

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Simona Miladauskaite

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

Adaptacijos sutrikimo, įveikos strategijų ir suicidiškumo sąsajos

Darbo vadovas: prof. dr. Evaldas Kazlauskas

Vilnius
2020

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY	4
PRATARMĖ	5
1. ĮVADAS.....	7
1.1. Adaptacijos sutrikimas.....	7
1.2. Įveikos strategijos.....	12
1.3. Suicidiškumas.....	15
1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	21
2. TYRIMO METODIKA.....	22
2.1. Tyrimo dalyviai	22
2.2. Tyrimo instrumentai	23
2.3. Tyrimo eiga	25
2.4. Duomenų analizė	25
3. REZULTATAI	27
3.1. Stresinių patirčių analizė ir jų sąsajos su respondentų charakteristikomis	27
3.2. Adaptacijos sunkumų analizė ir sąsajos su respondentų charakteristikomis	28
3.3. Įveikos strategijų analizė.....	30
3.4. Suicidinės rizikos analizė.....	34
4. REZULTATŲ APTARIMAS	38
4.1. Stresinių patirčių analizė ir jų sąsajos su respondentų charakteristikomis	38
4.2. Adaptacijos sunkumų analizė ir sąsajos su respondentų charakteristikomis	39
4.3. Įveikos strategijų analizė.....	40
4.4. Suicidinės rizikos analizė.....	41
4.5. Ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams	42
4.6. Rekomendacijos	43
IŠVADOS.....	44
LITERATŪRA	45

SANTRAUKA

Miladauskaitė, S. (2020). *Adaptacijos sutrikimo, įveikos strategijų ir suicidiškumo sąsajos*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 56.

Adaptacijos sutrikimas yra vienas dažniausiai diagnozuojamų psichikos sveikatos sutrikimų. Jis siejamas su sutrikusiu asmens funkcionavimu socialiniame, profesiniame ir kasdiniame gyvenime. Tyrimai rodo, kad adaptacijos sutrikimą turintys asmenys taip pat pasižymi aukšta suicidine rizika. Vis dėlto, adaptacijos sutrikimo tyrimų klinikinėse imtyse yra nedaug, todėl trūksta informacijos apie jo paplitimą ir rizikos veiksnius. Šio darbo tikslas buvo įvertinti stresinių patirčių ypatumus, adaptacijos sunkumų raišką, įveikos strategijas, suicidiškumą ir jų tarpusavio sąsajas tarp asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis. Tyrime naudota demografinių duomenų anketa; stresinės patirtys ir TLK-11 adaptacijos sutrikimo simptomai vertinti remiantis Adaptacijos sutrikimo – naujo modelio 20 skale (ADNM-20); įveikos strategijos įvertintos sutrumpinta įveikos strategijų klausimyno versija (Brief COPE); suicidiškumas vertintas naudojant pataisytą suicidinio elgesio klausimyno versiją (SBQ-R). Tyrime dalyvavo 60 pacientų iš krizių intervencijos centro, iš jų 37 moterys ir 23 vyrai. Tyrimo dalyvių amžius buvo nuo 18 iki 66 m. ($M = 40,25$; $SD = 14,26$). Rezultatai parodė, kad bent vieną stresinį įvykį per pastaruosius vienerius metus patyrė visi tyrimo dalyviai, 80,0 proc. tyrimo dalyvių turėjo aukštą adaptacijos sutrikimo riziką. 51,7 proc. pacientų pasižymėjo suicidine rizika. Labiau išreikšti adaptacijos sunkumai ir suicidiškumas buvo susiję su dažnesniu atsiribojimo elgesiu ir savęs kaltinimo įveikos strategijomis. Nustatyta tendencija, kad labiau išreikštas suicidiškumas susijęs su didesniais adaptacijos sunkumais.

Raktiniai žodžiai: adaptacijos sutrikimas, suicidiškumas, įveika.

SUMMARY

Miladauskaitė, S. (2020). *Associations between adjustment disorder, coping strategies and suicidality*. Master's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 56.

Adjustment disorder is among the most often diagnosed mental health disorders. Adjustment disorder is associated with impaired social, occupational and everyday functioning. There are evidence suggesting that people with adjustment disorder have a high risk of suicide. However, adjustment disorder studies of clinical samples are scarce, therefore there is a lack of knowledge about its prevalence and risk factors. The aim of this study was to estimate the peculiarity of stressful experiences, adjustment difficulties, coping strategies, suicidality and their associations. This study used a demographic questionnaire; Adjustment Disorder – New Module 20 Questionnaire (ADNM-20); Brief COPE Inventory (Brief COPE); The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R). In total 60 patients (37 female and 23 male) from Crisis Intervention Centre participated in this study. Age of participants ranged from 18 to 66 years old ($M = 40.25$; $SD = 14.26$). Results showed that all patients experienced at least one stressor over the last year and 80.0% of patients were identified as having a high risk of adjustment disorder. The prevalence of suicide risk in the sample was 51.1% . There was a statistically significant relationship between adjustment difficulties, suicidality and more frequent use of behavioral disengagement and self-blame coping strategies. The tendency of the relationship between adjustment difficulties and suicide risk was discovered.

Keywords: adjustment disorder, suicidality, coping.

PRATARMĖ

Adaptacijos sutrikimas yra apibūdinamas kaip neadaptvyvi reakcija į identifikuojamą stresorių, pasireiškianti subjektyviu distresu ir emociniais sunkumais, kurie dažniausiai sukelia sutrikimus svarbiose gyvenimo srityse (World Health Organization, 1992). Adaptacijos sutrikimas yra vienas dažniausiai diagnozuojamų psichikos sveikatos sutrikimų – ambulatorinėse psichikos sveikatos priežiūros įstaigose adaptacijos sutrikimo paplitimas tarp pacientų gali siekti apie 40 proc. (Pelkonen, Marttunen, Henriksson, & Lönnqvist, 2005), o tarp psichiatrinėse ligoninėse hospitalizuotų pacientų - iki 50 proc. (American Psychiatric Association, 2013).

Nepaisant didelio adaptacijos sutrikimo paplitimo klinikinėse imtyse ir su juo siejamomis neigiamomis pasekmėmis, adaptacijos sutrikimas tik visai neseniai sulaukė didesnio mokslininkų dėmesio (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Ankstesnių tyrimų adaptacijos sutrikimo tema trūkumas siejamas su DSM-5 ir TLK-10 pateiktais neaiškiais šio sutrikimo diagnostiniais kriterijais (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007), tačiau TLK-11 išskirtos specifinės adaptacijos sutrikimo simptomų kategorijos ir jomis paremtų validžių instrumentų sukūrimas atvėrė naujas galimybes šios srities tyrimams (O'Donnell, Agathos, Metcalf, Gibson, & Lau, 2019).

Daugelis iki šiol atliktų tyrimų buvo paremti TLK-10 arba DSM-5 adaptacijos sutrikimo samprata, tad egzistuoja didelis tyrimų, kurie vertintų adaptacijos sutrikimą TLK-11 kontekste, trūkumas. Lietuvoje buvo atlikta keletas tokių tyrimų, tačiau jie adaptacijos sutrikimą vertino ne klinikinėse populiacijose (Kazlauskas, Gegieckaite, Eimontas, Zelviene, & Maercker, 2018; Zelviene, Kazlauskas, & Maercker, 2020). Nėra žinoma, koks galėtų būti adaptacijos sutrikimo paplitimas ir jo sąsajos su potencialiais rizikos veiksniais Lietuvos klinikinėse imtyse. Tai bus pirmasis tyrimas, kuris analizuos adaptacijos sutrikimą ir jo sąsajas su kitais veiksniais tarp asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis.

Nors adaptacijos sutrikimas neretai laikomas tik trumpalaikė ir nesunkia psichopatologija, tačiau jis gali sukelti reikšmingus neigiamus padarinius žmogaus fizinei ir psichikos sveikatai (O'Donnell et al., 2019). Aukšta suicidinė rizika yra identifikuojama kaip adaptacijos sutrikimo bruožas (American Psychiatric Association, 2013). Nemažai pacientų, kuriems yra diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, turi suicidinių minčių, planų arba mėgina nusižudyti (Pelkonen et al., 2005). Vis dėlto, trūksta tyrimų, kuriuose būtų vertinamas suicidinės rizikos ir adaptacijos sutrikimo sąsajos – dažniausiai dėmesys būna nukreiptas į jau įvykusių savižudybių arba identifikuotų suicidinių bandymų analizę. Šiame darbe bus

orientuojamasi į psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančių asmenų stresines patirtis, adaptacijos sunkumus ir jų sąsajas su suicidine rizika bei įveikos strategijomis.

1. ĮVADAS

1.1. Adaptacijos sutrikimas

Stresinės patirtys. Stresinė patirtis yra apibūdinama kaip bet koks gyvenimo įvykis ar aplinkos pokytis, kuris kelia fizinį arba emocinį stresą ir reikalauja prisitaikymo (American Psychological Association, 2007). Tyrimų, kurie analizuotų stresorių paplitimą klinikinėse populiacijose yra nedaug, o pateikiami rezultatai – neišsamūs. Viename tokių nustatyta, kad 41 proc. į skubiosios psichiatrinės pagalbos skyrių patekusių pacientų nurodė patyrę daugiau nei vieną reikšmingą stresinę patirtį (Rotenberg, Tuck, & McKenzie, 2017). Lietuvoje 78,1 proc. tiriamųjų, kurie užsiregistravo į adaptacijos sutrikimo savipagalbos intervenciją, nurodė patyrę 3 ir daugiau stresinių situacijų (Kazlauskas et al, 2018). Tarp dažniausiai klinikinėje populiacijoje pasitaikančių stresinių patirčių yra išskiriamos tarpasmeninių santykių ir su darbine veikla susijusios problemos (Rotenberg et al., 2017; Nel et al., 2018). Lietuvoje tarp adaptacijos sutrikimo simptomų turinčių tiriamųjų vieni dažniausiai patiriamų stresorių taip pat buvo susiję su tarpasmeninių santykių sunkumais (konfliktai šeimoje – 51,4 proc.) ir darbo problemomis (pernelyg mažas arba pernelyg didelis darbo kiekis – 59,7 proc., sunkumai dėl ribotų terminų – 44,0 proc., konfliktai darbe – 35,2 proc.) (Kazlauskas et al., 2018).

Diagnostiniuose kriterijuose nėra numatyta, kas gali būti laikoma stresine situacija, kuri būtų pakankamai reikšminga adaptacijos sutrikimo simptomų susiformavimui. Skirtingai nei diagnozuojant potrauminį streso sutrikimą, adaptacijos sutrikimo atveju stresoriaus sunkumas nėra svarbus (American Psychiatric Association, 2013). Tyrimai atskleidė, kad su adaptacijos sutrikimu susijusios stresinės situacijos gali apimti tiek trauminius įvykius (tokius kaip susidūrimas su mirtimi ar jos grėsme), tiek netraumines stresines patirtis (tokias kaip tarpasmeniniai konfliktai, darbo praradimas, finansiniai sunkumai ar artimojo liga) (Einsle, Köllner, Dannemann, & Maercker, 2010). Vis dėlto, su adaptacijos sutrikimu siejami stresoriai dažniausiai nebūna susiję su netikėta ir staigia grėsme gyvybei arba sveikatai. Adaptacijos sutrikimą sukelti gali vienas arba keli vienu metu veikiantys stresoriai. Jie gali būti pasikartojantys arba tęstiniai, susiję su specifiniais raidos etapais (pavyzdžiui, mokyklinio gyvenimo pradžia, išsikraustymas iš tėvų namų, pensija), veikiantys individą, didesnę žmonių grupę ar visuomenę (Maercker et al., 2007).

Adaptacijos sutrikimo apibrėžimas. Į DSM-I (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) klasifikaciją adaptacijos sutrikimas buvo įtrauktas „trumpalaikio situacinio asmenybės sutrikimo“ (angl. *transient situational personality disorder*) pavadinimu, o DSM-II pavadinimas buvo

pakeistas į „trumpalaikį situacinį sutrikimą“ (angl. *transient situational disturbances*) (American Psychiatric Association, 1968). Adaptacijos sutrikimo terminas pirmą kartą panaudotas 1980 metais išleistoje trečioje DSM klasifikacijos versijoje. DSM-III taip pat pirmą kartą buvo išskirti adaptacijos sutrikimo subtipai (American Psychiatric Association, 1980). Šiandien naudojamoje DSM-5 klasifikacijoje adaptacijos sutrikimas yra priskirtas prie „su trauma ir stresu susijusių sutrikimų“. DSM-5 yra išskiriami penki pagrindiniai adaptacijos sutrikimo diagnostiniai kriterijai: (1) adaptacijos sutrikimas gali būti diagnozuotas tik jeigu emociniai arba elgesio simptomai atsirado per mėnesio laikotarpį nuo identifikuojamo stresoriaus (-ių) pradžios; (2) streso reakcijos turi būti neproporcingai stiprios stresoriaus pobūdžio, socialinio bei kultūrinio konteksto atžvilgiu arba (ir) simptomai turi sukelti reikšmingus funkcionavimo sutrikimus socialinėje, profesinėje ar kitoje svarbioje gyvenimo srityje; (3) simptomai neatitinka kito psichikos sutrikimo diagnozės ir nėra jau nustatyto psichikos sutrikimo paūmėjimo išraiška; (4) simptomai neatspindi normalaus gedulo reakcijų; (5) pasibaigus stresoriui ir jo sukeltoms pasekmėms, simptomai neišlieka ilgiau nei 6 mėnesius. Adaptacijos sutrikimo diagnozėje DSM-5 yra išskiriami 5 subtipai: adaptacijos sutrikimas su depresiška nuotaika, su nerimu, su mišriu nerimu ir depresiška nuotaika, su elgesio sutrikimu ir su mišriu elgesio bei emocijų sutrikimu (American Psychiatric Association, 2013).

Adaptacijos sutrikimas į tarptautinę ligų klasifikaciją (angl. *International Classification of Diseases*) pirmą kartą buvo įtrauktas 1965 metais aštuntoje jos versijoje „trumpalaikio situacinio sutrikimo“ pavadinimu. 1975 metais TLK-9 pavadinimas buvo pakeistas į „pritaikymo reakciją“ (angl. *adjustment reaction*), o TLK-10 atsirado iki šiandien naudojamas adaptacijos sutrikimo apibrėžimas (Maercker et al., 2013). Adaptacijos sutrikimas TLK-10 yra apibrėžiamas kaip neadaptatyvi reakcija į identifikuojamą stresorių, įskaitant reikšmingus gyvenimo pokyčius ar stresą keliantį įvykį. Adaptacijos sutrikimo simptomai gali pasireikšti subjektyviu distresu ir emociniais sutrikimais, taip pat gali apimti depresiją, nerimą ir negebėjimą susidoroti su simptomais. Tam, kad būtų diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, simptomai turi prasidėti per mėnesį nuo patirto identifikuojamo stresoriaus ir išlikti ne ilgiau kaip šešis mėnesius po jo baigties. Stebimi simptomai taip pat negali atitikti kito psichikos sutrikimo kriterijų. TLK-10 taip pat išskiriami panašūs adaptacijos sutrikimo subtipai kaip ir DSM-5 klasifikacijoje (World Health Organization, 1992).

Adaptacijos sutrikimo apibrėžimas buvo reikšmingai pakeistas TLK-11 versijoje, kurią 2018 metais išleido Pasaulio sveikatos organizacija (World Health Organization, 2018). Naujas adaptacijos sutrikimo apibrėžimas ir simptomų struktūra buvo pristatyta 2013 metais dar tik rengiamai TLK-11 versijai, remiantis ankstesniais empiriniais duomenimis ir esamomis psichologinėmis teorijomis apie

atsako į stresą sindromus (Maercker et al., 2007). TLK-11 adaptacijos sutrikimas yra apibrėžiamas kaip neadaptvyvi reakcija į stresinį įvykį, psichosocialinius sunkumus arba į stresinių situacijų derinį. Adaptacijos sutrikimo diagnozei yra būtinas bent vieno identifikuojamo stresoriaus patyrimas. Dažniausiai neadaptvyvi reakcija prasideda per vieną mėnesį nuo susidūrimo su identifikuojamu stresoriumi ir išnyksta per 6 mėnesius, nebent stresinė situacija išlieka ilgesnį laikotarpį. TLK-11 neadaptvyvi reakcija į stresorių yra apibrėžiama per dvi simptomų kategorijas: (1) įkyrias mintis, kurios pasireiškia perdėtu nerimu, pasikartojančiu ir varginančiu mąstymu apie stresorių arba jo sukeltus padarinius ir (2) prisitaikymo sunkumus, kai simptomai trukdo funkcionavimui profesiniame, socialiniame ir kasdieniame gyvenime. Adaptacijos sutrikimo diagnozė negalima, jeigu simptomų visuma atitinka kito psichikos sutrikimo diagnozę (Maercker et al., 2013). Taigi, pagrindinis pasikeitimas adaptacijos sutrikimo apibrėžime TLK-11 buvo naujų specifinių simptomų kategorijų įvedimas.

