

Vilniaus universitetas

Filosofijos fakultetas

Psichologijos institutas

**Marius Gaižauskas**

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Vaikystės trauminių patirčių, kompleksinio potrauminio  
streso ir depresijos sąsajos**

Darbo vadovė: doc. dr. Odeta Geleželytė

Vilnius 2024

## TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY .....	5
PRATARMĖ .....	6
1. ĮVADAS.....	7
1.1. Trauminių patirčių samprata ir paplitimas .....	7
1.1.1. Vaikystės trauminės patirtys tarp psichiatrijos pacientų .....	8
1.1.2. Vaikystės trauminių patirčių pasekmės suaugus .....	9
1.1.3. Pasikartojanti trauma ir jos patyrimo laikas.....	11
1.2. Kompleksinio potrauminio streso (KPTSS) sutrikimo samprata .....	12
1.2.1. KPTSS paplitimas .....	14
1.3. Depresijos samprata ir paplitimas.....	15
1.4. Vaikystės trauminių patirčių, KPTSS ir depresijos sąsajos .....	16
1.4.1. Vaikystės trauma ir KPTSS.....	16
1.4.2. Vaikystės trauma ir depresija .....	17
1.4.3. KPTSS ir depresija.....	18
1.5. Tyrimo problema ir tikslas .....	19
2. TYRIMO METODIKA .....	21
2.1 Tyrimo dalyviai.....	21
2.2. Tyrimo instrumentai.....	22
2.2.1. Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas.....	22
2.2.2. Tarptautinis traumos klausimynas.....	23
2.2.3. Tarptautinis depresijos klausimynas .....	24
2.3. Tyrimo eiga .....	25
2.4. Duomenų analizė .....	26
3. REZULTATAI.....	28
3.1. Trauminių patirčių paplitimas tyrimo imtyje.....	28
3.2. Potrauminių streso reakcijų ir depresijos sutrikimų rizika vyrų ir moterų imtyse .....	30
3.3. Kumuliacinės traumos, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų sąsajos.....	31
3.4. Trauminių vaikystės patirčių sąsajos su potrauminėmis reakcijomis .....	34
3.5. Vaikystės trauma kaip prognostinis KPTSS, PTSS bei depresijos rizikos veiksnys .....	37
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	40
4.1. Trauminių įvykių paplitimas tyrimo imtyje.....	40
4.2. Potrauminių reakcijų paplitimas imtyje.....	42

4.3. KPTSS, PTSS ir depresijos sąsajos .....	43
4.4. Trauminių patirčių, potrauminių reakcijų ir depresijos ryšys .....	44
4.5. Vaikystės trauminės patirtys kaip potrauminių reakcijų ir depresijos prognostinis veiksnys..	45
4.6. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams.....	47
4.7. Praktinės rekomendacijos .....	48
IŠVADOS .....	51
PRIEDAI .....	52
LITERATŪRA.....	55

## SANTRAUKA

Gaižauskas, M. (2024) Vaikystės trauminių patirčių, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos sąsajos: Magistro darbas, Vilnius, Vilniaus universitetas, 64 p.

Psichiatrinių pacientų imtyse stebimas didžiulis trauminių patirčių paplitimas, literatūroje siejamas su psichinių sutrikimų išsivystymu suaugus. Būtent vaikystėje patirta trauma yra stiprus kompleksinio potrauminio streso sutrikimo rizikos veiksnys, kuris dėl didelio komorbidiškumo su depresijos simptomais, ypač stipriai sutrikdo žmogaus funkcionavimą. Tačiau Lietuvos psichinės sveikatos priežiūros sistemoje potrauminės reakcijos vis dar sunkiai atpažįstamos. Todėl šio tyrimo tikslas yra įvertinti trauminių patirčių, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų sąsajas psichiatrijos ligoninėje besigydančių suaugusiųjų imtyje. Tyrime dalyvavo 128 suaugusieji (76 moterys; amžiaus vidurkis 39,9). Tyrime naudoti šie instrumentai: Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas (ITEM) (Hyland et al., 2021); Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ) (Cloitre et al., 2018); Tarptautinis depresijos klausimynas (IDQ) (Shevlin et al., 2023). Rezultatai atskleidė, jog beveik visi tiriamieji (93,8%) per visą gyvenimą susidūrė su nors viena traumuojančia patirtimi. Klinikinėje imtyje stebėtas didesnis KPTSS (19,5%) nei PTSS (14,6%) rizikos paplitimas. Nustatytas stiprus ryšys tarp KPTSS ir depresijos simptomų, su kuriais stipriausiai siejosi DSO simptomų grupė. Kumuliacinė vaikystės trauma prognozavo PTSS, bet ne KPTSS riziką. Fizinio smurto ir emocinio apleistumo patirtys vaikystėje prognozavo tiek PTSS, tiek KPTSS riziką, kuomet emocinis smurtas išryškėjo kaip stipriausias PTSS riziką prognozuojantis veiksnys. Gauti rezultatai pagrindžia stiprų vaikystės traumos vaidmenį kompleksinio potrauminio streso išsivystymui ir jo komorbidiškumą su depresijos sutrikimu bei skatina vystyti veiksmingų į traumą orientuotų intervencijų plėtojimą atsižvelgiant į šiuos aspektus.

**Raktiniai žodžiai:** vaikystės trauminės patirtys, kompleksinis potrauminis streso sutrikimas, depresija.

## SUMMARY

Gaižauskas, M. (2024) Relationship between childhood traumatic experiences, complex post-traumatic stress, and depressive symptoms: Master's thesis, Vilnius, Vilnius University, 64 p.

A significant number of psychiatric patients report having experienced traumatic events in their lives, which is strongly linked to the development of mental disorders in adulthood. Childhood trauma is a major risk factor for complex post-traumatic stress disorder, which is highly associated with depressive symptoms and can severely disrupt a person's daily functioning. However, post-traumatic reactions are not yet widely recognised in the Lithuanian mental health system. This study aims to examine the connection between traumatic experiences, complex post-traumatic stress disorder, and depressive symptoms in a group of adults who are undergoing psychiatric hospitalisation. The study included 128 adults, with a mean age of 39.9, of which 76 were women. The researchers used the International Traumatic Experiences Questionnaire (ITEM), International Trauma Questionnaire (ITQ), and International Depression Questionnaire (IDQ) to assess the participants. The results revealed that almost all subjects (93.8%) had experienced at least one traumatic event in their lifetime. In the clinical sample, the prevalence of CPTSD (19.5%) was higher than that of PTSD (14.6%). There was a strong correlation between CPTSD and depressive symptoms, with the DSO symptom group showing the strongest correlation. The study also found that cumulative childhood trauma predicted the risk of PTSD but not CPTSD. Furthermore, experiences of physical abuse and emotional neglect in childhood predicted both PTSD and CPTSD risk, with emotional abuse being the strongest predictor of PTSD risk. These findings support the significant role of childhood trauma in the development of complex post-traumatic stress disorder and its comorbidity with depressive symptoms. Therefore, effective trauma-focused interventions should be developed that consider these implications.

**Keywords:** childhood traumatic experiences, complex post-traumatic stress disorder, depression.

## PRATARMĖ

Pasaulio mastu beveik milijardas vaikų savo gyvenime yra susidūrę su emocinio, fizinio ir (arba) seksualinio smurto ar apleistumo patirtimis (World Health Organization, 2022). Trauminių patirčių vaikystėje išgyvenimas siejamas su prastesne gyvenimo kokybe bei didesne psichikos, somatinių ir kognityvinių sutrikimų išsivystymo rizika (Feuer-Edwards et al., 2016). Šios patirtys palieka ilgalaikius įspaudus žmogaus asmenybėje, formuodamos, kaip asmenys suvokia save ir sąveikauja su pasauliu, ilgainiui neigiamai paveikdamos psichosocialinę adaptaciją. Ypač didelis trauminių vaikystės patirčių paplitimas stebimas psichiatrinių pacientų imtyse, pabrėžiant jų gilų poveikį psichinei sveikatai (Devi et al., 2019). Gebėti kuo anksčiau identifikuoti bei suprasti šių patirčių pasekmes yra svarbu, siekiant kurti efektyvias intervencijų ir paramos sistemas, kompensuojant psichologinius ir fizinius sutrikimus, atsirandančius dėl šių išgyvenimų. Tačiau Lietuvoje vis dar trūksta visapusiškos pagalbos traumas vaikystėje patyrusiems teikimo sistemos. Kelios iš daugelio to priežasčių – negebėjimas tinkamai įvertinti pacientų trauminių patirčių istorijos bei su jomis susijusių potrauminų reakcijų simptomų (Kazlauskas et al., 2021<sup>a</sup>). Taigi, Lietuvos klinikinės populiacijos kontekste vis dar išlieka didelis poreikis tyrinėti vaikystės traumuojančias patirtis ir jų galimas pasekmes.

