

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Agnietė Kairytė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Kompleksinio potrauminio streso ir kitų psichikos sveikatos rodiklių sąsajos
vaikystės traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje**

Darbo vadovė: dr. Odeta Geleželytė
Darbo konsultantė: dakt. Monika Kvedaraitė

Vilnius 2022

SANTRAUKA

Kairytė, A. (2022). Kompleksinio potrauminio streso ir kitų psichikos sveikatos rodiklių sąsajos vaikystės traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 49.

Anksčiau atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad potrauminio streso sutrikimas (PTSS) yra susijęs su žema psichologine gerove, aukštesne depresijos, nerimo sutrikimų rizika, aukšta savižudybės rizika. Tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamos kompleksinio PTSS (KPTSS) ir kitų psichikos sveikatos sunkumų sąsajos nėra daug, o jau atliktų – rezultatai nevienareikšmiai. Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti KPTSS, depresijos, nerimo, savižudybės rizikos bei psichologinės gerovės sąsajas vaikystės psichologines traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje. Tyrimo imtį sudarė 61 asmuo (iš jų 88,5% moterys; $M(SD)_{amžiaus}$ 31,85(8,75) metai). Tyrime naudoti šie instrumentai: Tarptautinis traumos interviu (ITI) (Roberts et al., 2019); Paciento sveikatos klausimynas-9 (PHQ-9) (Löwe et al., 2004); Generalizuoto nerimo sutrikimo-7 klausimynas (GAD-7) (Spitzer et al., 2006); Suicidinio elgesio klausimyno – Revizuota versija (SBQ-R) (Osman et al., 2001); Pasaulio sveikatos organizacijos-5 psichologinės gerovės rodiklis (WHO-5) (World Health Organization, 1998). Vaikystės psichologines traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje KPTSS buvo nustatytas 26,2% asmenų. Kliniškai reikšmingus KPTSS simptomus patiriantiems asmenims buvo dažniau būdinga depresijos, generalizuoto nerimo, savižudybės rizika bei prastesnė psichologinė gerovė nei asmenimis, kuriems PTSS ar KPTSS nebuvo nustatytas. Taip pat asmenims, kuriems nustatytas KPTSS, savižudybės rizika buvo dažniau būdinga nei tiems, kuriems nustatytas PTSS. Patiriami depresijos simptomai neatsiskleidė kaip ryšį tarp KPTSS simptomų ir suicidiškumo moderuojantis veiksnys. Taigi teikiant psichologinę pagalbą asmenims su KPTSS svarbu atsižvelgti ir į kitus galimus psichikos sveikatos sunkumus bei jų mažinimą.

Raktiniai žodžiai: kompleksinis potrauminis stresas, depresija, nerimas, suicidiškumas, psichologinė gerovė.

SUMMARY

Kairyte, A. (2022). Associations between complex posttraumatic stress and other mental health indicators in a sample of adults with childhood traumatic experiences. Master's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 49.

Previous research shows that posttraumatic stress disorder (PTSD) is associated with low psychological well-being, higher risk of depression, anxiety disorders, and high suicide risk. There are not many studies examining the associations between complex PTSD (CPTSD) and these difficulties, and the results of existing studies are mixed. The present study aimed to examine the associations between CPTSD, depression, anxiety, suicide risk, and psychological well-being in a sample of adults with childhood psychological traumas. The sample consisted of 61 adults (88.5% females; $M(SD)_{age}$ 31,85(8,75) years). This study used: The International Trauma Interview (ITI) (Roberts et al., 2019); the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Löwe et al., 2004); the Generalized Anxiety Disorder-7 Questionnaire (GAD-7) (Spitzer et al., 2006); the Suicidal Behavior Questionnaire-Revised (SBQ-R) (Osman et al., 2001); the World Health Organization-5 Psychological Well-being Index (WHO-5) (World Health Organization, 1998). In a sample of adults with childhood psychological traumas, CPTSD was found in 26.2% of individuals. Those who experienced clinically significant symptoms of CPTSD were more likely to be at risk for depression, generalized anxiety, suicidality, and poorer psychological well-being than those with no PTSD/CPTSD. Also, individuals with CPTSD were more likely of suicide risk than those with PTSD. Experiencing depressive symptoms did not emerge as a moderating factor in the association between CPTSD symptoms and suicidality. Thus, it is important to consider and reduce other potential mental health difficulties when providing psychological support to people with CPTSD.

Keywords: Complex post-traumatic stress, depression, anxiety, suicidality, psychological well-being.

TURINYS

SANTRAUKA	2
SUMMARY	3
PRATARMĖ	5
1. ĮVADAS.....	6
1.1. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS).....	6
1.1.1 KPTSS diagnostinė kategorija TLK-11	6
1.1.2 Trauminė patirtis ir KPTSS	7
1.1.3 KPTSS paplitimas.....	8
1.2. KPTSS ir kiti psichikos sveikatos sunkumai	10
1.2.1. KPTSS ir depresija.....	11
1.2.2. KPTSS ir generalizuotas nerimas	12
1.2.3. KPTSS ir savižudybės rizika	13
1.2.4. KPTSS ir bendra psichologinė gerovė.....	14
1.3. Apibendrinimas.....	15
1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	16
2. METODIKA	17
2.1. Tyrimo dalyviai.....	17
2.2. Tyrimo instrumentai.....	18
2.3. Tyrimo eiga.....	21
2.4. Duomenų analizė	22
3. REZULTATAI.....	24
3.1. Trauminių patirčių ir psichikos sveikatos sunkumų paplitimas tyrimo imtyje	24
3.2. Kitų psichikos sveikatos rodiklių skirtumai tarp PTSS ir KPTSS grupių.....	24
3.3. Depresijos, nerimo ir savižudybės rizikos sąsajos su skirtingais KPTSS simptomais.....	26
3.4. Depresijos, kaip ryšį tarp KPTSS ir savižudybės rizikos moderuojančio veiksnio, analizė.....	29
4. REZULTATŲ APTARIMAS	33
4.1. KPTSS ir kitų psichikos sveikatos sunkumų paplitimas.....	33
4.2. PTSS, KPTSS ir kiti psichikos sveikatos sunkumai	34
4.3. KPTSS simptomų ir kitų psichikos sveikatos rodiklių sąsajos	35
4.4. Depresija kaip ryšį tarp KPTSS ir suicidiškumo moderuojantis veiksnys.....	36
4.5. Tyrimo ribotumai ir gairės tolesniems tyrimams	37
4.6. Praktinės rekomendacijos	38
IŠVADOS	40
LITERATŪRA.....	41
PRIEDAI	49

PRATARMĖ

Apie kompleksinio potrauminio streso sutrikimą (KPTSS) pradėta šnekėti jau gan seniai, pastebėjus, jog po ilgalaikių ar pasikartojančių trauminių patirčių žmonės patiria daugiau psichologinių sunkumų nei vien potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomus (World Health Organization, 2018). Pirmoji kompleksinio potrauminio streso terminą įvedė Herman (2006), kalbėdama apie ilgalaikio traumavimo pasekmes ir teigdama, jog po ilgalaikių traumavimų ar vaikystėje patirtų trauminių išgyvenimų pasireiškia ne tik minėti PTSS simptomai, bet ir kokybiškai pasikeičia žmogaus asmenybė. Tuomet buvo pradėta kalbėti apie kitą galimą diagnozę – kompleksinio potrauminio streso sutrikimą. Po ilgų diskusijų 2018 m. į naujausią Tarptautinės ligų klasifikacijos 11 versiją (TLK-11) buvo įtraukta ir KPTSS diagnozė (World Health Organization, 2018). Apibrėžiama, jog kompleksiniam potrauminiam stresui būdingi ne tik potrauminio streso, bet ir sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai (*angl.* Disturbances in self-organisation; AOS) – emocijų reguliacijos, neigiamo savęs vertinimo bei tarpasmeninių santykių sunkumai (World Health Organization, 2018).

Įvedus naują diagnostinę kategoriją tampa svarbu atlikti tyrimus, kuriuose būtų nagrinėjama sutrikimo struktūra įvairiose kultūrose. Taip pat svarbu vystyti ir validuoti instrumentus klinikiniam sutrikimo įvertinimui, tikrinti, ar jau esamos PTSS intervencijos yra tinkamos ir atitinkamai jas pritaikyti ar modifikuoti teikiant pagalbą asmenims, susiduriantiems su KPTSS keliamais sunkumais. Tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje gausėja tyrimų, kuriais patvirtinama KPTSS struktūra skirtingose kultūrose (Knefel et al., 2020), analizuojami įvertinimo instrumentai (Bondjers et al., 2019; Cloitre et al., 2018; Gelezelyte, Roberts, et al., 2022; Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene, & Cloitre, 2018) bei psichologinės pagalbos galimybės (Cloitre et al., 2011; Dumarkaite, Truskauskaite-Kuneviciene, Andersson, & Kazlauskas, 2022; Karatzias, Murphy, et al., 2019) asmenims, susiduriantiems su kompleksinio potrauminio streso keliamais sunkumais. Vis dėlto, siekiant tikslingiau taikyti pagalbos priemones, tampa svarbu suprasti ir tai, kaip KPTSS siejasi su kitais psichikos sveikatos sunkumais. Ankstesni tyrimai atskleidė, kad tiek PTSS, tiek KPTSS gali būti siejami su padidėjusia depresijos, nerimo sutrikimų rizika (Gilbar, 2020), didesne savižudybės rizika (Spikol, Robinson, McGlinchey, Ross, & Armour, 2022; Street et al., 2021) bei mažesne psichologine gerove (Redican et al., 2022). Taip pat tyrimų rezultatai rodo, kad kompleksinis potrauminis stresas gali būti labiau susijęs su trauminėmis patirtimis, įvykusiomis vaikystėje (Cloitre et al., 2019). Vis dėlto, KPTSS diagnozės naujumas ir tyrimų rezultatų nevienareikšmiškumas skatina išsamiau tyrinėti kompleksinio potrauminio streso ir kitų psichikos sveikatos rodiklių sąsajas trauminės patirtis vaikystėje patyrusių asmenų imtyje.

1. ĮVADAS

1.1. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS)

1.1.1 KPTSS diagnostinė kategorija TLK-11

Tarptautinės ligų klasifikacijos 10-ojoje versijoje (angl. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics Tenth Revision*, TLK-10) į Neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų skyrių pirmą kartą buvo įtraukta potrauminio streso sutrikimo diagnozė (PTSS) (Pasaulio sveikatos organizacija, 2010). Potrauminis streso sutrikimas TLK-10 apibūdinamas, kaip reakcija į stipriai paveikusių stresogeninį įvykį, pasireiškianti šiais simptomais: įkyriu ir pasikartojančiu stresogeninio įvykio išgyvenimu prisiminimuose, sapnuose ar košmaruose, nuolat juntamu emociniu „sustingimu“ ir jausmų blankumu, atsiskyrimu nuo kitų žmonių, nejautrumu aplinkos poveikiui, vengimu traumą primenančių veiksmų ir situacijų, padidėjusiu autonominės nervų sistemos sujaudinimu, kuris pasireiškia padidėjusiu dirglumu, sustiprėjusiu baimingumu ir nemiga. Nurodoma, jog PTSS būdingas latentinis laikotarpis nuo stresogeninio įvykio patirties iki simptomų pasireiškimo pradžios. Taip pat daliai asmenų šis sutrikimas gali užsitęsti daugelį metų ir tapti lėtiniu ar pasireikšti stabilia asmenybės deformacija (Pasaulio sveikatos organizacija, 2010). Taip pat TLK-10 Asmenybės ir elgesio sutrikimų skyriuje buvo išskirta Ilgalaikio asmenybės pakitimo po katastrofiškų išgyvenimų (angl. *Enduring personality change after catastrophic experience*, EPCACE) diagnozė, kuri apėmė priešiško ar nepatiklaus požiūrio į pasaulį, socialinės atskirties simptomus, tuštumo ar beviltiškumo jausmus, susvetimėjimo ir nuolatinio buvimo „ant ribos“ pojūčius, lyg nuolat būtų patiriama grėsmė. Laikyta, jog ši asmenybės pakitimą gali sukelti potrauminio streso sutrikimas (Pasaulio sveikatos organizacija, 2010).

Naujausioje 11-oje Tarptautinės ligų klasifikacijos versijoje (TLK-11) sudarytas atskiras su stresu susijusių sutrikimų skyrius (World Health Organization, 2018). Į šį skyrių taip pat įtraukti sutrikimai, kurie pasireiškia ir yra siejami su traumine patirtimi: atnaujinti potrauminio streso sutrikimo diagnostiniai kriterijai bei įtrauktas EPCACE pakeitęs (Maercker, 2021) kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) (World Health Organization, 2018). TLK-11 nurodoma, kad tiek PTSS, tiek KPTSS gali išsivystyti po patirto trauminio įvykio ar įvykių.

Potrauminis streso sutrikimas TLK-11 (World Health Organization, 2018) yra apibūdinamas kaip sutrikimas, kurį apima trys pagrindinės simptomų grupės: (1) pasikartojančio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomai, kurie gali pasireikšti prisiminimų blyksniais (angl. *flashbacks*) arba košmarais miego metu ir dažniausiai yra lydimi stiprų ir visaapimančių emocijų bei stiprių ir nemalonių fiziologinių pojūčių; (2) su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar veiklų, situacijų vengimo simptomai; (3) nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomai, kurie gali pasireikšti padidėjusiu budrumu dėl galimos grėsmės bei stipriomis išgąščio reakcijomis, pavyzdžiui, į netikėtą

triukšmą, garsus. PTSS gali būti diagnozuojamas tada, kai PTSS simptomai reiškiasi bent kelias savaites ir pastebimas kliniškai reikšmingas šių simptomų poveikis kasdieniam asmens funkcionavimui – socialiniam gyvenimui, darbui, darbingumui ar kitoms svarbioms gyvenimo sritims (World Health Organization, 2018).

Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozę TLK-11 apima jau minėti PTSS diagnostiniai kriterijai ir sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomai bei jų poveikis asmens kasdieniam funkcionavimui. AOS sudaro taip pat trys grupės kliniškai reikšmingų ir stabilių laike simptomų: (1) emocijų reguliacijos sunkumai, kurie gali pasireikšti arba stipriomis ir sunkiai valdomomis emocinėmis reakcijomis į nedidelius stresorius, smurto protrūkiams, neapgalvotu ar savižudybiniu elgesiu, arba disociacijos simptomais, patiriant didelį stresą, emociškai nejautra, sunkumais patirti malonumą ar teigiamas emocijas; (2) savęs vertinimo sunkumai, kurie pasireiškia įsitikinimais, kad asmuo yra sumenkintas, nugalėtas, bevertis, palyginti su kitais asmenimis ir šie įsitikinimai yra lydimi gėdos, kaltės ir nesėkmės jausmų; (3) sunkumai palaikyti tarpasmeninius santykius bei jaustis artimu su kitais žmonėmis, kurie gali pasireikšti asmens vengimu būti santykiuose su kitais žmonėmis, bendru menku susidomėjimu tarpasmeniniais santykiais. Kaip ir PTSS atveju, diagnozuojant KPTSS, AOS simptomai turi reikšmingai paveikti asmens kasdienį funkcionavimą – socialinį gyvenimą, darbą ar darbingumą ar kitą svarbią gyvenimo sritį. Pastebėjus kliniškai reikšmingą KPTSS ir jį diagnozavus, PTSS diagnozė turi būti atmesta – šie abu sutrikimai negali būti diagnozuoti kartu (World Health Organization, 2018).

Naujų diagnostinių kategorijų įvedimas į klasifikacijas skatina kelti klausimus apie įvertinimo, diagnostikos, komorbidiškumo, rizikos ir apsauginių veiksnių bei intervencinių priemonių diegimo psichotraumatologijoje iššūkius ir svarbą.

1.1.2 Trauminė patirtis ir KPTSS

TLK-11 trauminė patirtis laikoma būtinu kriterijumi diagnozuojant PTSS ar KPTSS (World Health Organization, 2018). Klasifikacijoje trauminė patirtis yra apibūdinama, kaip itin grėsmingas ar keliantis siaubą įvykis, įvykių serija ar situacija (gali būti vienkartinė, pasikartojanti kelis kartus ar užsitęsusi). Tokie įvykiai apima tiesiogiai patiriamas natūralias ar žmogaus sukeltas katastrofas, karą, rimtus nelaimingus įvykius, kankinimą, seksualinę prievartą, terorizmą, užpuolimus, ūmią, gyvybei pavojingą ligą ir kt. Taip pat trauminius įvykius apima ne tik paties asmens patiriami trauminiai įvykiai, bet ir tokios patirtys, kai asmuo buvo trauminio įvykio, nutikusio kitam asmeniui, liudininku, pvz., netikėto ar smurtinio susižeidimo ar mirties, nutikusios kitam asmeniui. Taip pat traumine patirtimi gali būti ir sužinojimas apie įvykį, pvz., staigią netikėtą arba smurtinę artimojo mirtį (Brewin et al., 2017; World Health Organization, 2018). TLK-11 išskiriama, jog KPTSS galėtų būti dažniau būdingas asmenims, kurių trauminė patirtis buvo užsitęsusi laike ar pasikartojanti bei iš kurios

išsivaduoti buvo labai sunku arba neįmanoma. Tokių patirčių pavyzdžiais gali būti kankinimas, koncentracijos stovyklos patirtis, vergovė, genocidas ir kitos formos organizuotas smurtas užsitęsęs laike, smurtas artimoje aplinkoje, pasikartojantis fizinis ar seksualinis smurtas vaikystėje. Vis dėlto, svarbu atkreipti dėmesį, kad konkretus trauminės patirties tipas nėra būtinasis kriterijus kompleksinio potrauminio streso diagnozavimui (World Health Organization, 2018).

