2022).

1.3. Disociacijos samprata, raiška ir paplitimas

Disociacija – tai sąmonės vientisumo, atminties, tapatumo, emocijų, suvokimo, kūno pateikties, judesių kontrolės ir elgesio pertrūkiai ir netolydumai, galintys trikdyti psichinę veiklą (American Psychiatric Association, 2013). Disociacijos simptomai yra patiriami kaip nepageidaujamas įsiveržimas į sąmonę ir elgesį kartu su subjektyvios patirties tęstinumo praradimu („teigiami“ disociacijos simptomai, pvz., tapatumo fragmentacija, depersonalizacija, derealizacija) bei negalėjimas pasiekti informacijos arba valdyti psichikos funkcijų, kurios paprastai yra lengvai prieinamos ar valdomos („neigiami“ disociacijos simptomai, pvz., amnezija) (American Psychiatric Association, 2013). Tad disociacija yra tam tikras psichikos funkcijų pakitimas, pasireiškiantis psichikos funkcijų valdymo ribotumu.

Disociatyvių patirčių spektras yra labai platus. Disociacija gali būti įvardinama kaip kontinuumas nuo normalios iki patologinės. Dažna ir kasdieniška disociatyvių patirčių forma, kurią visi žinome ir pažįstame, dažnai apima neaukšto lygio atotrūkį arba atsiribojimą nuo to, ką darome tam tikru momentu, pavyzdžiui, kuomet išitraukiame į kokią nors vidinę patirtį, pvz., svajojimą, fantazavimą, arba, jei vairuojame, kartais galime patirti „greitkelio hipnozę“ – vairavimą be dėmesio režimo, kuomet dėl ilgo vairavimo nuspėjamu keliu pasireiškia mieguistumo požymiai bei koncentracijos sumažėjimas, o sugrąžinus dėmesį neatsimenama, kas vyko vairuojant (Cerezuela, Tejero, Chóliz, Chisvert, & Monteagudo, 2004; Howell & Itzkowitz, 2016). Kitos dažnos disociacijos patirtys gali būti stiprus išitraukimas į knygos skaitymą ar filmo žiūrėjimą. Tačiau kuomet tokios patirtys pradeda kelti didelę kančią ir apima itin stiprų atsijungimą nuo realybės, tuomet jau galime kalbėti apie rimtesnes disociacijos problemas ar sutrikimus (Howell & Itzkowitz, 2016). Pagal naująją TLK-11 klasifikaciją, disociaciniams sutrikimams yra būdingas nevalingas vieno ar kelių iš šių dalykų – tapatybės, pojūčių, suvokimo, kūno judesių kontrolės ar elgesio – įprastinės integracijos sutrikimas ar nutrūkimas (WHO, 2019). Toks sutrikimas ar nutrūkimas gali būti pilnas, bet dažniau – dalinis, bei gali skirtis priklausomai nuo dienos ar net valandos. Disociacinių sutrikimų simptomai yra pakankamai sunkūs, kad dėl jų reikšmingai sutriktų asmeninis,

šeiminis, socialinis, akademinis, profesinis ar kitų svarbių sričių funkcionavimas (WHO, 2019). TLK-11 nurodyti tokie disociaciniai sutrikimai: disociacinis neurologinių simptomų sutrikimas, disociatyvi amnezija, transo sutrikimas, apsidėmo transo sutrikimas, disociatyvus tapatybės sutrikimas, dalinis disociatyvus tapatybės sutrikimas, depersonalizacijos/derealizacijos sutrikimas bei kiti specifiniai disociaciniai sutrikimai (WHO, 2019). Pagal DSM-5, disociaciniams sutrikimams priklauso disociacinis tapatumo sutrikimas, disociacinė amnezija, depersonalizacija/derealizacija, kiti specifiniai disociaciniai sutrikimai bei nespecifiniai disociaciniai sutrikimai (American Psychiatric Association, 2013). Disociaciniai sutrikimai dažnai pasireiškia kaip įvairių trauminių įvykių, nutikusių vaikystėje, paauglystėje ar suaugus, pasekmė. Be to, remiantis DSM-5, į trauminių sutrikimų simptomatiką įeina ir disociaciniai simptomai tokie kaip amnezija, prisiminimų blyksniai, sąstingis bei depersonalizacija/derealizacija (American Psychiatric Association, 2013). Taip pat tarp įvairių skirtingų kultūrinių kontekstų, disociacinių sutrikimų rizikos veiksniai apima ankstyvą trauminę patirtį, tėvų nepriežiūrą ir seksualinį, fizinį bei emocinį smurtą, kumuliacinę ankstyvą vaikystės traumą ir nepalankias patirtis bei pakartotinę ir ilgalaikę traumą ar kančią, susijusią su nelaisve (pvz., karo belaisviai ar prekybos žmonėmis aukos) (American Psychiatric Association, 2022). Šie rizikos veiksniai yra gana panašūs ir primena kompleksinio PTSS rizikos veiksnius bei trauminius įvykius, po kurių neretai gali išsivystyti KPTSS (WHO, 2019). Taip pat DSM-5 egzistuoja ir PTSS disociacinis potipis – kuomet žmogaus savijautoje ir elgesyje stebimi ir PTSS simptomai, bet tuo pačiu kaip atsakas į stresorių pasireiškia ir depersonalizacija ar derealizacija (American Psychiatric Association, 2022).

Viena iš disociacijos formų yra peritrauminė disociacija – tai disociacija, pasireiškianti traumos metu arba iš karto po traumos. Dažniausi su patirtomis traumomis pasireiškiantys disociaciniai simptomai yra emocinis sąstingis (angl. *emotional numbing*), derealizacija, depersonalizacija bei išėjimo iš kūno potyriai (angl. *out of body experience*) (VandenBos, 2007). Emocinis sąstingis – tai būseną, pasireiškianti emocinių reakcijų ar reaktyvumo ribotumu. Derealizacija – būseną, kuriai būdingas sumažėjęs realumo jausmas; depersonalizacija – būseną, kai pakinta asmens savęs suvokimas – jaučiamas atsiribojimas nuo savęs ir nuo išorinio pasaulio, o mintys ir patirtis atrodo tarsi sapnas, tarsi matomi iš šalies. Išėjimo iš kūno potyriai – tai disociatyvi patirtis, kurios metu individas įsivaizduoja ar jaučia, kad jo protas, siela ar dvasia paliko kūną ir veikia ar suvokia savarankiškai (VandenBos, 2007). Šie simptomai yra susiję su patirtos traumos sunkumu, mirties baime ir bejėgiškumo jausmu. Kitaip nei daugumos žinomi „kaukis arba bėk“ (angl. *fight or flight*) atsakai, kuriuose širdies ritmas įprastai padažnėja, disociacija yra susijusi su širdies ritmo sulėtėjimu. Tad kai visi šie apibūdinti simptomai išrinka tuomet, kai žmogus patiria sunkią traumą, jie yra vadinami peritraumine disociacija (Brewin & Holmes, 2003).

Kalbant apie disociacinių patirčių ir sutrikimų paplitimą, vienos išsamios metaanalizės, apimančios universiteto studentų populiaciją, duomenimis, 11,4 proc. studentų buvo nustatytas disociacinis sutrikimas. Disociacinių patirčių paplitimas stipriai varijuoja tarp įvairių pasaulio šalių, tačiau nustatyta, kad didesnis disociacijos paplitimas stebimas mažiau saugiose šalyse, kur gyventojai yra daugiau susidūrę su trauminiais įvykiais (Kate, Hopwood, & Jamieson, 2020). Pavyzdžiui, žemiausias disociacinių patirčių paplitimas buvo fiksuotas tokiose šalyse kaip Šveicarija, Kanada bei Vokietija, kurios užima vienas aukščiausių vietų tarp saugiausių pasaulio šalių. Didžiausias disociacinių patirčių paplitimas buvo nustatytas tokiose šalyse kaip Peru, Argentina bei Turkija – tai šalys, kurios užima vienas žemiausių vietų tarp pasaulio šalių saugumo atžvilgiu (Kate et al., 2020). Kitas tyrimas Turkijoje atskleidė, kad bendroje moterų populiacijoje 18,3 proc. dalyvių turėjo disociacinį sutrikimą. Labiausiai paplitusi diagnozė (8,3 proc.) buvo kitaip neklasifikuojamas disociacinis sutrikimas (angl. *dissociative disorder not otherwise specified (DDNOS)*). Disociacinis tapatumo sutrikimas buvo nustatytas 1,1 proc. dalyvių. Dalyvės, turinčios kurį nors disociacinį sutrikimą taip pat dažniau turėjo ribinį asmenybės sutrikimą, somatizacijos sutrikimą, depresiją, PTSS bei bandymų žudyti istoriją nei tos dalyvės, kurios neturėjo disociacinio sutrikimo (Sar, Akyüz, & Doğan, 2007). Įvairiais trauminių įvykių tyrimais nustatyta, jog sąstingis ir aplinkos suvokimo susiaurėjimas trauminių patirčių metu ir po jų pasireiškė 30-50 proc. atvejų (autokatastrofų, žemės drebėjimų, egzekucijų aukų tyrimai); depersonalizacija – 25-50 proc. atvejų (autokatastrofų, aviakatastrofų, žemės drebėjimų, egzekucijų aukų tyrimai); disociacinė amnezija – 60 proc. atvejų (pasalų, tornado aukų tyrimai) (Van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 2012; Cardena & Spiegel, 1993).

Taigi, disociacija ir disociaciniai sutrikimai yra sudėtingi reiškiniai, sudarantys platų spektrą įvairių patirčių – nuo normalių iki pataloginių. Tyrimų apie šias patirtis ir ypač jų paplitimą nėra itin daug. Disociacinės patirtys yra glaudžiai susijusios su trauminių įvykių patyrimu bei iš to kylančiais sutrikimais, pvz., kompleksiniu PTSS. Taigi, yra svarbu tyrinėti galimas sąsajas ir gerinti šių reiškinų supratimą.