Viena iš dažniausių užsitęsusios vaikystės traumos pasekmių yra kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) išsivystymas. Ši diagnostinė kategorija į TLK-11 įtraukta tik 2018 m. ir yra apibūdinama klasikiniiais potrauminio streso (PTSS) simptomais, šalia kurių pasireiškia kokybiniai asmenybės pakitimai (WHO, 2018). KPTSS diagnozės naujumas reikalauja išsamių šio sutrikimo tyrinėjimų, ypač, klinikinėse imtyse, kuriose jis aptinkamas dažniau nei bendroje populiacijoje (Møller et al., 2020). Tą daryti svarbu, nes KPTSS nuo PTSS skiriasi ne tik simptomų rinkiniu, bet ir stipresniu sveikatos sutrikdymu bei didesniu komorbidiškumu su kitais sutrikimais. Norint efektyviau taikyti pagalbos priemones, svarbu suprasti, kaip kompleksinis potrauminis stresas siejasi su kitais psichikos sveikatos sunkumais. Ankstesni tyrimai rodo, kad KPTSS gali būti itin susijęs su didesne depresijos sutrikimo rizika (Karatzias et al., 2019<sup>a</sup>). Toks glaudus sutrikimų persidengimas siejamas su sunkesne sutrikimo eiga ir stipresne simptomų išraiška bei kelia specifinių intervencijų, efektyviai veikiančių abiejų sutrikimų simptomatiką, kūrimo poreikį (Fung et al., 2022). Kompleksinio potrauminio sutrikimo ir depresijos persidengiančių simptomų tyrinėjimas gali prisidėti ne tik prie aiškesnės šių sutrikimų diferenciacijos, bet ir veiksmingų intervencijų kūrimo. Tačiau nei ankstyvųjų traumų ir kompleksinio potrauminio streso sąsajų, nei šių konstrukto sąsajų su depresiškumu tyrinėjimai moksliniame diskurse nepateikia vienareikšmiškų rezultatų. Taigi, nėra aišku, ar ankstyvieji traumuojančios patirtys gali prognozuoti potraumines reakcijas ir depresijos sutrikimą.

## 1. ĮVADAS

### 1.1. Trauminių patirčių samprata ir paplitimas

Trauminė patirtis Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos (TLK, angl. *International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*) 11 – oje versijoje įvardijama kaip itin grėsmingas ar siaubą keliantis įvykis ar įvykių seka (World Health Organization, 2018). Psichotraumatologinėje literatūroje dažnai trauminės patirtys skirstomos į tarpasmeninio ir netarpasmeninio tipo įvykius. Tarpasmeninio tipo psichologinės traumos – tai bet kokios formos žala, prievarta ar netinkamas elgesys, kurį asmuo patiria iš kito asmens ar grupės. Tai gali apimti platų elgesio ir patirčių spektrą, įskaitant fizinį smurtą, emocinę ir seksualinę prievartą, patyčias, priekabiavimą ar išnaudojimą. Taip pat išskiriamos netarpasmeninio tipo traumos, kurių metu žala nėra intencionaliai sukelta kito žmogaus (pvz., gamtinė katastrofa, avarija ar nelaimingas atsitikimas) (Brigs-Gowan et al., 2010). Trauminė patirtis suvokiama nebūtinai kaip paties asmens patirti trauminiai išgyvenimai, bet ir tokios patirtys, kai asmuo buvo traumuojančio įvykio, nutikusio kitam asmeniui, liudininku arba sužinojo apie artimam žmogui nutikusią traumą (pvz., staigią artimojo mirtį). Tad potencialiai traumuojančios patirtys yra žymiai intensyvesnės ir grėsmingesnės nei įprastiniai kasdieniai stresoriai, galinčios turėti stiprų poveikį psichologinei žmogaus sveikatai (Brewin et al., 2017).

Tyrimai rodo, jog žmonės dažnai susiduria su traumuojančiomis patirtimis. Tarptautinio tyrimo duomenimis, kuriame dalyvavo 24 šalys, apie 70% respondentų nurodė per savo gyvenimą patyrę bent vieną traumuojančią patirtį, iš kurių trečdalis išgyveno tris ar daugiau skirtingų trauminių įvykių (Benjet et al., 2016). Remiantis naujausių tyrimų duomenimis Lietuvoje, net 81,4 proc. suaugusiųjų nurodė per visą gyvenimą patyrę nors vieną trauminių įvykių (Kvedaraite et al., 2021<sup>b</sup>). Klinikinėse imtyse šis procentas dar didesnis, galintis siekti net iki 98% (Reiff et al., 2012). Lyginant traumos patyrimo rodiklius tarp lyčių, nustatyta, jog moterų ir vyrų imtyse bendras traumuojančių patyrimų skaičius nesiskiria, tačiau atrandami skirtumai tarp konkretaus tipo traumų (Angelakis et al., 2019). Moterys maždaug 1,5 karto dažniau tampa seksualinės prievartos aukomis nei vyrai, kuomet vyrai dažniau susiduria su fizinio smurto apraiškomis (Spalletta et al., 2020). Taip pat yra įrodymų, jog trauminės patirties išgyvenimas moterų imtyse daugiau siejamas su internalios simptomatikos pasireiškimu (pvz., nerimo ar depresijos simptomais), kuomet vyrai dažniau demonstruoja eksternalius sunkumus (pvz., impulsyvumas, priklausomybės, agresyvus elgesys) (Keyes et al., 2012). Priklausomai nuo tiriamos populiacijos, skirtinguose moksliniuose šaltiniuose įvardijamos dažnai patiriamos trauminės patirtys skiriasi, tačiau dažniausiai išskiriami šie trauminiai įvykiai: netikėta artimojo mirtis, užpuolimas, kito sužalojimo arba mirties liudijimas, avarija, sunkios ligos išgyvenimas, prievarta vaikystėje (Kazlauskas & Zelviene, 2016; Benjet et al., 2016; Kazlauskas et al.,

2018). Taigi, potencialiai traumuojančios patirtys yra plačiai paplitęs reiškinys, ypatingai klinikinėse imtyse, kuriose žmonės dalinasi susidūre su daug ir įvairių trauminių patirčių.

### **1.1.1. Vaikystės trauminės patirtys tarp psichiatrijos pacientų**

Mokslinėje literatūroje stebimas aukštas vaikystės trauminių patirčių paplitimas pasauliniu mastu. Pasaulinės sveikatos organizacijos iniciatyva organizuotoje apklausoje, kurioje dalyvavo 21 šalis iš 51 945 suaugusiųjų beveik 40 proc. savo gyvenime vaikystėje susidūrė su bent viena traumuojančia patirtimi (Kessler et al., 2010). Naujesni duomenys rodo, jog trauminių išgyvenimų vaikystėje paplitimas gali siekti net iki 45% (Racine et al., 2020). Lietuvos statistikos departamento 2020 m. duomenimis 10,5 proc. visų artimoje aplinkoje užfiksuotų smurto atvejų aukos buvo vaikai iki 18 metų. Skabeikytės ir kolegijų (2019) tyrime nustatyta, jog beveik trečdalis apklaustų paauglių nurodė susidūrę su nepalankiomis vaikystės patirtimis. Kuomet Zelvienės ir kitų (2020) tyrime rasta, jog net septyni iš dešimties tyrime apklaustų paauglių nurodė per savo gyvenimą susidūrę su bent viena smurto rūšimi. Tyrimuose stebimas didesnis trauminių patirčių skaičius vyresnių vaikų imtyse, lyginant su jaunesniais (Fischer et al., 2016). Ši tendencija aiškinama padidėjusia vyresnių vaikų autonomija ir polinkiu į rizikingą elgesį, kuris didina susidūrimo su trauminiu įvykiu tikimybę (Shalka, 2019). Taigi tyrinėjant vaikystėje patirtų traumų paplitimą svarbu atsižvelgti į didesnę vyresnių vaikų susidūrimo su trauminėmis patirtimis riziką.