Adaptacijos sutrikimo diagnostika. DSM-5 ir TLK-10 pateikti adaptacijos sutrikimo apibrėžimai sulaukė nemažai mokslininkų kritikos. Ne vienas autorius atkreipė dėmesį, kad šie apibrėžimai yra pernelyg abstraktūs, o pateikiami simptomai – nespecifiški (Maercker et al., 2007). Mokslininkai patyrė sunkumų siekdami nustatyti kriterijus, kuriais remiantis būtų galima aiškiai atskirti adaptacijos sutrikimą nuo kitų patologinių psichikos būsenų, kadangi dauguma simptomų bent iš dalies sutampa (Baumeister, Maercker, & Casey, 2009). Klinikinėje praktikoje dėl abstraktaus apibrėžimo ir nespecifinių simptomų taip pat kilo nemažai diagnostinių iššūkių – psichikos sveikatos specialistai yra linkę diagnozuoti adaptacijos sutrikimą tik tuomet, kai simptomų visuma neatitinka jokio kito psichikos sutrikimo kriterijų ir adaptacijos sutrikimas dažnai naudojamas tik kaip trumpalaikė diagnostinė kategorija (Maercker et al., 2007). Be to, adaptacijos sutrikimo diagnozė sulaukė nemažai kritikos ir dėl galimo normalių streso reakcijų patologizavimo (Casey, Dowrick, & Wilkinson, 2001). Aiškių diagnostinių kriterijų trūkumas sukėlė diskusijas dėl šio sutrikimo apibrėžimo validumo, todėl adaptacijos sutrikimo konceptas moksliniuose tyrimuose ilgą laiką sulaukė labai mažai dėmesio (Bachem & Casey, 2018). Tyrimų stoka taip pat buvo susijusi su validžių ir patikimų adaptacijos sutrikimo vertinimo instrumentų trūkumu (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Vis dėlto, pastaruoju metu susidomėjimas adaptacijos sutrikimo tema išaugo – tai parodo padidėjęs tyrimų kiekis. Iš esmės, ši pokyčių labiausiai paskatino TLK-11 pasiūlyti aiškesni adaptacijos sutrikimo diagnostiniai kriterijai, kurie mokslininkams sudarė palankesnes sąlygas jį identifikuoti (O'Donnell et al., 2019).

Nėra jokių visuotinai pripažintų klausimynų, kurie vertintų adaptacijos sutrikimo simptomus remiantis TLK-10 ar DSM-5 klasifikacijomis. Adaptacijos sutrikimo kategorija yra įtraukta tik į keletą diagnostinių interviu, tačiau juose adaptacijos sutrikimas yra vertinamas nepakankamai nuosekliai ir

kokybiškai (Bachem, Perkonigg, Stein, & Maercker, 2016). TLK-11 versijai pasiūlytos specifinių simptomų kategorijos atskleidė akivaizdų naujo adaptacijos sutrikimo matavimo instrumento poreikį ir padėjo teorinį pagrindą jo vystymui (Kazlauskas et al., 2018). Pradinis bandymas sukurti TLK-11 apibrėžimą atitinkantį adaptacijos sutrikimo diagnostinį instrumentą buvo adaptacijos sutrikimo – naujo modelio skalė (angl. *Adjustment Disorder – New Module Questionnaire*, Maercker et al., 2007). Šią skalę sudarė trys pagrindinės simptomų kategorijos – įkyrios mintys, vengimas ir prisitaikymo sunkumai. Instrumentu taip pat vertinami papildomi simptomai – depresija, nerimas ir impulsyvumas. Vėliau buvo išvystyta atnaujinta šio klausimyno versija – adaptacijos sutrikimo – naujo modelio skalė – 20 (angl. *Adjustment Disorder – New Module 20 Questionnaire*, Einsle et al., 2010). Mokslininkai vis dar stengiasi tobulinti naujo modelio sutrikimo skalę – neseniai buvo parengta trumpoji ADNМ versija, kurią sudaro 8 teiginiai, atspindintys dvi esmines adaptacijos sutrikimo simptomų kategorijas – įkyrias mintis ir prisitaikymo sunkumus (Zelviene, Kazlauskas, Eimontas, & Maercker, 2017). Naujų instrumentų sukūrimas buvo reikšmingas žingsnis adaptacijos sutrikimo tyrimų lauke, kuris skatina mokslininkus aktyviau analizuoti šią psichopatologiją.

Adaptacijos sutrikimo paplitimas. Dėl jau minėtų diagnostinių iššūkių, duomenys apie adaptacijos sutrikimo paplitimą yra priešaringi (Semprini, Fava, & Sonino, 2010). Adaptacijos sutrikimas nėra įtraukiamas į didelės apimties epidemiologinius bendrosios populiacijos tyrimus, todėl paplitimas ir dažnis bendrojoje populiacijoje nėra gerai žinomas (Fegan & Doherty, 2019). Pirminiai tyrimai rodo, kad adaptacijos sutrikimo paplitimas svyruoja tarp 2 proc. ir 29 proc. įvairiose imtyse. Vis dėlto, dauguma šių pirminių tyrimų buvo atlikti su aukštos rizikos populiacijomis, kurios buvo paveiktos specifinių stresorių (Zelviene et al., 2020). Apibendrinus bendrojoje populiacijoje atliktus tyrimus būtų galima teigti, kad adaptacijos sutrikimo paplitimas yra 1 proc. – 2 proc. (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Vokietijoje atliktuose reprezentaciniuose bendrosios populiacijos tyrimuose, kuriuose buvo siekiama įvertinti adaptacijos sutrikimą remiantis nauja jo samprata TLK-11, paplitimas buvo 0,9 proc. – 2 proc. (Maercker et al., 2012; Glaesmer, Romppel, Brähler, Hinz, & Maercker, 2015). Neseniai Lietuvoje atliktame tyrime buvo nustatytas 16,5 proc. adaptacijos sutrikimo paplitimas bendrojoje suaugusiųjų populiacijoje, kuri per paskutinius dvejus metus patyrė reikšmingus gyvenimo stresorius (Zelviene et al., 2020).

Klinikinėse populiacijose adaptacijos sutrikimo paplitimas yra kur kas didesnis. Manoma, kad adaptacijos sutrikimas yra vienas dažniausiai diagnozuojamų psichikos sutrikimų sveikatos priežiūros sistemoje (Reed et al., 2011; Evans et al., 2013; Maercker et al., 2013; Fegan & Doherty, 2019). Tarp pirminės sveikatos priežiūros pacientų Ispanijoje buvo rastas 2,9 proc. adaptacijos sutrikimo paplitimas

(Fernández et al., 2012), Švedijoje atliktas tyrimas parodė, kad adaptacijos sutrikimas yra viena iš dažniausiai pasitaikančių diagnozių pirminės sveikatos priežiūros įstaigose – jo paplitimas siekė 9,2 proc. (Sundquist, Ohlsson, Sundquist, & Kendler, 2017). Tarp psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančių pacientų adaptacijos sutrikimas pasitaiko dar dažniau. Amerikos psichiatrų asociacijos (2013) teigimu, tarp ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros pacientų adaptacijos sutrikimo paplitimas gali būti 5 proc. – 20 proc., o tarp hospitalizuotų psichiatrijos ligoninėse pacientų dažnis gali siekti iki 50 proc. Europoje atlikti tyrimai rodo, kad adaptacijos sutrikimo paplitimas ambulatorinėse psichikos sveikatos priežiūros įstaigose yra 29,5 proc. – 39,9 proc. (Pelkonen et al., 2005; Martínez Ortega, Gomà-i-Freixanetb, & Fornieles Deuc, 2016). Nustatyta, kad tarp tų pacientų, kurie dėl savęs žalojimo patenka į ligoninių skubiosios pagalbos skyrius, adaptacijos sutrikimo paplitimas siekia 31,8 proc. (Taggart et al., 2006). Viename Belgijos psichiatrijos ligoninės krizių intervencijos centre buvo nustatytas 39 proc. siekiantis adaptacijos sutrikimo paplitimas (Claes et al., 2010). Adaptacijos sutrikimo paplitimo klinikinėse imtyse skirtumus galėtų paaiškinti tai, kad šiuose tyrimuose adaptacijos sutrikimas buvo vertinamas naudojant skirtingus instrumentus. Nepaisant skirtumų, išanalizuoti tyrimai rodo, kad adaptacijos sutrikimo paplitimas klinikinėse populiacijose yra itin didelis.

Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai ir pasekmės. Nors patikimos informacijos apie adaptacijos sutrikimo rizikos ir prognostinius veiksnius vis dar trūksta (Zelviene et al., 2020), ne vienas tyrimas suaugusiųjų populiacijoje parodė, kad adaptacijos sutrikimo formavimuisi gali būti reikšmingos tam tikros sociodemografinės charakteristikos. Randama įrodymų, kad moteriška lytis gali būti vienas iš adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių (Želviene, 2017; Lorenz, Perkonigg, & Maercker, 2018; Zelviene et al., 2020). Tyrimai taip pat rodo, kad su didesne adaptacijos sutrikimo rizika yra reikšmingai susijęs žemesnis išsilavinimas (Želviene, 2017; Yaseen, 2017), bedarbystė ir darbo praradimas (Lorenz et al., 2018), vyresnis amžius (Lorenz et al., 2018; Zelviene et al., 2020), didesnis patirtų stresorių kiekis, ypač kai stresoriai yra ilgalaikiai ir susiję su somatiniais sutrikimais (Želviene, 2017). Pastebėta, kad neadaptavių streso įveikos strategijų naudojimas taip pat gali būti siejamas su didesniais adaptacijos sunkumais – asmenys, turintys aukštą adaptacijos sutrikimo riziką, pasižymi labiau ištreikšta vengimo įveikos strategija (Vallejo-Sánchez & Pérez-García, 2017).

Nepaisant įrodymų, kad adaptacijos sutrikimas yra trumpalaikė diagnozė, kuri dažniausiai progresuoja į sunkesnius psichikos sutrikimus, svarbu pabrėžti, kad pats adaptacijos sutrikimas yra susijęs su reikšmingais neigiamais padariniais (O'Donnell et al., 2019). Subjektyvus distresas arba sutrikimai funkcionavime gali pabloginti veiklos rezultatus darbe arba mokykloje, paskatinti neigiamus pokyčius socialiniuose santykiuose. Adaptacijos sutrikimas gali apsunkinti somatinių ligų gydymo

procesą (American Psychiatric Association, 2013), taip pat yra žinoma, kad adaptacijos sutrikimas gali padidinti suicidinę riziką (Gradus et al., 2010).

1.2. Įveikos strategijos

Įveikos apibrėžimas ir teorija. Pasak Lazarus (1966), stresas yra reakcija į situaciją, kurią individas suvokia kaip neįveikiamą, atsižvelgiant į turimus resursus. Įveika yra apibūdinama kaip nuolat kintančios kognityvinės ir elgesio pastangos, siekiant susidoroti su specifiniais išoriniais arba vidiniais iššūkiais, kurie viršija individo tuo metu turimus išteklius. Įveika atspindi žmogaus gebėjimą susitvarkyti su stresinėmis situacijomis, o šis gebėjimas yra kritiškai svarbus fizinei, psichologinei sveikatai bei gerovei išlaikyti (Lazarus & Folkman, 1984). Įveikos įgūdžiai gali būti apibrėžiami kaip įveikos stilių derinys ir taikomų įveikos strategijų visuma. Įveikos strategijos atspindi atsakų į stresą repertuarą, kuris yra prieinamas individui ir kurį jis gali sėkmingai panaudoti stresinės situacijos atveju (Sahler & Carr, 2009). Įveikos strategijos kartu veikia kaip dinamiška sistema, kurioje procesai yra tarpusavyje susiję (Folkman, 2010). Nagrinėjant literatūrą šia tema akivaizdu, kad įveika yra daugialypis konstruktas, nors nėra universalus sutarimo dėl to, kokie konkretūs aspektai ją sudaro. Per ilgą įveikos tyrimų laikotarpį buvo sukurta ne viena įveikos rūšių klasifikacija (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Vis dėlto, dažniausiai yra išskiriamos į problemą orientuota (angl. *problem-oriented*) ir į emocijas orientuota (angl. *emotion-oriented*) įveikos strategijos. Į problemą orientuota įveika yra tiesiogiai nukreipta į stresorių – dedamos pastangos jo išvengti arba sumažinti stresoriaus sukeltus padarinius, jeigu išvengimas nėra įmanomas (Lazarus & Folkman, 1984). Kai situacija yra suvokiama kaip stresinė, individas vykdo vertinimą bandymas nuspręsti, ar jis sugebės susidoroti su ja, pasitelkdamas turimus įveikos išteklius. Jeigu individas numano, kad situacija yra išsprendžiama, jis dažniausiai naudoja į problemą orientuotą įveiką. Į problemą orientuotos įveikos pavyzdžiais galėtų būti aktyvi įveika, planavimas arba instrumentinės paramos siekimas (Sawhney, Klinefelter, & Britt, 2018). Į emocijas orientuota įveika siekiama sumažinti arba suvaldyti emocinį distresą, susijusį su situacija. Ši įveikos rūšis dažniausiai dominuoja, kai žmogus jaučia, kad stresinės situacijos išspręsti neįmanoma ir ją reikia išmokti toleruoti (Lazarus & Folkman, 1984). Į emocijas orientuota įveika apima tokias strategijas kaip emocijų išreiškimas, emocinės paramos siekimas, pozityvus pertvarkymas, priėmimas, neigimas ir atsigręžimas į religiją (Sawhney et al., 2018). Šių dviejų įveikos rūšių (į problemą orientuotos ir į emocijas orientuotos) veikimas vienu metu gali pastiprinti viena kitą (pavyzdžiui, į emocijas orientuota įveika sumažina distresą ir sudaro sąlygas efektyvesniam problemų sprendimui) (Lazarus & Folkman, 1984). Dažniausiai į problemą orientuota įveikia yra laikoma labiau adaptyvia, sudarančia galimybes

sėkmingai prisitaikyti prie stresinės situacijos, o į emocijas orientuota įveika mažiau adaptyvia, nes ją pasitelkiant nėra sprendžiama iškilusi stresinė situacija. Vis dėlto, įveikos adaptyvumas priklauso nuo individualių aplinkybių, todėl toks vienareikšmiškas skirstymas nėra tikslus (Sahler & Carr, 2009).

Atskirtis tarp į problemą orientuotos ir į emocijas orientuotos įveikų yra svarbi, tačiau pernelyg abstrakti ir nepakankama. Carver, Scheier ir Weintraub (1989) šalia į problemą orientuotos ir į emocijas orientuotos įveikų išskyrė trečią įveikos rūšį – vengimo įveiką. Ši strategija apima veiksmus, kuriais individas mėgina išvengti stresinės situacijos ar jos padarinių. Dažnai vengimo strategija yra laikoma neadaptyviai ir disfunkcine. Vengimo įveika apima dėmesio atitraukimo, neigimo, savęs kaltinimo, atsiribojimo elgesiu ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo strategijas (Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, & Demetriou, 2010). Vengimo strategija gali būti laikoma tinkamu trumpalaikiu sprendimu, kai stresas yra pernelyg intensyvus ir gniuždantis, kad būtų galima jį adaptyviai ir greitai įveikti (pavyzdžiui, neigimas išgirdus žinią, kad mirė artimas žmogus) (Sahler & Carr, 2009). Tai pat vengimas gali būti kaip adaptyvus atsakas, jeigu stresinis įvykis yra nedidelis ir nereikšmingas. Problema kyla tuomet, kai vengimo strategija naudojama situacijoje, reikalaujančioje aktyvių žmogaus veiksmų. Vengimo įveika ilgalaikėje perspektyvoje beveik visada yra neefektyvi, kadangi asmuo nieko nedaro dėl stresinės situacijos išsprendimo ar jos padarinių sumažinimo (Carver & Connor-Smith, 2009).

Šiame darbe yra remiamasi Carver ir jo kolegų (1989) supratimu apie įveikos rūšis bei strategijas. Jų teorija buvo sukurta atsižvelgiant į Lazarus ir Folkman įveikos modelį (1984) bei Carver ir Scheier (1990) savireguliacijos modelį. Pastebėta, kad nors į problemą orientuotos, į emocijas orientuotos ir vengimo įveikos rūšys iš pirmo žvilgsnio atrodo kaip vientisi konstruktai, iš tiesų potencialiai apima keletą visiškai skirtingų veiksmų, kurių padariniai sėkmingai žmogaus įveikai gali būti skirtingi (Carver et al., 1989). Remdamiesi šiuo supratimu, autoriai sukūrė instrumentą, sudarytą iš 14 konceptualiai skirtingų skalių (Carver, 1997), atspindinčių prieš tai minėtų trijų įveikos rūšių aspektus. Šiame instrumente aktyvi įveika, planavimas, instrumentinės paramos siekimas atspindi į problemą orientuotą įveiką. Emocinės paramos siekimo, pozityvus pertvarkymo, priėmimo, emocijų išreiškimo ir atsigręžimo į religiją strategijos gali būti suprantamos kaip į emocijas orientuotos įveikos rūšies dalys, o neigimas ir atsiribojimas elgesiu – kaip vengimo įveikos aspektai. Vis dėlto, atliekant tyrimus autoriai rekomenduoja žvelgti į šias įveikos strategijas kaip į atskirus konceptus, kadangi naudojant kiekvieną jų siejami skirtingi tikslai (Carver et al., 1989). Nustatyta, kad šių autorių sukurtas instrumentas yra dažniausiai tyrimuose naudojama įveikos skalė, nors nemaža dalis mokslininkų išskirtas įveikos strategijas apjungia į stambesnes kategorijas (Kato, 2013).