1.4. Trauminių įvykių, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo ir disociacijos sąsajos

Trauminių įvykių sąsajos su kompleksiniu PTSS. KPTSS yra tiesioginė trauminių įvykių pasekmė – tai sutrikimas, kuris gali pasireikšti po įvykio ar ilgalaikių, pasikartojančių įvykių, kurie yra ypatingai gąsdinantys ar siaubingi, ir iš kurių ištrūkti yra beveik neįmanoma (WHO, 2019). Tyrimais nustatyta, jog vaikystės, tarpasmeninės ir daugkartinės trauminės patirtys yra labiau susijusios su KPTSS, o ne su PTSS tiek klinikinėje, tiek bendrojoje populiacijoje. Kumuliacinis vaikystėje patirtas tarpasmeninis smurtas stipriau prognozuoja KPTSS nei PTSS (Karatzias et al.,

2017). Kituose tyrimuose taip pat patvirtinama, jog kumuliacinė vaikystės trauminė patirtis yra labiau susijusi su KPTSS nei su PTSS, o kumuliacinė suaugusiųjų trauminė patirtis susijusi tiek su PTSS, tiek su KPTSS (Cloitre et al., 2019). Taip pat nustatyta, kad tarp trauminių stresorių vaikystėje, seksualinio ir fizinio smurto patyrimas iš globėjų yra susijęs su didesne KPTSS rizika, o seksualinė prievarta patirta ne iš globėjo ir pagrobimas yra rizikos veiksniai PTSS išsivystymui (Cloitre et al., 2019). Tyrimu taip pat buvo nustatyta, jog nepalankios vaikystės patirtys (angl. *adverse childhood experiences (ACE)*) yra susijusios tiek su PTSS, tiek su KPTSS. Asmenys su KPTSS nurodė reikšmingai didesnę psichinę naštą ir prastesnę psichologinę gerovę palyginus su asmenimis su PTSS ir tais, kuriems nebuvo nustatyta nė viena diagnozė (Cloitre et al., 2019). Kitame tyrime atskleista, jog aukščiausi KPTSS rodikliai yra susiję su vaikystėje patirtu seksualiniu smurtu arba išprievartavimu (Maercker et al., 2018).

Trauminių įvykių sąsajos su disociacija. Jau minėta viena iš disociacijos formų – peritrauminė disociacija – pasireiškia traumos metu arba iš karto po traumos. Dažniausi su patirtomis traumomis pasireiškiantys disociaciniai simptomai yra emocinis sąstingis, derealizacija, depersonalizacija bei išėjimo iš kūno potyriai (VandenBos, 2007). Tyrimais nustatyta, jog vaikystėje patirtas seksualinis smurtas, fizinis apleistumas ir nepriežiūra bei emocinis smurtas reikšmingai prognozuoja disociacinių sutrikimų išsivystymą tarp moterų (Sar et al., 2007). Be to, moterų pacienčių imtyje buvo nustatyta, jog vaikystėje patirtas incestas yra susijęs su reikšmingu disociacinių simptomų padidėjimu palyginus su patirta fizine ir/ar seksualine prievarta suaugus (Zlotnick et al., 2008). Kituose tyrimuose taip pat patvirtinama, jog asmenys su disociaciniais sutrikimais dažniau nurodo patyrę įvairių tipų smurtą ir sunkumus, ir kad disociaciniai sutrikimai yra dažnesni tarp asmenų, patyrusių keturias ir daugiau skirtingų nepalankių vaikystės patirčių (ACE) (Kate et al., 2020). Taip pat yra nustatytas ryšys tarp su trauma susijusių sutrikimų atsiradimo ir amžiaus, kai buvo patiriamas traumavimas: kuo jaunesnis žmogus, tuo didesnė su trauma susijusių sutrikimų susiformavimo tikimybė. Tai buvo nustatyta šių sutrikimų atvejais: PTSS ir KPTSS, su trauma susijęs ribinio tipo asmenybės sutrikimas, disociacinis tapatumo sutrikimas ir kitaip neklasifikuojamo disociacinio sutrikimo pirmas potipis (angl. *dissociative disorder not otherwise specified (DDNOS)*) (Mikaliūnas et al., 2013).

Su sunkiu ir lėtiniu traumavimu yra susijusi struktūrinė disociacija – tai su trauma susijęs asmenybės pasidalijimas (Van der Hart et al., 2006). Struktūrinė disociacija gali varijuoti nuo paprasto iki labai sudėtingo asmenybės pasidalinimo. Įprastai yra išskiriama priminė, antrinė ir tretinė struktūrinė disociacija (Mikaliūnas et al., 2013). Disociacija apima vadinamosios aiškiai normalios asmenybės dalies (AND) ir vadinamosios emocinės asmenybės dalies (ED) sambūvį ir kaitą (Van der Hart et al., 2006). „Išgyvenusioji traumą“ dalis – AND – bando toliau tęsti įprastą gyvenimą, vengia

trauminių atsiminimų, gali mažai atsiminti apie patį trauminį įvykį. Bet trauminiai atsiminimai nėra kažkur dingę, o egzistuoja kitoje disocijuotos asmenybės dalyje – ED. Emocinė asmenybės dalis yra užstrigusi trauminiuose įvykiuose, gali vengti AND ir realybės. ED atsimena per intensyviai, per daug realistiškai, lyg būtų ten įstrigusi, prisiminimuose vyrauja stiprūs vizualūs momentai, kūno pojūčiai, fiziniai veiksmai. Gali būti prarandama laiko nuovoka. AND turi ir integruoja beveik visus asmens autobiografinius atsiminimus, o ED – trauminius. Visos disocijuotos dalys turi savo atskirą modelį apie aplinkos ir savęs paties suvokimą (Van der Hart et al., 2006).

Kai kurie autoriai teigia, jog visi su trauma susiję sutrikimai apima tam tikrą struktūrinę disociaciją, pvz., ūminė reakcija į stresą ar PTSS būtų paprasčiausi, o disociacinis tapatumo sutrikimas – sudėtingiausias variantas (Van der Hart et al., 2006; Mikaliūnas et al., 2013). Patyrusieji ilgalaikį traumavimą tipiška turi komorbidinių psichikos sutrikimų, kurie yra susiję su traumavimu ir jo neurobiologiniais efektais. Kuo didesnė disociacija, tuo sudėtingesni sutrikimai. Egzistuoja glaudus ryšys tarp struktūrinės disociacijos lygių ir su trauma susijusių sutrikimų: pvz., pirminė struktūrinė disociacija, kurios metu yra viena dominuojanti AND ir viena ED, atitinka paprastus PTSS variantus, paprastus TLK-10 disociacinių judesių ir jutimų sutrikimų variantus ir kt. Tuomet antrinė struktūrinė disociacija – kuomet yra viena dominuojanti AND ir daugiau nei viena ED – atitinka KPTSS, disociacinius sutrikimus, neklasifikuojamus kitur ir kt. Ir galiausiai tretinė struktūrinė disociacija – kuomet yra daugiau nei viena AND ir daugiau nei viena ED – atitinka disociacinį tapatumo sutrikimą (Van der Hart et al., 2006; Mikaliūnas et al., 2013).

Kompleksinio PTSS ir disociacijos sąsajos. Kaip jau buvo minėta, disociaciniai sutrikimai yra glaudžiai susiję su trauminiais ir su stresu susijusiais sutrikimais. Pagal DSM-5, į trauminių sutrikimų simptomatiką įeina ir disociaciniai simptomai tokie kaip amnezija, prisiminimų blyksniai, sąstingis bei depersonalizacija/derealizacija (American Psychiatric Association, 2013). Pagal TLK-11, konkrečiai KPTSS atvejais, disociaciniai simptomai gali pasireikšti patiriant stresą, taip pat gali būti būdingas emocinis sąstingis, ypač negebėjimas jausti malonumą ar pozityvias emocijas (WHO 2019). Viename tyrime buvo atskleisti reikšmingi disociacinių patirčių skirtumai tarp žmonių su PTSS ir su KPTSS. Dalyviai su KPTSS turėjo reikšmingai aukštesnius balus amnezijos, absorbcijos (gilaus įsitraukimo) ir depersonalizacijos/derealizacijos subskalėse bei didesnę suminį balą palyginus su žmonėmis, turinčiais PTSS. Autorių hipotezė, jog disociacija gali būti reikšmingas klinikinis požymis bandant diferencijuoti PTSS ir KPTSS, buvo patvirtinta (Longo et al., 2019). Kitame tyrime taip pat buvo atskleista, kad asmenys su KPTSS išgyvena reikšmingai daugiau disociatyvių patirčių nei asmenys su PTSS ar be diagnozės (Hyland et al., 2020).

Tyrimais nustatyta, jog chroniški PTSS simptomai gali prisidėti prie disociacijos palaikymo ir atvirkščiai (Sar, 2011). Be to, buvo rasta, jog trys KPTSS simptomų grupės teigiamai koreliuoja su

disociatyviomis patirtimis, o konkrečiau – pasikartojantis patirties išgyvenimas, afektų disreguliacija bei sutrikę santykiai su kitais yra nepriklausomai susiję su disociaciniais išgyvenimais. Šiais rezultatais pažymima, jog disociacinės patirtys gali pasireikšti kartu su KPTSS simptomais, tad gydant KPTSS gali būti svarbu atkreipti dėmesį ir į disociacinius simptomus. Ypač reikalingi tolimesni tyrimai, norint nustatyti, ar disociacija yra KPTSS rizikos veiksnys, ar KPTSS pasekmė (Hyland et al., 2020).

Trauminių įvykių, kompleksinio PTSS ir disociacijos sąsajos. Pavyko rasti vieną tyrimą, apimančią visus šiuos kintamuosius. Buvo tirtos sąsajos tarp kompleksinės vaikystės traumos (šis traumos tipas išsiskiria tuo, jog yra sugriaunami prieraišumo ryšiai su pagrindiniu globėju) ir kompleksinio PTSS įtraukiant psichoforminę (angl. *psychoform*) (reiškiasi per psichologinius fenomenus) ir somatoforminę (angl. *somatoform*) (reiškiasi per kūno pojūčių fenomenus) disociaciją kaip potencialų mediatorių (van Dijke, Ford, Frank, & Van der Hart, 2015). Tyrimas atskleidė sąsają tarp kompleksinių vaikystės traumų, psichomorfinės (bet ne somatoforminės) disociacijos ir KPTSS. Psichomorfinė disociacija buvo dalinis mediatorius tarp kompleksinės vaikystės traumos ir KPTSS simptomų suaugus (van Dijke et al., 2015).

1.5. Apibendrinimas bei tyrimo tikslas ir klausimai

Tyrinėjama tema apima naujai įtrauktą kompleksinio potrauminio streso sutrikimą bei su juo susijusius fenomenus – trauminius įvykius bei disociacines patirtis. Yra žinoma, kad trauminių įvykių paplitimas yra didelis, tačiau Lietuvoje PTSS yra nustatomas mažai daliai žmonių, o KPTSS kol kas iš vis nėra diagnozuojamas. Dar mažiau žinių turima apie disociacijos ir KPTSS sąsajas, taigi tokie tyrimai yra svarbūs. Nėra iki galo aišku, kokia disociacijos reikšmė aiškinant ryšį tarp trauminių įvykių patyrimo bei KPTSS simptomatikos. Be to, trūksta ir duomenų apie naujai išskirto KPTSS bei disociacinių patirčių paplitimą. Dėl to yra itin svarbu gerinti trauminių patirčių ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo atpažinimą, giliau nagrinėti disociacijos fenomeną bei analizuoti galimas sąsajas. Šis darbas prisidės prie tyrimų, gerinančių šių trijų konstrukčių tarpusavio sąsajų supratimą.