Ypatingai aukštas vaikystės trauminių patirčių paplitimas stebimas psichiatrijos pacientų populiacijoje. Tyrimai atskleidžia, kad nuo 58,3% iki 77,1% pacientų, sergančių šizofrenijos spektro sutrikimais, patyrė bent vieną traumuojančią įvykį vaikystėje, iš kurių fizinis apleistumas, emocinė prievarta ir fizinis smurtas buvo dažniausiai nurodomos traumos rūšys (Weitkämper et al., 2021). Kalbant apie kitas traumuojančias patirtis, Mesquita ir kolegų (2016) atlikta sisteminė analizė parodė, kad seksualinės prievartos patyrimas psichiatrijos pacientų imtyse gali siekti iki 60,3%, kuomet fizinio smurto patyrimas iki 77,4%. Anot Cohen ir kitų (2017) emocinį ir fizinį apleistumą vaikystėje per visą gyvenimą gali būti patyrę 18 – 29% suaugusiųjų. Fizinė nepriežiūra apibūdinama pagrindinių vaiko fizinių poreikių, tokių kaip maistas, drabužiai, pastogė, asmens higiena ir medicininė priežiūra, nepatenkinimu, kuomet emociniam apleistumui būdingas vaiko raidos ar emocinių poreikių ignoravimas, įskaitant nepakankamą globą ar meilę (Cohen et al., 2017). Tačiau dažniausiai klinikinėse imtyse paplitusi trauminė patirtis yra emocinė prievarta, su kuria yra susidūrę net iki 94,3% pacientų (Mesquita et al., 2016). Nors vaikų psichotraumatologijos tyrimuose dažnai daugiausia dėmesio skiriama fizinei ar seksualinei prievartai (Koola et al., 2014), vis dėlto, naujausi tyrimai rodo, kad emocinė prievarta galimai labiau paplitusi nei seksualinė ir fizinė, o jos padariniai psichinei



sveikatai gali būti žalingesni (Paul & Eckenrode, 2015; Coates & Messman-Moore, 2014). Nepaisant to, jog klinikinėse pacientų grupėse stebimas aukštesnis vaikystės trauminių patirčių skaičius nei bendroje populiacijoje, tyrimų apie vaikystės traumų poveikį suaugusiųjų psichikos sveikatai vis dar trūksta (Bonoldi et al., 2013; Devi et al., 2019). Tad vaikystės trauminės patirtys yra dažnas reiškinys, reikalaujantis išsamaus jų poveikio žmogaus psichikai tyrinėjimų.

### **1.1.2. Vaikystės trauminių patirčių pasekmės suaugus**

Traumų poveikis vaikystėje gali smarkiai sutrikdyti asmens socialinę, emocinę ir kognityvinę raidą bei turėti ilgalaikių pasekmių suaugus (Feuer-Edwards et al., 2016). Pasak Herman (2006), žmonės, būtent vaikystėje patyrę traumines patirtis, neretai turi daugiau psichikos sveikatos sunkumų tolimesnėje raidoje, negu jų neišgyvenę. Net iki 30% pacientų psichikos sutrikimų išsivystymo atvejų gali būti siejami su vaikystėje patirtomis traumomis (Kessler et al., 2010). Kadangi ankstyvosios trauminės patirtys siejamos tiek su internaliais, tiek su eksternaliais sunkumais (Liang et al., 2020), tyrimuose atrandamos sąsajos su įvairiais psichikos sutrikimais. Trauminės vaikystės patirtys siejamos su psichopatologija suaugus, įskaitant ribinio tipo asmenybės sutrikimą (Cattane et al., 2017), depresiją (Infurna et al., 2016), bipolinį sutrikimą (Aas et al., 2016), nerimo sutrikimą (Hovens et al., 2015), potrauminio streso sutrikimą (Messman-Moore & Bhuptani, 2017), šizofreniją (Isvoranu et al., 2017), piktnaudžiavimą psichoaktyviosiomis medžiagomis (Edalati & Krank, 2016), valgymo (Trottier & MacDonald, 2017) ir disociacijos sutrikimus (Kong et al., 2018). Vaikystėje patirta trauma yra gerai žinomas psichozės išsivystymo rizikos veiksnys. Seksualinę prievartą patyrusių vaikų rizika susirgti psichoziniu sutrikimu yra 15 kartų didesnė, lyginant su bendrąja populiacija (Cutajar et al., 2010). Taip pat tyrimuose atrandamos sąsajos tarp vaikystės traumų ir save žalojančio elgesio, savižudybės rizikos bei suicidinių minčių. Vaikystės trauminių patirčių aukos susiduria su didesne rizika nusižudyti jaunesniame amžiuje (Peyre et al., 2017). Taigi literatūroje galime aptikti platų psichinių sutrikimų spektrą, kurių išsivystymas stipriai siejamas su vaikystėje patirta trauma.

Lyginant trauminių patirčių tipus, seksualinė prievarta išsiskiria kaip itin stipriai traumuojanči patirtis, kuri sutrikdo vaiko tapatumo raidą, sukelia socialinių įgūdžių bei emocijų reguliacijos sutrikimus ir yra stipriai siejama su psichikos sutrikimų išsivystymo rizika suaugus (Clark, 2014). Ypač stiprūs ryšiai randami tarp vaikystėje patirtos fizinės ir seksualinės prievartos bei potrauminio streso sutrikimo, savižudybės ir savęs žalojimo bei kriminalinio ir agresyvaus elgesio apraiškų tolimesnėje raidoje (Mills et al., 2013). Tuo tarpu vaikystėje patirta emocinė prievarta įvardijama kaip stipriausias suaugusiųjų depresijos prognostinis veiksnys, lyginant su kitomis smurto rūšimis (Mandelli, Petrelli & Serretti, 2015). Nepaisant to, jog

apleistumas yra viena iš labiausiai paplitusių prievartos prieš vaikus formų (Cohen et al., 2017), ji laikoma mažiau pavojinga ir paveikia nei fizinė ar seksualinė prievarta. Skirtingai nuo smurtą patyrusių vaikų, apleisti vaikai pasižymi mažiau sutrikusiu elgesiu (Hildyard & Wolfe, 2002). Vis dėlto, Norman ir kitų (2012) atlikta metaanalizė parodė, kad nepriežiūra teigiamai susijusi su depresijos ir nerimo sutrikimais, savižudybe, narkotikų vartojimu ir rizikingu seksualiniu elgesiu. Taigi, seksualinė, fizinė ir emocinė prievarta bei apleistumo patirtis reikšmingai prisideda prie psichopatologijos išsivystymo suaugus.

Tyrimuose taip pat pastebimas ankstyvųjų trauminių patirčių poveikis neurologiniams smegenų procesams ir kognityvinėms funkcijoms. Pakartotinės traumos poveikis smegenyse siejamas su hiperaktyvia atsako į stresą sistema, kurios perdėtas aktyvumas ilgainiui sutrikdo žmogaus streso reguliaciją (Dye, 2018). Nuolatinis ir intensyvus susidūrimas su stresu, gali sąlygoti pažinimo funkcijų deficitą, neigiamai paveikti žmogaus atmintį ir vykdomąsias funkcijas (Gould et al., 2012). Traumines patirtis išgyvenę asmenys pasižymi prastesniais problemų sprendimo įgūdžiais, sutrikusia dėmesio koncentracija ir darbine atmintimi (Nikulina & Widom, 2013). Vaikystės traumas išgyvenę suaugusieji, dėl prastų problemų sprendimo įgūdžių, susidurdami su gyvenimo iššūkiais dažniau kaip galimą jų sprendimo būdą linkę rinktis savižudybę ar save žalojančią elgesį (Fjeldsted et al., 2020). Pastovus reakcijos į stresą sistemos aktyvavimas ypač pavojingas ankstyvajame amžiuje, kritiniu vaiko vystymosi laikotarpiu, kuomet tėvų globa nesugeba atsverti trauminės patirties įtakos. Toksiško streso poveikis vaikystėje siejamas su psichologinių ir fizinių problemų išsivystymu (Joos et al., 2019). Taigi suaugusieji, vaikystėje išgyvenę traumuojantį įvykį, pasižymi ne tik didesne psichopatologijos, bet ir kognityvinio funkcionavimo sutrikimų rizika.