Trauminių patirčių paplitimo procentas tyrimuose, atliekamuose bendrose populiacijose, yra gana didelis – apie 70% suaugusiųjų populiacijos nurodo patyrę bent vieną trauminę patirtį per savo gyvenimą (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017). Naujausiais duomenimis, Lietuvoje trauminių patirčių paplitimo procentas yra apie 81,4% (Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte, Roberts, & Kazlauskas, 2021). Skirtingose studijose išskiriamas skirtingas trauminių įvykių paplitimas skirtingose populiacijose, tačiau yra stebimos tendencijos, kad vieni dažniausiai patiriamų trauminių įvykių yra staigi, netikėta artimojo mirtis, eismo avarija, patiriama asmens sunki kančia, fizinis smurtas, taip pat fizinis smurtas vaikystėje (Cloitre et al., 2019; Kazlauskas et al., 2018; Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte, et al., 2021).

Dirbant su psichologines traumas patyrusiais asmenimis buvo pastebėta, kad trauminės patirtis vaikystėje patyrę žmonės neretai turi daugiau psichikos sveikatos sunkumų nei tik apibūdinama potrauminio streso simptomais (Herman, 2006). Tai didele dalimi patvirtinama ir atliekamuose moksliniuose tyrimuose, kad skirtingos trauminės patirtys gali diferencijuoti potrauminio streso sutrikimą ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimą (Cloitre et al., 2019; Gilbar, Dekel, Hyland, & Cloitre, 2019; Hyland et al., 2017; Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte, et al., 2021; Redican et al., 2022). Nors rezultatai nėra vienareikšmiški, tačiau galima stebėti tendencijas, jog kompleksinio potrauminio streso sutrikimas, palyginus su potrauminio streso sutrikimu, yra daugiau susijęs su tarpasmeninio tipo trauminėmis patirtimis (t. y. kai trauminė patirtis yra sukelta kito asmens, turinčio kontrolę prieš nukentėjusįjį (Palic et al., 2016)), tokiomis kaip fizinis smurtas (Cloitre et al., 2019; Gilbar et al., 2019; Hyland et al., 2017), seksualinis smurtas vaikystėje (Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2017) bei suaugus (Redican et al., 2022). Taip pat yra rezultatų, atskleidžiančių, kad KPTSS išsivystymas, palyginus su PTSS, yra susijęs su trauminėmis patirtimis vaikystėje (Hyland et al., 2021; Murphy, Karatzias, Busuttill, Greenberg, & Shevlin, 2021). Taigi, atliekant kompleksinio potrauminio streso tyrimus gali būti ypač svarbu suprasti, kaip šie potrauminių reakcijų sunkumai siejasi būtent su vaikystėje išgyventomis trauminėmis patirtimis.

1.1.3 KPTSS paplitimas

Nors naujausia Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-oji versija Lietuvos ir daugelio kitų šalių sveikatos apsaugos sistemose dar neadaptuota, jau yra atliekami tyrimai, kuriais siekiama įvertinti TLK-11 apibrėžtų PTSS ir KPTSS paplitimą. Remiantis neseniai atlikto mokslinio tyrimo Lietuvos

bendrosios populiacijos imtyje rezultatais, PTSS rizika buvo būdinga 5,8% tyrimo dalyvių, o KPTSS – 1,8% (Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte, et al., 2021). Klinikinės traumas patyrusiųjų imties tyrime gauta, jog PTSS rizika buvo būdinga 13,9% tyrimo dalyvių, o KPTSS – 10% (Kvedaraite, Gelezelyte, Karatzias, Roberts, & Kazlauskas, 2021). Kitose šalyse atliktuose moksliniuose bendrųjų populiacijų tyrimuose taip pat atsiskleidžia nemažas PTSS ir KPTSS rizikos paplitimo dažnis. Pavyzdžiui, Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktame didelio masto bendrosios populiacijos tyrime atsiskleidė, kad PTSS rizika buvo būdinga 3,4% populiacijos, o KPTSS – 3,8% (Cloitre et al., 2019), Airijoje: PTSS – 5,0%, KPTSS – 7,7% (Hyland et al., 2021). Specifiškai traumines patirtis patyrusių suaugusiųjų imtyje Jungtinėje Karalystėje PTSS rizikos paplitimas buvo 5,3%, o KPTSS – 12,9% (Karatzias, Hyland, et al., 2019). Švedijoje atlikus tyrimą traumas patyrusiųjų imtyje PTSS nustatytas 16% tyrimo dalyvių, o KPTSS – 6% (Bondjers et al., 2019).

Kadangi TLK-11 dar Lietuvoje neįsigaliojo, oficialus KPTSS diagnozės paplitimas Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje dar nežinomas. Tačiau yra duomenų apie TLK-10 PTSS paplitimą. 2017 metais atlikta analizė (Kazlauskas, Zelviene, & Eimontas, 2017) atskleidė, kad PTSS Lietuvos sveikatos sistemoje yra prastai atpažįstamas. 2014-2015 metais PTSS buvo diagnozuotas nuo 0,01 iki 0,02% populiacijos. Pakartojus analizę apie PTSS diagnostikos dažnį 2018-2020 metais, pokyčių nebuvo pastebėta – PTSS vis dar buvo diagnozuotas maždaug 0,01-0,02% populiacijos (Kazlauskas, Gelezelyte, Nomeikaite, & Zelviene, 2021). Atsižvelgiant į atotrūkį tarp šios diagnozės paplitimo sveikatos sistemoje ir empiriniuose tyrimuose, tampa svarbu kelti klausimus, kodėl šie skirtumai tokie dideli. Įsigaliojus TLK-11 versijai Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, ta pati problema gali kilti diagnozuojant ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimą. Žinoma, atliekamuose populiaciniuose empiriniuose tyrimuose dažniausiai naudojami savistatos instrumentai (Cloitre et al., 2018; Karatzias, Hyland, et al., 2019; Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte, et al., 2021), kuriais galima įvertinti tik sutrikimo riziką, o ne realiai diagnozuoto sutrikimo paplitimą (Stevens, Fabra, & Thies, 2013). Vis dėlto, tikėtina, kad PTSS Lietuvoje nėra pakankamai gerai atpažįstamas ir vietoje jo gali būti diagnozuojami kiti psichikos sveikatos sutrikimai, pvz., depresijos epizodas, nerimo sutrikimai ar kt. (Kazlauskas et al., 2021). Taigi svarbu tirti potrauminį stresą ir kompleksinį potrauminį stresą ne tik savistatos instrumentais, bet ir diagnostiniais interviu bei bandyti suprasti, su kokiais kitais psichikos sveikatos sunkumais gali sietis potrauminis ir kompleksinis potrauminis stresas. Taip pat, stebint tokius sunkumus kartu, svarbu mėginti suprasti, kokie pasireiškiantys KPTSS simptomai gali būti susiję su depresija, nerimu ar savižudybės rizika, siekiant teikti kuo efektyvesnę pagalbą žmonėms, susiduriantiems su šiais sunkumais.

1.2. KPTSS ir kiti psichikos sveikatos sunkumai

Trauminė patirtis yra būtinas kriterijus diagnozuojant PTSS ar KPTSS (World Health Organization, 2018). Tačiau trauminė patirtis yra laikoma ir kitų psichologinių sunkumų, kaip, pavyzdžiui, depresijos, nerimo (Gilbar, 2020), žemos bendros psichologinės gerovės bei suicidinių minčių ar elgesio, rizikos veiksniumi (Park, Hong, Jeon, Seong, & Cho, 2015). Atliktuose tyrimuose stebima, kad psichologines traumas patyrusių asmenų psichologinė gerovė yra žemesnė nei vidutinė (Cloitre et al., 2019). Taip pat maždaug trečdalis asmenų, išgyvenusių trauminę patirtį, susiduria su depresijos sutrikimo rizika (35%), arba generalizuoto nerimo rizika (28,5%). Taip pat pastebima, kad trečdalis tokių asmenų bent vieną kartą mėgino nusižudyti (31,3%) (Karatzias, Hyland, et al., 2019). Tyrimuose randama, kad išskirtinai vaikystėje patirtos trauminės patirtys yra siejamos su didesne savižudybės rizika (Miller, Esposito-Smythers, Weismore, & Renshaw, 2013; Newins, Wilson, & Kimbrel, 2021). Taigi, tikėtina, kad trauminę patirtį išgyvenusiems asmenims gali būti dažnai diagnozuojami kiti psichikos sveikatos sutrikimai, ne tik PTSS ar KPTSS. Dėl to, svarbu tirti, kaip dažnai šie sunkumai – PTSS, KPTSS, depresijos ar nerimo sutrikimai, savižudybės mėginimai gali būti komorbidiški.

Nors apie TLK-11 kompleksinį potrauminį stresą mokslinių žinių dar neturime daug, yra atlikta mokslinių tyrimų, kuriuose nagrinėjamos PTSS ir kitų psichikos sveikatos sunkumų sąsajos. Pavyzdžiui, tęstiniu tyrimu (Armenta et al., 2019) buvo siekiama išsiaiškinti patiriamų PTSS ir depresijos simptomų pokyčių trajektorijas per laiką. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad jeigu asmeniui buvo būdingi PTSS ir depresijos simptomai, šiems simptomams buvo būdinga reikštis ir kisti kartu, t. y., per laiką mažėjant PTSS simptomams, kartu mažėjo ir depresijos simptomai bei atvirkščiai – didėjant PTSS simptomų raiškai, didėjo ir depresyvi simptomatika, nepriklausomai nuo PTSS ir depresijos simptomų stiprumo (Armenta et al., 2019). Taip pat buvo rasta, kad PTSS dažniau reiškėsi kartu su kitais psichikos sveikatos sutrikimais negu vienas pats savaime. Pastebėta, jog tik PTSS reiškėsi 9,34-10,09% tyrimo dalyvių, o kartu su nerimu ir / ar depresija – 28,61-34,61% tyrime dalyvavusių asmenų (Armenta et al., 2019). Kitu tęstiniu tyrimu (Ginzburg, Ein-Dor, & Solomon, 2010), atliktu karo veteranų imtyje, atskleista, jog nuo 74% iki 80% asmenų, patenkančių į PTSS rizikos grupę, kartu pateko ir į nerimo, depresijos arba abiejų šių sutrikimų rizikos grupes. Taigi, tyrimai atskleidė, jog PTSS simptomus patiriantiems žmonėms padidėja tikimybė turėti depresijos ir nerimo sutrikimų riziką.

Taip pat ankstesniuose tyrimuose rastos sąsajos tarp PTSS ir padidėjusios savižudybės rizikos. Street ir kolegų (2021) analizė atskleidė, kad asmenys, patiriantys su stresu susijusius sutrikimus, tarp jų ir PTSS, yra 13 kartų didesnėje savižudybės rizikoje, palyginus su bendrąja populiacija, kuriai ši rizika nenustatyta. Karo veteranų tyrimuose (Lee et al., 2021) taip pat atskleidžiama, jog tie asmenys, kurie patiria kliniškai reikšmingus PTSS simptomus, dažniau

susiduria su savižudybės rizika bei ta rizika yra didesnė. Taip pat tyrimuose išskiriama, kad padidėjusi savižudybės rizika yra sietina su didesniais patiriamais pasikartojančiais trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomais (Lee et al., 2021; Selaman, Chartrand, Bolton, & Sareen, 2014) ir stipriau išreikštais vengimo simptomais (Selaman et al., 2014). Kartu, anksčiau atlikti tyrimai rodo, kad savižudybės rizika taip pat didesnė yra tada, kai asmuo patiria reikšmingus PTSS simptomus, tačiau ryšį tarp PTSS simptomų ir suicidiškumo taip pat reikšmingai moderuoja ir stipri depresinė simptomatika (Panagioti, Gooding, Dunn, & Tarrier, 2011; Pukay-Martin et al., 2012; Ramsawh et al., 2014).

Vis dėlto, minėti tyrimai buvo atlikti analizuojant PTSS simptomatiką. Kompleksinio potrauminio streso diagnozė apima kitokį simptomų profilį, taigi svarbu analizuoti, kaip būtent KPTSS simptomai siejasi su kitais psichikos sveikatos sunkumais bei savižudybės rizika.

1.2.1. KPTSS ir depresija

TLK-11 Nuotaikos sutrikimų kategorijoje yra išskiriamas vienkartinis depresijos epizodo sutrikimas bei pasikartojantis depresijos sutrikimas (World Health Organization, 2018). Vieno epizodo depresinis sutrikimas gali būti diagnozuotas, jeigu dar nėra buvę ankstesnių depresijos epizodų. Depresijos epizodui būdinga asmens patiriama prislėgta nuotaika arba sumažėjęs susidomėjimas veiklomis, pasireiškiantys didžiąją dienos dalį, beveik kiekvieną dieną ir besitęsiantys ne trumpiau nei dvi savaites. Kartu gali pasireikšti ir kiti simptomai, tokie kaip sunkumas susikaupti, bevertiškumo jausmas arba pernelyg didelis ar neadekvatus kaltės jausmas, beviltiškumas, pasikartojančios mintys apie mirtį ar savižudybę, apetito ar miego pokyčiai, psichomotorinis sujaukinimas ar sulėtėjimas, sumažėjusi energija ar nuovargis (World Health Organization, 2018). Pasikartojančiam depresijos sutrikimui būdingi bent du depresijos epizodai, pasižymintys tokiais pačiais simptomais, kaip ir vienkartinis depresijos epizodas, ir kuriuos skiria bent keli mėnesiai be reikšmingų nuotaikos pokyčio sutrikimų (kas galėtų indikuoti bipolinį sutrikimą) (World Health Organization, 2018).

Iki šiol atliktuose tyrimuose, kuriuose nagrinėjamos KPTSS ir depresijos sąsajos, randama, kad apie 89% asmenų, esančių KPTSS rizikoje, patyrė ir depresijai būdingų simptomų (Karatzias, Hyland, et al., 2019). Tyrimuose randamas stiprus ryšys tarp PTSS, KPTSS ir depresijos (Gilbar et al., 2019) – esant PTSS ar KPTSS rizikai didėja ir depresijos rizika. Taip pat tyrimuose pastebima, jog nors tiek PTSS, tiek KPTSS yra susiję su greta patiriamais depresijos sunkumais, žmonės, patiriantys KPTSS simptomus, depresijos simptomus patiria dažniau (Murphy et al., 2021) ir stipriau (Facer-Irwin, Karatzias, Bird, Blackwood, & MacManus, 2021; Hyland et al., 2021; Karatzias, Hyland, et al., 2019; Redican et al., 2022) nei žmonės, kuriems pasireiškia tik PTSS simptomai. Taip

pat randamos sąsajos, kad sunkėjant kompleksinio potrauminio streso simptomų išreikštumui, didėja ir tikimybė turėti stipriau išreikštų depresijos simptomų (Spikol et al., 2022).

Analizuojant atskirus KPTSS simptomus ir simptomų grupes pažymima, jog depresijos simptomai yra labiau sietini su sutrikusios asmenybės organizacijos simptomų grupe. Asmenims, kurių AOS simptomai yra stipriau išreikšti, būdingas žemesnis pasitenkinimas gyvenimu bei stipresnis neigiamas emocinis fonas, būdingas depresijai (Rzeszutek et al., 2021). Vis dėlto, kituose tyrimuose randama, kad stipriau patiriami depresijos simptomai yra labiau sietini su specifiniais neigiamo savęs vertinimo AOS simptomais (Gilbar, 2020). Randami ir prieštaringi rezultatai, kad stipriau išreikšti depresijos simptomai galėtų būti labiau sietini su visais PTSS dalies simptomais – pasikartojančiu trauminės patirties išgyvenimu dabartyje, vengimu bei nuolatiniu padidėjusios grėsmės jausmu (Gilbar, 2020). Taigi prieštaringi rezultatai kelia klausimų, su kokių KPTSS simptomų išreikštumu depresija yra labiau susijusi.