Tyrimo tikslas – įvertinti trauminių įvykių, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) ir disociacinių simptomų sąsajas.

Tyrimo klausimai:

1. Koks yra trauminių įvykių paplitimas bei kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas imtyje?
2. Kokios yra atskirų kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų sąsajos?

3. Kaip skiriasi kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas tarp patyrusių fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje ir suaugus?
4. Kokios yra tarpasmeninių ir netarpasmeninių trauminių įvykių sąsajos su kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumu?
5. Kokia patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų reikšmė prognozuojant kompleksinio PTSS simptomų išreikštumą?
6. Kokia disociacinių simptomų reikšmė aiškinant ryšį tarp patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo?

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Šis magistro darbas yra didesnio mokslinio tyrimo „Atpažinti psichologinę traumą“ dalis, kuri atlieka Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro tyrėjų komanda, vadovaujama dr. Odetos Geleželytės, kartu su Kardifo universiteto mokslininkais iš Jungtinės Karalystės.

Šiame magistro darbe analizuoti 105 tiriamųjų duomenys: $n=81$ (77,1%) moterys; amžius: $M(SD) = 34,92(12,48)$, 19-79 m.; $n=94$ (89,5%) gyvena mieste; $n=69$ (65,7%) turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą; $n=54$ (51,4%) nėra ilgalaikiuose santykiuose; $n=41$ (39%) šiuo metu lankosi pas psichologą ar gyd. psichiatrą. Dalyvauti tyrime buvo kviečiami pilnamečiai asmenys, gyvenime patyrę bent vieną trauminį įvykį.

2.2. Tyrimo instrumentai

Siekiant įvertinti tiriamųjų trauminės patirtis, buvo naudojamas **Gyvenimo įvykių sąrašas – Revizuotas (angl. *Life Events Checklist-Revised (LEC-R)*) (Weathers et al., 2013)**. Šis sąrašas apima sunkias nelaimes, nelaimingus atsitikimus, fizinį, seksualinį smurtą, mirtis ir pan. (Bae et al., 2008). Šiame tyrime buvo naudota atnaujinta 19 teiginių versija, į kurią įtraukti du papildomi teiginiai apie patirtą fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje (Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene, & Cloitre, 2018). Kiekvieną įvykį tiriamieji vertino 5 balų skalėje, kurioje 1 = Man nutiko; 2 = Buvau liudininkas (-ė); 3 = Sužinojau apie tai; 4 = Nesu tikras (-a); 5 = Man nenutiko (Gray et al., 2004). Analizuojant duomenis šiame darbe buvo laikoma, kad tyrimo dalyvis patyrė trauminį įvykį, jei pasirinko: 1 = Man nutiko; 2 = Buvau liudininkas (-ė). LEC-R instrumentą galima laisvai naudoti tyrimo tikslais (Weathers et al., 2013). Lietuviškas vertimas: Kazlauskas, Eimontas, Skerytė-Kazlauskienė ir Mažulytė, 2015. LEC-R patikimumas ir validumas yra geri: visų teiginių vidutinė kapa reikšmė: 0,61. Pakartotinio testavimo koreliacija: $r = 0,82$, $p < 0,001$. Nustatytas geras instrumento konvergentinis validumas su kitais panašiais instrumentais (Gray et al., 2004).

Kadangi LEC-R instrumente nėra įtrauktas klausimas apie amžių, kada nutiko trauminis įvykis, į palyginimą buvo įtraukti tik fiziniai ir seksualiniai trauminiai įvykiai, patirti vaikystėje („Fizinis smurtas vaikystėje“ ir „Seksualinė prievarta vaikystėje“) ir suaugus („Fizinis smurtas (pvz., užpuolė, smogė, davė antausį, spyrė, sumušė)“ ir „Seksualinis smurtas po 18 metų amžiaus (pvz., išprievartavimas, mėginimas išprievartauti, vertimas atlikti bet kokius seksualinius veiksmus jėga ar grasinant“)). LEC-R instrumente pateikti trauminiai įvykiai taip pat buvo suskirstyti į tarpasmeninius ir netarpasmeninius. Skirstymas buvo atliktas pasitarus su psichotraumatologijos srities ekspertais

bei remiantis kitų autorių tarpasmeninės traumos apibrėžimu – tai tokia trauma, kuomet agresorius sukelia kančią ir fiziškai ar psichologiškai kontroliuoja savo auką (Palic et al., 2016). Tarpasmeniniai trauminiai įvykiai (patyrė, buvo liudininku): fizinis smurtas vaikystėje; seksualinė prievarta vaikystėje; fizinis smurtas suaugus; seksualinis smurtas po 18 m. amžiaus; kitas nenorimas ar nemalonus seksualinis patyrimas; ginkluotas užpuolimas; dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje; nelaisvė; sunkus sužeidimas, žala ar mirtis, Jūsų sukelta kitam asmeniui. Netarpasmeniniai trauminiai įvykiai (patyrė, buvo liudininku): stichinė nelaimė; gaisras ar sprogimas; eismo įvykis; rimtas nelaimingas atsitikimas darbe, namuose ar laisvalaikio metu; sąlytis su nuodingomis medžiagomis; gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas; didelė kančia; staigi, smurtinė mirtis; staigi netikėta artimo žmogaus mirtis.

Tiriamųjų kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomų rizikos vertinimui buvo naudojamas **Tarptautinis traumos klausimynas (angl. *International Trauma Questionnaire (ITQ)*) (Cloitre et al., 2018)**. Šis klausimynas kurtas remiantis naujosios TLK-11 klasifikacijos kriterijais (Cloitre et al., 2018). Tai 20-ties teiginių klausimynas, kurio pradžioje tiriamųjų prašoma įvardinti labiausiai juos paveikusių trauminį įvykį bei pažymėti, kada jis įvyko. Klausimyne 12 teiginių apibūdinami PTSS ir AOS simptomai (pvz., „Sapnavau nemalonus sapnus, kuriuose buvo užuominų, susijusių su patyrimu, arba kurie buvo aiškiai susiję su tuo patyrimu“ ir „Man sunku būti emociškai artimam (-ai) su žmonėmis“) bei 6 teiginiais apibūdinamos simptomų galimai paveiktos funkcionavimo sritys (pvz., „Paveikė Jūsų santykius ar socialinį gyvenimą?“). Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų skalėje, kurioje 0 = Visiškai ne; 1 = Truputį; 2 = Vidutiniškai; 3 = Gana stipriai; 4 = Ypač stipriai. Pažymėti 2 balai ir daugiau nurodo atitikimą simptomo kriterijui. KPTSS rizikai nustatyti reikia patvirtinti bent vieną iš dviejų simptomų iš kiekvienos iš trijų PTSS simptomų grupių (pakartotinis trauminio įvykio išgyvenimas dabartyje, vengimas, grėsmės jausmas) ir bent vieną iš dviejų simptomų iš kiekvienos iš trijų sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomų grupių (sutrikusi afektų reguliacija, negatyvus savęs vaizdas, sutrikę tarpasmeniniai santykiai). Taip pat turi būti pažymėtas bent vienoje srityje sutrikęs funkcionavimas, susijęs ir su PTSS, ir su sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomais (Cloitre et al., 2018). KPTSS simptomų išreikštumą galima apskaičiuoti sudėjus PTSS ir AOS teiginių balus (be funkcionavimo sričių teiginių), suminis įvertis gali svyruoti nuo 0 iki 48. ITQ instrumentą galima laisvai naudoti tyrimo tikslais (Cloitre et al., 2018). Lietuviškas vertimas: Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene ir Cloitre, 2018. ITQ patikimumas ir validumas yra geri: ankstesniuose tyrimuose ITQ validumas tikrintas patvirtinančiąja faktorine analize (Cloitre et al., 2018). Cronbach's alpha koeficientas lietuvių imtyje: 0,93 (Kazlauskas et al., 2018). Šio tyrimo imtyje Tarptautinio traumos klausimyno KPTSS teiginių Cronbach's alpha reikšmė: 0,93. PTSS teiginių Cronbach's alpha reikšmė: 0,84. AOS teiginių Cronbach's alpha reikšmė: 0,86.

Tiriamųjų disociacinių simptomų vertinimui buvo naudojama **Disociacinių simptomų skalė (angl. *Dissociative Symptoms Scale (DSS)*) (Carlson et al., 2018)**. Tai 20-ties teiginių skalė (pvz., „Išgyvenau jausmą lyg mano kūnas būtų keistas ar netikras“), sukurta įvertinti vidutinio sunkumo depersonalizaciją, derealizaciją, suvokimo ar atminties spragas bei pakartotinius disociacinius išgyvenimus (Carlson et al., 2018). Kiekvienas teiginys yra vertinamas 5 balų skalėje, kurioje 0 = Niekada; 1 = Vieną ar du kartus; 2 = Beveik kiekvieną dieną; 3 = Mažiau nei kartą per dieną; 4 = Dažniau nei kartą per dieną. Suminis skalės įvertis gali svyruoti nuo 0 iki 80. Didesnis balas reiškia stipresnį simptomų išreikštumą. Disociacinių simptomų skalės teiginiai gali būti suskirstyti į keturias poskales: depersonalizacijos/derealizacijos; sąmonės ir atminties spragų; klaidingų sensorinių suvokimų; pakartotinių kognityvinių ir elgesio patyrimų (Carlson et al., 2018). VU Psichotraumatologijos centras yra gavęs leidimą naudoti šį instrumentą. Lietuviškas vertimas: Gelezelyte et al., 2019. DSS patikimumas ir validumas yra geri: nustatytas aukštas instrumento vidinis suderintumas ir stabilumas laike. Taip pat nustatytas geras instrumento konvergentinis ir divergentinis validumas (Carlson et al., 2018). Šio tyrimo imtyje Disociacinių simptomų skalės Cronbach's alpha reikšmė: 0,92. DSS poskalių Cronbach's alpha reikšmės: depersonalizacijos/derealizacijos: 0,86; sąmonės ir atminties spragų: 0,84; klaidingų sensorinių suvokimų: 0,70; pakartotinių kognityvinių ir elgesio patyrimų: 0,87.

2.3. Tyrimo eiga

Prieš pradėdant atlikti tyrimą buvo gautas Vilniaus universiteto psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas. Tyrimo duomenys buvo renkami nuotoliniu būdu naudojant saugią internetinę apklausų platformą, kurioje duomenų apsauga atitinka Europos Sąjungos reikalavimus. Dalyvauti tyrime buvo kviečiami pilnamečiai asmenys, gyvenime patyrę bent vieną potencialiai traumojantį įvykį (informaciniame skelbime buvo pateikiamas paaiškinimas, kokios patirtys yra laikomos traumuojančiomis, pvz., fizinis ar seksualinis smurtas, stichinė nelaimė ir pan.). Informacija apie tyrimą buvo dalinamasi socialiniuose tinkluose, įvairiose specialistų grupėse prašant pasidalinti su klientais ir pan. Prieš pildant klausimyną tiriamieji buvo informuoti, kad dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, apie tyrimo duomenų konfidencialumą bei apie galimybę bet kada pasitraukti iš tyrimo. Prieš pildant klausimyną dalyviai turėjo aktyviai sutikti dalyvauti tyrime paspaudžiant tam skirtą langelį. Užpildžius apklausą, tiriamiesiems buvo pateikta informacija apie nemokamas emocinės paramos ir psichologinės pagalbos Lietuvoje galimybes (tel. numeriai, tinklalapiai). Viso tyrimo klausimyno pildymas truko apie 30 min. Tyrimo duomenys buvo renkami 2020 m. spalio – 2022 m. gegužės mėnesiais.