Kadangi, trauminių patirčių šaltiniu dažnai tampa artimiausia vaiko aplinka (Buss et al., 2015), daugybė empirinių tyrimų rodo, jog užsitęsusi trauminė patirtis yra susijusi su prieraišumo sutrikimais, ypatingai jeigu smurtautojas yra vaiko globėjas (Lieberman et al., 2011). Pavyzdžiui, smurto šeimoje atveju, baime ir nepasitikėjimu grįsta ankstyvųjų santykių patirtis ateityje gali pasireikšti tarpasmeninių santykių problemomis, pasitikėjimu savo aplinka stoka (Dye, 2018) bei išmoktu bejėgiškumu (Davidson & Mcewen, 2012). Vaikai, patiriantys smurtą artimoje aplinkoje, dažnai jaučiasi išduoti ir tvarkydamiesi su jo padariniais naudoja tokias gynybos strategijas kaip disociacija, amnezija ar savęs kaltinimas. Šie psichologiniai mechanizmai leidžia išsaugoti prisirišimą prie smurtautojo, būtino jų išlikimui (DePrince et al., 2014). Anot Herman (2006), išnaudojamas vaikas neįstengia susikurti saugaus, nuoseklaus globėjo įvaizdžio. Tai savo ruožtu trukdo vystytis normaliems emocinės savireguliacijos įgūdžiams. Gebėjimas reguliuoti savo emocijas yra pagrindinė vaikystės laikotarpio užduotis, kurią įgyti padeda sąveika su pirminiais globėjais, tokiu būdu padedant pagrindą

psichosocialinei adaptacijai (Eisenberg & Morris, 2002). Šiems procesams sutrikus vystosi neadaptyvios emocijų reguliacijos strategijos, tokios kaip negatyvių emocijų slopinimas arba išstūmimas, siejamos su traumos sukeltu socialiniu nerimu, depresiškumu ir bendra psichopatologija (D'Avanzato et al., 2013). Tyrimai atranda ryšį tarp nerimastingo ar vengiančio prisirišimo, ir padidėjusios depresijos, nerimo ir asmenybės sutrikimų rizikos (Jinyao et al., 2012; DeLisi et al., 2019). Suprantant didžiulį vaikystės traumos poveikį prieraišumo raidai, tyrimuose pabrėžiama ankstyvosios intervencijos ir aplinkos paramos svarba siekiant sušvelninti ilgalaikes pasekmes ir skatinti nukentėjusių asmenų gijimą bei atsparumą (Friedberg & Malefakis, 2022). Tad sąlytis su pasikartojančia negatyvia patirtimi, sąlygodamas nesaugų prieraišumą, gali reikšmingai sutrikdyti psichosocialinį žmogaus funkcionavimą tolimesnėje raidoje, tokiu būdu prisidedant prie psichopatologijos išsivystymo.

### **1.1.3. Pasikartojanti trauma ir jos patyrimo laikas**

Trauminius išgyvenimus gali nulemti vienkartinis susidūrimas su stipriai traumuojančiu įvykiu arba nuolatinė, periodiškai pasikartojanti trauma (Dye, 2018). Didesnis vaikystėje išgyventų trauminių patirčių skaičius proporcingai didina psichopatologijos, socialinių ar elgesio problemų riziką tolimesniame gyvenime (Montovani & Smith, 2021). Manoma, kad daugiau nei keturios vaikystėje patirtos skirtingos traumos, leidžia beveik užtikrintai prognozuoti būsimas psichikos sveikatos problemas (Mitchell et al., 2015). Vis dėlto pastebima, jog kiekviena netinkamo elgesio su vaikais rūšis, retai kada pasireiškia atskirai nuo kitų vaikų fiziškai ar psichologiškai žalojančių elgesio apraiškų (Cecil et al., 2017). Pavyzdžiui, emocinis smurtas yra dažnai lydimas fizinio smurto. Šiam reiškiniui apibūdinti naudojama poliviktimizacijos (angl. *polyvictimization*) sąvoka (Mills et al., 2013). Anot Nelson ir kitų (2017), iki 19% asmenų, sergančių depresija, yra susidūrę su daugiau nei viena traumine patirtimi vaikystėje, ir nors visi traumuojančių patirčių tipai vaikystėje yra susiję su padidėjusia depresijos rizika, kelių skirtingų traumos tipų patyrimas ją dar labiau didina. Pasikartojantys trauminiai įvykiai lemia didesnę simptomų kompleksškumą, pasireiškiantį stipresniais kognicijų, disociacijos, afektų reguliacijos ir elgesio kontrolės sutrikimais (Dye, 2018). Tyrimuose atrandama, jog ryšį tarp vaikystėje patirtos kumuliacinės traumos ir neigiamų psichosocialinių pasekmių medijuoja emocijų reguliacijos sutrikimai (Abravanel & Sinha, 2015). Taip pat randamas teigiamas ryšys tarp vaikystės kumuliacinės traumos ir emocijų reguliacijos sunkumų bei tarpasmeninių problemų suaugus (Barnes et al., 2016; Cloitre et al., 2009). Tad kumuliacinė trauma yra rimtas rizikos veiksnys, turintis ilgalaikį neigiamą poveikį individo psichologinei gerovei.

Psichikos sutrikimų išsivystymo riziką didina ne tik patirtų traumų skaičius, tačiau ir traumos patyrimo laikas individo gyvenime. Nustatyta, kad trauminiai išgyvenimai patirti ankstyvoje vaikystėje stipriau siejasi su psichinėmis problemomis ateityje, lyginant su patyrimu vidurinėje ar vėlyvoje vaikystėje (Grasso et al., 2016). Pavyzdžiui, seksualinė prievarta, patirta 5 – 13 metų laikotarpyje, stipriau siejama su mintimis apie savižudybę bei depresijos simptomatika suaugus, lyginant su paauglystės laikotarpiu išgyventomis traumomis (Dunn et al., 2013; Capretto, 2020). Nustatyta, kad emocinis smurtas ir nepriežiūra, ypač tarp aštuonerių ir devynerių metų amžiaus, siejama su stipriau išreikštais depresijos simptomais (Schalinski et al., 2016). Tai patvirtinama ir paauglių, patyrusių emocinį smurtą, imtyse (Khan et al., 2015). Harpur ir kiti (2015) nustatė, kad ankstyvojoje vaikystėje patirtos traumos (nuo 0 iki 4 m.) stipriau prognozavo nerimo simptomus, o traumos vėlesnėje vaikystėje arba ankstyvojoje paauglystėje (10 – 12 m.) stipriau prognozavo depresijos simptomatiką. Lereya ir kolegų (2015) atlikto longitudinalinio tyrimo duomenimis, patyčios, kaip emocinio smurto forma, dažniausiai pasireiškianti už namų ribų, siejamos su padidėjusia psichikos sveikatos problemų, įskaitant nerimą, depresiją ir savęs žalojimą, rizika. Tad, šie tyrimai rodo, kad susidūrimas su trauma ankstyvame amžiuje nepriklausomai nuo aplinkybių (patiriama šeimoje ar tarp bendraamžių) gali sukelti ilgalaikes neigiamas psichologines pasekmes nukentėjusiems asmenims.

## **1.2. Kompleksinio potrauminio streso (KPTSS) sutrikimo samprata**

Nors kompleksinis potrauminis streso sutrikimas (KPTSS) literatūroje yra minimas jau nuo 1992 m. (Herman, 1992), į naujausio leidimo 11 – ają TLK versiją, kaip atskiras sutrikimas, KPTSS įtrauktas tik 2018 metais (WHO, 2018). Iki to laiko nuo 1980 m. psichikos sutrikimų klasifikacijose galima buvo rasti tik potrauminio streso sutrikimo (PTSS) diagnozę. (American Psychiatric Association (APA), 1980). Vis dėlto, ilgainiui klinikinėje praktikoje pastebėta, jog kai kurių individų reakcijos į ypatingai sunkias traumines patirtis yra daug kompleksiškesnės negu apibrėžiama PTSS diagnostiniuose rėmuose (Cloitre et al., 2011). Šiandien remiantis diagnostiniais TLK-11 kriterijais, potrauminio streso sutrikimas gali išsivystyti po itin grėsmingo ar siaubingo įvykio ar įvykių patyrimo. PTSS apibūdinamas kaip sutrikimas, apimantis tris pagrindines simptomų grupes (WHO, 2018):

*Pakartotinis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje.* Traumuojantis įvykis pakartotinai išgyvenimas dabartyje, kai įvykis ne tik prisimenamas, bet ir išgyvenamas „čia ir dabar“. Tai paprastai pasireiškia ryškiais įkyriais prisiminimais ar vaizdais, prisiminimų blyksniais (angl. *flashbacks*) arba periodiškai pasikartojančių košmarų, temiškai susijusių su traumine patirtimi, forma. Šių patirčių stiprumas vertinamas kontinuumu – nuo lengvų (trumpalaikis jausmas, kad įvykis vėl vyksta dabartyje) iki sunkių (visiškai prarandamas

dabartinės aplinkos suvokimas). Toks pakartotinis traumos išgyvenimas gali apimti net kelis jutimo modalumus, ne tik sukeldami stiprias emocijas, bet ir nemalonius fiziologinius pojūčius.

*Vengimo simptomai.* Sąmoningas vengimas prisiminti traumuojančią įvykį. Tai gali būti aktyvus vidinis su įvykiu susijusių minčių ir prisiminimų arba išorinis žmonių, pokalbių, veiklos ar situacijų, primenančių įvykį, vengimas. Kraštutiniais atvejais asmuo gali pakeisti aplinką (pvz., persikelti į kitą miestą arba pakeisti darbą), kad išvengtų situacijų, primenančių traumuojančią patirtį.

*Nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas.* Gali pasireikšti padidėjusiu budrumu bei jautrumu aplinkos dirgikliams, pavyzdžiui netikėtiems garsams arba perdėtu reagavimu į aplinkos pokyčius. Asmuo nuolat išlieka atsargus ir baiminasi potencialaus pavojaus kasdieniame gyvenime arba tik tam tikrose situacijose. Ilgainiui simptomams paūmėjus žmogus gali pradėti per daug nerimauti dėl savo ar kitų saugumo, imti praktikuoti tam tikrus saugumo ritualus (pvz., vengti sėdėti nugara į duris).