1.2.2. KPTSS ir generalizuotas nerimas

Generalizuoto nerimo sutrikimas taip pat yra įtrauktas į TLK-11 klasifikaciją Nerimo bei fobijų sutrikimus apimančiame skyriuje (World Health Organization, 2018). Generalizuoto nerimo sutrikimui būdingi ryškūs nerimo simptomai, kurie tęsiasi bent kelis mėnesius, ir per šį laikotarpį būna daugiau laiko patiriami nei nepatiriami. Generalizuotas nerimas pasireiškia bendru nerimu (kitaip, „laisvai plūduriuojančiu nerimu“) arba pernelyg dideliu nerimu, susijusiu su daugybe kasdienių įvykių, dažniausiai susijusių su šeima, sveikata, finansais, mokykla ar darbu. Taip pat būdingi ir papildomi simptomai, tokie kaip raumenų įtampa ar motorinis nerimastingumas, padidėjęs simpatinis autonominis aktyvumas, subjektyviai jaučiamas nervingumas, sunkumai išlaikyti dėmesio koncentraciją, dirglumas ar miego sutrikimai. Šie simptomai sukelia didelį stresą arba reikšmingai pablogina asmeninę, šeimos, socialinę, mokymosi, profesinę ar kitą svarbią veiklą. Stebint generalizuoto nerimo simptomatiką, svarbu atsižvelgti, kad simptomai nebūtų kitos sutrikusios fizinės sveikatos būklės išraiška ir nebūtų susiję su psichoaktyvių medžiagų ar medikamentų poveikiu centrinei nervų sistemai (World Health Organization, 2018).

Žvelgiant į generalizuoto nerimo paplitimą tarp asmenų, esančių KPTSS rizikoje, Karatzias, Hyland ir kolegų (2019) tyrimu buvo atskleista, kad apie 86% asmenų, esančių kompleksinio potrauminio streso rizikoje, patyrė reikšmingus generalizuoto nerimo simptomus. Kitame tyrime pastebėta, kad žmonėms, esantiems PTSS ar KPTSS rizikos grupėse, buvo būdinga didesnė generalizuoto nerimo rizika negu tiems, kurie nėra PTSS ar KPTSS rizikos grupėje (Gilbar et al., 2019). Vis dėlto, yra randama, kad didesnė generalizuoto nerimo rizikos tikimybė (Murphy et al., 2021) bei stipriau išreikšti simptomai (Facer-Irwin et al., 2021; Hyland et al., 2021; Karatzias, Hyland, et al., 2019; Redican et al., 2022) yra būdingi asmenims, esantiems KPTSS rizikoje, bet ne

PTSS. Taip pat generalizuoto nerimo sunkumų tikimybė didėja stebint ir stipriau išreikštus KPTSS simptomus (Spikol et al., 2022).

Nagrinėjant atskiras KPTSS simptomų grupes, vienareikšmių rezultatų taip pat nėra. Randama, kad generalizuotas nerimas gali būti labiau susijęs su sutrikusios asmenybės organizacijos simptomais negu su potrauminio streso simptomų grupe (Gilbar, 2020), kituose atvirkščiai – su PTSS, bet ne su AOS simptomais (Gelezelyte, Roberts, et al., 2022). Taip pat randama, kad generalizuotas nerimas išskirtinai yra susijęs su PTSS simptomų daliai būdingais simptomais – su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar dalykų vengimu (Friedman et al., 2011). Taigi, matyti, kad ankstesni tyrimai taip pat nepateikia vienareikšmių rezultatų, su kokiais PTSS ar KPTSS simptomais yra labiau susijusi generalizuoto nerimo rizika ar stipriau išreikšti simptomai. Pastebima, kad generalizuotas nerimas gali išskirtinai sietis su patiriamais vengimo simptomais.

1.2.3. KPTSS ir savižudybės rizika

Savižudybės rizika apima keletą dimensijų, kurios taip pat yra klasifikuojamos ir TLK-11, tai: mintys apie savižudybę, savižala ir ketinimas nusižudyti (World Health Organization, 2018). Visos šios kategorijos yra įtrauktos, kaip Kitur neklasifikuojami požymiai, simptomai ar klinikiniai duomenys. Mintys apie savižudybę, apima mintis, idėjas, apmąstymus apie galimybes nutraukti savo gyvenimą ir gali varijuoti nuo minčių ir apmąstymų iki savižudybės plano kūrimo. Ketinimas nusižudyti apibrėžiamas kaip specifinis save žalojančio elgesio epizodas, kuriuo sąmoningai buvo siekiama nutraukti savo gyvenimą (World Health Organization, 2018).

Mokslinėje literatūroje nėra daug atliktų empirinių tyrimų, kuriais būtų nagrinėjama kompleksinio potrauminio streso ir savižudybės rizika. Dalimi KPTSS tyrimų, apimančių savižudybės rizikos tyrinėjimą, siekiama atskirti kompleksinį potrauminį stresą nuo ribinės asmenybės tipo, kuriam gali būti būdingas savęs žalojimas bei padidėjusi savižudybės rizika (Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014; Gelezelyte, Kvedaraitė, et al., 2022). Vis dėlto, įrodymų, kad KPTSS gali būti susijęs su padidėjusia savižudybės rizika, yra randama. Karatzias, Hyland ir kiti (2019) rado, kad apie 56,6% asmenų, esančių KPTSS rizikoje, susiduria su savižudybės rizika, o Gelezelytes, Kvedaraitės ir kolegų (2022) atliktame tyrime rasta, kad net 73% asmenų, kuriems buvo nustatytas KPTSS, nurodė ankstesnius mėginimus žudyti. Taip pat, nors ir randama, kad asmenys, esantys PTSS rizikoje, taip pat susiduria su savižudybės rizika, esančių KPTSS grupėje, savižudybės rizika aukštesnė (Karatzias, Hyland, et al., 2019) bei jiems savižudybės rizika yra būdinga dažniau (Hyland, Shevlin, Fyvie, & Karatzias, 2018). Savižudybės rizikos tikimybė didėja sunkėjant KPTSS simptomų išreikštumui (Spikol et al., 2022). Tokių tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamos atskirų KPTSS simptomų ar simptomų grupių sąsajos su savižudybės rizika, nepavyko rasti (išskyrus

tyrimus, kurie buvo atliekami nagrinėjant PTSS simptomus dar iki apibrėžiant KPTSS (pvz., Lee et al., 2021)).

Taip pat ankstesni tyrimai, kuriuose buvo nagrinėjamos tik PTSS ir kitų psichikos sveikatos sunkumų sąsajos, buvo randama, kad stipriau patiriami depresijos simptomai moderuoja ryšį tarp PTSS simptomų bei savižudybės rizikos (Pukay-Martin et al., 2012; Ramsawh et al., 2014). Panagioti, Gooding ir Tarrier (2012a) atlikta metaanalizė atskleidė, kad atliktų tyrimų, kuriuose nagrinėjami depresijos efektai ryšiui tarp PTSS simptomų ir suicidiškumo, rezultatai yra beveik vienareikšmiai – vertinant skirtingais instrumentais, paremtais skirtingomis klasifikacijomis, gaunami rezultatai, kad PTSS komorbidiška depresija reikšmingai didina savižudybės riziką. Taip pat rasta, kad šiame ryšyje yra svarbūs asmens patiriami beviltiškumo, bevertiškumo, jausmai, įsitikinimai, kad asmuo yra nugalėtas, įstrigęs, kurie, esant PTSS ir komorbidiškai depresijai, padidina savižudybės riziką (Panagioti, Gooding, & Tarrier, 2012b). Šie įvardinti jausmai dalinai apima ir kompleksinio potrauminio streso AOS daliai būdingus simptomų apibūdinimus. Taigi, tiek atsižvelgiant į KPTSS naujumą ir tyrimų trūkumą, tiek į teorines prielaidas, kuriomis galėtų būti grindžiamas šis ryšys, tampa svarbu atlikti tyrimus, kuriuose būtų analizuojama, ar ir kaip depresija moderuoja ryšį tarp kompleksinio potrauminio streso simptomų ir suicidiškumo.

1.2.4. KPTSS ir bendra psichologinė gerovė

Pasaulio sveikatos organizacija (2004) psichologinę gerovę apibūdina kaip asmens gebėjimą vystyti savo potencialą, produktyviai ir kūrybingai dirbti, užmegzti tvirtus ir pozityvius santykius su kitais žmonėmis ir prisidėti prie bendruomenės gyvenimo. Nors ir kyla prielaidos, jog savaime suprantama, kad asmenys, patiriantys klinikinio lygmens psichologinių sunkumų, turėtų būti prastesnės psichologinės gerovės, vis dėlto, didelio masto suaugusiųjų tyrimas, atliktas Anglijoje (Weich et al., 2011), atskleidė, jog subjektyvi psichologinė gerovė ir psichiatriniai sunkumai nebūtinai pasireiškia kartu, ir tikėtina, kad asmenys, patiriantys klinikinio lygmens sunkumus, gali patirti aukštą psichologinę gerovę. Nors ir laikoma, kad psichologinė gerovė ir psichikos sveikatos sutrikimai nėra tapatu, randama, kad asmenims, kurie patiria klinikinio lygmens psichikos sveikatos sunkumus, psichologinė gerovė gali sietis su sutrikimo pradžia ar pabaiga bei padidėjusia atkryčio rizika (De Cates, Stranges, Blake, & Weich, 2015). Iki šiol atlikti tyrimai rodo, kad didesnė psichologinė gerovė yra svarbus apsauginis veiksnys, kuris sumažina riziką vystytis psichikos sveikatos sutrikimams (Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer, 2015), įskaitant ir su stresu susijusius sutrikimus. Taigi, siekiant geriau suprasti psichikos sutrikimų vystymąsi, svarbu įvertinti bendrą asmens patiriamą psichologinę gerovę. Įrodyta, kad prevencinės ir intervencinės priemonės, kuriomis siekiama sumažinti PTSS simptomus bei atkryčio riziką, yra veiksmingos tada, kai

orientuojasi į asmens bendros psichologinės gerovės didinimo principus (Radstaak, Hüning, & Bohlmeijer, 2020).

Ankstesniuose tyrimuose, vertinant PTSS ir KPTSS riziką bei psichologinę gerovę, randami nevienareikšmiai rezultatai. Tyrimuose, atliktuose Ben-Ezra ir kolegų (2018) bei Møller, Augsburg, Elklit, Søgaard ir Simonsen (2020) tarp PTSS ir KPTSS rizikos grupių psichologinės gerovės indekso skirtumų nebuvo rasta. Tačiau šių abiejų tyrimo dalyvių grupių psichologinė gerovė buvo prastesnė nei grupės, kuriai PTSS ar KPTSS rizika nebuvo nustatyta. Kituose tyrimuose, kuriuose buvo naudojamas tas pats psichologinės gerovės įvertinimo instrumentas (Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos rodiklis-5; WHO-5; World Health Organisation, 1998), rasta, jog yra skirtumai tarp PTSS ir KPTSS rizikos tyrimo dalyvių grupių. Asmenų, kurie buvo priskirti KPTSS rizikos grupei, psichologinė gerovė buvo prastesnė nei priskirtų PTSS rizikos grupei; taip pat prastesnė ir nei grupės, kurioje asmenys buvo patyrę trauminių patirčių, tačiau jiems PTSS ar KPTSS rizika nebuvo nustatyta (Cloitre et al., 2019; Redican et al., 2022). Taigi KPTSS tyrimuose svarbu nagrinėti psichologinę gerovę, siekiant geriau suprasti, ar prastesnė psichologinė gerovė gali būti išskirtinai labiau būdinga KPTSS rizikoje esantiems žmonėms.

1.3. Apibendrinimas

Į TLK -11 naujai įvesta kompleksinio potrauminio streso diagnozė skatina nagrinėti, kaip šis sutrikimas gali sietis su kitais psichikos sveikatos sunkumais. Tai svarbu siekiant geriau suprasti diferencinės diagnostikos ypatumus bei norint įvertinti, į kokius simptomus galėtų būti orientuotos psichologinės pagalbos priemonės, skirtos asmenims, patiriantiems kompleksinį potrauminį stresą kartu su kitais psichikos sveikatos sunkumais. Iki šiol atliktų tyrimų gausa buvo orientuota daugiausiai į potrauminio streso sutrikimą ir kartu pasireiškiančius depresijos, nerimo, savižudybės rizikos sunkumus bei asmenų psichologinę gerovę (Armenta et al., 2019; Ginzburg et al., 2010; Lee et al., 2021; Radstaak et al., 2020; Street et al., 2021). Tokių tyrimų, kurie būtų atlikti kompleksinio potrauminio streso įtraukimo į TLK klasifikaciją kontekste ir leistų suprasti, kaip kiti psichikos sveikatos sunkumai siejasi su KPTSS, dar yra labai nedaug. Kol kas atliktų tyrimų rezultatai atskleidžia, kad PTSS ir KPTSS gali skirtingai sietis su kitais psichikos sveikatos rodikliais (depresija, nerimu, savižudybės rizika bei psichologine gerove) (Hyland et al., 2018; Karatzias, Hyland, et al., 2019; Rzeszutek et al., 2021). Randama ir tokių tyrimų, kuriuose nagrinėjamos šių psichikos sveikatos rodiklių sąsajos su skirtingais KPTSS simptomais (Friedman et al., 2011; Gilbar, 2020), tačiau tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai. Kalbant apie kompleksinio potrauminio streso ir savižudybės rizikos sąsajas, svarbu suprasti, ar kitų psichikos sveikatos sunkumų išreikštumas gali būti susijęs su šio ryšio stiprumu. Pavyzdžiui, svarbu analizuoti, ar nuo depresijos simptomų išreikštumo priklauso ryšio tarp KPTSS ir suicidiškumo stiprumas, nes ankstesnių tyrimų rezultatai

atskleidžia depresijos moderacinius efektus ryšiu tarp PTSS ir suicidiškumo (Panagioti et al., 2012a). Tai galėtų suteikti daugiau įžvalgų, ar ir kaip KPTSS ir depresijos gretutimumas gali būti susijęs su savižudybės rizika. Kadangi ankstesnių tyrimų rezultatai rodo, kad kompleksinis potrauminis stresas gali būti labiau susijęs su trauminėmis patirtimis įvykusiomis vaikystėje (Cloitre et al., 2019), svarbu tyrimus atlikti būtent vaikystės traumas patyrusių asmenų imtyse.

1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas: Įvertinti kompleksinio potrauminio streso ir depresijos, nerimo, savižudybės rizikos bei psichologinės gerovės sąsajas vaikystės psichologines traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso, depresijos, nerimo ir savižudybės rizikos paplitimą bei psichologinės gerovės rodiklį vaikystės traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje.
2. Palyginti depresijos, nerimo, savižudybės rizikos paplitimą ir psichologinės gerovės rodiklį tarp potrauminio streso sutrikimo (PTSS) ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) grupių bei grupės, kuriai PTSS ar KPTSS nenustatytas.
3. Įvertinti, su kokiais KPTSS simptomais siejasi depresijos, nerimo ir savižudybės rizika.
4. Įvertinti, ar patiriami depresijos simptomai moderuoja ryšį tarp KPTSS simptomų ir savižudybės rizikos.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Magistro baigiamasis darbas buvo atliekamas platesnio Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro (VU PTC) vykdomo tyrimų projekto „Atpažinti psichologinę traumą“, skirto potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso diagnostinio interviu validacijai Lietuvoje, kontekste.

Tyrimo imtis buvo surinkta netikimybinės patogiosios atrankos būdu, siekiant surinkti suaugusių asmenų, patyrusių bent vieną potencialiai traumuojantį įvykį per savo gyvenimą, imtį. Tyrimo dalyviai buvo kviečiami dalyvauti tyrime patalpinus skelbimą apie tyrimą socialinių tinklų grupėse ir internetiniuose puslapiuose, teikiančiuose informaciją apie psichotraumatologinę pagalbą. Taip pat informacija apie tyrimą buvo perduota psichikos sveikatos specialistams, kviečiant dalintis žinia apie tyrimą su savo klientais ar pacientais. Dalyviams taikyti įtraukimo į tyrimą kriterijai: (1) dalyvis turi būti ne jaunesnis nei 18 metų amžiaus, (2) per gyvenimą asmuo buvo patyręs bent vieną potencialiai traumuojantį įvykį, (3) labiausiai sukrėtęs trauminis įvykis buvo patirtas ne mažiau kaip prieš tris mėnesius iki dalyvavimo tyrime.

Dalyvių atrankoje, siekiant sužinoti tyrimo dalyvių trauminių įvykių patirtis, pasitelkta Gyvenimo įvykių sąrašo – Revizuota versija (angl. *Life Events Checklist – Revisited*; LEC-R, Weathers, Blake, Kaloupek, Marx, & Keane, 2013; lietuviška versija Mažulytė et al., 2014), kurią sudaro 18 potencialiai traumuojančių įvykių sąrašas (pvz., eismo įvykis, fizinis smurtas, seksualinė prievarta) su galimais atsakymų variantais „Man nutiko“, „Buvau įvykio liudininku (-e)“, „Sužinojau apie tai“, „Nesu tikras (-a)“ ir „Man nenutiko“. Šiame tyrime patirtu trauminiu įvykiu laikyta, jeigu tyrimo dalyvis (-ė) nurodė, jog trauminį įvykį patyrė, buvo įvykio liudininku (-e) arba sužinojo apie įvykį.

Iš viso tyrime sudalyvavo 103 asmenys. Šiame darbe naudojami 61 asmens, dalyvavusio tyrime, duomenys, nes šio baigiamojo darbo imtį sudarė asmenys, kaip labiausiai paveikusių trauminę patirtį nurodę vaikystėje patirtą trauminį įvykį. Iš visų tyrimo dalyvių 7 (11,5%) buvo vyrai ir 54 (88,5%) moterys. Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis buvo 31,85 metai ($SD = 8,75$) ir svyravo nuo 19 iki 51 metų. Tyrimo dalyviai pasižymėjo šiomis demografinėmis charakteristikomis: kiek mažiau nei pusė ($n = 25$; 41%) iš jų tyrimo metu buvo ilgalaičiuose santykiuose, didelė dalis ($n = 48$; 78,7%) buvo įgiję aukštąjį išsilavinimą (universitetinį arba neuniversitetinį), 11 (18%) dalyvių dirbo ir mokėsi, 28 (45,9%) – tik dirbo, 8 (13,1%) – tik mokėsi.