Svarbu suprasti, kaip šie autoriai apibrėžia kiekvieną iš 14 įveikos strategijų ir kokie atsakai į stresines situacijas apima jas. *Aktyvi įveika* yra suprantama kaip aktyvių veiksmų ėmimasis stengiantis pašalinti stresorių arba sumažinti jo sukeltus padarinius. Aktyvią įveiką apima tiesioginio veiksmo iniciacija, pastangų padidinimas ir bandymas taikyti laipsnišką įveiką. *Planavimas* – tai strategijų kūrimas, mąstymas apie tai, kokių žingsnių reikėtų imtis ir kaip geriausiai išspręsti stresinę situaciją. *Instrumentinės paramos siekimas* suprantamas kaip patarimo, pagalbos ar informacijos siekimas, o *emocinės paramos siekimas* – kaip moralinės paramos, supratimo ir užuojautos paieška. Šios dvi socialinės paramos strategijos atskirtos, nes turi skirtingus tikslus, nors dažnai ir naudojamos kartu. *Pozityvaus pertvarkymo* metu stresinio įvykio restruktūrizacija mintyse į pozityvesnę padeda susitvarkyti su patiriamu distresu. *Priėmimo* strategija gali būti suprantama kaip stresinės situacijos realybės priėmimas. Ši strategija yra ypač svarbi tuo atveju, kai neįmanoma pakeisti stresinės situacijos ir prie jos reikia prisitaikyti. *Neigimas* yra priešinga priėmimui strategija, kai atsisakoma tikėti, kad stresinė situacija egzistuoja ir bandoma elgtis taip, tarsi ji nebūtų tikra. *Atsigręžimas į religiją* yra suprantamas kaip tendencija ieškoti nusiramino religinėse praktikose stresinių išgyvenimų metu. *Emocijų išreiškimas* yra apibrėžiamas kaip su stresoriumi susijusių jausmų išreiškimas. *Atsiribojimas elgesiu* reiškia savo pastangų sumažinimą norint įveikti stresorių arba pasidavimą siekiant tikslų, kuriems stresorius trukdo (Carver et al., 1989). *Dėmesio atitraukimas* yra mėginimas atitrūkti nuo stresoriaus pasitelkiant kitas veiklas, tokias kaip darbas, laisvalaikio užsiėmimai. *Humoras* reiškia gebėjimą pasijuokti iš situacijos, atrasti joje aspektų, kuriuos būtų galima pašiepti. *Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas* įveikos strategija laikomas tuomet, kai juo siekiama susitvarkyti su stresoriaus sukeltomis emocijomis pasekmėmis. Vėliausiai prie instrumento prijungta skalė – *savęs kaltinimas* – autorių yra apibūdinama kaip savęs kaltinimas dėl susiklosčiusios situacijos ir savo gebėjimo su ja susitvarkyti kritikavimas (Carver, 1997). Nors COPE skalė apima daug galimų įveikos aspektų, jos autoriai atkreipia dėmesį, kad tai nėra galutinis ir netobulintinas įveikos instrumentas, nes realybėje egzistuoja gausybė būdų susitvarkyti su neigiamais gyvenimo įvykiais, kurių neapims joks instrumentas (Carver et al., 1989).

Įveika laikoma adaptyvia, jeigu naudojamos strategijos leidžia individui geriau prisitaikyti prie aplinkos sąlygų ir paskatina psichologinį augimą arba bent jau palaiko individo psichikos vientisumą. Įveika laikoma neadaptyvia, jeigu ji veda link sutrikusio prisitaikymo prie aplinkos ir daro psichologinę žalą (Sahler & Carr, 2009). Dauguma į problemą orientuotų strategijų yra siejamos su geresne fizine ir psichikos sveikata stengiantis susidoroti su tokiais skirtingomis stresinėmis patirtimis kaip trauminiai įvykiai, socialinis stresas, lėtinės ligos (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002; Roesch et al., 2005; Clarke,

2006; Littleton, Horsley, John, & Nelson, 2007; Duangdao & Roesch, 2008; Moskowitz, Hult, Bussolari, & Acree, 2009). Su psichopatologija dažniausiai siejamos vengimo įveikos strategijos, tad manoma, kad jos gali atspindėti neefektyvią streso įveiką (Pozzi et al., 2015). Pastebėta, kad vengimo įveika gali būti žalingesnė susiduriant su ūmiais stresoriais nei su lėtiniais. Viena iš tai paaiškinančių priežasčių gali būti ta, kad ūmios stresinės situacijos dažniausiai yra labiau kontroliuojamos ir lengviau išsprendžiamos (Penley et al., 2002).

Adaptacijos sutrikimas ir įveikos strategijos. Adaptacijos sutrikimo ir įveikos strategijų ryšys yra labai mažai tyrinėta tema. Atlikta mokslinių tyrimų metaanalizė atskleidė, kad vengimo įveikos strategijos (tokios kaip atsiribojimas elgesiu ar emocijomis) yra reikšmingai susijusios su didesniu patiriamo distreso lygiu (Littleton et al., 2007; Roberts, Czajkowska, Radiotis, & Körner, 2013). Taip pat nustatyta, kad su didesniu patiriamo distreso lygiu yra specifiskai susijusios savęs kaltinimo ir dėmesio atitraukimo strategijos (Austefeld & Stanton 2004, Moskowitz et al. 2009; Nielsen & Knardahl, 2014). Pastebėta, kad polinkis dažniau pasitelkti vengimo įveikos strategijas susijęs ne tik su didesne potrauminio streso sutrikimo rizika (Thompson, Fiorillo, Rothbaum, Ressler & Michopoulos, 2018), bet ir su labiau išreikštais šio sutrikimo simptomais (Weiss et al., 2017). Savęs kaltinimo įveikos strategija taip pat buvo susijusi su labiau išreikštu potrauminiu streso sutrikimu (Britt, Adler, Sawhney, & Bliese, 2017). Buvo rastas tik vienas tyrimas, kuriame nagrinėtas ryšys tarp adaptacijos sutrikimo ir minėtų įveikos rūšių. Kaip ir patiriamo distreso bei potrauminio streso sutrikimo atveju, adaptacijos sutrikimą turintys pacientai buvo labiau linkę naudoti vengimo įveikos strategijas (Ferrer & Kirchner, 2018).

1.3. Suicidiškumas

Suicidiškumo apibrėžimas ir teorija. Suicidiškumas apima platų elgesio apraiškų spektrą, į kurį įeina mintys apie savižudybę, savižudybės planavimas, bandymas nusižudyti ir pati savižudybė (World Health Organization, 2018). TLK-10 klasifikacijoje suicidinis elgesys yra priskiriamas prie išorinių sergamumo ir mirtingumo priežasčių skyriaus, tyčinių susižalojimų poskyrio (X60-X84). Jame yra išskiriamas tyčinis savęs žalojimas apsinuodijant arba susižalojant ir mėginimas nusižudyti. Suicidinės mintys, ketinimai ir suicidinė rizika išskiriami kaip kai kurių psichikos sutrikimų bruožai psichikos ir elgesio sutrikimų skyriuje (Pasaulio sveikatos organizacija, 2015). Diagnostiniame ir statistiniame psichikos sutrikimų vadove (DSM-V) yra išskiriamas atskiras suicidinio elgesio sutrikimas, kuris gali būti diagnozuojamas žmogui, per pastaruosius 24 mėnesius mėginusiam nusižudyti. Suicidinis bandymas yra apibrėžiamas kaip savo iniciatyva vykdomų veiksmų seka, kuria siekiama sukelti savo mirtį. Suicidinė

rizika, suicidinės mintys ir planai, panašiai kaip ir TLK-10 klasifikacijoje, taip pat yra išskiriami kaip tam tikrų psichikos sutrikimų bruožai (American Psychiatric Association, 2013).

Per paskutinius kelerius dešimtmečius buvo pateikta ne viena hipotezė apie tai, kodėl žmogus mėgina nusižudyti. Viena žinomiausių ir dažniausiai savižudybės fenomeno paaiškinimui pasitelkiamų teorijų yra psichologinio skausmo teorija. Remiantis šia teorija, pirminis savižudybės motyvas yra emocinis arba psichologinis skausmas. Psichologinį skausmą sukelia nepatenkinti esminiai psichologiniai poreikiai, tokie kaip meilė ir priklausymas, kontrolės jausmas, pozityvus savęs vaizdas ir reikšmingi santykiai. Savižudybė įvyksta tuomet, kai individo psichologinis skausmas peržengia jo tolerancijos slenkstį, t.y. kai jis nebegali iškęsti skausmo ir mirtis jam atrodo kaip vienintelė galimybė jį nutraukti (Shneidman, 1993). Kitoje populiarioje teorijoje savižudybė yra suprantama kaip pabėgimas nuo savasties. Šios teorijos autorius suprato savižudybę kaip nuoseklų procesą, kurį sudaro atskiri etapai. Visų pirma, individas išsikelia nerealistiškai aukštus tikslus ir lūkesčius. Nepavykus jų pasiekti, jis nesėkmę interpretuoja kaip savo asmeninių savybių bei gebėjimų atspindį, o tai nuveda prie savęs kaltinimo. Toks iškreiptas savęs matymas pažadina neigiamas emocijas ir norą pabėgti nuo savasties, kuri yra suvokiama kaip nepriimtina. Individas mėgina atsiriboti nuo savęs suvokimo pasinerdamas į kasdienių poreikių tenkinimą ir trumpalaikius tikslus. Kartais šis noras pabėgti galiausiai nuveda prie savižudybės (Baumeister, 1990).

Šiek tiek vėliau Joiner (2005) išvystė tarpasmeninę savižudybės teoriją, kuri reprezentuoja svarbią pažangą suicidologijos lauke. Joje pirmą kartą buvo atkreiptas dėmesys į tai, kaip suicidinės mintys pereina prie suicidinio bandymo (Klonsky, May, & Saffer, 2016). Tarpasmeninėje teorijoje teigiama, kad noras mirti atsiranda dėl dviejų skirtingų psichologinių būsenų: suvokiamos naštos (angl. *perceived burdensomeness*), arba jausmo, kad esi našta kitiems ir sutrikusio priklausymo (angl. *thwarted belongingness*), arba susvetimėjimo ir izoliacijos jausmo. Šių dviejų būsenų derinys sąveikauja kartu ir paskatina norą nusižudyti. Vis dėlto, tam, kad žmogus įvykdytų savižudybę, reikia nugalėti mirties ir skausmo baimę, kurios individui yra prigimtinės. Individas nustoja bijoti skausmo, sužalojimo ir mirties per pakartotinai patirimą skausmą (dažniausiai pasiekiamą savęs žalojimu) – tai teorijoje vadinama įgytu gebėjimu savižudybei (angl. *acquired capability for suicide*). Manoma, kad individas įsitrauks į pavojingą suicidinių elgesį, jeigu turės tiek norą numirti, tiek gebėjimą tą norą įgyvendinti (Joiner, 2005). Taigi, šis autorius suicidinių minčių susiformavimą ir minčių progresą iki veiksmų suvokė kaip atskirus procesus. Viena naujausių yra trijų žingsnių teorija, kurios autoriai taip pat mano, kad šie du procesai turi būti vertinami atskirai ir kad priežastys, kurios lemia perėjimą nuo minčių link veiksmų, yra itin reikšmingos. Klonsky ir kiti (2016) pateikia idėją, kad skausmo (dažniausiai psichologinio bei emocinio) ir

beviltiškumo derinys nuveda prie suicidinių minčių. Jeigu skausmas atrodo stipresnis nei ryšys su pasauliu (žmonėmis, projektais ar bet kokių tikslu, kuris palaiko interesą gyventi), suicidinės mintys sustiprėja. Kaip ir Joiner (2005), šios teorijos autoriai pabrėžia, kad nuo minčių prie veiksmo pereina tie žmonės, kurie įgija gebėjimą peržengti išgyvenimo instinkto keliamą baimę (Klonsky et al., 2016). Psichologinės savižudybės teorijos turi potencialiai svarbių gairių moksliniams tyrimams ir savižudybių prevencijos metodų vystymui. Vis dėlto, dauguma teorinių modelių yra nepakankamai išsamūs, kad galėtų apimti visus empirinėse studijose identifikuotus suicidinio elgesio veiksnius. Taigi, integravus įvairias teorines perspektyvas į visapusišką ir vieningą požiūrį galėtų būti pasiektas reikšmingas progresas suicidologijos tyrimų lauke (Barzilay & Apter, 2014).

Suicidiškumo paplitimas. Nėra aiškios pasaulinės statistikos, kuri nurodytų, kiek žmonių turi suicidinių minčių, nes tai nustatyti nėra paprasta. Vis dėlto, suicidinių bandymų ir savižudybių atžvilgiu statistika yra aiškesnė: pasaulyje maždaug 800 tūkstančių žmonių kasmet miršta nuo savižudybės ir tai šiuo metu yra viena iš pirmaujančių mirties priežasčių (World Health Organization, 2018). Pasaulio sveikatos organizacijos (2018) teigimu, toks savižudybių dažnis gali išlikti pastovus iki 2030 metų. Bandymų nusižudyti užfiksuojama kur kas daugiau nei savižudybių. Manoma, kad suaugusiajam, mirusiam nuo savižudybės, tenka daugiau nei 20 bandymų nusižudyti. Taip pat reiktų atkreipti dėmesį, kad tik dalis suicidinių bandymų baigiasi sužalojimais, kuriems prireikia medicininės pagalbos, tad tikėtina, kad jų pasaulyje įvyksta kur kas daugiau, nei nurodoma statistikoje.

Nors nėra vieningos pasaulinės statistikos suicidinės rizikos atžvilgiu, kai kuriuose tyrimuose bandomas atskleisti galimas jos dažnis. Ispanijoje atliktoje epidemiologinėje reprezentatyvios populiacijos studijoje (n = 4507) nustatyta, kad bendrojoje populiacijoje suicidine rizika pasižymi 6,4 proc. žmonių (Huertas, Moreno-Küstner, Gutiérrez & Cervilla, 2020). Sunkiomis somatinėmis ligomis sergančių pacientų populiacijose randamas suicidinės rizikos dažnis yra didesnis: nustatyta, kad tarp vėžiu sergančių suicidine rizika pasižymi 11,7 proc. – 20 proc. pacientų (Costantini et al., 2014; Hernández Blázquez & Cruzado, 2016), o tarp HIV turinčių pacientų suicidiškumo paplitimas buvo 34,1 proc. (Passos, Souza, & Spessato, 2014). Dar didesnis suicidinės rizikos dažnis pastebimas tarp psichiatrinėse ligoninėse hospitalizuotų pacientų (Walsh, Sara, Ryan, & Large, 2015). Viename tyrime buvo vertinami visi pacientai, kurie per paskutinius vienerius metus pateko į psichiatrijos ligoninės ūmių būklių skyrių (n = 1,245). Iš viso suicidinė rizika buvo nustatyta 54 proc. hospitalizuotų pacientų – į šią grupę buvo įtraukti tiriamieji, kurie turėjo suicidinių minčių, planų ar vykdė tyčinį savęs žalojimą (Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken, & Jørgensen, 2010). Olandijoje atliktame tyrime buvo surinkti dešimties metų duomenys apie pacientus (nuo 18 iki 65 metų amžiaus), kuriems buvo atliktas

psichiatrinis įvertinimas sveikatos priežiūros įstaigose. Iš viso į tyrimą buvo įtraukti 71,707 pacientai ir paaiškėjo, kad daugiau nei pusė jų (54,6 proc.) vertinimo metu pasižymėjo suicidine rizika (Van Veen et al., 2019).