Šio darbo autorė dalyvavo tyrimo vykdymo komandos susirinkimuose, prisidėjo prie internetinės apklausos rengimo bei korekcijų, viešino informaciją apie tyrimą ir rinko tyrimo duomenis. Šio darbo duomenų analizę ir gautų rezultatų interpretaciją autorė atliko savarankiškai.

2.4. Duomenų analizė

Statistinei duomenų analizei buvo naudojama IBM SPSS Statistics 20 programa. Buvo skaičiuojama aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), atliktos dažnumo analizės. Skalių patikimumas buvo įvertintas apskaičiuojant vidinį suderintumą (Cronbach α). Naudojantis autorių sudarytais kriterijais, disociacinių simptomų skalės teiginiai buvo suskirstyti į keturias poskales (Carlson et al., 2018). KPTSS rizikos skaičiavimas buvo atliktas pagal autorių sudarytas instrukcijas (Kazlauskas et al., 2018), o KPTSS simptomų išreikštumui nustatyti buvo sudėti ITQ skalės balai (PTSS ir sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomų teiginiai, be funkcionavimo sričių teiginių).

Duomenų normalumas tikrintas Kolmogorov-Smirnov ir Shapiro-Wilk testais bei įvertinus jį grafiškai (*Histograms, Q-Q Plots, Boxplots*, ar yra išskirčių). Išryškėjo, jog ITQ skalės duomenys pasiskirstę normaliai, tačiau DSS skalės ir poskalių – nenormaliai. Tad disociacinių simptomų išreikštumo palyginimui tarp patyrusių fizinę ar seksualinę prievartą vaikystėje ir suaugus bei tarp KPTSS rizikos grupių buvo taikytas neparametrinis Mann-Whitney U testas. KPTSS simptomų išreikštumo palyginimui tarp patyrusių fizinę ar seksualinę prievartą vaikystėje ir suaugus buvo taikytas Stjudento t testas nepriklausomoms imtims. Sąsajoms tarp kintamųjų nustatyti buvo apskaičiuoti Pearson ir Spearman koreliacijos koeficientai. Koreliacijų stiprumo skirstymas: 0,1-0,29 – maža; 0,3-0,49 – vidutinė; 0,5-1 – didelė (Cohen, 1988).

KPTSS simptomų išreikštumo prognostiniams veiksniams nustatyti buvo atliktos tiesinės regresijos. Siekiant išsiaiškinti disociacinių simptomų reikšmę skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšiui, buvo atlikta medicininė analizė naudojant Andrew F. Hayes sukurtą IBM SPSS programos įskiepi PROCESS v4.2. Netiesioginių efektų analizei buvo pasitelktas savirankos (angl. *bootstrap*) procentilių metodas (5000 savirankos imčių, 95% CI). Rezultatuose pateikiamos standartizuotos reikšmės.

3. REZULTATAI

3.1. Trauminių įvykių paplitimas bei kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas imtyje

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius šioje imtyje svyruoja nuo vieno iki trylikos (1 lentelė). Daugiausiai tiriamųjų nurodė patyrę 5 skirtingus trauminius įvykius. Vidutinis patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius: $M(SD) = 5,19(2,39)$.

1 lentelė. Patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiaus pasiskirstymo dažnis

Trauminių įvykių skaičius	Dažnis (N=105)	%
1	4	3,8
2	10	9,5
3	12	11,4
4	17	16,2
5	23	21,9
6	9	8,6
7	10	9,5
8	8	7,6
9	9	8,6
10	2	1,9
13	1	1
Iš viso	105	100

Dažniausiai patirti trauminiai įvykiai: fizinis smurtas vaikystėje, didelė kančia, fizinis smurtas suaugus. Nė vienas dalyvis nepatyrė dalyvavimo mūšyje ar karo zonoje (2 lentelė).

2 lentelė. Patirtų skirtingų trauminių įvykių pasiskirstymo dažnis

Trauminis įvykis	Dažnis (N=105)	%
Stichinė nelaimė (pvz., potvynis, uraganas, tornadas, žemės drebėjimas)	9	8,6
Gaisras ar sprogimas	21	20
Eismo įvykis (pvz., autoavarija, laivo avarija, traukinio avarija, lėktuvo katastrofa)	47	44,8
Rimtas nelaimingas atsitikimas darbe, namuose ar laisvalaikio metu	28	26,7
Sąlytis su nuodingomis medžiagomis (pvz., pavojingais chemikalais, radiacija)	7	6,7
Fizinis smurtas vaikystėje	71	67,6
Fizinis smurtas (pvz., užpuolė, smogė, davė antausį, spyrė, sumušė)	65	61,9

2 lentelės tęsinys. Patirtų skirtingų trauminių įvykių pasiskirstymo dažnis

Trauminis įvykis	Dažnis (N=105)	%
Ginkluotas užpuolimas (pvz., pašovė, dūrė, grasino peiliu, ginklu, bomba)	18	17,1
Seksualinė prievarta vaikystėje	26	24,8
Seksualinis smurtas po 18 metų amžiaus (pvz., išprievartavimas, mėginimas išprievartauti, vertimas atlikti bet kokius seksualinius veiksmus jėga ar grasinant)	23	21,9
Kitas nenorimas ar nemalonus seksualinis patyrimas	50	47,6
Dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje (tarnaujant kariuomenėje ar esant civiliu)	0	0
Nelaisvė (pvz., pagrobimas, laikymas įkaitu, karo belaisviu)	3	2,9
Gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas	36	34,6
Didelė kančia	70	66,7
Staigi, smurtinė mirtis (pvz., žmogžudystė, savižudybė)	19	18,1
Staigi netikėta artimo žmogaus mirtis	48	45,7
Sunkus sužeidimas, žala ar mirtis, Jūsų sukelta kitam asmeniui	4	3,8

Pastaba. Dažniausiai patirti trauminiai įvykiai pažymėti paryškintu šriftu.

Tyrimas atskleidė, jog į kompleksinio potrauminio streso sutrikimo rizikos grupę pateko 32,4 proc. tyrimo dalyvių. Papildomai apskaičiuota ir PTSS rizikos paplitimo statistika – į šią grupę pateko 10,5 proc. tyrimo dalyvių. Taigi KPTSS rizikos grupėje yra maždaug tris kartus daugiau dalyvių nei PTSS.

PTSS ir sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomų išreikštumas imtyje pateikiamas 3 lentelėje. Labiausiai išreikšti simptomai imtyje buvo padidėjęs grėsmės jausmas bei sutrikę tarpasmeniniai santykiai. Mažiausiai – pakartotinis trauminio įvykio išgyvenimas dabartyje. KPTSS simptomų suminio balo vidurkis: $M(SD) = 24,88(10,89)$.

3 lentelė. PTSS, AOS, KPTSS simptomų išreikštumas

	Min	Maks	$M(SD)$
PTSS	0	24	12,10(6,17)
Pakartotinis traumos išgyvenimas dabartyje	0	8	3,02(2,48)
Vengimas	0	8	4,26(2,55)
Grėsmės jausmas	0	8	4,82(2,36)
AOS	1	24	12,78(5,87)
Sutrikusi afektų reguliacija	0	8	4,20(1,77)
Negatyvus savęs vaizdas	0	8	4,11(2,59)
Sutrikę tarpasmeniniai santykiai	0	8	4,47(2,55)
PTSS ir AOS (KPTSS)	4	48	24,88(10,89)

Pastaba. PTSS – potrauminio streso sutrikimas; AOS – sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis.

Remiantis DSS skalės autoriais, disociacinių simptomų skalės teiginiai buvo suskirstyti į keturias poskales (4 lentelė) (Carlson et al., 2018). Labiausiai išreikštas disociacinis simptomas tarp tyrimo dalyvių buvo sąmonės ir atminties spragos. Disociacinių simptomų skalės suminis balas svyravo nuo 0 iki 55, o vidurkis: $M(SD) = 12,37(12,05)$.

4 lentelė. *Disociacinių simptomų skalės ir poskalių aprašomoji statistika*

DSS skalė	Teiginių skaičius	$M(SD)$ ($N=105$)	Cronbach's alpha
Depersonalizacija/derealizacija	6	3,48(4,60)	0,86
Sąmonės ir atminties spragos	5	4,38(4,22)	0,84
Klaidingi sensoriniai suvokimai	5	1,17(2,04)	0,70
Pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai	4	3,34(3,55)	0,87
Visa skalė	20	12,37(12,05)	0,92

Pastaba. M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis.

3.2. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų sąsajos

Kadangi duomenys pasiskirstę nenormaliai, buvo taikytas neparametrinis Mann-Whitney U testas. Nustatyta, jog dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, visi disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepateko į KPTSS rizikos grupę (5 lentelė). Visi skirtumai tarp grupių yra reikšmingi.