2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimė naudoti instrumentai iš platesnio VU PTC tyrimo „Atpažinti psichologinę traumą“ klausimynų paketo.

Demografinių duomenų anketa. Tyrimo dalyviai turėjo nurodyti savo amžių ir lytį. Taip pat jų buvo prašoma nurodyti šias demografines charakteristikas: santykių statusą (klausta, ar tyrimo dalyvis (-ė) yra ilgalaikiuose santykiuose, ar ne), išsilavinimą bei užimtumą (klausta, ar tyrimo dalyvis dirba bei ar mokosi).

Tarptautinis traumos interviu (angl. *International Trauma Interview*; ITI; Roberts, Cloitre, Bisson, & Brewin, 2019; lietuviška versija – Gelezelyte et al., 2022) – pusiau struktūruotas diagnostinis interviu, skirtas įvertinti potrauminio streso (PTSS) ir kompleksinio potrauminio streso (KPTSS) sutrikimų simptomus, remiantis TLK-11 PTSS ir KPTSS diagnostiniais kriterijais. Tarptautinis traumos interviu yra taikomas tada, kai asmuo yra patyręs bent vieną trauminį įvykį. Interviu pradžioje tyrimo dalyvio prašoma nurodyti patirtą labiausiai paveikusį trauminį įvykį ir trumpai papasakoti apie jį. Toliau interviu sudaro dvi pagrindinės dalys – potrauminio streso simptomų (PTSS) įvertinimas bei asmenybės organizacijos simptomų (AOS) įvertinimas.

PTSS dalį apima trijų PTSS būdingų simptomų grupių įvertinimas: (1) pasikartojančio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje, kuris gali pasireikšti su traumine patirtimi susijusių košmarų ir / arba prisiminimų blyksnių (angl. *flashbacks*) pavidalu, (2) vengimo su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ir / ar dalykų bei (3) padidėjusio grėsmės jausmo, kuris gali pasireikšti nuolatinio perdėtu budrumu dėl galimų grėsmių ir / arba pernelyg stipriomis reakcijomis į nestiprius dirgiklius. Kiekvienam simptomui įvertinti skiriama po du pagrindinius klausimus bei papildomus patikslinančius klausimus, leidžiančius išsamiau suprasti simptomo patyrimą. Atsižvelgiant į simptomo pasireiškimo stiprumą ir dažnį, interviu atliekantis specialistas vertina kiekvieną simptomą penkių balų skalėje nuo „Nėra“ (= 0) iki „Itin stiprus / sukeliantis negalią“ (= 4). PTSS simptomai laikomi kliniškai reikšmingais, jeigu bent vienoje iš dviejų simptomui įvertinti skirtų dalių psichologas simptomą įvertina kaip patiriamą bent jau „Vidutiniškai“ (≥ 2).

AOS dalį apima taip pat trijų AOS būdingų simptomų grupių įvertinimas: (1) emocijų reguliacijos sunkumų, kurie gali pasireikšti stipriu emociniu reaktyvumu į nedidelius stresorius ir sunkumais nusiraminti ir / arba patiriama emocinė nejautra, (2) neigiamo savęs vertinimo, kuris gali pasireikšti įsitikinimu, jog asmuo yra nevykėlis, bevertis ir / ar nepilnavertis palyginus su kitais žmonėmis bei (3) tarpasmeninių santykių sunkumų, kurie gali pasireikšti sunkumais palaikyti santykius ir / ar jaustis artimu su kitais žmonėmis. Taip pat interviu dalyvio klausiama apie sunkumų sąsajas su traumine patirtimi, t. y., ar sunkumas prasidėjo arba sustiprėjo po trauminės patirties. Kaip ir PTSS dalyje, kiekvienam AOS simptomui įvertinti skiriama po du klausimus bei papildomus patikslinančius klausimus, leidžiančius išsamiau suprasti simptomo patyrimą. Atsižvelgiant į

simptomo pasireiškimo intensyvumą ir pastovumą, interviu atliekantis psichologas vertina kiekvieno simptomo išreikštumą penkių balų skalėje nuo „Visiškai ne“ (= 0) iki „Itin stipriai“ (= 4). AOS simptomai laikomi kliniškai reikšmingais, jeigu bent vienas iš dviejų toje pačioje grupėje esančių simptomų įvertinamas kaip patiriamas bent jau „Vidutiniškai“ (≥ 2) ir pastebima simptomo sąsaja su traumine patirtimi (simptomas prasidėjo ar sustiprėjo po trauminės patirties).

Tiek PTSS, tiek AOS simptomų įvertinimo dalis lydi klausimai, kaip tiek viena, tiek kita simptomų grupė veikia asmens kasdienį funkcionavimą – socialinį gyvenimą, darbą ar darbingumą, ar kitą svarbią gyvenimo sritį. Funkcionavimo sutrikimas laikomas kliniškai reikšmingu, jeigu jį asmuo patiria bent „Vidutiniškai“ (≥ 2). Interviu pabaigoje vertinamas bendras interviu validumas, atsižvelgiant į asmens bendradarbiavimą interviu metu, psichikos būseną, akivaizdžias pastangas sumenkinti arba išdidinti simptomus. Šio tyrimo imtyje visų interviu validumas buvo įvertintas bent kaip „patenkinamas“.

PTSS ir KPTSS rizika nustatoma laikantis TLK-11 (World Health Organization, 2018) ir ITI autorių (Roberts et al., 2019) siūlomo vertinimo algoritmo. Potrauminio streso sutrikimas gali būti nustatytas tada, kai visos trys PTSS apimančios simptomų grupės yra patvirtinamos kaip kliniškai reikšmingai pasireiškiančios ir reikšmingai veikiančios asmens kasdienį funkcionavimą. KPTSS patvirtinamas tada, kai yra patvirtinami visi trys PTSS dalies simptomai ir jų poveikis asmens kasdieniam funkcionavimui bei visi trys AOS dalies simptomai ir jų poveikis asmens kasdieniam funkcionavimui. Remiantis TLK-11, vienu metu PTSS ir KPTSS negali būti nustatomi. Taip pat šiuo instrumentu galima įvertinti ir simptomų stiprumą, naudojant simptomą apibūdinančių teiginių įverčių sumą. Bendras kiekvieno simptomo stiprumo įvertis gali varijuoti nuo 0 iki 8, PTSS ir AOS dalių nuo 0 iki 24, o KPTSS dalies nuo 0 iki 48, kur didesni įverčiai reiškia stipriau išreikštus simptomus.

Tarptautinį traumos interviu gali administruoti tik tam skirtuose mokymuose dalyvavę specialistai. Atliktas lietuviškos instrumento versijos validacinis tyrimas, kuriame atsiskleidė geros ITI psichometrinės charakteristikos (Gelezelyte, Roberts, et al., 2022), patvirtinančios, jog ITI gali būti naudojamas PTSS ir KPTSS įvertinti ir Lietuvoje. Šiame tyrime skalių patikimumas vertintas vidinio suderintumo būdu (*Cronbach α*): PTSS simptomų dalies $\alpha = 0,79$, AOS dalies $\alpha = 0,85$ ir KPTSS dalies $\alpha = 0,87$.

Paciento sveikatos klausimynas-9 (angl. *Patient Health Questionnaire-9*; PHQ-9, Löwe, Kroenke, Herzog, & Gräfe, 2004; lietuviška versija – Montvidas, 2018). Tai laisvai prieinamas savistatos instrumentas, skirtas pirminiam depresijos simptomų įvertinimui. PHQ-9 sudaro devyni teiginiai, apimantys klausimus apie asmens susidomėjimą maloniomis veiklomis, patiriamus prislėgtumo jausmus, miego ir valgymo sunkumus, energijos trūkumą, savęs vertinimo sunkumus, dėmesio koncentracijos sunkumus, bendrą sulėtėjimą bei savižalos ar suicidines mintis. Tyrimo dalyvių klausama, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites šie simptomai veikė jų kasdienį

funkcionavimą. Kiekvieną teiginį asmens prašoma įvertinti keturių balų skalėje nuo „Visai nekamavo“ (= 0) iki „Beveik kiekvieną dieną“ (= 3). Bendras balas apskaičiuojamas sudedant visų teiginių įverčius ir gali varijuoti nuo 0 iki 27, kur didesni įverčiai reiškia stipriau išreikštus depresijos simptomus. Bendras balas nuo 10 ir daugiau gali rodyti depresijos sutrikimo riziką (Gilbody, Richards, Brealey, & Hewitt, 2007). Anksčiau atliktuose tyrimuose Lietuvos imtyje atsiskleidė geros PHQ-9 psichometrinės charakteristikos (pvz., Biliunaite et al., 2021). Šiame tyrime skalės vidinis suderintumas buvo geras (*Cronbach* $\alpha = 0,89$).

Generalizuoto nerimo sutrikimo-7 klausimynas (angl. *Generalized Anxiety Disorder-7; GAD-7*, Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006; lietuviška versija - Butkutė-Šliuozienė, 2019). GAD-7 yra taip pat laisvai prieinamas instrumentas, skirtas pirminiam asmens generalizuoto nerimo sutrikimo simptomų įvertinimui. GAD-7 klausimyną sudaro septyni teiginiai, apimantys klausimus, susijusius su asmens patiriamu nerimastingumu, įtampa, sunkumais kontroliuoti nerimą ir atsipalaiduoti, dirglumu, nuolatos lydinčia baime, kad nutiks kas nors baisaus. Asmens klausiama, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites jį kamavo šie simptomai, su galimais atsakymų variantais nuo „Visai nekamavo“ (= 0) iki „Beveik kiekvieną dieną“ (= 3). Bendras nerimo balas apskaičiuojamas sudedant visus teiginių įverčius ir gali varijuoti nuo 0 iki 21, kur didesni įverčiai reiškia sunkesnius patiriamus nerimo simptomus. Generalizuoto nerimo sutrikimo rizika laikoma, kai asmens įvertis siekia 10 ir daugiau balų (Plummer, Manea, Trepel, & McMillan, 2016). GAD-7 yra plačiai tyrimuose naudojamas instrumentas, pasižymintis geromis psichometrinėmis charakteristikomis, taip pat ir Lietuvoje atliktuose tyrimuose (pvz., Biliunaite et al., 2021). Šiame tyrime taip pat gautas geras klausimyno teiginių vidinis suderintumas (*Cronbach* $\alpha = 0,89$).

Suicidinio elgesio klausimyno – Revizuota versija (angl. *Suicidal Behaviours Questionnaire – Revised; SBQ-R*, Osman et al., 2001, lietuviška klausimyno versija – VU PTC). Tai yra savistatos klausimynas, skirtas įvertinti keturias suicidinio elgesio dimensijas. Pirma dimensija vertinamos asmens mintys apie savižudybę arba mėginimai nusižudyti per visą gyvenimą su pateikiamais atsakymų variantais nuo „Niekada“ (= 1) iki „Bandžiau nusižudyti, bet nenorėjau numirti“ / „Bandžiau nusižudyti, ir tikrai norėjau numirti“ (= 4). Antroji dimensija skirta įvertinti kylančių suicidinių minčių dažnį per pastaruosius 12 mėnesių su galimais atsakymų variantais nuo „Niekada“ (= 1) iki „Labai dažnai (penkis ar daugiau kartų)“ (= 5). Trečiąja dimensija vertinama suicidinio elgesio grėsmė ir klausiama, ar asmuo kada nors apie savo mintis sakė kitiems asmenims; galimi atsakymų variantai nuo „Niekada“ (= 1) iki „Taip, daugiau nei vieną kartą“ (= 3). Ketvirtąja dimensija vertinama tikimybė, kad kada nors asmuo mėgins nusižudyti, su pateikiamais atsakymų variantais nuo „Niekada“ (= 0) iki „Labai stipriai tikėtina“ (= 6). Galutinis SBQ-R įvertis skaičiuojamas susumuojant visų teiginių įverčius ir gali varijuoti nuo 3 iki 18. Didesnis galutinis SBQ-R įvertis atspindi stipriau išreikštą suicidiškumą. Asmuo patenka į savižudybės rizikos grupę,

jeigu bendras balų įvertis yra 7 arba daugiau (Osman et al., 2001). SBQ-R buvo naudotas ir ankstesniuose tyrimuose Lietuvoje bei pasižymėjo geromis psichometrinėmis charakteristikomis (pvz., Gelezelyte, Kazlauskas, Brailovskaia, Margraf, & Truskauskaite-Kuneviciene, 2021). Šiame tyrime SBQ-R klausimyno teiginių vidinis suderintumas geras – *Cronbach* $\alpha = 0,82$.

Pasaulio sveikatos organizacijos-5 psichologinės gerovės rodiklis (angl. *WHO (five) Well-Being Index*; WHO-5, World Health Organisation, 1998, lietuviška versija - Misevičienė ir Žilinskas, 1999). Klausimyną sudaro penki teiginiai, skirti įverti asmens subjektyvią psichologinę gerovę. Klausimynas apima klausimus apie tai, kiek laiko per pastarąsias dvi savaites asmuo jautėsi pakilios nuotaikos, atsipalaidavęs, energingas, žvalus ir susidomėjęs kasdieniais dalykais. Galimi atsakymai varijuoja nuo „Niekada“ (= 0) iki „Visą laiką“ (= 5). Psichologinės gerovės indeksas apskaičiuojamas susumuojant visų penkių teiginių įverčius ir padauginant bendrą sumą iš keturių. Galutinis įvertis gali varijuoti nuo 0 iki 100. Mažesnis bendras įvertis reiškia prastesnę psichologinę gerovę. WHO-5 yra laisvai prieinamas ir plačiai naudojamas instrumentas psichologinei gerovei matuoti pasaulyje (Topp, Østergaard, Søndergaard, & Bech, 2015) ir Lietuvoje (Biliunaite et al., 2021; Norkiene et al., 2021) bei pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis. Šiame tyrime WHO-5 teiginių vidinis suderintumas taip pat buvo geras (*Cronbach* $\alpha = 0,83$).

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimų projektas „Atpažinti psichologinę traumą“ buvo vykdomas gavus Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimą (2020/01/16 Nr. 33). Tyrimo duomenų rinkimas vyko nuo 2020 m. spalio iki 2021 m. birželio mėn. Tyrimo eigą sudarė trys pagrindiniai etapai: (1) tyrimo dalyvių registracija (siekiant atrinkti įtraukimo į tyrimą kriterijus atitinkančius asmenis), (2) įtrauktų į tyrimą dalyvių klausimynų paketo pildymas ir (3) nuotolinis ITI interviu su psichologu.

Registracijos anketą sudarė klausimai, kurie padėtų įvertinti, ar asmuo atitinka tyrimo atrankos kriterijus, t. y. klausimas apie tyrimo dalyvio amžių, LEC-R (potencialiai traumuojančių įvykių sąrašas), klausimas, kuriuo prašoma įvardinti, kuris iš sąrašė nurodytų patirtų įvykių labiausiai paveikė asmenį bei prieš kiek laiko šis įvykis nutiko. Taip pat prašoma nurodyti kontaktinius duomenis, kuriais būtų galima susisiekti, siekiant informuoti dalyvį apie tolimesnį dalyvavimą tyrime bei suderinti interviu laiką. Neatitikusiems atrankos kriterijų asmenims buvo išsiųsti elektroniniai laišakai, informuojantys apie neatitikimą tyrimo kriterijams, pridedant informaciją apie prieinamos psichologinės pagalbos galimybes.

Atitikusiems tyrimo atrankos kriterijus asmenims buvo priskiriamas tyrimo dalyvio kodas ir elektroniniu laišku išsiunčiama nuoroda į Europos sąjungos asmens duomenų apsaugos standartus atitinkančią internetinę apklausų sistemą, kurioje buvo parengtas tyrimo klausimynų paketas. Jame

buvo pateiki šiam magistro darbui aktualūs PHQ-9, GAD-7, SBQ-R ir WHO-5 instrumentai. Prieš pildant tyrimo anketą, kiekvienas tyrimo dalyvis nurodė sutikimą dalyvauti tyrime. Užpildžius tyrimo anketą, su dalyviu buvo susisiekiama elektroniniu paštu ar telefoniniu skambučiu dėl dalyviui patogaus ITI interviu laiko atlikimo. Suderinus laiką informacija buvo siunčiama numatytam interviu atlikti psichologui bei tyrimo dalyviui su nuotolinio pokalbio nuoroda. Interviu vykdė septyni specialius mokymus baigę psichologai ir supervizuojama klinikinės psichologijos magistrantūros studentė. Dėl COVID-19 (SARS- CoV-2) pandemijos galiojusių karantino ribojimų tyrimo vykdymo metu, interviu buvo vykdomi naudojant tele-konferencijų platformą *Zoom*. Interviu metu psichologas tyrimo dalyvio atsakymus žymėjo ir kodavo popieriniame interviu protokole. Po interviu kiekvienam tyrimo dalyviui buvo suteikiamas grįžtamasis ryšys apie patiriamas ir tyrimo metu išryškėjusias potraumines reakcijas, depresijos bei nerimo sunkumų riziką bei rekomenduojamą psichologinę pagalbą. Kiekvienam tyrimo dalyviui elektroniniu paštu buvo siunčiama informacija apie psichologinės pagalbos galimybes bei trumpa psichoedukacinė medžiaga apie potrauminį stresą.