PTSS diagnozei patvirtinti minėti simptomai turi reikšmingai sutrikdyti asmens funkcionavimą socialinėje, šeimos, asmeninėje, akademinėje, profesinėje ar kitose jam reikšmingose gyvenimo srityse. Jei žmogui ir pavyksta išsaugoti kasdienį funkcionavimą, tai tik dedant daug papildomų pastangų. TLK-11 nurodoma, jog PTSS simptomai paprastai pasireiškia per tris mėnesius po traumuojančio įvykio. Tačiau simptomų pasireiškimo trajektorija gali varijuoti. Simptomai gali vėluoti, išryškėti net ir praėjus keleriems metams po traumuojančio įvykio (WHO, 2018).

Kompleksinio potrauminio streso diagnozę TLK-11 apibūdina kaip sutrikimą, kurio išsivystymą gali sąlygoti užsitęsę ar pasikartojantys traumuojančios įvykiai ar jų sekos, iš kurių ištrūkti yra sunku arba neįmanoma. Diagnozuojant šį sutrikimą pirmiausia turi patvirtinti visi aukščiau minėti PTSS ir papildomi sutrikusios saviorganizacijos (DSO) simptomai (angl. *Disturbance in self-organization*) bei jų trikdantis poveikis kasdieniam asmens funkcionavimui. DSO simptomų rinkinį sudaro trys pagrindinės grupės (WHO, 2018):

*Sutrikusi emocijų reguliacija.* Dažniausiai pasireiškianti arba padidėjusiu emociniu reaktyvumu į nedidelius stresorius arba emocijų slopinimu, nejautra, sunkumais patirti malonumą ar teigiamas emocijas, kraštutiniais atvejais disociacinėmis būsenomis.

*Neigiamas savęs vaizdas.* Nuolatiniai įsitikinimai apie save kaip menką, nugalėtą ar bevertį. Šie įsitikinimai gali būti lydimi gėdos, kaltės, nesėkmės jausmo, kylančio, pavyzdžiui, nepavykus įveikti nepalankių aplinkybių, išvengti traumuojančio įvykio arba nesugebėjus užkirsti kelio kitų kančioms.

*Tarpasmeninių santykių sunkumai.* Apibūdinami kaip pastovus negebėjimas užmegzti artimų santykių, grįstų apibūsiu pasitekėjimu. Asmuo gali nuolat vengti, niekinti arba aplamai

mažai domėtis socialiniais santykiais. Iš kitos pusės asmuo gali sugebėti užmegzti labai stiprius ir artimus ryšius, bet nepajėgti jų išlaikyti.

Įvardinti DSO simptomai turėtų sietis su išgyventa traumine patirtimi bei reikšmingai trikdyti asmens funkcionavimą asmeninėje, socialinėje, darbinėje ar kitose svarbiose kasdienio gyvenimo srityse. Kuomet asmeniui nustatomas KPTSS sutrikimas, PTSS diagnozė turi būti atmesta, nes šie sutrikimai negali būti diagnozuojami kartu (WHO, 2018).

Daugybė empirinių tyrimų tiek bendrosios populiacijos, tiek klinikinėse imtyse patvirtina KPTSS simptomų profilio validumą, reikšmingai atskirdami jį nuo PTSS diagnozės (Brewin et al., 2017; Reed et al., 2022; Redican et al., 2022). TLK-11 nurodoma, kad KPTSS simptomai, lyginant su PTSS, paprastai yra siejami su stipresniu funkcionavimo sutrikdymu. Nepaisant to, vis dar trūksta empirinių tyrimų, kurie įgalintų geriau suprasti šias potraumines reakcijas, jų rizikos veiksnius, sąsajas su kitais sutrikimais, ypač klinikinėse imtyse, kuriose, kaip toliau matysime, ši diagnostinė kategorija yra sutinkama dažniausiai.

### **1.2.1. KPTSS paplitimas**

Potrauminio streso sutrikimo ir kompleksinės jo formos paplitimas tarp suaugusiųjų gali skirtis priklausomai nuo tiriamos populiacijos. Skirtinguose šalyse atliktuose tyrimuose PTSS paplitimo rodikliai bendroje populiacijoje svyruoja nuo 1,5 iki 9 proc. (Maercker et al., 2018), kuomet klinikinėse imtyse šis diapozonas platesnis – nuo 2 iki 39 proc. (Greene et al., 2016). Tuo tarpu stebimas KPTSS paplitimas bendroje suaugusiųjų populiacijoje svyruoja nuo 0,5 iki 7,7 proc. (Hyland et al., 2021; Ford & Courtois, 2021), o besigydančių psichikos sveikatos priežiūros įstaigose – 36% (Møller et al., 2020). Tyrimai rodo, kad tik 7% suaugusiųjų per visą gyvenimą atitiks potrauminio streso sutrikimo kriterijus, 8 – 15% suaugusiųjų patirs potrauminio streso sutrikimo simptomų, o likusiems nepasireikš jokie simptomai (Winders et al., 2020).

Lietuvoje atliktų bendros populiacijos tyrimų duomenimis, PTSS rizikos paplitimas siekia 5,8%, o KPTSS – 1,8% (Kvedaraite et al., 2021<sup>a</sup>). Tyrinėjant klinikinės imtis stebimas aukštesnis tiek PTSS (13,9%), tiek KPTSS (10%) rizikos paplitimas (Kvedaraitė et al., 2021<sup>b</sup>). Klinikinėse imtyse kompleksinio potrauminio streso sutrikimo paplitimas dažnai yra net didesnis, lyginant su potrauminio streso rizika (Hyland et al., 2020). Pavyzdžiui, Møller ir kolegų (2020) atliktame tyrime, kurio imtį sudarė 165 psichiatrijos pacientai, net 94% dalyvių nurodė patyrę bent vieną trauminį įvykį, KPTSS buvo dažnesnis nei PTSS (PTSS – 8%, KPTSS – 36 %) ir stipriau siejosi su nerimu, asmenybės, adaptacijos, elgesio ir emocijų sutrikimais. Taigi, nors TLK-11 Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje dar neįsigaliojo, tačiau jau atliekami

empiriniai tyrimai nurodo aukštesnius PTSS ir KPTSS rizikos rodiklius klinikinėse imtyse, tai aktualizuoja tolimesnius šių diagnostinių kategorijų tyrinėjimus šioje populiacijoje.

Lyginant PTSS paplitimą tarp lyčių, tyrimai rodo, kad moterims, nepriklausomai nuo amžiaus, šis sutrikimas diagnozuojamas du kartus dažniau, negu vyrams (Olf, 2017). Šis lyčių skirtumas atsispindi ir tarp PTSS diagnozei būdingų komorbidiškų sutrikimų: moterų atitinkančios PTSS diagnostinius kriterijus dažniau turi gretutinių adaptacijos, depresijos ir nerimo sutrikimų, o vyrai dažniau susiduria su problematišku alkoholio ir narkotiku vartojimu (Walter et al., 2022). KPTSS atveju, taip pat randami stipriau išreikšti simptomai moterų imtyse (Cloitre et al., 2019), tačiau yra tyrimų, kuriuose skirtumų tarp lyčių nenustatyta (McGinty et al., 2021).

Remiantis TLK-10, potrauminio streso sutrikimas Lietuvoje yra diagnozuojamas ypač retai, stebimas didelis atotrūkis tarp tikėtino ir diagnozuojamo PTSS procento. Atlikta nacionalinio sveikatos registro 2018 – 2020 metų analizė atskleidė, jog PTSS buvo diagnozuotas tik 0,01 – 0,02% Lietuvos populiacijos (Kazlauskas et al., 2021). Panašus PTSS diagnozės dažnis stebėtas ir 2014 – 2015 metais (Kazlauskas et al., 2017). Tad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema nustato tik iki 1% galimų PTSS atvejų šalyje, o tai yra gerokai mažiau nei stebima empiriniuose tyrimuose. Anot Maercker ir kitų (2013), PTSS yra vienas iš dažniausiai pasaulyje diagnozuojamų sutrikimų. Tačiau Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje PTSS yra sunkiai atpažįstamas, todėl tie, kurie kreipiasi dėl gydymo, dažnai neidentifikuojami kaip turintys PTSS, vietoje to, galimai diagnozuojant kitus psichikos sveikatos sutrikimus (pvz., depresiją, nerimo sutrikimą ar kt.) (Kazlauskas et al., 2021). Dėl reto PTSS diagnozavimo galima daryti prielaidą, kad traumą patyrusiems asmenims tinkamas gydymas taip pat nėra prieinamas. Lietuvos sveikatos sistemoje vis dar naudojama TLK-10 versija, tad duomenų apie kompleksinio potrauminio streso diagnozės paplitimą neturime. Todėl prieš įgyvendinant diagnostines naujoves svarbu tirti, kaip KPTSS simptomatika gali sietis su kitais psichikos sveikatos sunkumais, tokiu būdu įgalinant geresnę kompleksinio potrauminio streso simptomų atpažįstamumą ir kuriant efektyvesnes intervencijos galimybes.