5 lentelė. *Disociacinių simptomų išreikštumo palyginimas tarp KPTSS rizikos grupių*

DSS skalė	KPTSS rizika	n	Vidurkinis rangas	$M(SD)$	U	Z	p
Suminiai DSS skalės įverčiai	Yra	34	74,54	20,35(12,98)	474,50	-5,03	<0,001
	Nėra	71	42,68	8,55(9,51)			
Depersonalizacija/derealizacija	Yra	34	70,28	5,91(5,36)	619,50	-4,12	<0,001
	Nėra	71	44,73	2,31(3,68)			
Sąmonės ir atminties spragos	Yra	34	68,81	6,41(4,59)	669,50	-3,70	<0,001
	Nėra	71	45,43	3,41(3,69)			
Klaidingi sensoriniai suvokimai	Yra	34	70,25	2,15(2,80)	620,50	-4,39	<0,001
	Nėra	71	44,74	0,70(1,35)			
Pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai	Yra	34	75,97	5,88(4,05)	426,00	-5,42	<0,001
	Nėra	71	42,00	2,13(2,51)			

Pastaba. DSS – Disociacinių simptomų skalė; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis; U – U testo koeficientas; Z – Z testo koeficientas; p – reikšmingumo lygmuo. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Sąsajoms tarp kintamųjų nustatyti buvo apskaičiuotas Spearman koreliacijos koeficientas. Visos sąsajos tarp KPTSS ir disociacinių simptomų buvo reikšmingos (6 lentelė). Didžiausias: bendras KPTSS simptomų išreikštumas buvo teigiamai susijęs su bendrais disociacijos simptomais (suminiu DSS įverčiu), taip pat ir su atskirais simptomais: labiausiai su pakartotiniais kognityviniais ir elgesio patyrimais. Iš kitų KPTSS simptomų išsiskyrė sutrikę tarpasmeniniai santykiai, kurie stipriai susiję su visais disociaciniais simptomais (6 lentelė). Visi koreliacijos koeficientai pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Koreliacijos tarp KPTSS simptomų ir disociacinių simptomų

Kintamieji	Suminiai DSS skalės įverčiai	Depersonalizacija/derealizacija	Sąmonės ir atminties spragos	Klaidingi sensoriniai suvokimai	Pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai
KPTSS išreikštumas	0,708**	0,597**	0,621**	0,575**	0,658**
Pakartotinis traumos išgyvenimas dabartyje	0,466**	0,408**	0,352**	0,416**	0,504**
Vengimas	0,430**	0,369**	0,356**	0,327**	0,476**
Grėsmės jausmas	0,518**	0,359**	0,486**	0,437**	0,502**
Sutrikusi afektų reguliacija	0,563**	0,491**	0,557**	0,476**	0,388**
Negatyvus savęs vaizdas	0,621**	0,560**	0,511**	0,461**	0,581**
Sutrikę tarpasmeniniai santykiai	0,663**	0,529**	0,645**	0,576**	0,528**

Pastaba. DSS – Disociacinių simptomų skalė; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas. ** $p < 0,01$. Stiprios koreliacijos ($r > 0,5$) pažymėtos paryškintu šriftu (Cohen, 1988).

3.3. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumo skirtumai tarp patyrusių fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje ir suaugus

Į palyginimą buvo įtraukti fiziniai ir seksualiniai trauminiai įvykiai, patirti vaikystėje ir suaugus. Buvo taikytas Stjudento t testas nepriklausomoms imtims KPTSS simptomų išreikštumo palyginimui bei neparametrinis Mann-Whitney U testas bendrų disociacijos simptomų (suminių DSS įverčių) išreikštumo palyginimui. Nustatyta, kad KPTSS simptomų išreikštumas buvo reikšmingai didesnis tarp patyrusių fizinį smurtą vaikystėje bei seksualinį smurtą suaugus nei nepatyrusių. Taip pat disociacinių simptomų išreikštumas buvo reikšmingai didesnis tarp patyrusių seksualinį smurtą suaugus nei nepatyrusių (7 lentelė). Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta.

7 lentelė. Disociacinių ir KPTSS simptomų išreikštumo palyginimas tarp patyrusių fizinį bei seksualinį smurtą vaikystėje ir suaugus

	Seksualinis smurtas vaikystėje	<i>n</i>	Vidurkinis rangas	<i>M(SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Suminiai DSS skalės įverčiai	Patyrė	26	55,29	14,58(14,95)	967,50	-0,44	0,658
	Nepatyrė	79	52,25	11,65(10,94)			
KPTSS išreikštumas	Patyrė	26	-	26,65(11,28)	-	-	0,338
	Nepatyrė	79	-	24,29(10,73)			
	Fizinis smurtas vaikystėje						
Suminiai DSS skalės įverčiai	Patyrė	71	54,22	12,93(12,65)	1120,50	-0,59	0,553
	Nepatyrė	34	50,46	11,21(10,76)			
KPTSS išreikštumas	Patyrė	71	-	26,38(10,21)	-	-	0,040
	Nepatyrė	34	-	21,74(11,64)			
	Seksualinis smurtas suaugus						
Suminiai DSS skalės įverčiai	Patyrė	23	69,54	18,00(12,57)	562,50	-2,95	0,003
	Nepatyrė	82	48,36	10,79(11,49)			
KPTSS išreikštumas	Patyrė	23	-	31,78(9,71)	-	-	<0,001
	Nepatyrė	82	-	22,94(10,41)			
	Fizinis smurtas suaugus						
Suminiai DSS skalės įverčiai	Patyrė	65	53,78	12,98(12,98)	1249,00	-0,34	0,736
	Nepatyrė	40	51,73	11,37(10,44)			
KPTSS išreikštumas	Patyrė	65	-	25,34(11,42)	-	-	0,581
	Nepatyrė	40	-	24,13(9,97)			

Pastaba. DSS – Disociacinių simptomų skalė; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; *M* – vidurkis; *SD* – standartinis nuokrypis; *U* – U testo koeficientas; *Z* – Z testo koeficientas; *p* – reikšmingumo lygmuo. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.4. Tarpasmeninių ir netarpasmeninių trauminių įvykių sąsajos su kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumu

Sąsajoms tarp kintamųjų nustatyti buvo apskaičiuoti Pearson bei Spearman koreliacijos koeficientai. Nustatytos reikšmingos sąsajos tarp tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo bei vienos iš DSS poskalių – pakartotinių kognityvinių ir elgesio patyrimų.

Taip pat nustatyta reikšminga sąsaja tarp netarpasmeninių trauminių įvykių ir klaidingų sensorinių suvokimų DSS poskalės. Daugiau reikšmingų sąsajų nebuvo nustatyta (8 lentelė).

8 lentelė. Koreliacijos tarp KPTSS bei DSS simptomų išreikštumo ir tarpasmeninių bei netarpasmeninių trauminių įvykių

Kintamieji	KPTSS išreikštumas	Suminiai DSS skalės įverčiai	Depersonalizacija/derealizacija	Sąmonės ir atminties spragos	Klaidingi sensoriniai suvokimai	Pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai
Tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius	0,300**P	0,168 ^S	0,081 ^S	0,170 ^S	0,101 ^S	0,234* ^S
Netarpasmeninių trauminių įvykių skaičius	0,082 ^P	0,135 ^S	0,157 ^S	0,101 ^S	0,194* ^S	0,148 ^S

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. DSS – Disociacinių simptomų skalė; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; P – Pearson koreliacijos koeficientas; S – Spearman koreliacijos koeficientas.

3.5. Patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų reikšmė prognozuojant kompleksinio PTSS simptomų išreikštumą

Buvo atlikta KPTSS simptomų prognostinė analizė. 9 lentelėje pateiktas prognostinis modelis buvo reikšmingas. Jis paaiškino 47 proc. KPTSS simptomų išreikštumo duomenų sklaidos. Šį kintamąjį teigiamai prognozavo tiek DSS simptomų išreikštumas, tiek patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius.

9 lentelė. KPTSS simptomų prognostiniai veiksniai

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis		F	p	R ²
	KPTSS simptomų išreikštumas				
	Beta (β)	p			
DSS simptomų išreikštumas	0,64	0,000	44,93	<0,001	0,47
Patirtų trauminių įvykių skaičius	0,16	0,036			

Pastaba. DSS – Disociacinių simptomų skalė; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

10 lentelėje pateiktas detalesnis prognostinis modelis, kuriame kaip prognozuojamieji kintamieji pasirinkti atskiros DSS poskalės bei detalesni trauminių įvykių tipai. Šis detalesnis KPTSS simptomų išreikštumo modelis paaiškino 49 proc. duomenų sklaidos. Reikšmingi kintamieji, turintys teigiamą prognostinę vertę, buvo pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai bei skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius. Daugiau reikšmingų prognostinių kintamųjų nebuvo.

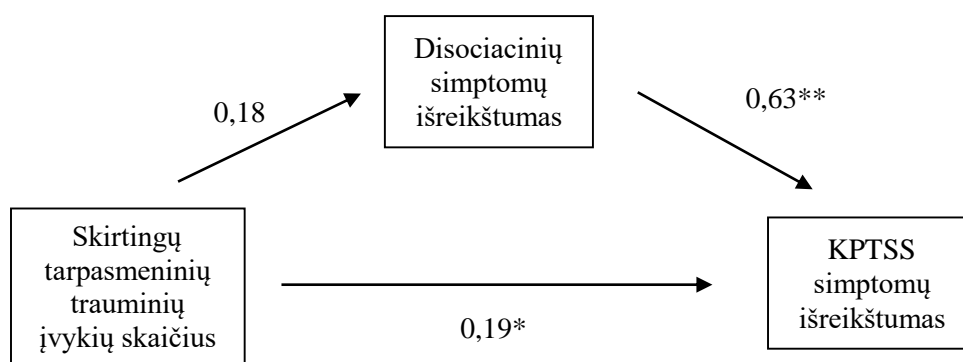
10 lentelė. KPTSS simptomų prognostiniai veiksniai

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	KPTSS simptomų išreikštumas		F	p	R ²
	Beta (β)	p			
Depersonalizacija/derealizacija	0,12	0,222	15,72	< 0,001	0,49
Sąmonės ir atminties spragos	0,21	0,067			
Klaidingi sensoriniai suvokimai	0,16	0,070			
Pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai	0,28	0,011			
Tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius	0,18	0,022			
Netarpasmeninių trauminių įvykių skaičius	0,02	0,839			

Pastaba. KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

3.6. Disociacinių simptomų reikšmė patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšiui

Tikrintas mediacijos modelis, kuriame priklausomas kintamasis buvo KPTSS simptomų išreikštumas, mediatorius – disociacinių simptomų išreikštumas, o nepriklausomas kintamasis – patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius (1 pav.). Į modelį įtraukti kintamieji paaiškino 47,83% KPTSS simptomų variacijos ($F[2, 102] = 46,76, p < 0,001$). Paaaiškėjo, kad mediacijos efektas egzistuoja ir netiesioginis efektas yra reikšmingas (netiesioginis efektas = 0,114, 95% CI [0,002-0,216], tiesioginis efektas = 0,186, $p = 0,012$, bendras efektas = 0,300, $p = 0,002$). Modelyje skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius teigiamai siejosi su KPTSS simptomų išreikštumu ($\beta = 0,19, p = 0,012$). Taip pat disociacinių simptomų išreikštumas teigiamai siejosi su KPTSS simptomų išreikštumu ($\beta = 0,63, p = < 0,001$). Tačiau sąsaja tarp tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų išreikštumo nesiekė statistinio reikšmingumo ($\beta = 0,18, p = 0,068$).



1 pav. Skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus, disociacinių simptomų bei KPTSS simptomų išreikštumo mediacijos modelis.