Šio darbo autorė reikšmingai prisidėjo prie tyrimų projekto vykdymo: prisidėjo prie tyrimo dalyvių registracijos, kontaktavo su jais elektroniniu paštu arba telefonu bei rengė ir siuntė psichologinio įvertinimo išvadas ir rekomendacijas. Autorė 2020 m. kovo mėn. dalyvavo Tarptautinio traumos interviu administravimo mokymuose, kuriuos vedė vienas iš ITI bendraautorių, ilgametę potrauminio streso diagnostikos bei intervencijų patirtį turintis dr. N. Roberts iš Kardifo universiteto (JK). Dėl to turėjo pakankamai kompetencijų, kad galėtų atlikti ITI interviu šio tyrimo metu, kurių iš viso atliko 31. Viso tyrimo duomenų rinkimo metu atliekamos veiklos buvo su patyrusių tyrėjų priežiūra. Darbo autorė dalyvavo supervizijose su dr. N. Roberts bei tyrimo grupės VU PTC komandos supervizijose.

2.4. Duomenų analizė

Duomenims tvarkyti ir analizuoti naudota *IBM SPSS Statistics 28.0* programinė įranga. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal demografines charakteristikas buvo paskaičiuotas pasitelkiant aprašomąją statistiką – vidurkius ir standartinius nuokrypius (aprašant pasiskirstymą pagal amžių) ir procentinę sudėtį (aprašant pasiskirstymą pagal lytį, išsilavinimą, užimtumą, santykių statusą).

Tyrime naudotų instrumentų – Tarptautinio traumos interviu (ITI; PTSS, AOS ir bendros KPTSS skalių), Paciento sveikatos klausimyno-9 (PHQ-9), Generalizuoto nerimo sutrikimo-7 klausimyno (GAD-7), Suicidinio elgesio klausimyno-Revizuotos versijos (SBQ-R) bei Pasaulio sveikatos organizacijos-5 psichologinės gerovės rodiklio (WHO-5) – skalių patikimumas buvo įvertintas vidiniu skalių teiginių suderintumo būdu (*Cronbach α*). Naudotų skalių duomenų pasiskirstymo normalumas įvertintas asimetrijos ir eksceso rodikliais. Visų skalių (PTSS, AOS, KPTSS, PHQ-9, GAD-7, SBQ-R ir WHO-5) asimetrijos ir eksceso rodikliai buvo tarp -2 ir 2, dėl to

buvo priimta, jog duomenys yra pasiskirstę pagal normalųjį duomenų pasiskirstymo dėsnį (Mishra et al., 2019).

Procentinė sudėtis naudota siekiant aprašyti PTSS, KPTSS, depresijos ir generalizuoto nerimo sutrikimų rizikos ir savižudybės rizikos paplitimą tyrimo imtyje. *Fisher* tikslusis testas pasitelktas siekiant įvertinti depresijos, generalizuoto nerimo ir savižudybės rizikos paplitimų skirtumą tarp grupių, kuriose nustatyti PTSS ar KPTSS bei PTSS / KPTSS nenustatyti. Siekiant išvengti I tipo klaidos galimybes tarpusavyje lyginant dvi tyrimo dalyvių grupes, naudotas *post hoc* testas. Statistinio reikšmingumo p lygmuo buvo pasirinktas naudojant *Bonferroni* korekcijos reikšmę, t. y. $p = 0,05/3 = 0,017$. Vienfaktorinė dispersinė analizė (*ANOVA*) naudota siekiant palyginti psichologinės gerovės indeksą tarp PTSS bei KPTSS grupių ir grupės, kurioje esantiems asmenims PTSS / KPTSS nenustatyta.

Nepriklausomų imčių *Student t* testu taip pat palyginti skirtingų KPTSS simptomų ir bendrų PTSS, AOS ir KPTSS simptomų įverčių vidurkiai tarp į depresijos, generalizuoto nerimo ir savižudybės rizikos grupes patenkančių ir nepatenkančių asmenų.

Siekiant įvertinti, ar depresijos simptomų išreikštumas moderuoja ryšį tarp KPTSS simptomų ir savižudybės rizikos, atlikta moderacinė analizė, naudojant *PROCESS* makroprogramą 4.0 *IBM SPSS Statistics 28.0* programinėje įrangoje (Hayes, 2022). Tikrinti moderacijos modeliai, kuriuose buvo sudaromas bendras regresijos modelis nepriklausomam kintamajam, moderatoriui ir jų interakcijai prognozuojant priklausomą kintamąjį (Hayes, 2022). Moderacijos efektas laikomas rastu, jeigu interakcija modelyje statistiškai reikšmingai prognozavo priklausomą kintamąjį. Analizėje tikrinti trys modeliai: Modeliu nr. 1 siekta patikrinti, ar patiriami depresijos simptomai (bendras PHQ-9 balas) moderuoja ryšį tarp PTSS simptomų (bendras ITI PTSS simptomų įvertinimo dalies balas) ir suicidiškumo (bendras SBQ-R balas); Modeliu nr. 2 siekta patikrinti, ar patiriami depresijos simptomai (bendras PHQ-9 balas) moderuoja ryšį tarp AOS simptomų (bendras ITI AOS simptomų įvertinimo dalies balas) ir suicidiškumo (bendras SBQ-R balas); Modeliu nr. 3 siekta patikrinti, ar patiriami depresijos simptomai (bendras PHQ-9 balas) moderuoja ryšį tarp KPTSS simptomų (bendras ITI PTSS ir AOS simptomų balas) ir suicidiškumo (bendras SBQ-R balas). Moderacinėje analizėje kiekvienam kintamajam buvo nustatyti žemi, vidutiniai ir aukšti standartiniai balai (Hayes, 2022).

3. REZULTATAI

3.1. Trauminių patirčių ir psichikos sveikatos sunkumų paplitimas tyrimo imtyje

Tyrimo imtį sudarė asmenys, kaip sudėtingiausią trauminę patirtį nurodę vaikystėje patirtą trauminį įvykį. Tyrimo imtyje 34,4% ($n = 21$) kaip sudėtingiausią patirtį nurodė fizinį smurtą, 19,7% ($n = 12$) – seksualinę prievartą, 19,7% ($n = 12$) – kitą nenorimą seksualinį patyrimą, 8,2% ($n = 5$) – netikėtą ar smurtinę artimojo mirtį, 18% ($n = 11$) tyrimo dalyvių nurodė kitą traumuojančią patirtį, įvykusią vaikystėje.

Gauta, jog 13,1% ($n = 8$) imties nustatytas PTSS, o į KPTSS grupę pateko 26,2% ($n = 16$) tyrimo dalyvių. Taigi, 60,7% ($n = 37$) tyrimo dalyvių nei PTSS, nei KPTSS nenustatytas. Į depresijos sutrikimo rizikos grupę pateko 63,9% ($n = 39$) imties. Depresijos išreikštumo vidurkis imtyje buvo 13,62 ($SD = 6,89$), kai įverčiai gali varijuoti nuo 0 iki 27, o 10 ar daugiau laikoma depresijos sutrikimo rizika. Į generalizuoto nerimo sutrikimo rizikos grupę pateko 62,3% ($n = 38$) tyrimo dalyvių. Generalizuoto nerimo skalės balų vidurkis imtyje buvo 11,43 ($SD = 5,18$), kai įverčiai gali varijuoti nuo 0 iki 21, o 10 ir daugiau laikoma generalizuoto nerimo sutrikimo rizika. Savižudybės rizika buvo būdinga 59% ($n = 36$) tyrimo dalyvių. Savižudybės rizikos balų vidurkis imtyje buvo 8,72 ($SD = 4,47$). SBQ-R įverčiai gali varijuoti nuo 3 iki 18, o 7 ar daugiau laikoma savižudybės rizika. Tyrimo imties psichologinės gerovės indekso vidurkis buvo 33,18 ($SD = 16,83$).

3.2. Kitų psichikos sveikatos rodiklių skirtumai tarp PTSS ir KPTSS grupių

Iš tų tyrimo dalyvių, kuriems PTSS arba KPTSS nebuvo nustatytas, beveik pusei buvo būdinga depresijos ($n = 17$; 45,9%), nerimo ($n = 17$; 45,9%) arba savižudybės ($n = 18$; 48,6%) rizika. Grupėje, kurią sudarė asmenys su kliniškai išreikštu potrauminiu stresu, depresijos rizika buvo būdinga 87,5% ($n = 7$), generalizuoto nerimo sutrikimo rizika taip pat 87,5% ($n = 7$), savižudybės rizika – 37,5% ($n = 3$) asmenų. Grupėje, kuriai buvo nustatytas kliniškai išreikštas kompleksinis potrauminis stresas, depresijos sutrikimo rizika buvo būdinga beveik visiems dalyviams – 93,8% ($n = 15$), nerimo sutrikimo rizika – 87,5% ($n = 14$), savižudybės rizika nustatyta taip pat beveik visiems ($n = 15$; 93,8%). Išsamus depresijos, nerimo ir savižudybės rizikos pasiskirstymas tarp PTSS ir KPTSS grupių bei grupės, kurioje PTSS ar KPTSS nenustatytas, pateiktas 1 lentelėje.

Palyginus depresijos, nerimo ir savižudybės rizikos paplitimą tarp PTSS grupės ir grupės, kuriai PTSS ar KPTSS nebuvo nustatytas, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta. Palyginus KPTSS grupę ir grupę, kurioje PTSS ar KPTSS nebuvo nustatytas, rasti statistiškai reikšmingi skirtumai tiek palyginus depresijos ($p = 0,002$), tiek nerimo ($p = 0,006$), tiek savižudybės ($p = 0,002$) rizikos paplitimą. Esantiems KPTSS grupėje dažniau būdinga visų šių sunkumų – depresijos, nerimo ir savižudybės – rizika, nei tiems, kuriems PTSS ar KPTSS nenustatytas. Palyginus PTSS ir KPTSS

grupės, statistiškai reikšmingas skirtumas rastas tik įvertinus savižudybės riziką ($p = 0,007$) – daugiau asmenų, patenkančių į savižudybės rizikos grupę, yra grupėje, kuriai būdingas KPTSS.

1 lentelė. Asmenų, patenkančių į depresijos, nerimo ir savižudybės rizikos grupes pasiskirstymas tarp PTSS, KPTSS ir ne PTSS / KPTSS grupių.

	Nėra PTSS / KPTSS ($n = 37$)		PTSS ($n = 8$)		p
	n	%	n	%	
Depresijos sutrikimo rizika (PHQ-9)	17	45,9	7	87,5	0,051
Nerimo sutrikimo rizika (GAD-7)	17	45,9	7	87,5	0,051
Savižudybės rizika (SBQ-R)	18	48,6	3	37,5	0,705

	Nėra PTSS / KPTSS ($n = 37$)		KPTSS ($n = 16$)		p
	n	%	n	%	
Depresijos sutrikimo rizika (PHQ-9)	17	45,9	15	93,8	0,002
Nerimo sutrikimo rizika (GAD-7)	17	45,9	14	87,5	0,006
Savižudybės rizika (SBQ-R)	18	48,6	15	93,8	0,002

	PTSS ($n = 8$)		KPTSS ($n = 16$)		p
	n	%	n	%	
Depresijos sutrikimo rizika (PHQ-9)	7	87,5	15	93,8	1,000
Nerimo sutrikimo rizika (GAD-7)	7	87,5	14	87,5	1,000
Savižudybės rizika (SBQ-R)	3	37,5	15	93,8	0,007

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Taip pat buvo įvertinti psichologinės gerovės indekso (WHO-5) vidurkiai visos trijose grupėse. Grupėje, kurioje nei PTSS nei KPTSS nenustatytas, psichologinės gerovės indekso vidurkis buvo 38,59 balo ($SD = 16,12$). PTSS grupėje vidurkis buvo 29,50 ($SD = 14,33$), KPTSS grupėje – 22,50 ($SD = 14,60$). Siekiant palyginti psichologinės gerovės indekso vidurkius visose trijose grupėse, buvo pasitelkta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Analizė atskleidė, jog grupių psichologinės gerovės indekso vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi ($F(df) = 6,26(2); p = 0,003$). Nustatytas efekto dydis $\eta^2 = 0,18$ (95% $CI_{\min.-maks.} = 0,02-0,33$). Pritaikius *Bonferroni post hoc* kriterijų, psichologinės gerovės indeksas buvo statistiškai reikšmingai mažesnis KPTSS grupėje, palyginus su grupe, kurioje PTSS ar KPTSS nenustatytas ($p = 0,003$). Tarp PTSS ir grupės, kurioje

PTSS ar KPTSS nenustatytas, psichologinės gerovės indekso skirtumų neatsiskleidė ($p = 0,415$), taip pat reikšmingų skirtumų nerasta ir tarp PTSS ir KPTSS grupių psichologinės gerovės indekso vidurkių ($p = 0,906$).

3.3. Depresijos, nerimo ir savižudybės rizikos sąsajos su skirtingais KPTSS simptomais

Bendroje tyrimo imtyje ($N = 61$) skirtingų kompleksinio potrauminio streso simptomų vidurkiai varijavo nuo 1,79 iki 2,74. Imtyje stipriausiai išreikšti buvo šie simptomai: su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar dalykų vengimas ($M = 2,74$; $SD = 1,83$) ir neigiamas savęs vertinimas ($M = 2,57$; $SD = 2,20$). Silpniausiai buvo išreikšti pasikartojančių trauminės patirties išgyvenimų dabartyje ($M = 1,79$, $SD = 1,55$) bei nuolatinio padidėjusio grėsmės jausmo ($M = 2,11$; $SD = 1,74$) simptomai. Bendros PTSS simptomų skalės įverčių vidurkis buvo 6,64 ($SD = 4,32$), AOS simptomų skalės – 7,41 ($SD = 5,35$). Bendros KPTSS simptomų skalės įverčio vidurkis buvo 14,05 ($SD = 8,59$). Išsamūs KPTSS atskirų simptomų ir bendri skalių vidurkiai ir įverčių rangai pateikti 1 Priede. Atlikus vidurkių palyginimą buvo įvertinti skirtingų kompleksinio potrauminio streso simptomų bei atskirų PTSS, AOS ir bendros KPTSS skalių įverčiai tarp depresijos rizikos ir ne rizikos grupių, nerimo rizikos ir ne rizikos grupių bei savižudybės rizikos ir ne rizikos grupių.

Palyginus KPTSS simptomų išreikštumą depresijos rizikos ir ne rizikos grupėse gauta, jog visi simptomai buvo statistiškai reikšmingai stipriau išreikšti depresijos rizikos grupėje (2 lentelė). Didžiausi skirtumai rasti palyginus neigiamo savęs vertinimo ir su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar dalykų vengimo simptomus. Taip pat rasti statistiškai reikšmingi skirtumai ir palyginus bendrus PTSS, AOS ir KPTSS įverčių vidurkius tarp depresijos rizikos ir ne rizikos grupių. Visų šių grupių simptomų išreikštumas buvo didesnis grupėje, kurioje buvo nustatyta depresijos rizika.

2 lentelė. KPTSS simptomų išreikštumo palyginimas tarp depresijos rizikos ir ne rizikos grupių.

KPTSS simptomai	Depresijos rizika nenustatyta		Depresijos rizika nustatyta		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 39				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje	1,00	0,82	2,23	1,69	3,82	57,96	< 0,001
Vengimas	1,55	1,47	3,41	1,67	4,37	59	< 0,001
Grėsmės jausmas	1,14	1,36	2,67	1,71	3,61	59	< 0,001
Emocijų reguliacijos sunkumai	1,64	0,95	2,85	1,39	3,63	59	< 0,001

Lentelės tęsinys.

KPTSS simptomai	Depresijos rizika nenustatyta		Depresijos rizika nustatyta		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 39				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Neigiamas savęs vertinimas	1,23	1,51	3,33	2,18	4,44	56,37	< 0,001
Tarpasmeninių santykių sunkumai	0,95	2,10	3,26	2,62	3,75	51,91	< 0,001
PTSS bendras įvertis	3,68	2,77	8,31	4,16	4,66	59	< 0,001
AOS bendras įvertis	3,82	3,35	9,44	5,23	5,12	57,93	< 0,001
KPTSS bendras įvertis	7,50	4,99	17,74	7,99	6,16	58,28	< 0,001

Pastaba. PTSS = potrauminio streso sutrikimo simptomai; AOS = sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai; KPTSS = kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Įvertinus skirtingų KPTSS simptomų išreikštumą tarp generalizuoto nerimo rizikos ir ne rizikos grupių taip pat gauti statistiškai reikšmingi skirtumai palyginus visus KPTSS simptomus (3 lentelė). Visi simptomai buvo stipriau išreikšti tarp asmenų, esančių generalizuoto nerimo sutrikimo rizikos grupėje. Didžiausi skirtumai rasti palyginus pasikartojančių trauminės patirties išgyvenimų dabartyje bei nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo dabartyje simptomus. Taip pat rasti statistiškai reikšmingi skirtumai palyginus simptomų grupes – tiek PTSS, tiek AOS, tiek KPTSS bendri simptomų įverčiai buvo didesni generalizuoto nerimo rizikos grupėje, nei grupėje, kurioje generalizuoto nerimo rizika nenustatyta.