### **1.3. Depresijos samprata ir paplitimas**

Depresija yra vienas dažniausiai diagnozuojamų psichikos sutrikimų. Anot Pasaulio sveikatos organizacijos (2023), sergamumas depresija bendroje populiacijoje sudaro 3,8% (t.y. apie 280 milijonų žmonių), iš kurių 5% sudaro suaugusieji. Depresija yra vyraujanti neįgalumo priežastis pasaulyje, kuri yra dvigubai dažniau diagnozuojama moterims negu vyrams (WHO, 2023). TLK-11 depresija priskiriama *Nuotaikos sutrikimų* grupei, išskiriant vienkartinį depresijos epizodą bei pasikartojantį depresijos sutrikimą (WHO, 2018). Vienkartinis

depresijos epizodas apibūdinamas vienetiniu depresijos epizodu, kurį diagnozuojant svarbu įsitikinti, jog praeityje žmogus nėra išgyvenęs depresijos epizodo. Depresijos epizodas gali būti klasifikuojamas kaip lengvas, vidutinio sunkumo arba sunkus, priklausomai nuo simptomų skaičiaus bei jų poveikio asmens funkcionavimui (WHO, 2018). Vienkartiniam depresijos epizodui būdinga prislėgta nuotaika, sumažėjęs pasitenkinimas prieš tai dominusiomis veiklomis (apatija), pasireiškiantis didžiąją dienos dalį ir besitęsiantis beveik kiekvieną dieną, mažiausiai dvi savaites. Šiuos simptomus gali lydėti sunkumas susikaupti, bevertiškumo jausmai, pernelyg didelis ar neadekvatus kaltės jausmas, beviltiškumas, mintys apie mirtį ar savižudybę, apetito ir miego sutrikimai, psichomotorinio sujaudinimo ar sulėtėjimo, sumažėjusios energijos ar nuovargio pojūčiai (WHO, 2018). Pasikartojančiam depresijos sutrikimui būdinga ta pati simptomatika, tačiau praeityje išgyventi bent du depresijos epizodai, kuriuos skiria bent keli mėnesiai be reikšmingų nuotaikos pakitimų (kas leistų indikuoti bipolinį sutrikimą) (WHO, 2018).

#### **1.4. Vaikystės trauminių patirčių, KPTSS ir depresijos sąsajos**

##### **1.4.1. Vaikystės trauma ir KPTSS**

Anot TLK-11, traumos patyrimas yra būtinas veiksnys tiek PTSS, tiek KPTSS diagnozei patvirtinti (WHO, 2018). Vis dėlto, nors kompleksinio potrauminio streso sutrikimo išsivystymui užsitęsusi ar pakartotinė trauma yra laikoma svarbiu rizikos veiksniu, tačiau šis sutrikimas gali išsivystyti ir po vienintelės traumuojančios patirties (Resick et al., 2012). Svarbu pažymėti, kad nors konkrečios trauminės patirties tipas nėra būtinas kompleksinio potrauminio streso diagnozės kriterijus (WHO, 2018), tačiau skirtingi trauminiai išgyvenimai gali būti labiau susiję su KPTSS, o ne PTSS sutrikimu (Hyland et al., 2017; Kvedaraite et al., 2021<sup>a</sup>). Lyginant su potrauminiu streso sutrikimu, kompleksinė jo forma stipriau siejama su ankstyvajame raidos laikotarpyje išgyventomis tarpasmeninio pobūdžio trauminėmis patirtimis, t.y. kylančiomis iš netinkamo/žalingo santykio su kitais žmonėmis (Brewin et al., 2017). Šios tarpasmeninės traumos dažnai yra ilgai trunkančios, pasikartojančios ir užsitęsios, pasireiškiančios įvairiomis formomis, ypač tose situacijose, kuriose dėl fizinių, psichologinių ar socialinių apribojimų išvengti traumas tampa neįmanoma (Resick et al., 2012). Tyrimų duomenys patvirtina, jog tam tikros pasikartojančios tarpasmeninės traumos patyrimas (t.y. fizinė/seksoalinė prievarta, patyčios) per pirmus 18 gyvenimo metų stipriai siejasi su KPTSS išsivystymo rizika (Hyland et al., 2017). Taip pat Kairytės ir kitų (2022) atliktame tyrime seksoalinė prievarta ir fizinis smurtas vaikystėje stipriau prognozavo KPTSS, o ne PTSS riziką. Vis dėlto yra tyrimų, rodančių prieštarigus rezultatus. Pavyzdžiui, Redican ir kitų (2022) atliktame tyrime pastebėta, kad fizinė prievarta vaikystėje buvo susijusi su PTSS, bet ne su



KPTSS rizika. Stiprios sąsajos randamos tarp vaikystėje patirtos kumuliacinės traumos (da Silva et al., 2024), ypač pasikartojančios seksualinės prievartos patyrimo vaiko gyvenime po 12 metų amžiaus (Schoedl et al., 2010) ir potrauminio streso sutrikimo simptomų rizikos suaugus. Anot Baker ir kitų (2021), nepriklausomai nuo traumos tipo (tarpasmeninė ar ne tarpasmeninė) kumuliacinė trauma gali būti susijusi su psichiatriniais simptomais, įskaitant PTSS bei depresijos riziką. Be to, kai kuriose tyrimuose randama, kad didesnis įvairių traumuojančių patirčių skaičius prognozavo tiek PTSS, tiek KPTSS išsivystymą (Cloitre et al., 2019; Karatzias et al., 2019<sup>a</sup>; Lewis et al., 2022). Taigi atlikti tyrimai nepateikia vienareikšmiškų rezultatų apie tai, kokie traumų tipai yra labiausiai susiję su didesne KPTSS rizika, kas atskleidžia būtinybę toliau tyrinėti sąveikas tarp patiriamų traumų ir KPTSS sutrikimo vystymosi.

#### **1.4.2. Vaikystės trauma ir depresija**

Vaikystės traumas gali turėti daugybę neigiamų padarinių žmogaus raidai, vienas iš jų – depresijos išsivystymas (Horwitz et al., 2001). Net 46 proc. sergančiųjų depresija vaikystėje susidūrė su bent viena traumuojančia patirtimi, o tarp traumą patyrusių, depresija pasireiškė vidutiniškai 4 metais anksčiau, lyginant su asmenimis, kurie su trauminėmis patirtimis nesusidūrė (Nelson et al., 2017). Tyrimai rodo, kad susidūrę su traumuojančiomis patirtimis, du kartus dažniau kenčia nuo pasikartojančių depresijos epizodų nei tie, kurie tokių patirčių neišgyveno (Nanni et al., 2012). Pastebima, kad traumas patyrusiems depresiškiems individams, terapinės intervencijos yra mažiau efektyvios, jiems būdinga didesnė savižudybės ir komorbidškumo, įskaitant nerimo, potrauminio streso ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimų rizika (Nanni et al., 2012; Wiersma et al., 2009). Nors įvairios smurto formos vaikystėje yra siejamos su suaugusiųjų depresijos simptomais, tyrimuose keliami hipotezė, jog būtent emocinis smurtas gali stipriausiai lemti kitų netinkamo elgesio su vaikais formų žalingą poveikį (Garbarino, 2011). Emocinis smurtas ir apleistumas vaikystėje yra įvardijami kaip stipriausi depresijos simptomų suaugusiame amžiuje prognostiniai veiksniai (Mandelli, Petrelli & Serretti, 2015). Li ir kitų (2016) atlikta metaanalizė parodė, kad vaikams, patyrusiems emocinį apleistumą, suaugus 1,75 karto dažniau buvo būdingi depresijos ir nerimo simptomai, negu tarp tų, kurie su apleistumu nesusidūrė. Kadangi dauguma smurto prieš vaikus formų paprastai dažnai pasitaiko kartu (Cecil et al., 2017), emocinio smurto poveikiui gali turėti įtakos kitos patiriamo smurto rūšys. Tačiau Berzenski ir Yates (2011) tyrime, nepriklausomai nuo to ar emocinis smurtas pasireiškė atskirai, ar kartu su kitomis prievartos formomis, jis vis vien stipriausiai prognozavo depresijos simptomatiką suaugus. Tame pačiame tyrime buvo nustatyta, jog asmenys, praeityje patyrę kelias netinkamo elgesio formas, tačiau nesusidūrę su

emocine prievarta, depresijos ir nerimo simptomus išgyveno mažiau intensyviai. Taigi, galima matyti, jog emocinis smurtas vaikystėje yra vienas iš pagrindinių veiksnių, prognozuojančių depresijos bei kitų psichikos sutrikimų vystymąsi suaugus. Šie tyrimai pabrėžia tolimesnių tyrimų svarbą ir intervencijų, atsižvelgiančių į traumos patyrimo kontekstą, kūrimą, siekiant efektyviau spręsti ir mažinti vaikystėje patirto emocinio smurto ilgalaikes pasekmes.