Suicidiškumo rizikos veiksniai. Suicidinis elgesys yra kompleksiškas fenomenas, kuriam įtakos turi daugybė kaupiamųjų veiksnių – socialinių, psichologinių, kultūrinių, biologinių ir aplinkos. Įprastai savižudybės neįmanoma paaiškinti remiantis vienu stresiniu gyvenimo įvykiu ar rizikos veiksniu. Pasaulio sveikatos organizacija (2014) išskiria tokius visuomeninius ir tarpasmeninius suicidinės rizikos veiksnius – karai ir katastrofos, su akultūracija susijęs stresas, diskriminacija, izoliacijos jausmas ir socialinės paramos trūkumas. Konfliktai santykiuose arba santykių netektis (Kposowa, 2003), žalingi santykiai, kuriuose yra patiriamas smurtas, taip pat didina suicidinę riziką (Pico-Alfonso et al., 2006). Prie individualių rizikos veiksnių yra priskiriami buvę bandymai nusižudyti (Phillips et al., 2002), įvairūs psichikos sutrikimai (Borges et al., 2010; Olfson et al., 2016; Choi, Lee, Kim, Choi, & Han, 2019). Suicidinė rizika yra skirtinga įvairių psichikos sutrikimų atžvilgiu – dažniausiai ji yra siejama su depresija (Crump, Sundquist, Sundquist, & Winkleby, 2013; Haglund, Lysell, Larsson, Lichtenstein, & Runeson, 2019; Choi et al., 2019) priklausomybe nuo psichoaktyviųjų medžiagų (Passos et al., 2014), bipoliniu sutrikimu (Latalova, Kamaradova, & Prasko, 2014; Miller & Black, 2020) ir ribiniu asmenybės sutrikimu (Quin, 2011; Van Veen et al., 2019). Taip pat pabrėžiama, kad suicidinė rizika didėja, jeigu pasireiškia psichikos sutrikimų komorbidiškumas (Nicoli et al., 2012). Prie individualių suicidinės rizikos veiksnių taip pat yra priskiriami genetiniai ir biologiniai veiksniai, šeimos istorijoje esančios savižudybės, ilgalaikis psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas (May, Klonsky, & Klein, 2012), finansiniai sunkumai, beviltiškumo jausmas (World Health Organization, 2014), sunkūs somatiniai sutrikimai, tokie kaip obstrukcinė plaučių liga, vėžys, stuburo sutrikimai ar infarktas (Crump et al., 2013).

Nors nuo savižudybės dažniau miršta vyrai – apytiksliai 3 kartus dažniau nei moterys, tačiau daugiau moterų būdingas nemirtinas suicidinis elgesys (suicidinės mintys, ketinimai ir bandymas nusižudyti) (Nock et al., 2008). Vis dėlto, pabrėžiama, kad šis didelio skirtumo tarp vyrų ir moterų savižudybių fenomenas yra labiausiai pastebimas aukštą pragyvenimo lygį turinčiose šalyse. Prastesnę ekonominę padėtį turinčiose šalyse skirtumas tarp vyrų ir moterų savižudybių nėra toks didelis, tačiau vis tiek išlieka (World Health Organization, 2014). Vis dėlto, moksliniuose tyrimuose rezultatai lyties atžvilgiu yra konfliktiški. Kai kuriuose šaltiniuose randama informacija, kad moteriška lytis yra susijusi su didesne savižudybės rizika (Chung et al., 2013; Huertas et al., 2020), tačiau kituose tyrimuose reikšmingo skirtumo tarp lyčių pastebėta nebuvo (Hussen & Al-Khalidy, 2013; Kurt, 2015). Nedarbo atžvilgiu tyrimų rezultatai vieningesni – pastebėta, kad darbo neturėjimas yra svarbus suicidinės rizikos

veiksny (Mortensen, Agerbo, Erikson, Qin, Westergaard-Nielsen, 2000; Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Crump et al., 2013; Milner, Page, & LaMontagne, 2013). Su didesne suicidine rizika taip pat neretai siejamas žemesnis išsilavinimas (Borges et al., 2010). Atsižvelgus į amžių aišku tai, kad savižudybės dažnis yra didžiausias tarp 70 metų amžiaus ir vyresnių žmonių. Vis dėlto, nors bendras savižudybės skaičius tarp vaikų ir jaunų suaugusiųjų yra mažesnis, tačiau savižudybė yra atsakinga už neproporcingai didelį šio amžiaus žmonių mirties skaičių: pasauliniu mastu, savižudybė yra antra iš dažniausių mirties priežasčių tarp 15 – 29 metų amžiaus žmonių ir yra atsakinga už 8,5 proc. šios amžiaus grupės mirčių (World Health Organization, 2014).

Kalbant apie klinikinės imtis svarbu paminėti, kad didžiausia savižudybės rizika pasireiškia praėjus neilgam laikotarpiui po hospitalizacijos. Panašu, kad didžiausia suicidinė rizika pasireiškia savaitę po išrašymo iš psichiatrijos ligoninės (Qin & Nordentoft, 2005), tačiau manoma, kad ji išlieka aukšta kur kas ilgiau – nustatyta, kad daugiausiai pacientų nusižudo per pirmuosius tris mėnesius po hospitalizacijos (Chung et al., 2017).

Adaptacijos sutrikimas ir suicidiškumas. Diagnostiniame ir statistiniame psichikos sutrikimų vadove aukšta savižudybės rizika yra išskiriama kaip svarbus adaptacijos sutrikimo bruožas (American Psychiatric Association, 2013). Nemažai mokslininkų pateikia įrodymus, kad adaptacijos sutrikimas ir suicidinė rizika turi reikšmingas tarpusavio sąsajas. Ambulatorinėje psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje atliktame tyrime nustatyta, kad 25 proc. pacientų, kuriems buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, pasižymėjo suicidine rizika – turėjo suicidinių minčių, planų ar mėgino nusižudyti (Pelkonen et al., 2005). Viename Danijos mokslininkų atliktame tyrime paaiškėjo, kad 7,6 proc. nusižudžiusiųjų buvo nustatyta adaptacijos sutrikimo diagnozė. Šie mokslininkai, palyginę adaptacijos sutrikimo grupę su kontroline nustatė, kad adaptacijos sutrikimas susijęs su 12 kartų didesne savižudybės rizika net ir kontroliuojant tokius kintamuosius kaip depresija ir sociodemografiniai duomenys (Gradus et al., 2010).

Svarbu atkreipti dėmesį ne tik į suicidinės rizikos dažnį adaptacijos sutrikimo atveju, bet ir į jos raiškos ypatumus. Pastebėta, kad adaptacijos sutrikimą turintiems pacientams suicidinis procesas gali būti trumpas ir greitai besivystantis: viename tyrime nustatyta, kad nuo pirmųjų suicidinių minčių iki savižudybės vidutiniškai praeidavo 3 mėnesiai. Taigi, susidūrus su reikšmingu gyvenimo stresoriumi ir patyrus adaptacijos sutrikimo simptomus pacientams gali išsivystyti tokie pat stiprūs suicidiniai ketinimai kaip ir esant kitiems psichikos sutrikimams. Vis dėlto, panašu, kad esant adaptacijos sutrikimui, suicidinis procesas trunka trumpiau ir vystosi greičiau nei kitų psichikos sutrikimų, pavyzdžiui, depresijos atveju (Portzky, Audenaert, & van Heeringen, 2005). Taip pat reikėtų paminėti, kad suicidinės rizikos

grėsmė esant adaptacijos sutrikimui kartais gali likti nepastebėta: Jungtinės Amerikos Valstijose atliktame tyrime paaiškėjo, kad pirminės sveikatos priežiūros gydytojai sudėtingiau ir ne taip greitai atpažįsta suicidinę riziką, kai pacientas išreiškia adaptacijos sutrikimo simptomus, lyginant su depresijos simptomais besiskundžiančiais pacientais (Feldman et al., 2007).

Patirti stresiniai gyvenimo įvykiai turi didelę įtaką suicidinei rizikai, net jeigu adaptacijos sutrikimas nėra diagnozuotas. Yra žinoma, kad beveik visi nusižudę asmenys patyrė bent vieną reikšmingą neigiamą gyvenimo įvykį vienerių metų (dažniausiai kelių mėnesių) laikotarpyje iki savižudybės. Dažniausiai su suicidine rizika susiję stresiniai gyvenimo įvykiai buvo tarpasmeniniai konfliktai (Phillips et al., 2002; Foster, 2011), ypač romantiniuose santykiuose (Yen et al., 2005). Atsižvelgiant į stresinių įvykių ir suicidinės rizikos ryšį svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad jos lygiui svarbus ir patirtų stresorių kiekis. Nustatyta, kad mėginę nusižudyti asmenys patyrė daugiau stresinių gyvenimo įvykių lyginant su kontrolinės grupės asmenimis (Kumar & George, 2013).

Įveikos strategijos ir suicidiškumas. Apžvelgus įvairius tyrimus paaiškėjo, kad didesnė suicidinė rizika yra susijusi su dažnesniu vengimo įveikos strategijų naudojimu įvairiose populiacijose (Kidd & Carroll, 2007; Claes et al., 2010; Sugawara et al., 2012). Dažniausiai kaip reikšmingas suicidinės rizikos veiksnys tarp vengimo strategijų yra išskiriamas atsiribojimas elgesiu. Ši strategija gali būti laikoma ne tik suicidinių minčių, bet ir suicidinių bandymų rizikos veiksniumi (Votta & Manion, 2004). Šios įveikos strategijos santykis su suicidine rizika išlieka net nepriklausomai nuo pacientų suicidinių bandymų istorijos (Ambrus, Sunnqvist, Asp, Westling, & Westrin, 2017). Nustatyta, kad savęs kaltinimo įveikos strategija susijusi ne tik su didesne suicidine rizika (Horwitz, Czyz, Berona, & King, 2018), bet gali būti ir suicidinių bandymų prognostiniu veiksniumi (Rabinovitch, Perrin, Tabaac, & Brewster, 2015). Vieningi tyrimų rezultatai buvo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kaip įveikos strategijos atžvilgiu – rastos jos sąsajos su labiau išreikštu suicidiškumu (Votta & Manion, 2004; Kidd & Carroll, 2007; Horwitz, Hill, & King, 2011).

1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – įvertinti stresinių patirčių ypatumus, adaptacijos sunkumų raišką, įveikos strategijas, suicidiškumą ir jų tarpusavio sąsajas tarp asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis. Pasiiekti tyrimo tikslui buvo išsikelti šie uždaviniai:

1. Įvertinti stresinių patirčių ypatumus ir adaptacijos sunkumų raišką bei nustatyti jų sąsajas su sociodemografinėmis charakteristikomis tyrimo imtyje.
2. Įvertinti tyrimo dalyvių naudojamą įveikos strategijas ir nustatyti jų sąsajas su adaptacijos sunkumais.
3. Įvertinti tyrimo dalyvių suicidiškumą ir nustatyti jo sąsajas su sociodemografinėmis charakteristikomis ir adaptacijos sunkumais.
4. Nustatyti sąsajas tarp suicidiškumo ir įveikos strategijų.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Magistro tyrimas buvo atliekamas Respublikinės Kauno ligoninės Psichiatrijos klinikos krizių intervencijos centre nuo 2020 metų sausio 3 dienos iki 2020 metų vasario 29 dienos. Tyrimui vykdyti buvo gautas Respublikinės Kauno ligoninės medicinos etikos komisijos leidimas (2019/12/30 Nr. 5 – 1577).

2.1.1. lentelė. *Demografinės tyrimo imties charakteristikos (N = 60).*

	n	%
Lytis		
Vyras	23	38,30
Moteris	37	61,75
Darbinis statusas		
Nedirba ir ieško darbo	10	16,70
Nedirba ir darbo neieško	13	21,70
Dirba visą darbo dieną	33	55
Dirba ne visą darbo dieną	4	6,70
Šeimyninė padėtis		
Vienišas (-a)	22	36,70
Turi partnerį (-ę)	9	15
Gyvena kartu su partneriu (-e)	3	5
Susituokęs (-usi)	26	43,30
Išsilavinimas		
Pagrindinis (10 klasių)	5	8,30
Vidurinis	19	31,70
Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis	11	18,30
Nebaigtas aukštasis arba universiteto studentas	4	6,70
Aukštasis (universitetinis)	21	35

Tyrimo dalyviais buvo pasirinkti asmenys tyrimo vykdymo metu gaunantys stacionarines arba ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Dalyvauti tyrime galėjo ne jaunesni kaip 18 metų asmenys, kurių psichikos būklė tyrimo metu nebuvo ūmi ir netrukdė atsakyti į anketoje pateiktus

klausimus, t.y. tiriamieji, nepatiriantys psichozės epizodo, neapsvaigę nuo psichoaktyviųjų medžiagų, neturintys protinio atsilikimo.

Tyrime buvo surinkti 60 pacientų duomenys. Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis – 40,25 metai (SD = 14,26), nuo 18 iki 66 m. amžiaus, iš jų 37 moterys (61,75 proc.) ir 23 vyrai (38,30 proc.). Išsamesnės tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos pateiktos 2.1.1. lentelėje.

2.2. Tyrimo instrumentai

Sociodemografinė anketa. Šioje anketoje pateikti klausimai apie lytį, amžių, darbinį statusą, šeimyninę padėtį ir išsilavinimą. Kiekviena sociodemografinė charakteristika vertinama vienu klausimu, turinčiu kelis pasirinkimo variantus arba galimybę įrašyti savo atsakymą. Kai kurios sociodemografinės grupės statistinės analizės metu buvo apjungtos į stambesnes kategorijas.

Adaptacijos sutrikimo – naujo modelio 20 skalė (ADNM-20) (angl. *Adjustment Disorder – New Module 20 Questionnaire*, Einsle et al., 2010). Šis instrumentas naudotas siekiant įvertinti adaptacijos sutrikimo simptomų raišką. Tyrime naudota lietuviška ADNM-20 klausimyno versija (Zelviene et al., 2017). ADNM-20 instrumentas yra sudarytas iš dviejų dalių: 16 stresorių sąrašo ir 20 teiginių, apibūdinančių adaptacijos sutrikimo simptomus. Stresorių sąrašė pateikti 7 ūmūs stresoriai (pavyzdžiui, skyrybos, avarija) ir 9 lėtiniai stresoriai (pavyzdžiui, konfliktai šeimoje, finansiniai sunkumai). Tyrimo dalyvių buvo prašoma pažymėti visus stresorius, su kuriais jie susidūrė per vienerius metus ir dėl kurių šiuo metu patiria didelių sunkumų. Tyrimo dalyviai taip pat turėjo galimybę įrašyti papildomą (septynioliktą) stresorių, kuris nebuvo paminėtas sąrašė („kitas stresą sukėles gyvenimo įvykis“).

Antroji ADNM-20 skalės dalis sudaryta iš dvidešimties teiginių, apibūdinančių reakcijas į prieš tai minėtus stresorius. Šie teiginiai suskirstyti į dvi pagrindinių simptomų subskales: *įkyrių minčių* (4 teiginiai), *prisitaikymo sunkumų* (4 teiginiai) ir papildomų simptomų subskales: *depresijos* (3 teiginiai), *nerimo* (2 teiginiai), *vengimo* (4 teiginiai) ir *impulsų kontrolės sunkumų* (3 teiginiai). Kiekvieną iš 20 teiginių respondentai vertino skalėje nuo 1 iki 4 (1 = „niekada“, 2 = „retai“, 3 = „kartais“, 4 = „dažnai“). ADNM-20 subskalių įverčiai skaičiuojami sumuojant kiekvienos atskiros subskalės teiginių atsakymus (Einsle et al., 2010).

Lietuvoje atliktame didelės apimties tyrime faktorinės analizės būdu nustatyta, kad dviejų pagrindinių simptomų subskalių ir keturių papildomų simptomų subskalių modelis yra tinkamesnis vertinant adaptacijos sutrikimą nei šešių subskalių modelis (Zelviene et al., 2017). Sutrumpintos šio

instrumento versijos – ADN-8 – struktūrinio validumo analizė patvirtino pagrindinių simptomų subskalių tinkamumą vertinant adaptacijos sutrikimą (Kazlauskas et al., 2018). Dėl šios priežasties šiame tyrime, vertinant adaptacijos sutrikimo simptomų raišką, pasirinkta remtis pagrindinių simptomų subskalėmis ir joms taikomu slenkstiniu balu. Siekiant identifikuoti žmones su aukšta adaptacijos sutrikimo rizika, buvo remiamasi pagrindinių simptomų subskalių rekomenduotinu slenkstiniu balu, kuris yra ≥ 23 (Eimontas et al., 2017; Zelviene et al., 2020).

Ankstesniuose tyrimuose nustatytos geros ADN-20 skalės ir jos subskalių psichometrinės charakteristikos. Bendras ADN-20 skalės suderinamumas įvairiuose tyrimuose svyravo nuo *Cronbach'o* $\alpha = 0,94$ iki *Cronbach'o* $\alpha = 0,95$ (Lorenz, Bachem, & Maercker, 2016; Ben-Ezra, Mahat-Shamir, Lorenz, Lavenda, & Maecker, 2018). Pagrindinių simptomų subskalių suderinamumas svyravo nuo *Cronbach'o* $\alpha = 0,83$ iki *Cronbach'o* $\alpha = 0,90$ (Lorenz et al., 2016; Ben-Ezra et al., 2018; Kazlauskas et al., 2018; Zelviene et al., 2020). Įkyrių minčių subskalės *Cronbach'o* α svyravo nuo 0,85 iki 0,88, o prisitaikymo sunkumų subskalės – nuo *Cronbach'o* $\alpha = 0,71$ iki *Cronbach'o* $\alpha = 0,80$ (Lorenz et al., 2016; Zelviene et al., 2017; Kazlauskas et al., 2018; Zelviene et al., 2020). Papildomų simptomų subskalių vidinis suderinamumas pasirodė esantis patenkinamas (*Cronbach'o* nuo 0,64 iki 0,89) (Lorenz et al., 2016; Zelviene et al., 2017). Šiame tyrime ADN-20 *Cronbach'o* $\alpha = 0,93$, ADN-20 pagrindinių simptomų subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,89$.