3 lentelė. *KPTSS simptomų išreikštumo palyginimas tarp generalizuoto nerimo rizikos ir ne rizikos grupių.*

KPTSS simptomai	Nerimo rizika nenustatyta		Nerimo rizika nustatyta		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 23		<i>n</i> = 38				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje	0,87	0,82	2,34	1,63	4,68	57,38	< 0,001
Vengimas	1,74	1,69	3,34	1,65	3,65	59	< 0,001
Grėsmės jausmas	1,13	1,33	2,71	1,71	3,80	59	< 0,001

Lentelės tęsinys.

KPTSS simptomai	Nerimo rizika nenustatyta		Nerimo rizika nustatyta		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 23		<i>n</i> = 38				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Emocijų reguliacijos sunkumai	1,83	1,11	2,76	1,40	2,72	59	0,009
Neigiamas savęs vertinimas	1,57	1,53	3,18	2,34	3,27	58,54	0,002
Tarpasmeninių santykių sunkumai	1,52	2,43	2,97	2,70	2,11	59	0,039
PTSS bendras įvertis	3,74	3,12	8,39	4,02	4,76	59	< 0,001
AOS bendras įvertis	4,91	3,97	8,92	5,55	3,28	57,26	0,002
KPTSS bendras įvertis	8,65	6,29	17,32	8,18	4,35	59	< 0,001

Pastaba. PTSS = potrauminio streso sutrikimo simptomai; AOS = sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai; KPTSS = kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Palyginus KPTSS atskirų simptomų išreikštumo vidurkius tarp tyrimo dalyvių, kuriems buvo nustatyta savižudybės rizika ir tarp tų, kuriems ji nebuvo nustatyta, statistiškai reikšmingi skirtumai buvo gauti palyginus šiuos simptomus: pasikartojantį trauminės patirties išgyvenimą dabartyje, su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar dalykų vengimą ir neigiamą savęs vertinimą. Visi šie simptomai buvo stipriau išreikšti grupėje asmenų, kuriai buvo būdinga savižudybės rizika. Statistiškai reikšmingi skirtumai palyginus padidėjusio grėsmės jausmo simptomus, emocijų reguliacijos sunkumus ir tarpasmeninių santykių sunkumus neišryškėjo, abeiose grupėse jie buvo patiriami panašiai. Taip pat atsiskleidė, kad asmenims, esantiems savižudybės rizikos grupėje, buvo būdingi didesni bendri PTSS, AOS ir KPTSS simptomų įverčiai (4 lentelė).

4 lentelė. *KPTSS simptomų išreikštumo palyginimas tarp savižudybės rizikos ir ne rizikos grupių.*

KPTSS simptomai	Savižudybės rizika nenustatyta		Savižudybės rizika nustatyta		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 36				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje	1,24	1,23	2,17	1,65	2,38	59	0,020
Vengimas	2,12	1,69	3,17	1,81	2,28	59	0,026

Lentelės tęsinys.

KPTSS simptomai	Savižudybės rizika nenustatyta		Savižudybės rizika nustatyta		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 36				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Grėsmės jausmas	1,60	1,58	2,47	1,78	1,97	59	0,054
Emocijų reguliacijos sunkumai	2,12	1,36	2,61	1,36	1,39	59	0,171
Neigiamas savęs vertinimas	1,68	1,73	3,19	2,30	2,93	58,61	0,005
Tarpasmeninių santykių sunkumai	1,84	2,50	2,83	2,75	1,44	59	0,155
PTSS bendras įvertis	4,96	3,95	7,81	4,23	2,65	59	0,010
AOS bendras įvertis	5,64	4,56	8,64	5,57	2,30	57,28	0,025
KPTSS bendras įvertis	10,60	7,05	16,44	8,83	2,76	59	0,008

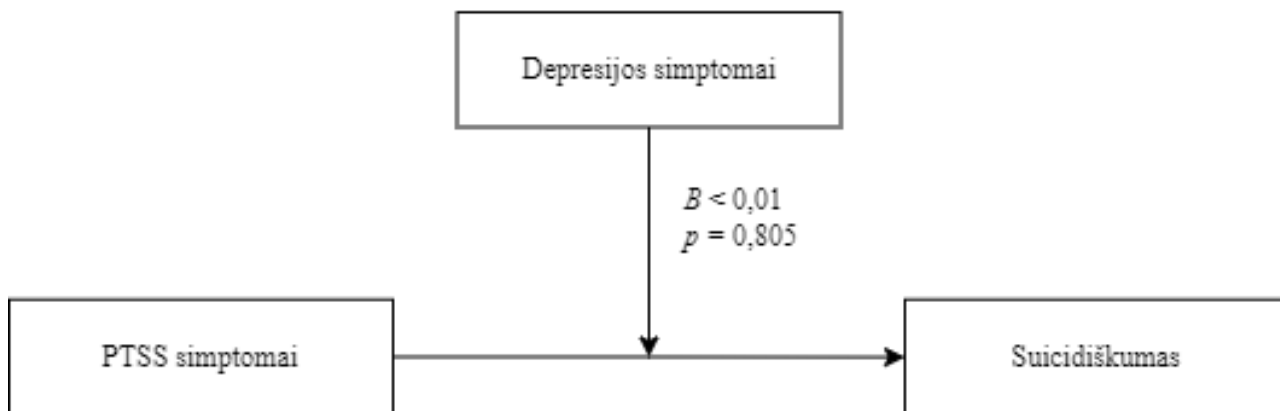
Pastaba. PTSS = potrauminio streso sutrikimo simptomai; AOS = sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai; KPTSS = kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

3.4. Depresijos, kaip ryšį tarp KPTSS ir savižudybės rizikos moderuojančio veiksnio, analizė

Pasitelkiant moderacinę analizę buvo įvertinta, ar patiriami depresijos simptomai moderuoja ryšį tarp kompleksinio potrauminio streso simptomų grupių bendro balo ir suicidinės rizikos bendro balo. Analizėje įvertinti trys modeliai. Modelyje nr. 1 vertinta, ar ryšys tarp potrauminio streso simptomų ir suicidiškumo priklauso nuo depresijos simptomų išreikštumo (1 pav.). Sudarytas modelis paaiškino 16% duomenų sklaidos ir buvo tinkamas regresinei analizei atlikti ($F(df) = 3,73(57)$; $p = 0,016$). Modelyje nr. 2 analizuota, ar depresijos simptomai yra ryšį tarp sutrikusios asmenybės organizacijos simptomų ir suicidiškumo moderuojantis veiksnys (2 pav.). Šis modelis paaiškino 15% duomenų sklaidos ir taip pat buvo tinkamas regresinei analizei atlikti ($F(df) = 3,38(57)$; $p = 0,024$). Ir modelyje nr. 3 vertintas depresijos simptomų moderacinis efektas ryšiui tarp kompleksinio potrauminio streso simptomų ir suicidiškumo (3 pav.). Sudarytas modelis paaiškino 16% duomenų sklaidos ir buvo tinkamas regresinei analizei atlikti ($F(df) = 3,73(57)$; $p = 0,016$).

1 pav. Regresinės analizės modelis nr. 1, skirtas įvertinti, ar depresiškumas moderuoja ryšį tarp PTSS simptomų ir suicidiškumo.

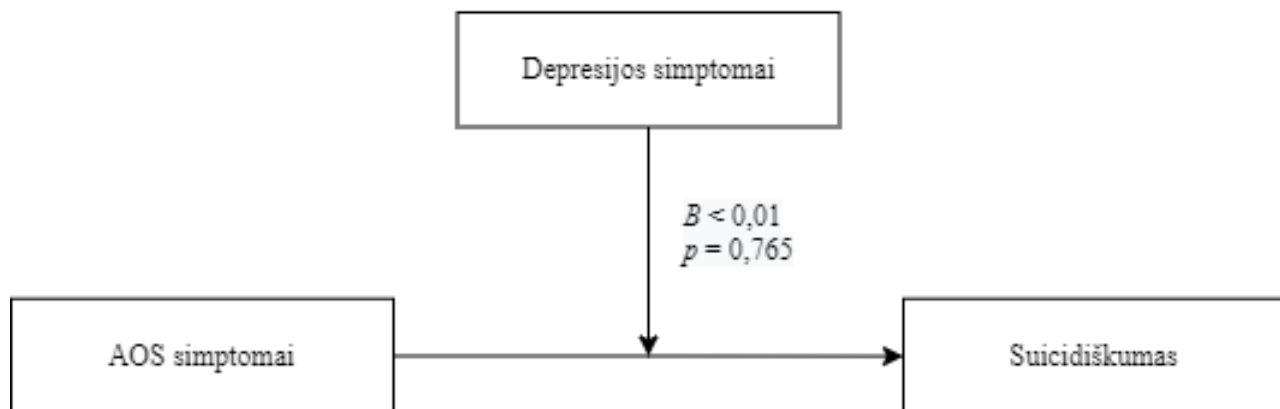
Modelis nr. 1



Pastaba. PTSS = potrauminio streso sutrikimo simptomai.

2 pav. Regresinės analizės modelis nr. 2, skirtas įvertinti, ar depresiškumas moderuoja ryšį tarp AOS simptomų ir suicidiškumo.

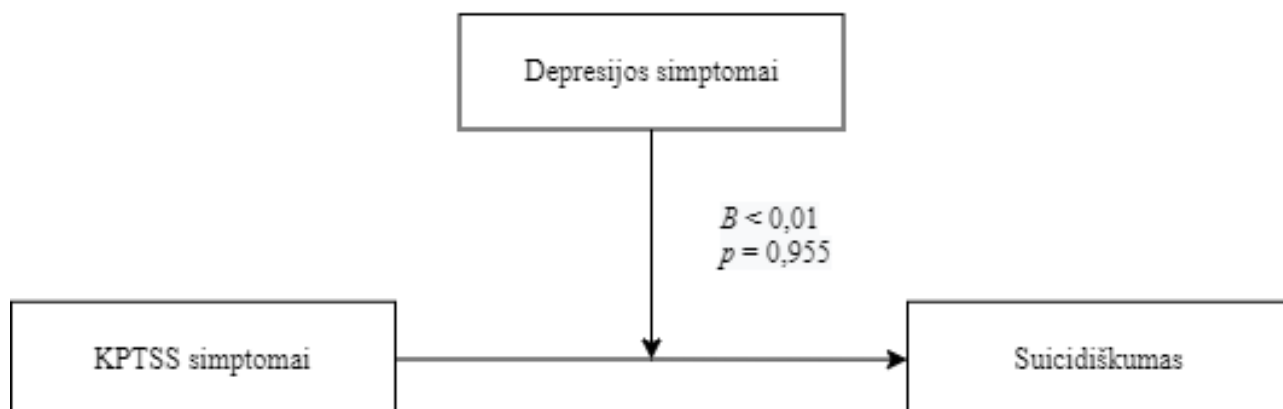
Modelis nr. 2



Pastaba. AOS = sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai.

3 pav. Regresinės analizės modelis nr. 3, skirtas įvertinti, ar depresiškumas moderuoja ryšį tarp KPTSS simptomų ir suicidiškumo.

Modelis nr. 3



Pastaba. KPTSS = kompleksinio potrauminio streso simptomai.

Sudaryti moderacinės analizės modeliai neatskleidė, kad depresijos simptomų išreikštumas yra reikšmingas ryšio tarp PTSS simptomatikos ir suicidiškumo ($B < 0,01$; $p = 0,805$) bei tarp AOS simptomatikos ir suicidiškumo ($B < 0,01$; $p = 0,765$) moderatorius. Taip pat depresiškumas neišryškėjo kaip statistiškai reikšmingas veiksnys, moderuojantis KPTSS simptomų ir suicidiškumo ryšį ($B < 0,01$; $p = 0,955$). Prognostiniai koeficientai ir reikšmingumo lygmenys pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė. Depresijos simptomų moderacija ryšiui tarp PTSS, AOS ir KPTSS simptomų ir suicidiškumo.

Nepriklausomi kintamieji	Savižudybės rizika					
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i> (min.)	95% <i>CI</i> (maks.)
Modelis nr. 1						
PTSS simptomai (PTSS)	0,14	0,32	0,43	0,668	-0,50	0,78
Depresijos simptomai (PHQ-9)	0,14	0,15	0,91	0,367	-0,16	0,44
PTSS x PHQ-9	< 0,01	0,02	0,25	0,805	-0,03	0,04
Modelis nr. 2						
AOS simptomai (AOS)	0,19	0,27	0,71	0,480	-0,35	0,73
Depresijos simptomai (PHQ-9)	0,22	0,15	1,43	0,157	-0,09	0,53
AOS x PHQ-9	< 0,01	0,02	-0,30	0,765	-0,03	0,03

Lentelės tęsinys.

Nepriklausomi kintamieji	Savižudybės rizika					
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i> (min.)	95% <i>CI</i> (maks.)
Modelis nr. 3						
KPTSS simptomai (KPTSS)	0,11	0,16	0,66	0,514	-0,22	0,43
Depresijos simptomai (PHQ-9)	0,14	0,17	0,80	0,430	-0,21	0,48
KPTSS x PHQ-9	< 0,01	0,01	0,06	0,955	-0,02	0,02

Pastaba. PTSS = potrauminio streso sutrikimo simptomai; AOS = sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai; KPTSS = kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomai. *B* = nestandartizuotas koeficientas; *CI* = pasikliautinis intervalas.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimu buvo siekiama įvertinti kompleksinio potrauminio streso, depresijos, nerimo, savižudybės rizikos bei psichologinės gerovės sąsajas vaikystės traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje. Nustatyta potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso ir kitų psichikos sveikatos rodiklių (depresijos rizikos, generalizuoto nerimo rizikos, savižudybės rizikos, psichologinės gerovės) paplitimas suaugusiųjų, patyrusių trauminės patirtis vaikystėje, imtyje. Taip pat įvertintas kitų psichikos sveikatos sunkumų paplitimas tarp tyrimo dalyvių, kuriems nustatytas PTSS ir KPTSS, grupių. Nustatyta, su kokiais KPTSS simptomais siejosi depresijos, generalizuoto nerimo bei savižudybės rizika. Įvertinta, ar depresijos simptomai moderuoja ryšį tarp kompleksinio potrauminio streso ir suicidiškumo.

Gauti tyrimo rezultatai papildė jau egzistuojančių tyrimų rezultatus, atneša daugiau aiškumo apie TLK-11 PTSS bei KPTSS ir skirtingų psichikos sveikatos rodiklių sąsajas. Rezultatai atskleidžia skirtingų KPTSS simptomų sąsajas su depresijos, generalizuoto nerimo ir savižudybės rizika. Tokių tyrimų iki šiol atlikta labai nedaug. Taip pat šis tyrimas yra vienas pirmųjų, kuriuo siekta atskleisti, ar depresijos simptomų stiprumas moderuoja ryšį tarp KPTSS simptomų ir suicidiškumo.

4.1. KPTSS ir kitų psichikos sveikatos sunkumų paplitimas

Tyrimo imtyje 13,1% dalyvių buvo nustatytas kliniškai reikšmingas potrauminis stresas, o 26,2% – kompleksinis potrauminis stresas. Šis paplitimas yra tikrai didelis, palyginus su anksčiau atliktais tyrimais, kur savistatos instrumentais vertintas PTSS ir KPTSS paplitimas varijavo nuo 1,8% iki 12,9% (Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2021; Karatzias, Hyland, et al., 2019; Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte, et al., 2021). Taip pat gautas didesnis paplitimas nei klinikinėje imtyje atliktame tyrime Lietuvoje (Kvedaraite, Gelezelyte, Karatzias, et al., 2021) bei tyrime, atliktame Švedijoje (Bondjers et al., 2019), kur tyrimo imtį sudarė trauminės patirtis patyrę asmenys, o PTSS ir KPTSS buvo vertinamas tokiu pačiu, kaip ir šiame tyrime naudotu diagnostiniu instrumentu – Tarptautiniu traumos interviu (Roberts et al., 2019).

Taip pat šiame tyrime tarp vaikystės psichologines traumas patyrusių asmenų rastas didesnis kitų psichikos sveikatos sunkumų paplitimas negu buvo rasta iki šiol. Daugiau negu pusė tyrimo imties susidūrė su depresijos sutrikimo rizika (63,9%), nerimo sutrikimo rizika (62,3%) arba savižudybės rizika (59%). Ankstesniuose tyrimuose, atliktuose trauminės patirtis patyrusių žmonių imtyse, šių sunkumų paplitimas randamas maždaug trečdalyje imties (Karatzias, Hyland, et al., 2019). Įvertinus bendros imties depresijos, nerimo bei suicidiškumo balų vidurkį, gauti įverčiai rodytų visų šių sunkumų riziką. Kartu, kaip ir ankstesniuose tyrimuose, buvo gauti rezultatai, kad traumas patyrusių asmenų bendra psichologinė gerovė buvo žema (Cloitre et al., 2019).