### 1.4.3. KPTSS ir depresija

Naujausi potrauminio streso tyrimai, atskleidžia KPTSS bei depresijos sutrikimo komorbidiškumą bendros populiacijos (Murphy et al., 2021) bei klinikinėse (Karatzias et al., 2019<sup>a</sup>) imtyse. Anot Karatzias ir kolegų (2019<sup>a</sup>), net 89 proc. tiriamųjų, esančių KPTSS rizikoje, buvo būdingi depresijos simptomai. Taigi nors tiek PTSS, tiek KPTSS diagnozės yra stiprus depresijos išsivystymo rizikos veiksnys (Gilbar et al., 2019), žmonės, kurių savijauta atitinka KPTSS diagnostinius kriterijus, depresijos simptomus patiria dažniau ir stipriau (Murphy et al., 2021; Redican et al., 2022; Lewis et al., 2022), negu žmonės, kuriems pasireiškia tik PTSS simptomatika. KPTSS diagnozė, lyginant su PTSS, stipriau siejama su distimija (Hyland et al., 2017) bei didesniais funkciniais sutrikimais, tokiais kaip socialinė izoliacija ar vienišumo jausmas, kurie būdingi depresijos sutrikimui (Karatzias et al., 2016). Literatūroje taip pat akcentuojamas specifinių intervencijų poreikis, pritaikytų gydyti su trauma susijusią depresiją, kurios gali skirtis nuo įprastų depresijos gydymo būdų (Fung et al., 2022). Dėl šios priežasties pastaraisiais metais depresijos ir su trauma susijusių sutrikimų komorbidiškumas yra svarbi mokslinių tyrimų tema. Taigi, augantis suvokimas apie KPTSS ir depresijos komorbidiškumą pabrėžia būtinybę kurti specializuotas intervencijas, pritaikytas gydyti su trauma susijusius sutrikimus, atsižvelgiant į unikalius simptomus ir jų padarinius.

Nagrinėjant kompleksinio potrauminio streso ir depresijos sąsajas simptomų lygmenyje, randama, jog būtent sutrikusios saviorganizacijos (DSO) simptomų grupė ne tik stipriai siejasi (Fung et al., 2022), bet ir prognozuoja depresijos simptomatiką (Hyland et al., 2017). DSO simptomų išreikštumas siejamas su žemu pasitenkinimu gyvenimu ir neigiamais emociniais išgyvenimais, būdingais depresinei būsenai (Rzeszutek et al., 2021). Tyrimuose atrandamos sąsajos tarp depresijos bei specifinių DSO grupės simptomų, tokių kaip sutrikusi emocijų reguliacija bei neigiamas savęs vertinimas (Gilbar et al., 2020). Tokie tyrimų rezultatai rodo, kad KPTSS ir depresija gali būti stipriai tarpusavyje susiję, dėl sutampančių simptomų klinikinėje praktikoje gali kilti sunkumų diferencijuojant šiuos du sutrikimus, o literatūroje keliamas klausimas, ar tarp sutrikimų egzistuoja aiškios ribos (Gilbral et al., 2020). Vis dėlto, kiti tyrimai atskleidžia ir prieštarigus rezultatus, kuomet depresijos simptomatika stipriau siejama su PTSS simptomų grupe, o DSO simptomai pasižymi stipresnėmis sąsajomis su

nerimo sutrikimais (Perkonigg et al., 2016). Tad tokie prieštaringi tyrimų rezultatai atspindi tolimesnių kompleksinio potrauminio streso ir depresijos sutrikimų sąsajų tyrimų poreikį.

### **1.5. Tyrimo problema ir tikslas**

Vaikystės trauminės patirtys yra stiprus įvairių psichikos sutrikimų rizikos veiksnys, dažnai siejamas su KPTSS ir depresijos išsivystymu suaugus. Tačiau, aiškiau apibrėžus kompleksinį potrauminį stresą tik 2018 m. TLK-11 leidime, sudėtingi ryšiai tarp šių konstruktu vis dar nepakankamai ištirti, ypač klinikinėse imtyse. Ankstesni tyrimai nurodo potrauminio streso sutrikimo pasireiškimą tarp žmonių, kuriems diagnozuoti kiti psichikos sutrikimai, tačiau tik keliuose tyrimuose nagrinėtas TLK-11 KPTSS ir (arba) PTSS psichiatrijos pacientų imtyse. Klinikinėse imtyse stebimas itin didelis traumuojančių vaikystės patirčių paplitimas, kas galimai nurodo stiprų traumos etiologinį vaidmenį vystantis psichopatologijai suaugus. Nepaisant to, traumos istorija ir trauminio streso simptomai, dėl savo persidengimo su kitais psichikos sutrikimais, dažnai lieka nepastebėti ir negydomi tarp asmenų, sergančių psichikos sutrikimais. Gydytojai, atlikdami klinikinį vertinimą, nėra linkę išsamiai nagrinėti trauminio streso simptomų, todėl potrauminis stresas dažnai gali „pasislėpti“ po kitais psichikos sutrikimais. Ypatingai Lietuvoje potrauminio streso sutrikimas diagnozuojamas itin retai, stebimas didelis atotrūkis tarp tikėtino ir diagnozuojamo PTSS procento. Tad būtent šių, specifinių imčių, tyrinėjimas gali padėti suprasti sudėtingą vaikystėje patirtų traumuojančių išgyvenimų poveikį psichologinių sutrikimų išsivystymui.

KPTSS pasižymi dideliu komorbidiškumu su kitais sutrikimais, ypač depresija. Nors iki šiol dauguma atliktų tyrimų orientavosi į PTSS ir depresijos sąsajas, naujausiuose psichotraumatologijos tyrinėjimuose ryškėja tendencija, jog būtent KPTSS diagnozei būdingi stipresni komorbidiški depresijos simptomai. Dėl šios priežasties svarbu suprasti, su kokiomis KPTSS simptomų grupėmis depresija siejasi stipriausiai. Egzistuojantys tyrimai nepateikia vienareikšmiškų rezultatų. Todėl svarbu tyrinėti KPTSS ir depresijos sąsajas, norint geriau suprasti šių sutrikimų diferencinės diagnostikos ypatumus. Tai galėtų padėti nustatyti, į kokius simptomus turėtų būti orientuotos intervencijos asmenims, pasižymintiems abiem sutrikimams būdinga simptomatika. Kadangi komorbidiška KPTSS diagnozė yra dažnas ir nepakankamai ištirtas reiškinys tarp žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, būtina tyrinėti KPTSS ir depresijos sąsajas, siekiant nustatyti į didžiausią riziką patenkančius asmenis, kuriems į traumą orientuotos intervencijos gali būti ypač naudingos.

Neseniai į TLK-11 įtraukta kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozė literatūroje įprastai siejama su vaikystėje patirta, užsitęsusia ir pasikartojančia tarpasmeninio tipo trauma. Tačiau egzistuojančių tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai ir trūksta supratimo, ar

trauminių patirčių tipas galėtų padėti diferencijuoti PTSS, KPTSS ir kitus psichikos sveikatos sutrikimus. Taip pat nepavyko rasti tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamos atskirų KPTSS simptomų sąsajos su skirtingo tipo vaikystės trauminėmis patirtimis. Atsižvelgiant į tai, kad asmenys, turintys psichikos sutrikimus, pasižymi didesne rizika patirti traumuojančius įvykius, svarbu suprasti ar šios skirtingos trauminės patirtys galėtų padėti diferencijuoti KPTSS ir PTSS riziką.

Tad šio tyrimo tikslas yra **įvertinti trauminių patirčių, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų sąsajas psichiatrijos ligoninėje besigydančių suaugusiųjų imtyje.**

#### **Tyrimo uždaviniai:**

1. Nustatyti trauminių patirčių skirtingais amžiaus tarpsniais paplitimo ypatumus tyrimo imtyje.
2. Įvertinti kompleksinio potrauminio streso bei potrauminio streso sutrikimo ir depresijos rizikos paplitimą tyrimo imtyje.
3. Įvertinti potrauminių reakcijų ir depresijos rizikos paplitimo rodiklius tarp lyčių.
4. Įvertinti kumuliacinės traumos, potrauminio streso reakcijų ir depresijos simptomų sąsajas tyrimo imtyje.
5. Išanalizuoti vaikystės trauminių patirčių prognostinę reikšmę prognozuojant PTSS, KPTSS ir depresijos riziką.