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$. Pateikiami standartizuoti rezultatai.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti trauminių įvykių, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) ir disociacinių simptomų sąsajas. Tyrimu buvo nustatyta, kad dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, visi disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepateko į KPTSS rizikos grupę. Be to, didesnis KPTSS simptomų išreikštumas siejosi su didesniu disociacinių simptomų išreikštumu. Dalyvių, kurie nurodė patyrę fizinį smurtą vaikystėje arba seksualinį smurtą suaugus, KPTSS simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepatyrę. Taip pat dalyvių, kurie nurodė patyrę seksualinį smurtą suaugus, disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepatyrę. Didesnis skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius siejosi su didesniu KPTSS simptomų išreikštumu bei su dažnesniais pakartotiniais kognityviniais ir elgesio patyrimais. Taip pat didesnis netarpasmeninių trauminių įvykių skaičius siejosi su dažnesniais klaidingais sensoriniais suvokimais. Pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai bei patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius teigiamai prognozavo KPTSS simptomų išreikštumą. Galiausiai, disociacinių simptomų išreikštumas medijavo skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšį.

4.1. Trauminių įvykių paplitimas bei kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas imtyje

Pirmiausia buvo siekiama atskleisti, koks yra trauminių įvykių paplitimas bei kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas imtyje. Tyrimu nustatyta, kad patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius šioje imtyje svyravo nuo 1 iki 13, o vidutinis patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius buvo 5,19. Taip pat nustatyta, kad dažniausiai patirti trauminiai įvykiai buvo fizinis smurtas vaikystėje (67,6 proc.), didelė kančia (66,7 proc.) bei fizinis smurtas suaugus (61,9 proc.). Nė vienas dalyvis nepatyrė dalyvavimo mūšyje ar karo zonoje. Gauti rezultatai yra gana panašūs į ankstesnių tyrimų – yra žinoma, kad tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje trauminių įvykių paplitimas yra didelis (Kazlauskas, 2013). Pasaulio sveikatos organizacijos atliktame tyrimo 21 šalyje buvo rasta, kad dažniausios psichologinės traumos buvo artimojo mirtis (30,5 proc.), buvimas smurto liudininku (21,8 proc.), tarpasmeninio smurto (18,8 proc.), avarių (17,7 proc.), karo (16,2 proc.) patyrimas ar trauma, ištikusi artimą žmogų (12,5 proc.) (Stein et al., 2010). Kituose Lietuvos tyrimuose dažniausi patirti trauminiai įvykiai buvo staigi netikėta artimo žmogaus mirtis (58,7 proc.); eismo įvykis (54 proc.); kitas paties dalyvio nurodytas daug streso sukėlęs įvykis (51 proc.); fizinis užpuolimas (43 proc.); rimtas nelaimingas atsitikimas darbe, namuose ar laisvalaikio metu (39,7

proc.) ir kt. Rečiausi trauminiai įvykiai buvo nelaisvė (2 proc.) ir dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje (2,7 proc.) (Mažulytė et al., 2014). Taigi, gauti rezultatai yra iš dalies panašūs į kitų tyrimų duomenis.

Tyrimas taip pat atskleidė, jog į kompleksinio potrauminio streso sutrikimo rizikos grupę pateko 32,4 proc. tyrimo dalyvių – tai yra daug didesnis skaičius lyginant su kitų tyrimų rezultatais. Viename JAV tyrime atskleista, jog traumas patyrusių karo veteranų imtyje KPTSS paplitimas – 13 proc. (Wolf et al., 2015). Dar viename tyrime Izraelyje atsiskleidė, jog KPTSS paplitimas traumas patyrusių žmonių imtyje – 2,6 proc. (Ben-Ezra et al., 2018). Taip pat mūsų tyrime papildomai buvo apskaičiuota ir potrauminio streso sutrikimo paplitimo statistika – į šią grupę pateko 10,5 proc. tyrimo dalyvių. Taigi KPTSS rizikos grupėje yra maždaug tris kartus daugiau dalyvių nei PTSS. Tą patvirtina ir kiti tyrimai – klinikinėse nukentėjusiųjų nuo trauminių įvykių imtyse preliminarūs duomenys atskleidžia, jog KPTSS yra dažnesnis nei PTSS. Taip pat nustatyta, kad moterims daugiau nei dvigubai dažniau gali būti diagnozuojamas PTSS ir KPTSS nei vyrams (Karatzias et al., 2017), o šio tyrimo imties didžiąją dalį ir sudaro moterys. Ką dar svarbu paminėti, jog vieno iš mūsų tyrimo etapo metu dalyviai galėjo gauti išvadas apie savo psichologinę savijautą ir potrauminio streso simptomus. Taigi, gali būti, kad tyrime dalyvauti susidomėjo žmonės, kurie būtent ir jautė susirūpinimą dėl savo reakcijų į traumines patirtis.

Tyrime taip pat buvo nustatytas PTSS, AOS ir KPTSS simptomų išreikštumas tyrimo imtyje. Labiausiai išreikšti simptomai imtyje buvo padidėjęs grėsmės jausmas bei sutrikę tarpasmeniniai santykiai. Mažiausiai – pakartotinis trauminio įvykio išgyvenimas dabartyje. Tiek PTSS, tiek AOS, tiek KPTSS simptomai imtyje buvo išreikšti vidutiniškai. Viename tyrime atsiskleidė šiek tiek kitokie rezultatai – nustatyta, kad labiausiai išreikšti simptomai imtyje buvo pakartotinis trauminio įvykio išgyvenimas dabartyje bei vengimas, o mažiausiai – neigiamas savęs vaizdas (Karatzias et al., 2017a). Autoriai pažymi, kad visų PTSS simptomų išreikštumas imtyje buvo labai aukštas, o AOS simptomų kiek žemesnis (Karatzias et al., 2017a).

Tyrimu taip pat nustatyta, kad labiausiai išreikštas disociacinis simptomas tarp tyrimo dalyvių buvo sąmonės ir atminties spragos. Bendras disociacinių simptomų išreikštumas imtyje buvo mažesnis nei vidutinis. Kadangi DSS skalė neturi nustatytų ribinių balų, sunku pasakyti, kiek dalyvių patenka į disociacinių sutrikimų rizikos grupę. Vietoje savistatos klausimynų ateityje būtų galima naudoti diagnostinius interviu, pvz., „The Structured Clinical Interview for the DSM-IV Dissociative Disorders“ (SCID-D) ar „The Dissociative Disorder Interview Schedule“ (DDIS) (Lewis-Fernández, Martínez-Taboas, Sar, Patel, & Boatman, 2007). Tačiau ir šie diagnostiniai interviu turi ribotumą – jie gana griežtai remiasi DSM-IV kriterijais, kas gali lemti mažesnę jautrumą reiškiniams, neįtrauktiems į DSM; taip pat šiais instrumentais sunku paaiškinti dviprasmiškas disociacines patirtis tarp skirtingų kultūrų (Lewis-Fernández et al., 2007). Be to, tiek DSM-5 tiek TLK-11 apibrėžtos jau kiek

pasikeitusios disociacinių fenomenų sąvokos. Taigi, disociacijos patirčių vertinimo instrumentus taip pat reikia tobulinti.

4.2. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų sąsajos

Toliau buvo siekta įvertinti, kokios yra atskirų kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų sąsajos. Nustatyta, kad dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, visi disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepateko į KPTSS rizikos grupę. Visi skirtumai tarp grupių buvo reikšmingi. Šie rezultatai panašūs į kitų tyrimų – nustatyta, jog disociaciniai sutrikimai yra glaudžiai susiję su trauminiais ir su stresu susijusiais sutrikimais. Pagal DSM-5, į trauminių sutrikimų simptomatiką įeina ir disociaciniai simptomai tokie kaip amnezija, prisiminimų blyksniai, sąstingis bei depersonalizacija/derealizacija (American Psychiatric Association, 2013). Pagal TLK-11, konkrečiai KPTSS atvejais, disociaciniai simptomai gali pasireikšti patiriant stresą, taip pat gali būti būdingas emocinis sąstingis, ypač negebėjimas jausti malonumą ar pozityvias emocijas (WHO, 2019). Viename tyrime buvo atskleisti reikšmingi disociacinių patirčių skirtumai tarp žmonių su PTSS ir su KPTSS. Dalyviai su KPTSS turėjo reikšmingai aukštesnius balus amnezijos, absorbcijos (gilaus įsitraukimo) ir depersonalizacijos/derealizacijos subskalėse bei didesnę suminių disociacinių patirčių balą palyginus su žmonėmis, turinčiais PTSS. Autorių hipotezė, jog disociacija gali būti reikšmingas klinikinis požymis bandant diferencijuoti PTSS ir KPTSS, buvo patvirtinta (Longo et al., 2019). Kitame tyrime taip pat buvo nustatyta, kad asmenys su KPTSS išgyvena reikšmingai daugiau disociatyvių patirčių nei asmenys su PTSS ar be potrauminio streso sutrikimų diagnozės (Hyland et al., 2020).

Taip pat mūsų tyrime buvo nustatyta, kad visi KPTSS simptomai buvo teigiamai susiję su visais disociaciniais simptomais. Tai reiškia, kad kuo stipriau išreikšti KPTSS simptomai, tuo labiau išreikšti ir disociaciniai simptomai. Stipriausią sąsają turėjo bendras KPTSS simptomų išreikštumas su bendru disociacinių simptomų išreikštumu, taip pat ir su atskirais disociaciniais simptomais: labiausiai su pakartotiniais kognityviniais ir elgesio patyrimais. Iš kitų KPTSS simptomų išsiskyrė sutrikę tarpasmeniniai santykiai, kurie stipriai susiję su visais disociaciniais simptomais. Šie rezultatai panašūs į kitų tyrimų duomenis – buvo nustatyta, jog trys KPTSS simptomų grupės teigiamai koreliuoja su disociatyviomis patirtimis, o konkrečiau – pasikartojantis patirties išgyvenimas, afektų disreguliacija bei sutrikę santykiai su kitais yra nepriklausomai susiję su disociaciniais išgyvenimais (Hyland et al., 2020). Šiais rezultatais pažymima, jog disociacinės patirtys gali pasireikšti kartu su KPTSS simptomais, tad gydant KPTSS gali būti svarbu atkreipti dėmesį ir į disociacinius simptomus. Ypač reikalingi tolimesni tyrimai, norint nustatyti, ar disociacija yra KPTSS rizikos veiksnys, ar pasekmė (Hyland et al., 2020).