Sutrumpinta įveikos strategijų klausimyno versija (angl. *Brief COPE Inventory*, Carver, 1997). Šis klausimynas naudotas siekiant įvertinti asmens pasitelkiamas įveikos strategijas. Trumpąją klausimyno versiją sudaro 28 teiginiai, kurie matuoja 14 konceptualiai skirtingų įveikos strategijų: dėmesio atitraukimas (angl. *self-distraction*), aktyvi įveika (angl. *active coping*), neigimas (angl. *denial*), psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas (angl. *substance use*), emocinės paramos naudojimas (angl. *use of emotional support*), instrumentinės paramos naudojimas (angl. *use of instrumental support*), atsiribojimas elgesiu (angl. *behavioral disengagement*), emocijų išreiškimas (angl. *venting*), pozityvus pertvarkymas (angl. *positive reframing*), planavimas (angl. *planning*), humoras (angl. *humor*), priėmimas (angl. *acceptance*), religija (angl. *religion*), savęs kaltinimas (angl. *Self-blame*). Kiekvieną įveikos strategijos skalę sudaro 2 teiginiai. Nepaisant to, kad įveikos strategijų skalės susideda iš dviejų teiginių, jų vidinis suderinamumas yra patenkinamas (*Cronbach'o* $\alpha > 0,60$) (Carver, 1997). Vėlesni tyrimai taip pat patvirtino 14 įveikos strategijų faktorinę struktūrą ir patenkinamą jų vidinį suderinamumą (Monzani et al., 2015; Hagan et al., 2016; Ichikura, Yamashita, Sugimoto, Kishimoto, & Matsushima, 2017; Slanbekova et al., 2017; Langford et al., 2020). Šiame tyrime skalių vidinis suderinamumas taip pat buvo patenkinamas (*Cronbach'o* $\alpha > 0,60$). Skalės vertimą į lietuvių kalbą atliko doc. dr. Neringa Grigutytė.

Suicidinio elgesio klausimynas (pataisyta versija) (SBQ-R) (angl. *The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised*, Osman et al., 2001). Ši skalė naudota siekiant identifikuoti tiriamuosius, kurie pasižymi suicidine rizika. SBQ-R sudaro 4 elementai, kur kiekviename vertinamos skirtingos suicidiškumo dimensijos. *Pirmasis elementas* įvertina per visą gyvenimą turėtas suicidines mintis ir suicidinį elgesį, *antrasis elementas* - suicidinių minčių dažnį per pastaruosius 12 mėnesių, *trečiasis elementas* – suicidinio bandymo grėsmę, *ketvirtasis elementas* – paties tiriamojo vertinamą suicidinio elgesio tikimybę ateityje. Bendras skalės įvertis svyruoja nuo 3 iki 18 balų. Klinikinėje imtyje suicidinę riziką turinčiai grupei priskiriami tiriamieji, kurių bendrasis skalės įvertis yra ≥ 8 . Ši skalė pasižymi aukštu vidiniu suderinamumu tiek klinikinėse, tiek neklinikinėse imtyse ($0,76 < Cronbach'o \alpha < 0,88$) (Osman et al., 2001; Stanley, Joiner, & Bryan, 2017; Franks, Cramer, Cunningham, Kaniuka & Bryan, 2020). Šiame tyrime SBQ-R skalės vidinis suderinamumas buvo geras – $Cronbach'o \alpha = 0,80$. Klausimyno vertimą į lietuvių kalbą atliko Viktorija Kirilovaitė kartu su dr. Jurgita Rimkevičiene ir Vilniaus universiteto Suicidologų tyrimo grupe.

2.3. Tyrimo eiga

Respondentai dalyvauti tyrime buvo kviečiami individualiai - tyrėja jiems pristatydavo tyrimo tikslą ir paprašydavo užpildyti klausimyną. Prieš pradėdant pildyti klausimyną buvo paaiškinamos jame pateiktos instrukcijos, suteikiama informacija apie anonimiškumą ir apie tai, kad tyrimo duomenys bus apibendrinti bei naudojami tik tyrimo tikslais. Vėliau buvo prašoma savarankiškai susipažinti su informuotame sutikime pateiktu tekstu ir pasirašyti jį. Kiekvienas tiriamasis klausimyną pildė po vieną šalia tyrėjos jiems patogioje erdvėje (palatoje, skyriaus foje arba poilsio kambaryje), buvo užtikrinta galimybė atsakyti į visus tiriamiesiems kylančius klausimus. Anketos pildymas užtrukdavo 10 – 30 minučių, buvo vykdomas popieriaus ir pieštuko principu. Po klausimyno užpildymo kiekvieno tiriamojo buvo pasiteiraujama apie jo emocinę būseną ir padėkojama už dalyvavimą tyrime. Jeigu respondentas jausdavo su dalyvavimu tyrime susijusį distresą, jam būdavo suteikiama emocinė parama.

2.4. Duomenų analizė

Tyrimo duomenys buvo koduojami ir analizuojami naudojant IBM SPSS Statistics 25 programą. Naudojantis šia programa buvo apskaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, dažniai), skalių patikimumas vidinio suderintumo būdu ($Cronbach'o \alpha$). Lyginant rangus tarp dviejų nepriklausomų imčių naudotas nepriklausomų imčių *Mann – Whitney* testas. Ryšiams tarp kintamųjų

nustatyti taikyta *Spearman* koreliacija, kategorinių kintamųjų pasiskirstymui tarp tyrime išskirtų imčių apskaičiuoti naudotas *Chi kvadrato* kriterijus.

3. REZULTATAI

3.1. Stresinių patirčių analizė ir jų sąsajos su respondentų charakteristikomis

3.1.1. lentelė. *Stresinių patirčių paplitimas tyrimo imtyje ir skirtumai tarp lyčių (N = 60).*

	Bendra imtis		Vyrai		Moterys		Lyčių skirtumai	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>df</i>
<i>Ūmūs stresoriai</i>								
Artimojo mirtis	14	23,30	4	17,40	10	27,00	0,74	1
Skyrybos	16	26,70	4	17,40	12	32,40	1,64	1
Persikraustymas	10	16,70	4	17,40	6	16,20	0,01	1
Užpuolimas	6	10,00	3	13,00	3	8,10	0,38	1
Rimta avarija	2	3,30	0	0,00	2	5,40	1,29	1
Prisitaikymas prie išėjimo į pensiją	3	5,00	1	4,30	2	5,40	0,03	1
Nutrūkusi laisvalaikio veikla	32	53,30	12	52,20	20	54,10	0,02	1
<i>Lėtiniai stresoriai</i>								
Finansiniai sunkumai	28	46,70	11	47,80	17	45,90	0,02	1
Konfliktai šeimoje	32	53,30	9	39,10	23	62,20	3,02	1
Paties sunki liga	31	51,70	6	26,10	25	67,60	9,77*	1
Konfliktai darbe	17	28,30	8	34,80	9	24,30	0,76	1
Konfliktai su kaimynais	6	10,00	2	8,70	4	10,80	0,07	1
Per daug arba per mažai darbo	32	53,30	11	47,80	21	56,80	0,46	1
Artimojo liga	24	40,00	5	21,70	19	51,40	5,18*	1
Bedarbystė	17	28,30	4	17,40	13	35,10	2,20	1
Sunkumai dėl riboto laiko arba terminų spaudimo	24	40,00	8	34,80	16	43,20	0,42	1
Kita	12	20,00	4	17,40	8	21,60	0,16	1

Pastaba. * $p < 0,05$.

Visi tyrimo dalyviai (100 proc., $n = 60$) per praėjusius vienerius metus susidūrė su bent viena iš pateiktų stresinių situacijų. Vidutiniškai respondentai nurodė patiriantys 5,10 (SD = 2,75) stresorius, patirtų stresorių kiekis svyravo nuo 1 iki 12. Vieną stresorių patyrė 10,00 proc. ($n = 6$) dalyvių, du

stresorius patyrė 10,00 proc. (n = 6), trys stresoriai buvo nurodyti 8,30 proc. (n = 5), keturi – 15,00 proc. (n = 9), o 5 arba daugiau - 56,60 proc. (n = 34) tiriamųjų. Dažniausiai patiriami stresoriai tarp tiriamųjų buvo konfliktai šeimoje (53,30 proc.), nutrūkusi laisvalaikio veikla (53,30 proc.), per daug arba per mažai darbo (53,30 proc.) ir paties sunki liga (51,70 proc.). Išsamesnis stresorių paplitimo dažnis bei skirtumas tarp lyčių pateiktas 3.1.1. lentelėje. Moterys nurodė patiriančios daugiau stresinių įvykių nei vyrai – atitinkamai 5,68 (SD = 2,93) ir 4,17 (SD = 2,21), tačiau šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$). Moterys statistiškai reikšmingai dažniau patyrė tokias stresines situacijas kaip paties sunki liga ir artimojo liga.

Patikrinus patirtų stresorių skaičiaus ryšį su respondentų sociodemografinėmis charakteristikomis nustatyta, kad jaunesnis amžius siejasi su didesniu stresorių skaičiumi ($r_s = - 3,5$, $p = 0,006$). Taip pat pastebėta, kad daugiau stresorių patyrė darbo neturintys asmenys (vidurkinis rangas – 37,76), lyginant su darbu turinčiais tiriamaisiais (vidurkinis rangas – 25,99), $U = 258,50$, $Z = - 2,56$, $p = 0,11$. Analizuojant patirtų stresorių kiekį tarp kitų sociodemografinių tiriamųjų grupių reikšmingų skirtumų rasta nebuvo.

3.2. Adaptacijos sunkumų analizė ir sąsajos su respondentų charakteristikomis

Tyrimo dalyvių adaptacijos sunkumai buvo vertinami remiantis ADN-20 klausimyno rezultatais. Vidutinis ADN-20 skalės įvertis tyrimo imtyje buvo 63,65 (SD = 12,51), vidutinis pagrindinių simptomų subskalės įvertis – 25,90 (SD = 5,67). Išsami ADN-20 subskalių aprašomoji statistika pateikta 3.2.1. ir 3.2.2. lentelėse.

3.2.1. lentelė. ADN-20 klausimyno subskalių aprašomoji statistika (N = 60).

ADN-20	M	SD	Min	Max
1. Įkyrios mintys	13,25	3,06	4	16
2. Prisitaikymo sunkumai	12,65	2,99	4	16
3. Vengimas	12,52	2,41	5	16
4. Depresiškumas	9,37	2,43	3	12
5. Nerimas	6,08	1,72	2	8
6. Impulsų kontrolės sunkumai	9,78	2,34	3	12
7. Pagrindiniai simptomai	25,90	5,67	8	32
8. Bendras įvertis	63,65	12,51	21	78

Pastaba. ADN-20 = Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalė; M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Min. – minimali subskalės įverčio reikšmė; Maks. – maksimali subskalės įverčio reikšmė.

3.2.2. lentelė. ADN-20 klausimyno subskalių koreliacijos ($N = 60$).

ADNM-20	Koreliacijos							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Įkyrios mintys	-							
2. Prisisitaikymo sunkumai	0,62**	-						
3. Vengimas	0,41**	0,29*	-					
4. Depresiškumas	0,71**	0,71**	0,23	-				
5. Nerimas	0,70**	0,66**	0,328*	0,68**	-			
6. Impulsų kontrolės sunkumai	0,62**	0,55**	0,33*	0,55**	0,42**	-		
7. Pagrindiniai simptomai	0,91**	0,88**	0,39**	0,77**	0,76**	0,66**	-	
8. Bendras įvertis	0,88**	0,82**	0,53**	0,83**	0,80**	0,72**	0,95**	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Siekiant išskirti adaptacijos sutrikimo rizikos grupę, buvo naudojamas 23 balų slenkstis. Tiriamieji, kurių bendras pagrindinių simptomų įvertis buvo 23 ir daugiau, priskirti adaptacijos sutrikimo rizikos grupei. Iš tirtos pacientų imties 80,0 proc. ($n = 48$) patenka į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę. Į šią grupę pateko statistiškai reikšmingai daugiau moterų (89,2 proc, $n = 33$) nei vyrų (65,2 proc, $n = 15$) ($\chi^2 = 5,09$ ($df = 1$), $p = 0,024$).

Tarp adaptacijos sunkumų ir amžiaus statistiškai reikšmingo ryšio rasta nebuvo ($p > 0,05$). Adaptacijos sunkumų raiškos analizė tarp kategorinių kintamųjų atskleidė, kad patiriami adaptacijos sunkumai skiriasi tarp lyties, darbinio statuso ir išsilavinimo. Paaiškėjo, kad didesnius adaptacijos sunkumus patiria moterys, neturintys universitetinio išsilavinimo ir nedirbantys asmenys. Išsamūs adaptacijos sunkumų pasireiškimo skirtumai tarp kategorinių kintamųjų – lyties, darbinio statuso, santykių statuso ir išsilavinimo pateikti 3.2.3. lentelėje.

3.2.3. lentelė. *Adaptacijos sunkumų pasireiškimo skirtumai tarp lyties, darbinio statuso, santykių statuso ir išsilavinimo (N = 60).*

	ADNM-20			
	pagrindiniai simptomai		Skirtumai tarp grupių	
	Vidurkiniai rangai	U	Z	p
Lytis				
Vyras	20,78	202,00	-3,41	0,001*
Moteris	36,54			
Darbinis statusas				
Nedirba	36,24	293,50	-2,02	0,044*
Dirba	26,93			
Santykių statusas				
Vieniši	30,66	414,50	-0,05	0,957
Santykiuose	30,41			
Išsilavinimas				
Neturi universitetinio išsilavinimo	34,01	272,50	-2,13	0,033*
Universitetinis išsilavinimas	23,98			

Pastaba. U ir Z – testo koeficientai, p – reikšmingumo lygmuo.

3.3. Įveikos strategijų analizė

Tyrimo dalyvių įveikos strategijos buvo vertinamos remiantis Brief COPE klausimyno rezultatais, klausimyno skalių aprašomoji statistika pateikta 3.3.1. lentelėje. Tarp dažniausiai naudojamų įveikos strategijų tiriamųjų imtyje buvo savęs kaltinimas (M = 6,33, SD = 1,84), planavimas (M = 6,02, SD = 1,32), aktyvi įveika (M = 5,80, SD = 1,57), priėmimas (M = 5,68, SD = 1,65) ir instrumentinės paramos naudojimas (M = 5,67, SD = 1,73). Rečiausiai naudojamos įveikos strategijos tarp tiriamųjų buvo neigimas (M = 3,77, SD = 1,69), psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas (M = 3,85, SD = 2,16) ir humoras (M = 3,87, SD = 1,63). Kitų įveikos strategijų vidurkiai bei standartiniai nuokrypiai pateikti 3.3.1. lentelėje.

3.3.1. *Brief COPE klausimyno skalių aprašomoji statistika (N = 60).*

Brief COPE	M	SD	Min	Max
1. Dėmesio atitraukimas	5,65	1,64	2	8
2. Aktyvi įveika	5,80	1,57	2	8
3. Neigimas	3,77	1,69	2	8
4. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas	3,85	2,16	2	8
5. Emocinės paramos naudojimas	5,45	1,72	2	8
6. Instrumentinės paramos naudojimas	5,67	1,73	2	8
7. Atsiribojimas elgesiu	5,22	1,57	2	8
8. Emocijų išreiškimas	5,45	1,66	2	8
9. Pozityvus pertvarkymas	5,13	1,47	2	8
10. Planavimas	6,02	1,32	3	8
11. Humorą	3,87	1,63	2	8
12. Priėmimas	5,68	1,65	2	8
13. Religija	4,05	1,86	2	8
14. Savęs kaltinimas	6,33	1,84	3	8

Pastaba. Brief COPE = Sutrumpinta įveikos strategijų klausimyno versija; M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Min. – minimali subskalės įverčio reikšmė; Maks. – maksimali subskalės įverčio reikšmė.

Siekiant nustatyti sąsajas tarp adaptacijos sunkumų ir įveikos strategijų, buvo skaičiuojama koreliacija tarp ADN-20 ir Brief COPE skalių rezultatų. Stipriausi ryšiai buvo rasti tarp adaptacijos sunkumų ir savęs kaltinimo, atsiribojimo elgesiu, pozityvaus pertvarkymo ir aktyvios įveikos strategijų. Tarp septynių įveikos strategijų ir adaptacijos sunkumų jokių statistiškai reikšmingų ryšių rasta nebuvo (3.3.2. lentelė).