Šiame tyrime tokią didelį psichikos sveikatos sunkumų paplitimą ir bendrą imties prastą savijautą galima paaiškinti tuo, kad tyrime dalyvauti buvo kviečiami asmenys, patyrę bent vieną traumuojantį įvykį gyvenime, o šio tyrimo imtį sudarė išskirtinai asmenys, patyrę bent vieną trauminę patirtį vaikystėje. Vaikystės trauminės patirtys yra svarbus labai rizikos veiksnys kylantiems įvairiems psichologiniams sunkumams (Miller et al., 2013; Newins et al., 2021; Park et al., 2015), dėl to būtent vaikystės traumos patirtis gali būti susijusi su bendrai žemais imties psichikos sveikatos rodikliais. Taip pat kvietimo dalyvauti tyrime žinutėje buvo nurodyta, jog tyrimo dalyviai turės galimybę gauti grįžtamąjį ryšį apie jų psichologinę savijautą bei rekomendacijas, jeigu reikėtų specializuotos psichotraumatologinės pagalbos. Taigi, tikėtina, kad ir dalyvauti tyrime buvo suinteresuoti tie asmenys, kurie patiria reikšmingus psichologinius sunkumus, nori geriau suprasti savo savijautą ir siekia pagalbos.

4.2. PTSS, KPTSS ir kiti psichikos sveikatos sunkumai

Visų pirma, gauti rezultatai atskleidė, kad tarp kliniškai reikšmingą KPTSS patiriančių asmenų, depresijos, generalizuoto nerimo ir savižudybės rizika buvo būdinga beveik visiems esantiems toje grupėje (atitinkamai 93,8%; 87,5% ir 93,8%). Tokį aukštą šių sunkumų gretutinumą patvirtina ir ankstesni tyrimai (Karatzias, Hyland, et al., 2019).

Gauti rezultatai atskleidė, kad žmonės, patiriantys kliniškai reikšmingą kompleksinį potrauminį stresą, dažniau patiria depresijos, generalizuoto nerimo simptomus, savižudybės riziką bei pasižymi prastesne psichologine gerove nei asmenys, kurie yra patyrę trauminių patirčių, tačiau jiems PTSS ar KPTSS nenustatytas. Šių sunkumų skirtumų nebuvo rasta tarp grupės, kurioje nustatytas PTSS, ir grupės, kurioje PTSS ar KPTSS nenustatytas. Šie rezultatai kelia klausimų, kadangi anksčiau vykdytuose tyrimuose, kai į tyrimus dar nebuvo įtraukta KPTSS diagnozė, buvo randama, kad tiek depresija, nerimas ir savižudybės rizika, tiek žemesnė psichologinė gerovė dažniau patiriama asmenų, kuriems būdingi PTSS simptomai ar PTSS rizika (Armenta et al., 2019; Ginzburg et al., 2010; Street et al., 2021). Taigi, gali būti, kad klasifikacijoje atskyrus KPTSS nuo PTSS, didesnius sunkumus po trauminės patirties išgyvenantiems asmenims bus būdingas kompleksinis potrauminis stresas. Vis dėlto, šiame tyrime nebuvo rasta skirtumų ir tarp PTSS ir KPTSS grupių, palyginus depresijos, nerimo riziką bei psichologinės gerovės indeksą. Anksčiau atliktuose tyrimuose skirtumai tarp šių dviejų grupių buvo rasti (Facer-Irwin et al., 2021; Murphy et al., 2021). Žinoma, tikėtina, kad atlikus tyrimus didesnėse imtyse, statistiškai reikšmingi skirtumai labiau išryškėtų. Palyginus savižudybės rizikos paplitimą tarp šių dviejų grupių, mūsų tyrime buvo gauta, jog asmenys, patiriantys kliniškai reikšmingą kompleksinį potrauminį stresą, dažniau susiduria su savižudybės rizika nei asmenys, patiriantys tik kliniškai reikšmingus potrauminio streso simptomus. Šie rezultatai pasitvirtino ir ankstesniuose atliktuose tyrimuose (Hyland et al., 2018).

4.3. KPTSS simptomų ir kitų psichikos sveikatos rodiklių sąsajos

Palyginus kompleksinio potrauminio streso simptomų išreikštumą tarp asmenų, kurie patenka į depresijos rizikos ir ne rizikos grupes, visi simptomai ar simptomų grupės buvo reikšmingai patiriami stipriau depresijos rizikos grupėje. Anksčiau atliktuose tyrimuose, kuriuose buvo vertinami atskiri KPTSS simptomai ir jų grupės, buvo gaunami nevienareikšmiai rezultatai. Vienuose tyrimuose teigiama, jog depresijos rizika gali būti labiau susijusi su PTSS simptomų grupe ir atskirais simptomais bei AOS būdingu neigiamu savęs vertinimu (Gilbar, 2020), kituose – kad depresija kaip tik labiau sietina su AOS simptomų klasteriu (Rzeszutek et al., 2021). Šiame tyrime tiek PTSS, tiek AOS, tiek atskiri šių grupių simptomai buvo stipresni grupėje, kuriai yra būdinga depresijos rizika. Vis dėlto, atsiskleidė, jog iš visų simptomų didžiausi skirtumai rasti tarp neigiamo savęs vertinimo bei su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar dalykų vengimo simptomų palyginus depresijos rizikos ir ne rizikos grupes. Viena vertus, šie simptomai gali būti susiję ir su depresijai būdingais simptomais, pavyzdžiui, AOS būdingas neigiamas savęs vertinimas gali būti susijęs su depresijai būdingu galimu bevertiškumo jausmu (World Health Organization, 2018). Kita vertus, šios sąsajos gali būti unikalios ir tokios, į kurias svarbu atkreipti dėmesį siekiant suprasti asmenis, patiriančius KPTSS ir depresiją kartu.

Panašiai kaip ir depresijos rizikos atveju, visi KPTSS simptomai buvo stipriau išreikšti generalizuoto nerimo rizikos grupėje, palyginus su ne rizikos grupe. Anksčiau atliktuose tyrimuose vienareikšmiški rezultatai neatsiskleidė, su kokiais KPTSS simptomais yra labiau susijęs generalizuotas nerimas. Šiuo tyrimu buvo gauta, kad tiek PTSS, tiek KPTSS simptomai siejasi su generalizuotu nerimu, tačiau didžiausi skirtumai tarp generalizuoto nerimo rizikos ir ne rizikos grupių rasti palyginus PTSS daliai būdingus – pasikartojančios trauminės patirties išgyvenimo dabartyje bei nuolatinės padidėjusios grėsmės jausmo – simptomus. Dalyje anksčiau atliktų tyrimų taip pat randamos didesnės generalizuoto nerimo ir PTSS simptomų sąsajos (Bondjers et al., 2019; Friedman et al., 2011; Gelezelyte, Roberts, et al., 2022), tačiau taip pat randama, kad generalizuotas nerimas labiausiai susijęs su PTSS būdingais vengimo simptomais (Friedman et al., 2011). Vis dėlto, būtų galima teigti, kad šiame tyrime rasti stipriau išreikšti nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo bei pasikartojančio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomai yra susiję su generalizuotam nerimui būdingais simptomais – bendras nerimas iš esmės gali būti būdingas asmenims nuolatos išgyvenantiems padidėjusios grėsmės jausmą, o pasikartojančios trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomai gali būti siejami su patiriamais miego sunkumais, padidėjusiu baimingumu (Bisson, 2013; World Health Organization, 2018).

Palyginus savižudybės rizikoje esančius ir nesančius asmenis, ne visi simptomai buvo reikšmingai stipriau išreikšti savižudybės rizikos grupėje. Gauta, jog savižudybės rizika buvo labiau susijusi su pasikartojančio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje, su traumine patirtimi susijusių

minčių, jausmų ir dalykų vengimo bei neigiamo savęs vertinimo simptomais. Gauti rezultatai, kad pasikartojančio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomai siejasi su savižudybės rizika, patvirtinami ir anksčiau atliktuose tyrimuose (Lee et al., 2021; Selaman et al., 2014). Taip pat šių simptomų sąsajas galima paaiškinti tuo, kad pasikartojančios trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomai gali būti patiriami kartu su disociacinėmis būsenomis, kurias patiriantiems žmonėms yra būdinga savižala ir aukšta savižudybės rizika (Rossi et al., 2019). Taip pat ankstesniuose tyrimuose patvirtinamos ir patiriamų vengimo simptomų sąsajos su padidėjusia suicidine rizika (Selaman et al., 2014). Vienas iš paaiškinimų gali būti, kad PTSS vengimo simptomai kartu gali būti kaip įveikos mechanizmas, siekiant sumažinti pasikartojančius trauminės patirties išgyvenimus dabartyje, kurių pasireiškimas gali būti susijęs su išoriniais stimulais, primenančiais trauminę patirtį (Panagioti et al., 2011). Tokiu atveju, prastėjant ir asmenų socialiniam funkcionavimui bei didėjant neigiamam afektui, didėja savižudybės rizika (Panagioti et al., 2011). Nors anksčiau atliktų tokių tyrimų, kuriuose atsiskleistų, su kokiais išskirtiniais simptomais siejasi savižudybės rizika ir sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai, nepavyko rasti, galima mėginti teoriškai suprasti, kaip šiame tyrime išsiskyrę simptomai gali būti susiję su savižudybės rizika. Pavyzdžiui, savižudybės rizika labai kinta priklausomai nuo asmens savęs vertinimo ypatumų – jeigu žmogus linkęs laikyti save beverčiu, nepilnaverčiu, kaltinti save, aplinkos keliamus reikalavimus suprasti kaip labai aukštus, kurių jis negali atitikti, tuomet yra tikimybė, kad savižudybės rizika didės (Baumeister, 1990). Šie įvardinti savęs vertinimo ypatumai yra labai panašūs į AOS neigiamo savęs vertinimo simptomus. Taip pat gali būti, kad neigiamo savęs vertinimo simptomai yra susiję ir su depresijos simptomais, kurie taip pat gali sietis su mintimis apie savižudybę (World Health Organization, 2018).

4.4. Depresija kaip ryšį tarp KPTSS ir suicidiškumo moderuojantis veiksnys

Įvertinus, ar tiriamoje vaikystės traumas patyrusių suaugusiųjų imtyje depresija moderuoja ryšį tarp potrauminio streso simptomų, sutrikusios asmenybės organizacijos simptomų ir kompleksinio potrauminio streso simptomų bei suicidiškumo, statistiškai reikšmingų rezultatų neatskleista. Nors ankstesni rezultatai patvirtina, kad patiriama depresija moderuoja ryšį tarp PTSS ir suicidiškumo (Panagioti et al., 2011, 2012a; Pukay-Martin et al., 2012; Ramsawh et al., 2014), mūsų tyrime šie rezultatai nebuvo patvirtinti. Žinoma, tokiems rezultatams galėjo turėti įtakos nedidelė tyrimo dalyvių imtis. Kita vertus, šiame tyrime buvo tyrinėta specifinė vaikystės traumas patyrusių asmenų imtis, tad galbūt ir rezultatai gaunami kitokie. Ankstesniuose tyrimuose buvo randama, kad šis ryšys gali būti stipriau išreikštas asmenims, kurie yra patyrę specifinių trauminių patirčių, pvz., dalyvavę karo zonoje, patyrę seksualinę prievartą ar fizinį smurtą artimoje aplinkoje, taip pat patyrę didesnę skirtingų trauminių patirčių įvykusių per gyvenimą skaičių (Panagioti, Gooding, & Tarrier,

2009). Taigi, gali būti svarbu tokius tyrimus kartoti didesnėse imtyse, kuriose atsispindėtų ir skirtingos trauminės patirtys bei patirtų per gyvenimą trauminių patirčių kiekis, jų tęstinumas.

Mūsų tyrime atlikta analize mėginta išsiaiškinti ir tai, ar PTSS ir suicidiškumo ryšį bei AOS ir suicidiškumo ryšį arba KPTSS ir suicidiškumo ryšį skirtingai moderuoja depresijos simptomai. Tačiau reikšmingų rezultatų neatsiskleidė. Įvertintus suicidinės rizikos dažnį tarp PTSS ir KPTSS grupių skirtumai buvo gauti – asmenys, kuriems nustatytas KPTSS, dažniau pateko į suicidinės rizikos grupę. Taigi, gali būti, kad svarbu vertinti ne tik simptomų išreikštumą, bet jų klinikinį reikšmingumą, siekiant atskleisti tokius ryšius.

4.5. Tyrimo ribotumai ir gairės tolesniems tyrimams

Vertinant gautus rezultatus būtina atsižvelgti ir į tyrimo ribotumus. Pirmiausia, tyrimo imtis nebuvo didelė. Tyrimo metu naudotas potrauminio bei kompleksinio potrauminio streso įvertinimui skirtas pusiau struktūruotas diagnostinis interviu leidžia išsamiau ir tiksliau atskleisti asmenų, patyrusių trauminės patirtis, reakcijas į traumą nei tai galėtų padaryti savistatos metodikos. Diagnostiniai interviu yra laikomi auksiniu standartu, siekiant įvertinti asmenų PTSS simptomus, nes jie yra grindžiami klinikiniu vertinimu ir atliekami apmokyto psichologo, kuris gerai išmano konceptualų PTSS simptomų pagrindą (Siqueland, Hussain, Lindstrøm, Ruud, & Hauff, 2017). Tačiau tai kelia ir iššūkių surinkti didelį kiekį duomenų, pritraukti tyrimo dalyvių, juo labiau, jog imtis yra specifiška – vaikystės trauminės patirtis išgyvenę asmenys. Taip pat šio tyrimo imtį sudarė didelė dalis moterų, taigi, atsižvelgiant tiek į imties dydį, tiek į pasiskirstymą pagal lytį, svarbu įvardinti, jog tyrimo rezultatus reikėtų interpretuoti atsargiai. Taip pat šiame tyrime naudoti savistatos instrumentai leidžia atskleisti depresijos, nerimo sutrikimų riziką, tačiau neleidžia įvertinti klinikinių simptomų. Nors empiriniuose tyrimuose yra įprasta praktika derinti diagnostinio interviu bei savistatos instrumentus (Bondjers et al., 2019), vis dėlto siekiant išsamiau atskleisti simptomų persidengimą, būtų svarbu kitus psichikos sveikatos rodiklius vertinti taip pat diagnostiniais interviu metodais, kaip tai buvo daroma kompleksinio potrauminio streso sutrikimo atveju. Tokie tyrimai padėtų atskleisti išsamų kliniškai reikšmingų simptomų persidengimą. Taip pat iš ankstesnių tyrimų yra žinoma, kad PTSS su greta pasireiškiančiais depresijos simptomais, linkę kisti kartu, t. y. mažėjant PTSS simptomams, mažėja depresyvi simptomatika, ir atvirkščiai (Armenta et al., 2019). Taigi, svarbu atlikti ir tęstinius tyrimus bei stebėti KPTSS ir kitų psichikos sveikatos sunkumų pokyčius einant laikui.

Taip pat svarbu atsižvelgti ir į tai, kad tyrimas buvo vykdomas COVID-19 pandemijos metu ir interviu buvo vykdomi nuotoliniu būdu. Ter Heide ir kolegos (2021) tyrinėjo asmenų, patyrusių trauminių išgyvenimų, patirtis gaunant psichologinę pagalbą gyvai ir tele-konferencijų būdu COVID-19 pandemijos metu. Skirtumų įvertinus pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis neatsiskleidė,

tačiau pastebėta, kad nuotoliniu būdu gaunant pagalbą mažesnis pasitenkinimas yra tarp tų asmenų, kurie patiria didesnius psichologinius sunkumus (Ter Heide et al., 2021). Klinikinis įvertinimas, ypač tyrimų rėmuose, yra ypatingas dar ir tuo, jog neretai įvertinimą atliekantis psichologas ir klientas matosi pirmą kartą, dėl to gali kilti sunkumų mezgant kontaktą. Taigi, galima kelti prielaidas, jog asmenims, kurie patyrė didesnių su traumine patirtimi susijusių sunkumų, galėjo būti sunku atsiskleisti apie savo patirtis ir savijautą, o prie to galėjo prisidėti dar ir tai, kad interviu vyko nuotoliniu būdu. Taip pat COVID-19 pandemija ir tyrimo metu paskelbtas karantinas galėjo neigiamai paveikti ir pačių tyrimo dalyvių savijautą, kas kartu galėjo nulemti ir gana didelius kitų vertintų psichikos sveikatos rodiklių įverčius.