4.3. Kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumo skirtumai tarp patyrusių fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje ir suaugus

Trečiuoju tyrimo klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip skiriasi kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumas tarp patyrusių fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje ir suaugus. Tyrimu nustatyta, jog KPTSS simptomų išreikštumas buvo reikšmingai didesnis tarp patyrusių fizinį smurtą vaikystėje bei seksualinį smurtą suaugus nei tokio smurto nepatyrusių. Taip pat disociacinių simptomų išreikštumas buvo reikšmingai didesnis tarp patyrusių seksualinį smurtą suaugus nei nepatyrusių. Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta. Gauti rezultatai kiek skiriasi nuo kitų tyrimų. Ankstesniuose tyrimuose nustatyta, jog vaikystės, tarpasmeninės ir daugkartinės trauminės patirtys yra labiau susijusios su KPTSS, o ne su PTSS tiek klinikinėje, tiek bendrojoje populiacijoje. Kituose tyrimuose taip pat patvirtinama, jog kumuliacinė vaikystės trauminė patirtis yra labiau susijusi su KPTSS nei su PTSS (Cloitre et al., 2019). Taip pat nustatyta, kad tarp trauminių stresorių vaikystėje, seksualinio ir fizinio smurto patyrimas iš globėjų yra susijęs su didesne KPTSS rizika (Cloitre et al., 2019). Dar viename tyrime atskleista, jog aukščiausi KPTSS rodikliai yra susiję su vaikystėje patirtu seksualiniu smurtu arba išprievartavimu (Maercker et al., 2018). Sunku paaiškinti, kodėl daugiau reikšmingų sąsajų tyrime nebuvo rasta, o ypač kodėl nebuvo reikšmingos sąsajos tarp seksualinio smurto vaikystėje ir KPTSS bei disociacinių simptomų išreikštumo. Ankstesniuose tyrimuose nustatyta, jog vaikystėje patirtas incestas yra susijęs su reikšmingu disociacinių simptomų padidėjimu palyginus su patirta fizine ir/ar seksualine prievarta suaugus (Zlotnick et al., 2008). Kituose tyrimuose taip pat patvirtinama, jog asmenys su disociaciniais sutrikimais dažniau nurodo patyrę įvairių tipų smurtą ir sunkumus, ir kad disociaciniai sutrikimai yra dažnesni tarp asmenų, patyrusių keturias ir daugiau nepalankių vaikystės patirčių (ACE) (Kate et al., 2020). Galbūt svarbu pabrėžti, jog daugumoje tyrimų nagrinėjamos būtent disociacinių sutrikimų sąsajos su trauminiiais įvykiais, kas mūsų tyrime nebuvo nustatinėjama. Be to, į vaikystės ir suaugystės trauminių įvykių palyginimą buvo įtrauktas tik fizinis ir seksualinis smurtas – galbūt įvairesnių trauminių įvykių įtraukimas su tikslu nustatymu, kada jis įvyko, parodytų kitokius rezultatus. Taip pat galbūt reikėtų ir didesnės bei įvairesnės tyrimo imties, kad išryškėtų skirtumai. Ką dar svarbu paminėti, jog yra duomenų, nurodančių, kad su traumine patirtimi susiję prisiminimai dažnai atkuriami prastai, ypač jei trauminis įvykis įvyko vaikystėje ir su šiuo įvykiu yra susijęs svarbus, artimas žmogus, pvz., šeimos narys (DePrince & Freyd, 2004). Taigi, išlieka tikimybė, kad tiriamieji, patyrę skaudžias traumines patirtis vaikystėje, negali pilnai prisiminti ir reflektuoti jas tyrimo metu. Be to, tarpasmeninės trauminės patirtys yra labiau stigmatizuojamos nei netarpasmeninės, tad tiriamiesiems galėjo būti sunku ar gėda apie tai pranešti klausimyne (Woodward et al., 2015).

4.4. Tarpasmeninių ir netarpasmeninių trauminių įvykių sąsajos su kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumu

Toliau buvo siekiama atskleisti, kokios yra tarpasmeninių ir netarpasmeninių trauminių įvykių sąsajos su kompleksinio PTSS ir disociacinių simptomų išreikštumu. Buvo nustatytos reikšmingos sąsajos tarp skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo bei vienos iš DSS poskalių – pakartotinių kognityvinių ir elgesio patyrimų. Tai reiškia, kad kuo daugiau skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių žmogus nurodė patyręs, tuo labiau buvo išreikšti KPTSS bei disociaciniai pakartotinių kognityvinių ir elgesio patyrimų simptomai. Taip pat nustatyta reikšminga sąsaja tarp netarpasmeninių trauminių įvykių ir klaidingų sensorinių suvokimų DSS poskalės. Daugiau reikšmingų sąsajų nebuvo nustatyta. Gautus rezultatus patvirtina ir kiti tyrimai – nustatyta, jog vaikystės, tarpasmeninės ir daugkartinės trauminės patirtys yra labiau susijusios su KPTSS, o ne su PTSS tiek klinikinėje, tiek bendrojoje populiacijoje (Karatzias et al., 2017). Kitame tyrime atskleista, jog aukščiausi KPTSS rodikliai yra susiję su tokiais tarpasmeninėmis trauminėmis patirtimis kaip vaikystėje patirtu seksualiniu smurtu arba išprievartavimu (Maercker et al., 2018). Tyrimais taip pat nustatyta, jog vaikystėje patirtas seksualinis smurtas, fizinis apleistumas ir nepriežiūra bei emocinis smurtas reikšmingai prognozuoja disociacinių sutrikimų išsivystymą tarp moterų (Sar et al., 2007). Tyrimais nustatyta, jog įvykiai, kurie yra susiję su tarpasmeniniu smurtu ir apima fizinį sužalojimą ar grėsmę gyvybei, yra labiau linkę būti traumuojančiais, nei kiti įvykiai, susiję su dideliu streso kiekiu (pvz., stichinės nelaimės) (Mikaliūnas et al., 2013). Tai atsiskleidžia ir mūsų tyrime ir šie rezultatai dar kartą patvirtina, kad tarpasmeninės traumos gali sietis su didesne KPTSS, PTSS, disociacinių bei kitų psichikos sutrikimų rizika. Kalbant apie sąsają tarp netarpasmeninių trauminių įvykių ir klaidingų sensorinių suvokimų DSS poskalės, sunku rasti tyrimų, kuriuose būtų analizuojamos atskirų disociacinių simptomų sąsajos su trauminių įvykių tipais. Vis dėlto, viename tyrime buvo atskleista, kad tiesioginis avarijos ar nelaimingo atsitikimo patyrimas buvo reikšmingas disociacinių simptomų prognostinis veiksnys (Boudoukha, Ouagazzal, & Goutaudier, 2017). Be to, tarp moterų netiesioginis katastrofų patyrimas buvo reikšmingas disociacinių simptomų prognostinis veiksnys (Boudoukha et al., 2017). Taigi, netarpasmeninių trauminių įvykių patyrimas gali būti susijęs su disociaciniais simptomais, tačiau reiktų detalesnių tyrimų, norint išsiaiškinti konkretesnes simptomų sąsajas.

4.5. Patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų reikšmė prognozuojant kompleksinio PTSS simptomų išreikštumą

Penktuoju tyrimo klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, kokia patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų reikšmė prognozuojant kompleksinio PTSS simptomų

išreikštumą. Buvo tikrinti du prognostiniai modeliai. Pirmasis prognostinis modelis buvo reikšmingas ir paaiškino 47 proc. KPTSS simptomų išreikštumo duomenų sklaidos. KPTSS simptomų išreikštumą teigiamai prognozavo tiek disociacinių simptomų išreikštumas, tiek patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius. Antrasis detalesnis prognostinis modelis taip pat buvo reikšmingas ir paaiškino 49 proc. duomenų sklaidos. Reikšmingi kintamieji, turintys teigiamą prognostinę vertę, buvo pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai bei skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius. Daugiau reikšmingų prognostinių kintamųjų nebuvo. Šie rezultatai panašūs ir į kitų tyrimų duomenis – nustatyta, kad kumuliacinis vaikystėje patirtas tarpasmeninis smurtas stipriau prognozuoja KPTSS nei PTSS (Karatzias et al., 2017). Be to, kitame tyrime irgi buvo rasta, jog pasikartojantis patirties išgyvenimas teigiamai koreliuoja su KPTSS (Hyland et al., 2020). Kituose tyrimuose taip pat pažymima, kad disociacija gali būti kaip rizikos faktorius KPTSS išsivystymui (Longo et al., 2019; Hyland et al., 2020) arba gali prisidėti prie PTSS palaikymo (Sar, 2011). Vis dėlto, tyrimų apie disociaciją kaip prognostinį kintamąjį labai trūksta, taigi reikalingi tolimesni tyrimai, norint geriau išsiaiškinti, ar disociaciniai simptomai gali būti kaip rizikos veiksnys, ar KPTSS simptomas bei pasekmė, ar visi. Kiti koreliaciniai tyrimai atskleidžia stiprias sąsajas tarp KPTSS ir disociacinių simptomų – vienoje straipsnių apžvalgoje buvo atskleista, jog vienu tyrimu duomenimis, KPTSS turinčių asmenų disociacijos rodikliai buvo gerokai aukštesni nei KPTSS neturinčių asmenų, dar kiti tyrimai atskleidė teigiamą koreliaciją tarp KPTSS simptomų ir psichoforminės/somatoforminės disociacijos rodiklių (Fung, Chien, Lam, & Ross, 2022). Nors nedaug tyrimų atskleidė disociacijos simptomų paplitimą ir koreliacijas tarp asmenų su KPTSS, gali būti, kad egzistuoja nemaža KPTSS turinčių asmenų grupė, kuriai būdingi kliniškai reikšmingi disociacijos simptomai (pvz., 28,6-76,9 %) (Fung et al., 2022). Disociacija taip pat gali būti susijusi su kitais gretutiniais sutrikimais (pvz., asmenybės sutrikimais, somatiniais simptomais) tarp žmonių su KPTSS. Autoriai rekomenduoja atlikti daugiau tyrimų, siekiant iširti disociacijos simptomų paplitimą tarp KPTSS turinčių asmenų ir išsiaiškinti, kaip šie simptomai susiję su kitomis gretutinėmis ligomis ir klinikiniais poreikiais šioje pažeidžiamoje grupėje (Fung et al., 2022).