3.3.2. lentelė. *Adaptacijos sunkumų ir įveikos strategijų koreliacijos (N = 60).*

	Įkyrios mintys	Prisitaikymo sunkumai	Vengimas	Depresiškumas	Nerimas	Impulsų kontrolės sunkumai	Pagrindiniai simptomai	Bendras įvertis
1. Dėmesio atitraukimas	-0,26*	-0,31*	0,03	-0,32*	-0,39**	-0,29*	-0,32*	-0,32*
2. Aktyvi įveika	-0,29*	-0,35**	-0,18	-0,36**	-0,28*	-0,28**	-0,33*	-0,35**
3. Neigimas	0,77	0,08	0,04	0,13	0,07	0,15	0,09	0,12
4. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas	-0,03	-0,01	0,17	0,09	0,03	0,14	-0,05	0,07
5. Emocinės paramos naudojimas	0,00	-0,11	-0,02	-0,17	-0,22	-0,07	-0,04	-0,09
6. Instrumentinės paramos naudojimas	0,03	-0,12	-0,03	-0,15	-0,16	0,04	-0,02	-0,06
7. Atsiribojimas elgesiu	0,47**	0,51**	0,18	0,52**	0,28*	0,38**	0,52**	0,51**
8. Emocijų išreiškimas	0,00	0,12	-0,08	-0,07	-0,09	0,11	0,07	0,02
9. Pozityvus pertvarkymas	-0,29*	-0,37**	-0,07	-0,36**	-0,35**	-0,21	-0,34**	-0,35**
10. Planavimas	-0,16	-0,06	-0,07	-0,18	-0,04	-0,06	-0,09	-0,13
11. Humoras	-0,21	-0,27*	-0,11	-0,24	-0,26*	-0,25	-0,26*	-0,27*
12. Priėmimas	-0,23	-0,27*	-0,15	-0,45**	-0,27*	-0,23	-0,24	-0,30*
13. Religija	-0,04	-0,04	-0,06	-0,13	-0,16	-0,16	-0,05	-0,15
14. Savęs kaltinimas	0,50**	0,54**	0,22	0,50**	0,57**	0,29*	0,58**	0,57**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Vertinant įveikos strategijas tarp tiriamųjų, patenkančių į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę ir tarp nepatenkančių į ją paaiškėjo, kad į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę patenkantys tyrimo dalyviai statistiškai reikšmingai dažniau naudojo savęs kaltinimo ir atsiribojimo elgesiu įveikos strategijas. Priėmimo strategiją adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje esantys tiriamieji naudojo statistiškai reikšmingai rečiau nei į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę nepatenkantys respondentai. Kitų įveikos strategijų naudojimas tarp šių dviejų grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (3.3.3. lentelė).

3.3.3. Įveikos strategijų naudojimo palyginimas tarp adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių ($N = 60$).

	COPE skalės	Rangai		U	Z	p
		Palyginamoji grupė	Adaptacijos sutrikimo rizikos grupė			
1.	Dėmesio atitraukimas	37,29	28,80	206,50	-1,54	0,123
2.	Aktyvi įveika	35,71	29,20	225,50	-1,19	0,235
3.	Neigimas	30,17	30,58	284,00	-0,08	0,940
4.	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas	37,42	28,77	205,00	-1,64	0,102
5.	Emocinės paramos naudojimas	34,83	29,42	236,00	-0,98	0,328
6.	Instrumentinės paramos naudojimas	34,83	29,42	281,50	-0,12	0,903
7.	Atsiribojimas elgesiu	20,13	33,09	163,50	-2,36	0,019*
8.	Emocijų išreiškimas	30,58	30,48	287,00	-0,02	0,985
9.	Pozityvus pertvarkymas	38,58	28,48	191,00	-1,83	0,067
10.	Planavimas	30,00	30,63	282,00	-0,11	0,910
11.	Humoras	38,88	28,41	187,50	-1,89	0,058
12.	Priėmimas	40,08	28,10	173,00	-2,17	0,030*
13.	Religija	28,42	31,02	263,00	-0,46	0,635
14.	Savęs kaltinimas	19,63	33,22	157,50	-2,54	0,011*

Pastaba. U ir Z – testo koeficientai, p – reikšmingumo lygmuo.

3.4. Suicidinės rizikos analizė

Tyrimo dalyvių suicidinė rizika buvo vertinama remiantis SBQ-R klausimyno rezultatais. Bent kartą gyvenime apie savižudybę galvojo 71,60 proc. (n = 43) tiriamieji, 56,70 proc. (n = 34) – per pastaruosius 12 mėnesių. Savo savižudybės grėsmę kaip tikėtiną ateityje įvertino 10,00 proc. (n = 6) tiriamųjų. Vidutinis SBQ-R skalės įvertis tarp tyrimo dalyvių buvo 8,08 (SD = 4,05), svyravo nuo 3 iki 16 balų. Siekiant išskirti suicidinės rizikos grupę, buvo naudojamas 8 balų slenkstis. Tiriamieji, kurių bendras SBQ-R skalės įvertis siekė 8 ir daugiau, buvo priskirti suicidinės rizikos grupei. Iš viso į suicidinės rizikos grupę pateko 51,70 proc. tyrimo dalyvių. Suicidinės rizikos paplitimo skirtumai tarp sociodemografinių grupių pateikti 3.4.1. lentelėje.

3.4.1. Suicidinės rizikos paplitimas imtyje ir skirtumai tarp sociodemografinių grupių (N = 60).

	Suicidinės rizikos grupė		Skirtumai tarp grupių	
	n	%	χ^2	df
Lytis				
Moterys	16	43,20	2,74	1
Vyrai	15	65,20		
Darbinis statusas				
Nedirba	16	69,60	4,79*	1
Dirba	15	40,50		
Santykių statusas				
Vieniši	14	63,60	1,99	1
Nevieniši	17	44,70		
Išsilavinimas				
Neturi universitetinio išsilavinimo	24	61,50	4,35*	1
Universitetinis išsilavinimas	7	33,30		

Pastaba. * $p < 0,05$.

Atlikta statistinė analizė atskleidė, kad jaunesni tyrimo dalyviai turi didesnę savižudybės riziką ($r_s = -0,53$, $p < 0,01$). Paaiškėjo, kad nedirbantys ir universitetinio išsilavinimo neturintys asmenys taip pat pasižymi didesne savižudybės rizika (3.4.2. lentelė). Su didesniu suicidiškumu taip pat buvo susijęs didesnis patirtų stresorių skaičius ($r_s = 0,34$, $p < 0,01$). Vertinant suicidiškumo skirtumus tarp kategorinių sociodemografinių grupių nustatyta, kad nedirbantys ir neturintys universitetinio išsilavinimo asmenys patiria didesnę savižudybės riziką (3.4.2. lentelė).

3.4.2. lentelė. *Suicidiškumo pasireiškimo skirtumai tarp lyties, darbinio statuso, santykių statuso ir išsilavinimo (N = 60).*

	SBQ-R		Skirtumai tarp grupių	
	Vidurkiniai rangai	U	Z	p
Lytis				
vyras	33,43	358,00	-1,03	0,302
moteris	28,68			
Darbinis statusas				
nedirba	37,41	266,50	-2,43	0,015*
dirba	26,20			
Santykių statusas				
vieniši	34,34	333,50	-1,30	0,193
santykiuose	28,28			
Išsilavinimas				
Neturi universitetinio išsilavinimo	33,88	277,50	-2,06	0,040*
Universitetinis išsilavinimas	24,21			

Pastaba. U ir Z – testo koeficientai, p – reikšmingumo lygmuo.

Siekiant nustatyti sąsajas tarp adaptacijos sunkumų ir suicidiškumo, buvo skaičiuojama *Spearman* koreliacija tarp ADN-20 ir SBQ-R skalių rezultatų. Buvo rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp suicidiškumo ir adaptacijos sunkumų ($r_s = 0,30$, $p = 0,020$) (3.4.3. lentelė).

3.4.3. lentelė. *ADNM-20 klausimyno subskalių ir SBQ-R skalės koreliacijos (N = 60).*

	ADNM-20	SBQ-R	
		rs	p
1. Įkyrios mintys		0,31*	0,017
2. Prisisitaikymo sunkumai		0,26*	0,043
3. Vengimas		0,07	0,594
4. Depresiškas		0,36**	0,004
5. Nerimas		0,30*	0,021
6. Impulsų kontrolės sunkumai		0,12	0,372
7. Pagrindiniai simptomai		0,30*	0,020
8. Bendras įvertis		0,33*	0,010

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Suicidiškumo palyginimas tarp adaptacijos sutrikimo rizikos (vidurkinis rangas = 32,65) ir palyginamosios (vidurkinis rangas = 21,92) grupių neparodė statistiškai reikšmingų skirtumų, $U = 185,00$, $z = -1,91$, $p = 0,56$, $r = x$.

Spearman koreliacija tarp SBQ-R ir Brief COPE skalių parodė, kad tiriamieji, kurie dažniau naudoja atsiribojimo elgesiu ($r_s = 0,41$, $p = 0,001$) ir savęs kaltinimo strategijas ($r_s = 0,31$, $p = 0,015$), pasižymi didesniu suicidiškumu. Taip pat buvo rastos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp pozityvaus pertvarkymo ($r_s = -0,36$, $p = 0,005$), priėmimo strategijų ($r_s = -0,26$, $p = 0,042$) ir mažesnio suicidiškumo įverčio.

3.4.4. Brief COPE ir SBQ-R skalės koreliacijos ($N = 60$).

Brief COPE	SBQ-R	
	r_s	p
1. Dėmesio atitraukimas	0,12	0,348
2. Aktyvi įveika	-0,23	0,075
3. Neigimas	-0,16	0,225
4. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas	0,23	0,075
5. Emocinės paramos naudojimas	-0,10	0,041
6. Instrumentinės paramos naudojimas	-0,11	0,419
7. Atsiribojimas elgesiu	0,41**	0,001
8. Emocijų išreiškimas	-0,20	0,118
9. Pozityvus pertvarkymas	-0,36**	0,005
10. Planavimas	-0,17	0,207
11. Humorą	0,13	0,339
12. Priėmimas	-0,26*	0,042
13. Religija	-0,24	0,066
14. Savęs kaltinimas	0,31*	0,015

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Išsamus įveikos strategijų naudojimo palyginimas tarp suicidinės rizikos ir palyginamosios grupių yra pateiktas 3.4.5. lentelėje. Atsiribojimo elgesiu strategija suicidinės rizikos grupėje yra naudojama dažniau (vidurkinis rangas = 36,44, $n = 31$) nei palyginamojoje grupėje (vidurkinis rangas = 24,16, $n = 29$), $U = 265,50$, $z = -2,79$, $p = 0,01$. Pozityvaus pertvarkymo strategija suicidinės rizikos grupėje (vidurkinis rangas = 26,15, $n = 31$) yra naudojama rečiau nei palyginamojoje grupėje (vidurkinis rangas = 35,16, $n = 29$), $U = 314,50$, $z = -2,04$, $p = 0,04$.

3.4.5. lentelė. Įveikos strategijų naudojimo palyginimas tarp suicidinės rizikos ir palyginamosios grupių (N = 60).

Brief COPE	Vidurkiniai rangai		U	Z	p
	Palyginamoji grupė	Suicidinės rizikos grupė			
1. Dėmesio atitraukimas	27,55	33,26	364,00	-1,29	0,19
2. Aktyvi įveika	32,71	28,44	385,50	-0,97	0,33
3. Neigimas	32,60	28,53	388,50	-0,93	0,36
4. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas	26,59	34,16	336,00	-1,79	0,07
5. Emocinės paramos naudojimas	32,64	28,50	387,50	-0,93	0,35
6. Instrumentinės paramos naudojimas	31,91	29,18	408,50	-0,62	0,54
7. Atsiribojimas elgesiu	24,16	36,44	265,50*	-2,79	0,01
8. Emocijų išreiškimas	31,93	29,16	408,00	-0,63	0,53
9. Pozityvus pertvarkymas	35,16	26,15	314,50*	-2,04	0,04
10. Planavimas	31,05	29,98	433,50	-0,24	0,81
11. Humoras	30,50	30,50	449,50	0,00	1,00
12. Priėmimas	32,38	28,74	395,00	-0,82	0,41
13. Religija	32,78	28,37	383,50	-1,00	0,32
14. Savęs kaltinimas	26,34	34,39	329,00	-1,88	0,06

Pastaba. U ir Z – testo koeficientai, p – reikšmingumo lygmuo.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šis tyrimas yra vienas pirmųjų, kuriame analizuotas adaptacijos sutrikimas klinikinėje imtyje remiantis TLK-11 pagrindinių simptomų apibrėžimu. Tyrimo metu buvo įvertinti stresinių patirčių ypatumai klinikinėje imtyje, adaptacijos sutrikimo, įveikos strategijų ir suicidiškumo sąsajos.

Tyrime nustatytas didelis adaptacijos sunkumų paplitimas, jų išreikštumas buvo susijęs su tokiais sociodemografiniais kintamaisiais kaip moteriška lytis, darbo neturėjimas ir žemesnis išsilavinimas. Paaiškėjo, kad su adaptacijos sunkumų lygiu susijusios tokios įveikos strategijos kaip atsiribojimas elgesiu, savęs kaltinimas ir priėmimas, pastebėta tendencija tarp labiau išreikštų adaptacijos sunkumų ir didesnės suicidinės rizikos. Toliau yra išsamiai aptariami šio tyrimo rezultatai anksčiau atliktų mokslinių tyrimų kontekste.

4.1. Stresinių patirčių analizė ir jų sąsajos su respondentų charakteristikomis

Rezultatai atskleidė, kad visi tyrimo dalyviai per praėjusius vienerius metus susidūrė su bent viena reikšminga stresine situacija (100,00 proc.), daugiau nei pusė jų patyrė penkias arba daugiau stresinių situacijų (56,60 proc.), vidutiniškai buvo nurodyti 5,10 stresoriai. Šio tyrimo rezultatai parodo didesnę stresinių patirčių paplitimą lyginant su kituose tyrimuose vertintomis klinikinėmis imtimis. Kanadoje atliktas mokslinis tyrimas, kuriame buvo apklausiami į psichiatrijos skubiosios pagalbos skyrių atvykę pacientai atskleidė, kad 41 proc. iš jų patyrė daugiau nei vieną reikšmingą stresinę situaciją, o vidutinis patiriamų stresorių kiekis buvo 1,37 (Rotenberg et al., 2017). Gali būti, kad toks paplitimo skirtumas atsirado dėl skirtingų vertinimo metodų, kurie minėtame tyrime išlieka ne iki galo aiškūs. Autoriai nenurodo, per kokį laikotarpį patirti stresoriai vertinami, todėl sunku tiksliai palyginti stresinių situacijų paplitimo skirtumą. Lietuvoje tiriamieji, užsiregistravę į nuotolinę adaptacijos sutrikimo savigalbos intervenciją (BADI), vidutiniškai nurodė patyrę 3,98 stresorius (Kazlauskas et al., 2018). Nors šio tyrimo imtis negali būti laikoma klinicine, tačiau tiriamieji joje patyrė ženklų adaptacijos sunkumų. Atsižvelgiant į šių tyrimų rezultatus galima būtų teigti, kad stresinių situacijų paplitimas tarp šio tyrimo dalyvių yra ganėtinai didelis ir jis gali būti paaiškintas imties specifiškumu – krizių intervencijos centre žmonės dažniausiai atsiduria patyrę reikšmingus neigiamus gyvenimo įvykius.

Tarp dažniausiai patiriamų stresorių tiriamųjų imtyje buvo konfliktai šeimoje (53,30 proc.), nutrūkusi laisvalaikio veikla (53,30 proc.), per daug arba per mažai darbo (53,30 proc.) ir paties sunki liga (51,70 proc.). Šie rezultatai iš dalies sutampa su prieš tai nagrinėtais tyrimais: dažniausiai patiriami

stresoriai skubiosios pagalbos tyrimo imtyje buvo susiję su tarpasmeniniais santykiais (24,1 proc.), darbine veikla (19,7 proc.) (Rotenberg et al., 2017). Didelį tarpasmeninių santykių problemų ir su darbu susijusių stresinių situacijų paplitimą tarp psichikos sveikatos priežiūros sistemos pacientų nurodo ir kitas tyrimas – nerimo sutrikimą turintys pacientai kaip dažniausiai patiriamus stresorius išskyrė santykių problemas (64,1 proc.) ir profesinius sunkumus (55,3 proc.) (Nel et al., 2018).

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad didesnę stresorių kiekį patiria darbo neturintys ir jaunesni asmenys. Pirmo kintamojo atžvilgiu rezultatas gali būti paaiškintas tuo, kad darbo neturėjimas galimai savaime susijęs su tokiais stresoriais kaip finansiniai sunkumai, nutrūkusi laisvalaikio veikla. Taip pat darbo neturintis asmuo patiria didesnę stresą ir dėl to gali kilti tarpasmeninių konfliktų. Gali būti, kad jaunesni žmonės patiria didesnę stresorių kiekį dėl to, kad jie dar tik mėgina įsitvirtinti darbo rinkoje (galima bedarbystė, finansiniai sunkumai), kurti šeimą (įvairios tarpasmeninių santykių problemos), jų gyvenime įprastai vyksta daugiau pokyčių. Vis dėlto, nebuvo rasta tyrimų, kurie analizuotų patiriamų stresinių situacijų ir amžiaus bei darbo statuso santykį, tad tai galėtų būti vertinga gairė ateities tyrimams.