4.6. Praktinės rekomendacijos

Remiantis šio tyrimo rezultatais, galima kelti prielaidas, jog asmenims, vaikystėje patyrusiems trauminių patirčių ir šiuo metu patiriantiems kliniškai reikšmingą kompleksinį potrauminį stresą, labiau būdinga suicidinė rizika. Taip pat tikėtina, jog patiriantys kliniškai reikšmingą KPTSS asmenys, dažniau patirs depresijos ir nerimo sutrikimo riziką, nei asmenys, kuriems nenustatytas PTSS ar KPTSS. Klinikinėje praktikoje, dirbant su kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomų turinčiais žmonėmis, svarbu atkreipti dėmesį į galimą depresijos ir nerimo simptomatiką bei suicidinę riziką. Suicidinės rizikos atveju gali būti svarbu pirmenybę teikti intervencinėms priemonėms, kurios padėtų mažinti patiriamus pasikartojančios trauminės patirties išgyvenimo dabartyje, vengimo bei neigiamo savęs vertinimo simptomus. Vis dėlto, teikiant pagalbą asmenims su suicidine rizika, svarbu atsižvelgti į savižudybės rizikos lygį. Teikiant pagalbą klientams, patiriantiems PTSS ir esantiems savižudybės rizikoje Bryan (2016) rekomenduoja atsižvelgti kokio stiprumo yra savižudybės rizika. Esant aukštai savižudybės rizikai, prieš pradėdant dirbti pasitelkiant į traumines patirtis orientuotus metodus, pirmiausia svarbu orientuoti pagalbą į savižudybės rizikos mažinimą – stiprinti asmens sprendimų priėmimo, emocijų reguliacijos kognityvinės įveikos būdus. Esant vidutinio stiprumo savižudybės rizikai, galima teikti į traumines patirtis orientuotą pagalbą, tačiau svarbu, kad šalia būtų pasitelkiamos ir savižudybės rizikos valdymo priemonės. Žemos savižudybės rizikos atveju, stebint ar nedidėja savižudybės rizika, galima iš karto taikyti su trauminėmis patirtimis orientuotą pagalbą (Bryan, 2016). Vis dėlto, ateityje svarbu atlikti tolesnius tyrimus, kuriais pavyktų geriau suprasti, kokios specifinės pagalbos priemonės turi būti taikomos asmenims, patiriantiems KPTSS simptomus ir esantiems suicidinėje rizikoje.

Taip pat, taikant intervencijas asmenims, patiriantiems kliniškai reikšmingą kompleksinį potrauminį stresą, svarbu stipinti asmenų bendrą psichologinę gerovę, siekti užtikinti tokių asmenų priėmimą visuomenėje, kurti saugią ir pasitikinčią aplinką, kas galėtų padėti atsistatyti sutrikimo atveju bei mažinti atkryčio riziką (Radstaak et al., 2020).

Taigi, galima kelti prielaidas, jog klinikinėje praktikoje dirbant su psichologines vaikystės traumas patyrusiais asmenimis, patiriančiais kliniškai reikšmingą kompleksinį potrauminį stresą ar kompleksinio potrauminio streso simptomų, svarbu atsižvelgti į galimus patiriamus depresijos, generalizuoto nerimo simptomus ar suicidinę riziką. Pagalbą teikiant asmenims KPTSS ir komorbidiškos depresijos atveju gali būti naudinga pradžioje ar didesnę dalį dėmesio kreipti į KPTSS simptomus, susijusius su neigiamu savęs vertinimu bei su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar dalykų vengimu. KPTSS ir komorbidiško generalizuoto nerimo atveju pradžioje pagalba galėtų būti daugiau orientuota į pasikartojančios trauminės patirties išgyvenimo dabartyje bei nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomus. Stebint asmenį, esantį savižudybės rizikoje ir patiriantį KPTSS simptomus, užtikrinus kliento saugumą dėl suicidinės rizikos, gali būti svarbu pagalbą orientuoti į pasikartojančios trauminės patirties dabartyje išgyvenimą, su traumine patirtimi susijusių minčių, jausmų ar dalykų vengimo simptomus bei į neigiamo savęs vertinimo simptomus.

IŠVADOS

1. Psichologines traumas vaikystėje patyrusių suaugusiųjų imtyje kliniškai reikšmingas potrauminis stresas nustatytas 13,1%, o kompleksinis potrauminis stresas – 26,2% tyrimo dalyvių. Depresijos, generalizuoto nerimo ir savižudybės rizika nustatyta daugiau nei pusei imties (atitinkamai 63,9%, 62,3%, ir 59%). Psichologinės gerovės indekso vidurkis atskleidė prastą tyrimo dalyvių psichologinę gerovę.
2. Lyginant tyrimo dalyvius, kuriems nustatyti PTSS ir KPTSS, KPTSS grupėje pastebėta dažnesnė savižudybės rizika. Taip pat KPTSS grupė dažniau pasižymėjo depresijos, generalizuoto nerimo ir savižudybės rizika bei prastesne psichologine gerove nei grupė, kuriai nei PTSS, nei KPTSS nenustatyti.
3. Asmenys, esantys savižudybės rizikoje, patyrė stipresnius šiuos kompleksinio potrauminio streso simptomus: pasikartojančios trauminės patirties išgyvenimo dabartyje, vengimo ir neigiamo savęs vertinimo. Depresijos ir generalizuoto nerimo rizikos grupėse esančių asmenų visi patiriami KPTSS simptomai buvo išreikšti stipriau nei esančių ne rizikos grupėse.
4. Depresijos simptomai neatsiskleidė kaip ryšius tarp PTSS simptomų ir suicidiškumo, AOS simptomų ir suicidiškumo bei KPTSS simptomų ir suicidiškumo moderuojantis veiksnys.

LITERATŪRA

- Armenta, R. F., Walter, K. H., Geronimo-Hara, T. R., Porter, B., Stander, V. A., & Leardmann, C. A. (2019). Longitudinal trajectories of comorbid PTSD and depression symptoms among U.S. service members and veterans. *BMC Psychiatry, 19*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2375-1>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as Escape From Self. *Psychological Review, 97*(1), 90–113.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety, 35*(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Lepine, J. P., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine, 46*(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Biliunaite, I., Kazlauskas, E., Sanderman, R., Truskauskaitė-Kunevičienė, I., Dumarkaitė, A., & Andersson, G. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for informal caregivers: Randomized controlled pilot trial. *Journal of Medical Internet Research, 23*(4), 1–15. <https://doi.org/10.2196/21466>
- Bisson, J. I. (2013). What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? the divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 22*(3), 205–207. <https://doi.org/10.1017/S2045796013000164>
- Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M., & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review, 58*(October), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Bryan, C. J. (2016). Treating PTSD Within the Context of Heightened Suicide Risk. *Current Psychiatry Reports, 18*(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0708-z>
- Butkutė-Šliuožienė, K. (2019). Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7. *Biologinė Psichiatrija Ir*

Psichofarmakologija, 21(1), 21–22.

- Cloitre, M., Courtois, C. A. ., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). *Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices*. 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- De Cates, A., Stranges, S., Blake, A., & Weich, S. (2015). Mental well-being: An important outcome for mental health services? *British Journal of Psychiatry*, 207(3), 195–197. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158329>
- Dumarkaite, A., Truskauskaite-Kuneviciene, I., Andersson, G., & Kazlauskas, E. (2022). The Effects of Online Mindfulness-Based Intervention on Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial With 3-Month. *Frontiers in Psychiatry*, 13(March), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.799259>
- Facer-Irwin, E., Karatzias, T., Bird, A., Blackwood, N., & MacManus, D. (2021). PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: Prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004936>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 737–749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>
- Gelezelyte, O., Kazlauskas, E., Brailovskaia, J., Margraf, J., & Truskauskaite-Kuneviciene, I. (2021). Suicidal ideation in university students in Lithuania amid the COVID-19 pandemic: A prospective study with pre-pandemic measures. *Death Studies*, 0(0), 1–9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1947417>
- Gelezelyte, O., Kvedaraite, M., Kairyte, A., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Kazlauskas, E. (2022). The mediating role of complex posttraumatic stress and borderline pattern symptoms on the association between sexual abuse and suicide risk. *Borderline Personality Disorder and Emotion*

Dysregulation, 9(13), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00183-z>

- Gelezelyte, O., Roberts, N. P., Kvedaraite, M., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., Kairyte, A., Karatzias, T., Shevlin, M., & Kazlauskas, E. (2022). Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2037905>
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of Affective Disorders*, 262, 429–439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.060>
- Gilbar, O., Dekel, R., Hyland, P., & Cloitre, M. (2019). The role of complex posttraumatic stress symptoms in the association between exposure to traumatic events and severity of intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect*, 98, 104174. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104174>
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1596–1602. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 249–257. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.006>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach* (D. A. Kenny & T. D. Little (eds.); 3rd ed.). The Guilford Press.
- Herman, J. L. (2006). *Trauma ir išgijimas: prievartos pasekmės - nuo buitinio smurto iki politinio teroro*. Vaga.
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018). Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 174–180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019).

- Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887–894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- 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). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Gelezelyte, O., Nomeikaite, A., & Zelviene, P. (2021). Posttraumatic stress disorder and adjustment disorder in lithuanian healthcare in 2018–2020: A nation-wide cohort study of the effects of covid-19 pandemic. *Healthcare*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/healthcare9111422>
- 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, 99–102. <https://doi.org/10.1002/jts>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Bisson, J., Karatzias, T., Kazlauskas, E., & Roberts, N. P. (2020). A Cross-Cultural Comparison of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptom Networks in Austria, the United Kingdom, and Lithuania. *Journal of Traumatic Stress*, 33(1), 41–51. <https://doi.org/10.1002/jts.22361>
- 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*, 1(10). <https://doi.org/10.1177/00207640211057720>
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Karatzias, T., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2021). Mediating role of avoidance of trauma disclosure and social disapproval in ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder: cross-sectional study in a Lithuanian clinical sample. *BJPsych Open*, 7(6), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1055>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative

- panel study. *Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553–560. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156>
- Lee, D. J., Kearns, J. C., Stanley, I. H., Spitzer, E. G., Woodward, B., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2021). A Comparison of Dimensional and Categorical Approaches to Characterizing the Association Between Posttraumatic Stress Disorder and Future Suicide Attempts. *Journal of Traumatic Stress*, 34(6), 1099–1107. <https://doi.org/10.1002/jts.22689>
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61–66. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00198-8)
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 21–24. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Mažulytė, E., Skerytė-Kazlauskienė, M., Eimontas, J., Gailienė, D., Grigutytė, N., & Kazlauskas, E. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: Three adult generations in Lithuania. *Psichologija*, 49(April), 20–33. <https://doi.org/10.15388/psichol.2014.49.3696>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior: A Systematic Review and Critical Examination of the Literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- Misevičienė, I., & Žilinskas, M. (1999). PSO-5 geros savijautos rodiklis. *Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health*. https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Lithuanian.pdf
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67–72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 421–431. <https://doi.org/10.1111/acps.13161>
- Montvidas, J. (2018). PACIENTO SVEIKATOS KLAUSIMYNAS-9. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, 20(2), 57–59. http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2019/01/JPBP_2018_v20_No2_57-59.pdf
- Murphy, D., Karatzias, T., Busuttill, W., Greenberg, N., & Shevlin, M. (2021). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: risk factors and comorbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(7), 1289–1298.

<https://doi.org/10.1007/s00127-021-02028-6>

- Newins, A. R., Wilson, L. C., & Kimbrel, N. A. (2021). Child maltreatment and suicidal ideation: The role of PTSD symptoms and alcohol misuse. *Current Psychology, 40*(10), 4930–4936. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00436-1>
- Norkiene, I., Jovarauskaite, L., Kvedaraite, M., Uppal, E., Phull, M. K., Chander, H., Halford, K., & Kazlauskas, E. (2021). ‘Should I Stay, or Should I Go?’ Psychological Distress Predicts Career Change Ideation Among Intensive Care Staff in Lithuania and the UK Amid COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(5), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052660>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with Clinical and Nonclinical Samples. *Psychological Assessment, 8*(4), 443–454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Palic, S., Zerach, G., Shevlin, M., Zeligman, Z., Elklit, A., & Solomon, Z. (2016). Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research, 246*, 692–699. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.062>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Dunn, G., & Tarrier, N. (2011). Pathways to Suicidal Behavior in Posttraumatic Stress. *Journal of Traumatic Stress, 24*(2), 137–145. <https://doi.org/10.1002/jts>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012a). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry, 53*(7), 915–930. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.009>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012b). Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder: Their association with suicidal behavior and severity of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(8), 676–683. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182613f91>
- Panagioti, M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clinical Psychology Review, 29*(6), 471–482. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.001>
- Park, S., Hong, J. P., Jeon, H. J., Seong, S., & Cho, M. J. (2015). Childhood exposure to psychological trauma and the risk of suicide attempts: The modulating effect of psychiatric disorders. *Psychiatry Investigation, 12*(2), 171–176. <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.2.171>
- Pasaulio sveikatos organizacija. (2010). Psichikos ir elgesio sutrikimai. *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM) – Sisteminių ligų sąrašas* (pp. 1–51). Lane Print and Post.

<http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>

- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry, 39*, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005>
- Pukay-Martin, N. D., Pontoski, K. E., Maxwell, M. A., Calhoun, P. S., Dutton, C. E., Clancy, C. P., Hertzberg, M. A., Collie, C. F., & Beckha, J. C. (2012). The Influence of Depressive Symptoms on Suicidal Ideation Among U.S. Vietnam-Era and Afghanistan/Iraq-Era Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 578–582. <https://doi.org/10.1002/jts>
- Radstaak, M., Hüning, L., & Bohlmeijer, E. T. (2020). Well-Being Therapy as Rehabilitation Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Traumatic Stress, 33*(5), 813–823. <https://doi.org/10.1002/jts.22500>
- Ramsawh, H. J., Fullerton, C. S., Mash, H. B. H., Ng, T. H. H., Kessler, R. C., Stein, M. B., & Ursano, R. J. (2014). Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *Journal of Affective Disorders, 161*, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.016>
- Redican, E., Cloitre, M., Hyland, P., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2022). The latent structure of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a general population sample from USA: A factor mixture modelling approach. *Journal of Anxiety Disorders, 85*, 102497. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102497>
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J. I., & Brewin, C. R. (2019). *International Trauma Interview (ITI) for ICD- 11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.2)*.
- Rossi, R., Longo, L., Fiore, D., Carcione, A., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2019). Dissociation in stress-related disorders and self-harm: A review of the literature and a systematic review of mediation models. *Journal of Psychopathology, 25*(3), 162–171.
- Rzesutek, M., Lis-Turlejska, M., Pięta, M., Hoy, A. Van, Zawistowska, M., Drabarek, K., Kozłowska, W., Szyszka, M., & Frąć, D. (2021). Profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD), and Subjective Well-Being in a Sample of Adult Children of Alcoholics. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001211>
- Selaman, Z. M. H., Chartrand, H. K., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2014). Which symptoms of post-traumatic stress disorder are associated with suicide attempts? *Journal of Anxiety Disorders, 28*(2), 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.005>
- Siqveland, J., Hussain, A., Lindstrøm, J. C., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with chronic pain: A meta-analysis. *Frontiers in*

- Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00164>
- Spikol, E., Robinson, M., McGlinchey, E., Ross, J., & Armour, C. (2022). Exploring complex-PTSD comorbidity in trauma-exposed Northern Ireland veterans. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2046953>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stevens, A., Fabra, M., & Thies, E. (2013). Self-report vs. clinical interview for posttraumatic stress disorder in medicolegal assessment. *German Journal of Psychiatry*, August, 87–94.
- Street, A. E., Jiang, T., Horváth-Puhó, E., Rosellini, A. J., Lash, T. L., Sørensen, H. T., & Gradus, J. L. (2021). Stress Disorders and the Risk of Nonfatal Suicide Attempts in the Danish Population. *Journal of Traumatic Stress*, 34(6), 1108–1117. <https://doi.org/10.1002/jts.22695>
- Ter Heide, F. J. J., De Rie, S., De Haan, A., Boeschoten, M., Nijdam, M. J., Smid, G., Wind, T., & Mooren, T. (2021). Wellbeing and clinical videoconferencing satisfaction among patients in psychotrauma treatment during the coronavirus pandemic: cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1906021>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. L. (2013). Life events checklist for DSM-5 (LEC-5) - Standard. [Measurement instrument]. *National Center for PTSD*, 5, 3. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O., & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: Findings from the adult psychiatric morbidity survey for England 2007. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 23–28. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.091496>
- World Health Organisation. (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care / The Depcare Project. *Report on a WHO Meeting*, 45. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health* (H. Herrma, S. Saxena, & R. Moodie (eds.)). <https://doi.org/10.5840/ncbq201616462>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

PRIEDAI

1 Priedas

KPTSS simptomai	Bendra tyrimo imtis			
	N = 61			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.
Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje	1,79	1,55	0	6
Vengimas	2,74	1,83	0	7
Grėsmės jausmas dabartyje	2,11	1,74	0	6
Emocijų reguliacijos sunkumai	2,41	1,37	0	6
Neigiamas savęs vertinimas	2,57	2,20	0	8
Tarpasmeninių santykių sunkumai	2,43	2,67	0	8
PTSS bendras įvertis	6,64	4,32	0	18
AOS bendras įvertis	7,41	5,35	0	20
KPTSS bendras įvertis	14,05	8,59	0	38

Pastaba. PTSS = potrauminio streso sutrikimo simptomai; AOS = sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai; KPTSS = kompleksinio potrauminio streso sutrikimas.