4.6. Disociacinių simptomų reikšmė patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšiui

Galiausiai buvo siekiama atskleisti, kokia disociacinių simptomų reikšmė aiškinant ryšį tarp patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo. Tyrime buvo tikrintas mediacijos modelis, kuriame priklausomas kintamasis buvo KPTSS simptomų išreikštumas, mediatorius – disociacinių simptomų išreikštumas, o nepriklausomas kintamasis – patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius. Į modelį įtraukti kintamieji paaiškino

47,83 proc. KPTSS simptomų variacijos. Paaiškėjo, kad mediacijos efektas egzistuoja ir netiesioginis efektas yra reikšmingas. Modelyje skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius teigiamai siejosi su KPTSS simptomų išreikštumu. Taip pat disociacinių simptomų išreikštumas teigiamai siejosi su KPTSS simptomų išreikštumu. Tik sąsaja tarp skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų buvo arti statistinio reikšmingumo. Kituose tyrimuose atsiskleidžia panašūs rezultatai – viename tyrime išryškėjo sąsajos tarp kompleksinių vaikystės traumų, psichomorfinės disociacijos ir KPTSS. Psichomorfinė disociacija buvo dalinis mediatorius tarp kompleksinės vaikystės traumos ir KPTSS simptomų suaugus (van Dijke et al., 2015). Kiti autoriai taip pat teigia, jog didžioji dalis asmenų su KPTSS yra patyrę chroniškas tarpasmenines traumas vaikystėje. Pagal struktūrinės disociacijos teoriją, šie individai dažnai patiria sunkius disociacinius simptomus (Van der Hart et al., 2006). Kai kurie autoriai teigia, jog KPTSS apima antrinę struktūrinę disociaciją – kuomet yra viena AND (aiškiai normali asmenybės dalis) ir dvi ar daugiau ED (emocinės asmenybės dalys). Šios dalys nėra taip ryškiai išskirtos, kaip, pavyzdžiui, disociatyvaus tapatybės sutrikimo atveju. Kitaip tariant, šios dalys įprastai nėra tiek daug išplėtos ar nepriklausomos (Van der Hart et al., 2006). Daugiau panašių tyrimų, apimančių visus šiuos tris kintamuosius, nepavyko rasti. Taigi šią sritį reikia toliau intensyviai tyrinėti. Bandant paaiškinti, kodėl nebuvo reikšmingos sąsajos tarp patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir disociacinių simptomų išreikštumo, galbūt būtų vėl svarbu paminėti mažą tyrimo imtį. Be to, ankstesni tyrimai labiau apima sąsajas tarp tarpasmeninių traumų ir disociacinių sutrikimų (Sar et al., 2007; Kate et al., 2020), kas mūsų tyrime nebuvo matuota. Taigi, ateityje būtų labai svarbu atlikti tyrimus, apimančius ne tik disociacinių simptomų išreikštumą, bet ir įvairius disociacinius sutrikimus.

4.7. Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolimesniems tyrimams

Visų pirma, atliktas tyrimas yra skerspjūvio tipo, tad priežastinių ryšių nustatyti neįmanoma. Ateityje būtų verta atlikti ilgalaikius tęstinius tyrimus šiomis temomis. Be to, šiame darbe naudoti instrumentai yra paremti savistaba ir klausimai tyrimo dalyvių gali būti interpretuojami įvairiai, todėl norint gauti patikimesnius ir labiau validžius duomenis, ateityje būtų galima atlikti interviu. Taip pat tyrimas apima jautrias temas, apie kurias ne kiekvienas gali ir nori atvirai kalbėti; taigi išlieka tikimybė, kad dalis dalyvių nenorėjo atsiskleisti ir nepažymėjo tam tikrų patirtų trauminių įvykių, ypač jei šie susiję su patirtu seksualiniu smurtu (Dagan & Yager, 2019).

Svarbu pabrėžti, kad daugumoje ankstesnių tyrimų nagrinėjamos būtent disociacinių sutrikimų sąsajos su trauminais įvykiais, kas šiame tyrime nebuvo nustatinėjama. DSS skalė neturi nustatytų ribinių balų, tad sunku pasakyti, kiek dalyvių patenka į disociacinių sutrikimų rizikos grupę. Ateities

tyrimuose būtų verta nagrinėti ne tik disociacinių simptomų, bet ir disociacinių sutrikimų sąsajas su trauminiais įvykiais ir KPTSS. Taip pat šiame tyrime į vaikystės ir suaugystės trauminių įvykių palyginimą buvo įtrauktas tik fizinis ir seksualinis smurtas – ateityje įvairesnių trauminių įvykių įtraukimas su tikslu nustatymu, kada jis įvyko, galbūt parodytų kitokius rezultatus. Taip pat yra svarbu tęsti tyrimus šiomis temomis ir su didesnėmis bei įvairesnėmis intimis, ypatingai norint nustatyti, ar disociacija yra labiau KPTSS rizikos veiksnys, ar KPTSS pasekmė (Hyland et al., 2020), ir ar disociacija gali būti reikšmingas klinikinis požymis bandant diferencijuoti PTSS ir KPTSS. Pavyzdžiui, tolimesniais tyrimais būtų galima lyginti disociacinių simptomų išreikštumą tarp žmonių esančių KPTSS ir PTSS grupėje, ko nebūtų pavykę padaryti šio tyrimo metuose dėl per mažos PTSS rizikos grupės.

IŠVADOS

1. Tiriamoje imtyje dažniausiai patirti trauminiai įvykiai buvo fizinis smurtas vaikystėje, didelė kančia ir fizinis smurtas suaugus. Į KPTSS rizikos grupę pateko 32,4% tyrimo dalyvių. Labiausiai išreikšti KPTSS simptomai imtyje buvo padidėjęs grėsmės jausmas bei sutrikę tarpasmeniniai santykiai. Labiausiai išreikštas disociacinis simptomas buvo sąmonės ir atminties spragos.
2. Dalyvių, esančių KPTSS rizikos grupėje, visi disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepateko į KPTSS rizikos grupę. Be to, didesnis KPTSS simptomų išreikštumas siejosi su didesniu disociacinių simptomų išreikštumu.
3. Dalyvių, kurie nurodė patyrę fizinį smurtą vaikystėje arba seksualinį smurtą suaugus, KPTSS simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepatyrę. Taip pat dalyvių, kurie nurodė patyrę seksualinį smurtą suaugus, disociaciniai simptomai buvo labiau išreikšti nei tų, kurie nepatyrę.
4. Didesnis skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius siejosi su didesniu KPTSS simptomų išreikštumu bei su dažnesniais pakartotiniais kognityviniais ir elgesio patyrimais. Taip pat didesnis netarpasmeninių trauminių įvykių skaičius siejosi su dažnesniais klaidingų sensorinių suvokimų disociaciniais simptomais.
5. Pakartotiniai kognityviniai ir elgesio patyrimai bei patirtų skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičius teigiamai prognozavo KPTSS simptomų išreikštumą.
6. Disociacinių simptomų išreikštumas medijavo skirtingų tarpasmeninių trauminių įvykių skaičiaus ir KPTSS simptomų išreikštumo ryšį.

LITERATŪRA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5–Text Revision (TR))*. American Psychiatric Pub.
- Bae, H., Kim, D., Koh, H., Kim, Y., & Park, J. S. (2008). Psychometric properties of the life events checklist-Korean version. *Psychiatry investigation*, 5(3), 163.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... & 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.
- Boudoukha, A. H., Ouagazzal, O., & Goutaudier, N. (2017). When traumatic event exposure characteristics matter: Impact of traumatic event exposure characteristics on posttraumatic and dissociative symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 561.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
- Cardena, E., & Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American journal of Psychiatry*, 150(3), 474-478.
- Carlson, E. B., Waelde, L. C., Palmieri, P. A., Macia, K. S., Smith, S. R., & McDade-Montez, E. (2018). Development and validation of the Dissociative Symptoms Scale. *Assessment*, 25(1), 84-98.
- Cerezuela, G. P., Tejero, P., Chóliz, M., Chisvert, M., & Monteagudo, M. J. (2004). Wertheim's hypothesis on 'highway hypnosis': empirical evidence from a study on motorway and conventional road driving. *Accident Analysis & Prevention*, 36(6), 1045-1054.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 301-328.

- 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.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & 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.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edn). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dagan, Y., & Yager, J. (2019). Addressing loneliness in complex PTSD. *The Journal of nervous and mental disease, 207*(6), 433-439.
- DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2004). Forgetting trauma stimuli. *Psychological Science, 15*(7), 488-492.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine, 14*(4), 245-258.
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2022). The relationship between dissociation and complex post-traumatic stress disorder: a scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*248380221120835.
- Geleželytė, O. (2022). *Kompleksinis potrauminis stresas. Samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment, 11*(4), 330-341.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry, 67*(2), 113-123.
- Hanson, J. L., Albert, D., Iselin, A. M. R., Carre, J. M., Dodge, K. A., & Hariri, A. R. (2016). Cumulative stress in childhood is associated with blunted reward-related brain activity in adulthood. *Social cognitive and affective neuroscience, 11*(3), 405-412.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress, 5*(3), 377-391.

- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 62-72.
- Howell, E., & Itzkowitz, S. (Eds.). (2016). *The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with trauma*. Routledge.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... & Brewin, C. R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), 1418103.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2017a). 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.
- Kate, M. A., Hopwood, T., & Jamieson, G. (2020). The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 16-61.
- Kazlauskas, E. (2013). Veiksmingi psichologinės pagalbos būdai psichotraumatologijoje. *Psichologija*, 47, 102-115.
- 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), 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.
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Kairyte, A., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2021). Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Lithuanian general population. *International journal of social psychiatry*, 00207640211057720.
- Lewis-Fernández, R., Martínez-Taboas, A., Sar, V., Patel, S., & Boatín, A. (2007). The cross-cultural assessment of dissociation. *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*, 279-317.
- Longo, L., Cecora, V., Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2019). Dissociative symptoms in complex post-traumatic stress disorder and in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopathology*.

- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... & Somasundaram, D. J. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198-206.
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet, 400*(10345), 60-72.
- 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. *The Journal of nervous and mental disease, 206*(4), 270-276.
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., ... & Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental psychology, 41*(5), 733.
- Mažulytė, E., Skerytė-Kazlauskienė, M., Eimontas, J., Gailienė, D., Grigutyte, N., & Kazlauskas, E. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: Three adult generations in Lithuania. *Psichologija, 49*, 20-33.
- Mellor, R., Werner, A., Moussa, B., Mohsin, M., Jayasuriya, R., & Tay, A. K. (2021). Prevalence, predictors and associations of complex post-traumatic stress disorder with common mental disorders in refugees and forcibly displaced populations: a systematic review. *European journal of psychotraumatology, 12*(1), 1863579.
- Mikaliūnas, J., Danilevičiūtė, V., & Laurinaitis, E. (2013). Trauma-disociacija-psichoze, arba ryšio tarp psichologinių traumų ir psichiatrinės patologijos beiškant (I dalis). *Neurologijos seminarai, 17*(3).
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine, 9*(11), e1001349.
- 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.
- Pasaulio sveikatos organizacija (2015). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija. TLK-10-AM Sisteminis ligų sąrašas*. Australija: Nepriklausoma ligoninėms kainas nustatanti institucija.

- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant mental health journal, 16*(4), 271-291.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(5), 748.
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology, 2*(1), 5622.
- Sar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research, 149*(1-3), 169-176.
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., ... & Florescu, S. (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).
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American journal of psychiatry, 163*(6), 993-1000.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton & Company.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.). (2012). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.
- van Dijke, A., Ford, J. D., Frank, L. E., & Van der Hart, O. (2015). Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation, 16*(4), 428-441.
- VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological medicine, 48*(15), 2467-2476.
- 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).
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., ... & Friedman, M. J. (2015). ICD–11 complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science, 3*(2), 215-229.

- Woodward, M. J., Eddinger, J., Henschel, A. V., Dodson, T. S., Tran, H. N., & Beck, J. G. (2015). Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal of anxiety disorders, 35*, 60-67.
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive psychiatry, 49*(2), 163-169.