4.2. Adaptacijos sunkumų analizė ir sąsajos su respondentų charakteristikomis

Adaptacijos sunkumai buvo vertinamas remiantis ADN-20 skalės pagrindinių simptomų subskale. Nustatyta, kad iš tirtos pacientų imties 80,00 proc. patenka į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę. Šis adaptacijos sunkumų paplitimą atspindintis rezultatas yra perpus didesnis nei kituose tyrimuose, kuriuose buvo vertinami psichikos sveikatos priežiūros paslaugas gaunantys asmenys (Taggart et al., 2006; Claes et al., 2010). Tyrime, kuriame buvo vertinama Belgijos krizių intervencijos centro pacientų imtis, adaptacijos sutrikimo paplitimas buvo 39 proc. (Claes et al., 2010). Nors abiejuose tyrimuose vertinami panašūs respondentai, šiame tyrime gautas skirtumas gali būti paaiškintas nevienodu diagnostinių instrumentų naudojimu. Minėtuose tyrimuose adaptacijos sutrikimas buvo vertinamas remiantis struktūruotais klinikiniais diagnostiniais interviu, kurie rėmėsi DSM kriterijais, o šiame – TLK-11 supratimu paremtu savistabos klausimynu.

Į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę pateko statistiškai reikšmingai daugiau moterų, darbo ir universitetinio išsilavinimo neturintys asmenys. Šių sociodemografinių charakteristikų ryšį su labiau išreikštais adaptacijos sunkumais patvirtina ir prieš tai aptarti tyrimai (Želviene, 2017; Lorenz et al., 2018; Zelviene et al., 2020). Taip pat rezultatas, kad labiau išreikšti adaptacijos sunkumai susiję didesniu patirtų stresinių situacijų skaičiumi, atitinka kitų tyrimų duomenis (Želviene, 2017). Neretai tyrimuose

vyresnis amžius yra siejamas su didesne adaptacijos sutrikimo rizika (Lorenz et al., 2018; Zelviene et al., 2020), tačiau šiame tyrime reikšmingų sąsajų tarp amžiaus ir adaptacijos sunkumų rasta nebuvo.

4.3. Įveikos strategijų analizė

Įveikos strategijos buvo vertinamos remiantis brief COPE skalės rezultatais. Dažniausiai tarp tiriamųjų naudojamos įveikos strategijos buvo savęs kaltinimas ($M = 6,33$), planavimas ($M = 6,02$), aktyvi įveika ($M = 5,80$), priėmimas ($M = 5,68$) ir instrumentinės paramos naudojimas ($M = 5,67$).

Nagrinėjant sąsajas tarp adaptacijos sunkumų ir įveikos strategijų paaiškėjo, kad su didesniais adaptacijos sunkumais labiausiai susijęs dažnesnis savęs kaltinimo ir atsiribojimo elgesiu strategijų naudojimas. Su mažiau išreikštais adaptacijos sutrikimo sunkumais susijusios dažniau naudojamos pozityvaus pertvarkymo, aktyvios įveikos ir dėmesio atitraukimo strategijos. Vis dėlto, analizuojant įveikos strategijų naudojimo skirtumus tarp adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupės, statistiškai reikšmingas ryšys išliko tik kai kurių minėtų įveikos strategijų atžvilgiu. Adaptacijos sutrikimo rizikos grupė reikšmingai dažniau naudojo atsiribojimo elgesiu, savęs kaltinimo strategijas ir reikšmingai rečiau – priėmimo strategiją. Šis rezultatų neatitikimas taikant skirtingas skaičiavimo strategijas galėjo atsirasti dėl to, kad adaptacijos sutrikimo rizikos ($n = 48$) ir palyginamoji grupė ($n = 12$) skaičiaus atžvilgiu buvo nelygiavertiškos. Vienintelio rasto tyrimo, kuriame nagrinėtos adaptacijos sutrikimo ir įveikos sąsajos duomenys iš dalies atitinka šio tyrimo rezultatus – adaptacijos sutrikimo diagnozę turintys žmonės dažniau pasitelkia vengimo įveiką (Ferrer & Kirchner, 2018), kuriai priklauso ir atsiribojimo elgesiu strategija. Vis dėlto, šio tyrimo autoriai neišskyrė specifinių įveikos strategijų, todėl sudėtinga palyginti šių dviejų tyrimų rezultatus. Pastebėta, kad atsiribojimo elgesiu strategija yra reikšmingai susijusi su didesniu patiriamu distreso lygiu (Roberts et al., 2013). Taip pat yra žinoma, kad vengimo įveikos strategijos susijusios su didesne potrauminio streso sutrikimo rizika (Thompson et al., 2018) ir labiau išreikštais šio sutrikimo simptomais (Weiss et al., 2017). Su labiau išreikštais potrauminio streso sutrikimo simptomais susijusi ir savęs kaltinimo strategija (Britt et al., 2017). Šiame tyrimo savęs kaltinimo strategija taip pat buvo dažniau pasitelkiama pacientų, kurie pateko į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę. Vis dėlto, šių tyrimų rezultatus reikėtų vertinti atsargiai, nes distreso patyrimas, potrauminio streso sutrikimas ir adaptacijos sutrikimas yra skirtingi reiškiniai, nepaisant juos siejančių bendrų bruožų.

3.4. Suicidinės rizikos analizė

Sucidiškumas buvo vertinamas remiantis SBQ-R skale ir jos elementais. Nustatyta, kad daugiau nei pusė pacientų turi suicidinę riziką (51,70 proc). Šis rezultatas panašus į prieš tai nagrinėtų tyrimų duomenis, kuriuose 54 proc. hospitalizuotų pacientų buvo įvertinti kaip turintys suicidinę riziką (Mellesdal et al., 2010; Van Veen et al., 2019).

Su didesne suicidine rizika buvo susijęs jaunesnis amžius, darbo neturėjimas, žemesnis išsilavinimas ir didesnis patirtų stresorių skaičius. Šie rezultatai atitinka daugelio nagrinėtų šaltinių pateikiamus duomenis apie tai, kad darbo neturėjimas ir žemesnis išsilavinimas yra galimi suicidinės rizikos veiksniai (Borges et al., 2010; Crump et al., 2013; Milner et al., 2014). Su didesne suicidine rizika kai kuriuose tyrimuose taip pat yra siejamas jaunesnis amžius (Ho, 2003; Borges et al., 2010) ir didesnis patirtų stresinių situacijų skaičius (Cerutti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011; Kumar & George, 2013). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyčių suicidiškumo atžvilgiu rasta nebuvo. Dažniausiai moksliniuose tyrimuose vyriška lytis yra laikoma suicidinės rizikos veiksniumi (Nock et al., 2008; Crump et al., 2013). Vis dėlto, mokslinių tyrimų rezultatai lyties atžvilgiu nėra vieningi, kai kuriuose iš jų skirtumo tarp vyrų ir moterų suicidiškumo rasta taip pat nebuvo (Hussen & Al-Khalidy, 2013; Kurt, 2015). Rezultatas, kad aukštesnė suicidinė rizika ir didesnis stresorių skaičius yra susiję, iš dalies sutampa su tyrimu, kuriame suicidinis elgesys buvo siejamas su dideliu patirtų stresinių situacijų skaičiumi (Cerutti et al., 2011).

Analizuojant sąsajas tarp adaptacijos sunkumų ir suicidiškumo buvo rastas ryšys tarp didesnių adaptacijos sunkumų ir labiau išreikštos suicidinės rizikos. Vis dėlto, lyginant suicidiškumą tarp adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių, statistiškai reikšmingų skirtumų rasta nebuvo. Gali būti, kad suicidinės rizikos skirtumai neišryškėjo dėl mažos tyrimo imties ir jau minėto nelygiavertiško tiriamųjų pasiskirstymo grupėse. Nepaisant to, galima teigti, kad yra tendencija, jog didesnė suicidinė rizika susijusi su labiau išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais. Amerikos psichiatrų asociacijos (2013) teigimu, adaptacijos sutrikimas yra reikšmingai susijęs su padidėjusia savižudybės rizika. Prieš tai analizuoti tyrimai taip pat nurodo aiškia asociaciją tarp adaptacijos sutrikimo ir suicidinės rizikos (Pelkonen et al., 2005; Gradus et al., 2010). Derėtų pakartoti tyrimą su kur kas didesnės apimties Lietuvos klinicine imtimi – tai padėtų aiškiau įvertinti adaptacijos sutrikimo ir suicidinės rizikos santykį.

Analizuojant sąsajas tarp suicidinės rizikos ir įveikos strategijų paaiškėjo, kad suicidiški tiriamieji dažniau naudoja atsiribojimo elgesiu strategiją. Šis rezultatas sutampa su prieš tai aptartų tyrimų duomenimis, kuriuose atsiribojimo elgesiu strategija yra išskiriama kaip reikšmingas bendro suicidiškumo ir suicidinių bandymų rizikos veiksnys (Votta & Manion, 2004; Ambrus et al., 2017). Suicidinės rizikos grupei nepriskirti asmenys šiame tyrime nurodė dažniau naudojantys pozityvaus pertvarkymo strategiją. Šis rezultatas taip pat atitinka tyrimų, atliktų klinikinėse imtyse, rezultatus (Horwitz et al., 2018). Savęs kaltinimo strategijos atžvilgiu reikšmingų skirtumų tarp suicidinės rizikos ir palyginamosios grupių rasta nebuvo, tačiau pastebėta tendencija, kad ši strategija yra susijusi su didesne suicidine rizika. Tai iš dalies atitinka nagrinėtų tyrimų rezultatus, kuriuose savęs kaltinimo strategija yra laikoma reikšmingai susijusi su labiau išreikštu suicidiškumu (Rabinovitch et al., 2015; Horwitz et al., 2018). Šio tyrimo rezultatai neatskleidė jokių reikšmingų sąsajų tarp suicidinės rizikos ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kaip įveikos strategijos. Šis rezultatas prieštarauja daugeliui nagrinėtų šaltinių, kuriuose ši įveikos strategija siejama su didesniu suicidiškumu (Votta & Manion, 2004; Kidd & Carroll, 2007; Horwitz et al., 2011). Tokie rezultatų neatitikimai galėjo atsirasti dėl mažos tiriamųjų imties ir įvairių skirtumų tarp tirtų populiacijų.

3.5. Ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Šis tyrimas turi ribotumus, į kuriuos reikėtų atsižvelgti vertinant ir interpretuojant tyrimo rezultatus. Vienas pagrindinių šio tyrimo ribotumų yra maža tyrimo imtis ir nedidelis jos reprezentatyvumas. Tyrimas buvo atliktas krizių intervencijos centre, į kuri dauguma asmenų patenka patyrę reikšmingus neigiamus gyvenimo įvykius. Dėl šios priežasties gauti rezultatai gali būti sunkiau pritaikomi kitiems asmenims, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis. Kaip dar vieną šio tyrimo ribotumą galima išskirti tai, kad buvo tiriamas neproporcingas vyrų ir moterų skaičius. Gali būti, kad dėl šios priežasties nukentėjo rezultatai lyginant adaptacijos sunkumus ir suicidiškumą tarp lyčių.

Kitas šio tyrimo ribotumas – tyrimas buvo skerspjūvio, todėl remiantis jo rezultatais sudėtinga įvertinti tikslas sąsajas tarp adaptacijos sutrikimo, įveikos strategijų ir suicidiškumo. Dėl pasirinkto tyrimo dizaino remiantis jo rezultatais taip pat negalima spręsti apie nagrinėtų reiškinių priežastingumą. Siekiant geriau suprasti adaptacijos sutrikimo simptomų kaitą ir nustatyti potencialius sutrikimo rizikos veiksnus, mokslininkai turėtų taikyti longitudinalinį tyrimo metodą. Tyrimo trūkumu galima laikyti ir tai, kad nebuvo atsižvelgta į psichikos sutrikimų komorbidiškumą. Gali būti, kad kiti psichikos sutrikimai

turėjo įtakos pacientų būsenai tyrimo atlikimo metu ir paveikė jų atsakymus, todėl ateityje rekomenduojama atsižvelgti į pacientų turimus psichikos sutrikimus.

Tai, kad šiame tyrime buvo naudojamas savistabos klausimynas, taip pat gali būti laikoma tyrimo ribotumu. Dėl tokio tipo klausimyno naudojimo tiriamieji, kuriems trūksta savistabos gebėjimų ir kurie yra gynybiški, savo atsakymais galėjo ne visiškai tiksliai parodyti tikrąją savijautą ir atskleisti savo asmenybės bei elgesio ypatumus. Dėl šios priežasties ateities tyrimuose adaptacijos sunkumus ir suicidinę riziką būtų tikslinga vertinti derinant savistabos klausimynus ir profesionalų klinikinį interviu, kuris užtikrintų objektyvesnį požiūrį į adaptacijos sutrikimo simptomus ir suicidinės rizikos raišką.

Nepaisant tyrimo ribotumų, rezultatai parodė didelį stresinių patirčių ir adaptacijos sunkumų paplitimą klinikinėje imtyje. Taip pat atskleidė reikšmingas sąsajas tarp adaptacijos sunkumų ir tam tikrų įveikos strategijų, nurodė tendenciją, kad labiau išreikštas suicidiškumas susijęs su didesniais adaptacijos sunkumais. Šis tyrimas prisidėjo prie geresnio adaptacijos sutrikimo TLK-11 kontekste supratimo ir nurodė reikšmingas gaires ateities tyrimams. Tolimesni tyrimai praplėstų suvokimo ribas apie adaptacijos sutrikimą ir jo sąsajas su įvairiais veiksniais, o tai padėtų tobulinti adaptacijos sutrikimo diagnostiką, tiksliau prognozuoti jo eigą ir kurti efektyvesnes pagalbos strategijas.

3.6. Rekomendacijos

Šio tyrimo rezultatai nurodo specialistams tam tikras įveikos strategijas kaip galimą intervencijos poveikio sritį, siekiant sumažinti adaptacijos sutrikimo ir suicidiškumo riziką. Psichikos sveikatos priežiūros specialistai, dirbdami su adaptacijos sutrikimo simptomus turinčiais arba suicidine rizika pasižyminčiais asmenimis, turėtų atkreipti dėmesį į jų naudojamas neadaptyvias įveikos strategijas, tokias kaip atsiribojimas elgesiu (kuomet žmogus pasiduoda mėgindamas įveikti stresinę situaciją) ir savęs kaltinimas (kai asmuo kaltina save dėl to, kas jam įvyko ir kritikuoja save). Atpažinus šias paciento naudojamas įveikos strategijas reikėtų skatinti jas pakeisti adaptyvesnėmis – pavyzdžiui, pozityviu pertvarkymu (stengiantis padėti žmogui atrasti prasmę bei teigiamus aspektus stresiniuose įvykiuose) ir priėmimu (padedant priimti ir mokytis gyventi su tuo, kas įvyko).

IŠVADOS

1. Bent vieną stresinį įvykį per pastaruosius vienerius metus patyrė visi tyrimo dalyviai, dažniausi stresoriai tyrimo imtyje buvo konfliktai šeimoje, nutrūkusi laisvalaikio veikla, per daug arba per mažai darbo ir paties sunki liga. Didesnis stresorių skaičius buvo būdingas jaunesniems ir darbo neturintiems asmenims.
2. Didžioji dalis (80,0 proc.) tyrimo dalyvių turėjo aukštą adaptacijos sutrikimo riziką. Didesni adaptacijos sunkumai buvo būdingi moterims, nedirbantiems, neturintiems aukštojo išsilavinimo ir daugiau stresorių patyrusiems tyrimo dalyviams.
3. Dažniausiai naudojamos įveikos strategijos tyrimo imtyje buvo savęs kaltinimas, planavimas, aktyvi įveika, priėmimas ir instrumentinės paramos naudojimas. Didesni adaptacijos sunkumai susiję su dažnesniu savęs kaltinimo ir atsiribojimo elgesiu strategijų naudojimu.
4. Pusė tyrimo dalyvių pasižymėjo suicidine rizika. Didesnė savižudybės rizika buvo susijusi su jaunesniu amžiumi, didesniu patirtų stresorių skaičiumi, prastesniu sveikatos vertinimu. Didesne savižudybės rizika pasižymėjo nedirbantys ir universitetinio išsilavinimo neturintys tiriamieji. Nustatyta tendencija, kad labiau išreikštas suicidiškumas susijęs su didesniais adaptacijos sunkumais. Labiau išreikštas suicidiškumas susijęs su dažnesniu atsiribojimo elgesiu ir savęs kaltinimo strategijų naudojimu.

LITERATŪRA

- Ambrus, L., Sunnqvist, C., Asp, M., Westling, S., & Westrin, Å. (2017). Coping and suicide risk in high risk psychiatric patients. *Journal of Mental Health*, 1–6. doi:10.1080/09638237.2017.1417547.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. Washington, DC: American Psychiatric Publications.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed)*, (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Publications.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping Through Emotional Approach: A New Look at Emotion, Coping, and Health-Related Outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335–1364. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00299.x.
- Bachem, R., & Casey, P. (2018). Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243–253. doi:10.1016/j.jad.2017.10.034.
- Bachem, R., Perkonig, A., Stein, D. J., & Maercker, A. (2016). Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder – New Module questionnaire in a clinical intervention study. *Int J Methods Psychiatr Res*, doi: 10.1002/ mpr.1545.
- Barzilay S & Apter, A. (2014) Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 18:4, 295-312, DOI: 10.1080/13811118.2013.824825.
- Baumeister, H., Maercker, A., & Casey, P. (2009). Adjustment Disorder with Depressed Mood. *Psychopathology*, 42(3), 139–147. doi:10.1159/000207455.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>.
- Ben-Ezra, M., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Lavenda, O., & Maercker, A. (2018). Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the adjustment disorder new module. *Journal of Psychiatric Research*, 103(March), 91–96.

- Borges, G., Nock, M., Haro, J. M., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., ... Kessler, R. (2010). Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*. 71.1617-28.10.4088/JCP.08m04967blu.
- Britt, T. W., Adler, A. B., Sawhney, G., & Bliese, P. D. (2017). Coping Strategies as Moderators of the Association Between Combat Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of traumatic stress*, 30(5), 491–501. <https://doi.org/10.1002/jts.22221>.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371–377. doi:10.1037/0022-006x.68.3.371.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of personality and social psychology*. 56. 267-83. 10.1037//0022-3514.56.2.267.
- Carver, C. S., & Scheier, M. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, Vol. 2 (p. 3–52). The Guilford Press.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Carver, C & Connor-Smith, J. (2009). Personality and Coping. *Annual review of psychology*. 61. 679-704. 10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*. 179(06), 479–481. doi:10.1192/bjp.179.6.479.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of adolescence*, 34(2), 337–347. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>.
- Choi, J. W., Lee, K. S., Kim, T. H., Choi, J., & Han, E. (2019). Suicide risk after discharge from psychiatric care in South Korea. *Journal of affective disorders*, 251, 287–292.
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>.

- Chung, M.-S., Chiu, H.-J., Sun, W.-J., Lin, C.-N., Kuo, C.-C., Huang, W.-C., ... Chou, P. (2013). Association among depressive disorder, adjustment disorder, sleep disturbance, and suicidal ideation in Taiwanese adolescent. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(3), 319–325. doi:10.1111/appy.12112.
- Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H., & Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48(1), 83–87. doi:10.1016/j.paid.2009.09.001.
- Clarke, A. T. (2006). Coping with Interpersonal Stress and Psychosocial Health Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 10–23. doi:10.1007/s10964-005-9001-x.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>.
- Costantini, A., Pompili, M., Innamorati, M., Zezza, M. C., Di Carlo, A., Sher, L., & Girardi, P. (2014). Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(4), 383–395. <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.917136>.
- Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. A. (2013). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44(02), 279–289. doi:10.1017/s0033291713000810.
- Duangdao, K. M., & Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 291–300. doi:10.1007/s10865-008-9155-6.
- Eimontas, J., Gegieckaite, G., Dovydaityene, M., Mazulyte, E., Rimsaite, Z., Skruibis, P., ... Kazlauskas, E. (2017). The role of therapist support on effectiveness of an internet-based modular self-help intervention for adjustment disorder: A randomized controlled trial. *Anxiety, Stress and Coping*, 31(2), 146–158.
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 584–595. doi:10.1080/13548506.2010.487107.

- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., ... Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48(3), 177–193. doi:10.1080/00207594.2013.804189.
- Fegan, J., & Doherty, A. M. (2019). Adjustment Disorder and Suicidal Behaviours Presenting in the General Medical Setting: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2967. doi:10.3390/ijerph16162967.
- Feldman, M. D., Franks, P., Duberstein, P. R., Vannoy, S., Epstein, R., & Kravitz, R. L. (2007). Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care. *The Annals of Family Medicine*, 5(5), 412–418. doi:10.1370/afm.719.
- Fernández, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., ... Pinto-Meza, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 201(02), 137–142. doi:10.1192/bjp.bp.111.096305.
- Ferrer, L., & Kirchner, T. (2018). How do adolescents with Adjustment Disorder cope with stressful situations? Relationship with suicidal risk. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. doi:10.1016/j.rpsm.2018.11.002.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-oncology*, 19, 901-8. 10.1002/pon.1836.
- Foster, T. (2011). Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 15, 1-15. doi: 10.1080/13811118.2011.540213.
- Franks, M., Cramer, R. J., Cunningham, C. A., Kaniuka, A. R., & Bryan, C. J. (2020). Psychometric assessment of two suicide screeners when used under routine conditions in military outpatient treatment programs. *Psychological Services*, 10.1037/ser0000416. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ser0000416>.
- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 229(3), 940–948. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.010.

- Gradus, J., Qin, P., Lincoln, A., Miller, M., Lawler, E., & Lash, T. (2010). The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology*, 2, 23-8. [10.2147/CLEP.S9373](https://doi.org/10.2147/CLEP.S9373).
- Hagan, T. L., Fishbein, J. N., Nipp, R. D., Jacobs, J. M., Traeger, L., Irwin, K. E., ...Temel, J. S. (2016). Coping in Patients with Incurable Lung and Gastrointestinal Cancers: A Validation Study of the Brief COPE, *Journal of Pain and Symptom Management*, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.06.005).
- Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2019). Suicide Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Cohort Study of Nearly 2.9 Million Discharges. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(2), 18m12172. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12172>.
- Hernández Blázquez, M., & Cruzado, J. A. (2016). A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 14–21. doi:[10.1016/j.jpsychores.2016.05.010](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.010).
- Ho T. P. (2003). The suicide risk of discharged psychiatric patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(6), 702–707. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0613>.
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2018). Prospective Associations of Coping Styles With Depression and Suicide Risk Among Psychiatric Emergency Patients. *Behavior Therapy*, 49(2), 225–236. doi:[10.1016/j.beth.2017.07.010](https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.07.010).
- Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1077–1085. doi:[10.1016/j.adolescence.2010.10.004](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.10.004).
- Huertas, P., Moreno-Küstner, B., Gutiérrez, B., & Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep. *Journal of Affective Disorders*, 266, 503–511. doi:[10.1016/j.jad.2020.01.115](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.115).
- Hussen, A. G., & Al-Khalidy, F. F. (2013). Suicide Ideas among Hawler Medical College Students. *Tikrit Medical Journal*, vol. 19 Issue 1, p170-177. 8p.
- Ichikura, K., Yamashita, A., Sugimoto, T., Kishimoto, S., & Matsushima, E (2018). Patterns of stress coping and depression among patients with head and neck cancer: A Japanese cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 27:556–562. <https://doi.org/10.1002/pon.4549>.

- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: an empirical contribution to the construct validation of the brief-COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of health psychology*, 15(2), 215–229. <https://doi.org/10.1177/1359105309346516>.
- Kato, T. (2013). Frequently Used Coping Scales: A Meta-Analysis. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 31. 10.1002/smi.2557.
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A brief measure of the international classification of diseases-11 adjustment disorder: Investigation of psychometric properties in an adult help-seeking sample. *Psychopathology*, 51(1), 10–15.
- Kidd, S. A., & Carroll, M. R. (2007). Coping and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 30(2), 283–296. doi:10.1016/j.adolescence.2006.03.002.
- Klonsky, E. D., May, A., & Saffer, B. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12. 307-330. 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Kposowa, A. J. (2003). Divorce and suicide risk. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(12), 993–993. doi:10.1136/jech.57.12.993.
- Kumar, P. N., & George, B. (2013). Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian journal of psychiatry*, 55(1), 46–51. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105504>.
- Kurt, D. G. (2015). Suicide Risk in College Students: The Effects of Internet Addiction and Drug Use. *Educational Sciences: Theory & Practise*, 15(4),841-848.
- Langford, D., Morgan, S., Cooper, B., Paul, S., Kober, K.M., Wright, F., ... Dunn, L. (2020). Association Of Personality Profiles With Coping And Adjustment To Cancer Among Patients Undergoing Chemotherapy. *Psycho-Oncology*. 10.1002/pon.5377.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 108–114.
- Lazarus R. S., & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 20, 977-88. 10.1002/jts.20276.
- Lorenz, L., Bachem, R.C., & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder–New Module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *Int J Occup Environ Med* 2016;7:215-220. doi: 10.15171/ijoem.2016.775.
- Lorenz, L., Perkonigg, A., & Maercker, A. (2018). The course of adjustment disorder following involuntary job loss and its predictors of latent change. *Clinical Psychological Science*, 6(5), 647–657.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L., ... Reed, G. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*.12.198-206. 10.1002/wps.20057.
- Maercker, A., Einsle, F., & Kollner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40 (3), 135–146. doi:10.1159/000099290.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1745–1752. doi:10.1007/s00127-012-0493-x.
- Martínez Ortega, Y., Gomà-i-Freixanet, M., & Fornieles Deu, A. (2016). The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings. *Psychiatry Research*, 246, 808–814. doi:10.1016/j.psychres.2016.10.031.
- May, A. M., Klonsky, E. D., & Klein, D. N. (2012). Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: A 10-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 946–952. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.04.009.
- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Jørgensen, H. A. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61(1), 25–31. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.1.25>.
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current Psychiatry Reports*, 22(2). doi:10.1007/s11920-020-1130-0.

- Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychological Medicine*, 44(05), 909–917. doi:10.1017/s0033291713001621.
- Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Cappelletti, E. & Pancani, L. (2015). The Situational Version of the Brief COPE: Dimensionality and Relationships With Goal-Related Variables. *Europe's Journal of Psychology*. 11. 295-310. 10.5964/ejop.v11i2.935.
- Mortensen, P., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet*, 355(9197), 9–12. doi:10.1016/s0140-6736(99)06376-x.
- Moskowitz, J. T., Hult, J. R., Bussolari, C., & Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 135(1), 121–141. doi:10.1037/a0014210.
- Nel, C., Augustyn, L., Bartman, N., Koen, M., Liebenberg, M., Naudé, J., & Joubert, G. (2018). Anxiety disorders: Psychiatric comorbidities and psychosocial stressors among adult outpatients. *The South African journal of psychiatry : SAJP : the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 24, 1138. <https://doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v24i0.1138>.
- Nicoli, M., Bouchez, S., Nieto, I., Gasquet, I., Kovess, V., & Lépine, J-P. (2012). Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the French general population. Results from the ESEMeD study. *L'Encéphale*. 38. 296-303. 10.1016/j.encep.2011.02.006.
- Nielsen, M. B. & Knardahl, S. (2014). Coping strategies: A prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scandinavian Journal of Psychology*. 55, 142–150.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. doi:10.1093/epirev/mxn002.
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2537. doi:10.3390/ijerph16142537.
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S. M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA psychiatry*, 73(11), 1119–1126. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035>.

- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443–454.
- Pasaulio sveikatos organizacija. (2015). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija, TLK-10-AM*. Paimta iš <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>.
- Passos, S., Souza, L., & Spessato, B. (2014). High prevalence of suicide risk in people living with HIV: Who is at higher risk?. *AIDS care*, 26, 1-4. 10.1080/09540121.2014.913767.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder: Clinical characteristics of adolescent outpatients. *European child & adolescent psychiatry*, 14, 174-80. 10.1007/s00787-005-0457-8.
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551–603. doi:10.1023/a:1020641400589.
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360(9347), 1728–1736. doi:10.1016/s0140-6736(02)11681-3.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599–611. doi:10.1089/jwh.2006.15.599.
- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 265–270. doi:10.1016/j.jad.2005.04.009.
- Pozzi, G., Frustaci, A., Tedeschi, D., Solaroli, S., Grandinetti, P., Nicola, M., & Janiri, L. (2015). Coping strategies in a sample of anxiety patients: Factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain and Behavior*, 5. n/a-n/a. 10.1002/brb3.351.
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 427–432.

- Rabinovitch, A. E., Perrin, P. B., Tabaac, A. R., & Brewster, M. E. (2015). Coping styles and suicide in racially and ethnically diverse lesbian, bisexual, and queer women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 497–504. doi:10.1037/sgd0000137.
- Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., Saxena, S., & Maj, M. (2011). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 118–131.
- Roberts, N., Czajkowska, Z., Radiotis, G., & Körner, A. (2013). Distress and coping strategies among patients with skin cancer. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(2), 209–214. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9319-y>.
- Roesch, S. C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., ... Vaughn, A. A. (2005). Coping with Prostate Cancer: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281–293. doi:10.1007/s10865-005-4664-z.
- Rotenberg, M., Tuck, A., & McKenzie, K. (2017). Psychosocial stressors contributing to emergency psychiatric service utilization in a sample of ethno-culturally diverse clients with psychosis in Toronto. *BMC psychiatry*, 17(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1487-8>.
- Sahler, O. J. Z. & Carr, J., E. (2009). Coping Strategies. Chapter in book: *Developmental-Behavioral Pediatrics* (pp.491-496). DOI: 10.1016/B978-1-4160-3370-7.00050-X.
- Sawhney, G., Klinefelter, Z., & Britt, T. W. (2018). Integrating coping and recovery: Review and recommendations for future research. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(4), 1–12. <https://doi.org/10.1111/jabr.12156>.
- Semprini, F., Fava, G. A., & Sonino, N. (2010). The Spectrum of Adjustment Disorders: Too Broad to be Clinically Helpful. *CNS Spectrums*, 15(06), 382–388. doi:10.1017/s1092852900029254.
- Shneidman E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(3), 145–147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>.
- Slanbekova, G., Chung, M. C., Abildina, S., Sabirova, R., Kapbasova, G., & Karipbaev, B. (2017). The impact of coping and emotional intelligence on the relationship between posttraumatic stress disorder from past trauma, adjustment difficulty, and psychological distress following divorce. *Journal of Mental Health*. 26. 1-8. 10.1080/09638237.2017.1322186.

- Stanley, I. H., Joiner, T. E., & Bryan, C. J. (2017). Mild traumatic brain injury and suicide risk among a clinical sample of deployed military personnel: Evidence for a serial mediation model of anger and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 161–168.
- Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Sasaki, G., Tanaka, O., Umeda, T., Takahashi, I., ... Nakaji, S. (2012). Coping behaviors in relation to depressive symptoms and suicidal ideation among middle-aged workers in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 264–268. doi:10.1016/j.jad.2012.05.011.
- Sundquist, J., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Kendler, K. S. (2017). Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1381-4.
- Taggart, C., O'Grady, J., Stevenson, M., Hand, E., Mc Clelland, R., & Kelly, C. (2006). Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *General Hospital Psychiatry*, 28(4), 330–335. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.05.002.
- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., & Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of affective disorders*, 225, 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.049>.
- Vallejo-Sánchez, B., & Pérez-García, A. M. (2017). The role of personality and coping in adjustment disorder. *Clinical Psychologist*, 21, 245–251. <https://doi.org/10.1111/cp.12064>.
- Van Veen, M., Wierdsma, A. I., van Boeijen, C., Dekker, J., Zoeteman, J., Koekkoek, B., & Mulder, C. L. (2019). Suicide risk, personality disorder and hospital admission after assessment by psychiatric emergency services. *BMC Psychiatry*, 19(1). doi:10.1186/s12888-019-2145-0.
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2007). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Votta, E., & Manion, I. (2004). Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males' adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 237–243. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.06.002.
- Walsh, G., Sara, G., Ryan, C. J., & Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 174–184. <https://doi.org/10.1111/acps.12383>.
- Weiss, N. H., Johnson, C. D., Contractor, A., Peasant, C., Swan, S. C., & Sullivan, T. P. (2017). Racial/ethnic differences moderate associations of coping strategies and posttraumatic stress disorder

- symptom clusters among women experiencing partner violence: a multigroup path analysis. *Anxiety, Stress, and Coping*, 30(3), 347–363. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1228900>.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.
- World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/.
- World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva.
- Yaseen, Y. A. (2017). Adjustment disorder: Prevalence, sociodemographic risk factors, and its subtypes in outpatient psychiatric clinic. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 82–85. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.012>.
- Yen, S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., ... Zanarini, M. C. (2005). Recent Life Events Preceding Suicide Attempts in a Personality Disorder Sample: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 99–105. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.99>.
- Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 375–381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121072>.
- Zelviene, P., Kazlauskas E., & Maercker, A. (2020) Risk factors of ICD-11 adjustment disorder in the Lithuanian general population exposed to life stressors. *European Journal of Psychotraumatology*, 11:1, 1708617, DOI: 10.1080/20008198.2019.1708617.
- Zelviene, P., Kazlauskas, E., Eimontas, J., & Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, 40, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.009>.
- Želviene, Paulina. (2017). *Adaptacijos sutrikimo struktūra ir rizikos veiksniai Lietuvos populiacijoje* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.