## 2. TYRIMO METODIKA

### 2.1 Tyrimo dalyviai

Šiame tyrime naudojami duomenys surinkti prisijungus prie VU Psichotraumatologijos tyrimų centro mokslinio projekto „Sunkios gyvenimo patirtys ir psichologinė savijauta (IN-LIFE)“ (vadovas prof. Evaldas Kazlauskas). Projektui atlikti buvo suteiktas VU Psichologinių tyrimų etikai komiteto leidimas (Nr. 15/(1.13 E) 250000-KT-5). Tyrimas buvo atliekamas bendradarbiaujant su Respublikine Vilniaus psichiatrijos ligonine (RVPL), kurioje ir buvo apklausti visi tyrimo dalyviai.

Dalyvauti tyrime buvo kviečiami suaugusieji (18+ m.) pacientai, kurie, remiantis personalo rekomendacijomis, buvo pajėgūs pagal savo psichikos sveikatos būklę duoti informuotą sutikimą ir užpildyti pateiktus klausimynus. Pacientai iš ūmių būsenų, gerontopsichiatrinė ar vaikų ir paauglių skyrių nebuvo įtraukiami į tyrimą. Tyrime naudota netikimybinė patogioji atranka. Toks tiriamųjų atrankos metodas buvo pasirinktas, nes nebuvo siekiama gauti reprezentatyvių visos populiacijos rezultatų.

Iš viso tyrime dalyvavo 128 suaugusieji, duomenų rinkimo metu besigydę psichiatrinėje ligoninėje, kurių amžius svyravo nuo 18 iki 79 metų ( $M = 39,9$ ,  $SD = 15,1$ ). Tyrimo imtyje buvo 52 vyrai, sudarę 36,4% visos imties, ir 76 moterys, sudariusios 53,1% visų tyrimo dalyvių. Detalesnes tiriamųjų charakteristikos pateiktos 1 – oje lentelėje.

1 lentelė. Demografinės tyrimo imties charakteristikos

	Bendra imtis (N = 128)	
	n	%
<b>Lytis</b>		
Vyras	52	36,4
Moteris	76	53,1
<b>Amžius</b>		
Vidurkis (SD)	39,9 (15,1)	-
Intervalas	18 – 79	-
<b>Tautybė</b>		
Lietuvis	106	74,1
Lenkas	12	8,4
Rusas	7	4,9
Kita	2	1,4
<b>Šeimyninė padėtis</b>		
Yra ilgalaikiuose santykiuose	52	36,4
Neturi ilgalaikių santykių	74	51,7
<b>Gyvenvietė</b>		
Miestas	104	72,7
Kaimas	24	16,8

<b>Išsilavinimas</b>		
Nebaigtas pagrindinis (mažiau nei 10 klasių)	4	2,8
Pagrindinis (10 klasių)	7	4,9
Vidurinis (12 klasių)	52	36,4
Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis (technikumas, kolegija)	25	17,5
Aukštasis (universitetinis)	40	28
<b>Darbinė veikla</b>		
Nestudijuoja ir nedirba	51	35,7
Tik studijuoja	9	6,3
Tik dirba	62	43,4
Studijuoja ir dirba	6	4,2

## 2.2. Tyrimo instrumentai

### 2.2.1. Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas

Įvertinti traumų paplitimą tyrimo imtyje buvo naudotas Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas (angl. *International Trauma Exposure Measure (ITEM)*, P. Hyland, T. Karatzias, M. Shevlin, E. McElroy, Ben-M. Ezra, M. Cloitre, ir C.R. Brewin, 2021). Lietuvišką klausimyno versiją parengė Geležėlytė ir Kazlauskas, 2022. ITEM yra Tarptautinio traumos konsorciumo autorių (<https://www.traumameasuresglobal.com>) sukurtas atviros prieigos laisvai prieinamas instrumentas, kurį galima laisvai naudoti tyrimuose, todėl autorių leidimų versti ar naudoti skales tyrimo tikslais nereikia.

ITEM klausimynas sukurtas įvertinti žmogaus traumines patirtis, kurios vertinamos remiantis TLK-11 nurodomu traumuojančios patirties apibrėžimu. Klausimynas gali būti naudojamas tiek klinikinėje, tiek bendroje populiacijoje. ITEM klausimyną sudaro 21 – o potencialiai traumuojančio įvykio sąrašas, kuriuos žmogus galėjo patirti skirtingais raidos laikotarpiais: vaikystėje (0 – 12 m.), paauglystėje (13 – 18 m.) ir suaugus (19+ m.) arba nepatirti iš viso. Klausimyno gale respondentai nurodo labiausiai juos veikiantį įvykį (pagrindinę traumą), kiek kartų šis įvykis įvyko ir prieš kiek laiko jis įvyko pirmą kartą.

Bendras visų vaikystėje įvykusių skirtingų trauminių įvykių balas suskaičiuojamas susumuojant visus įvykius, kurie įvyko iki 12 metų amžiaus. Bendras skirtingų paauglystėje patirtų traumuojančių įvykių skaičius gali būti apskaičiuojamas sumuojant visus įvykius, kurie įvyko nuo 13 iki 18 metų. Bendras skirtingų suaugus patirtų traumuojančių įvykių skaičius gali būti apskaičiuojamas sumuojant visus įvykius, kurie įvyko po 19 metų. Bendras skirtingų traumuojančių įvykių per visą gyvenimą skaičius gali būti apskaičiuojamas sumuojant visus įvykius, kurie įvyko bet kuriuo raidos laikotarpiu. Traumuojantis poveikis per visą gyvenimą nurodomas, jei patvirtinamas bet kuris įvykis (ITEM1 – ITEM21) bet kuriuo raidos laikotarpiu.

Klausimynas dar yra labai naujas ir Lietuvoje pirmą kartą naudojamas IN-LIFE tyrime. Originalo autorių tyrimai nurodo ITEM tinkamumą įvertinti trauminės žmonių gyvenimo patirtis ir atskleidžia pakankamas psichometrines charakteristikas (Hyland et al., 2021).

### 2.2.2. Tarptautinis traumos klausimynas

Siekiant įvertinti PTSS ir KPTSS simptomatiką bei sutrikimo riziką tyrimo imtyje, naudotas Tarptautinis traumos klausimynas (angl. *International Trauma Questionnaire (ITQ)*, M. Cloitre, M. Shevlin, C.R. Brewin, J.I. Bisson, N.P. Roberts, A. Maercker, T. Karatzias, P. Hyland, 2018). Šis klausimynas vadovaujasi TLK-11 nurodytomis PTSS ir KPTSS diagnostinių kategorijų apibrėžtimis ir yra taikomas tik tada, kai žmogus per savo gyvenimą patyrė nors vieną trauminį įvykį. Lietuvišką klausimyno versiją parengė ir adaptavo Kazlauskas ir kiti (2018). ITQ yra laisvai prieinamas viešai (<https://www.traumameasuresglobal.com>), todėl klausimyną galima laisvai naudoti tyrimuose, o autorių leidimų versti ar naudoti klausimyną tyrimo tikslais nereikia.

ITQ sudaro 18 teiginių, vertinančių PTSS ir DSO (sutrikusios saviroganizacijos) simptomus:

- PTSS simptomų skalę sudaro 6 teiginiai, kuriais vertinamos trys simptomų grupės, kiekvienai iš jų priskiriant po du teiginius: (1) pakartotinio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomai – teiginio pavyzdys: „Mintyse kildavo tokie stiprūs vaizdai ar prisiminimai, kad atrodė tarsi tas patyrimas vėl vyksta čia ir dabar“; (2) vengimas – teiginio pavyzdys: „Vengiau minčių, jausmų ar kūno pojūčių (vidinių užuominų), kurie priminė tą patyrimą“; nuolatinis grėsmės jausmas – teiginio pavyzdys: „Buvau ypač budrus(-i), įsitempęs(-usi) ir akylas(-a)“. Po PTSS simptomų įvertinimo pateikiami trys teiginiai, vertinantys, kaip patiriami simptomai per pastarąjį mėnesį veikė asmens kasdienį funkcionavimą – socialinį gyvenimą, darbą ar darbingumą ir kitas svarbias gyvenimo sritis.
- DSO simptomų skalę tai pat sudaro 6 teiginiai, kuriais vertinamos trys simptomų grupės, kiekvienai iš jų priskiriant po du teiginius: (1) afektų reguliacijos sutrikimas – teiginio pavyzdys: „Man reikia daug laiko nusiraminti po to, kai būnu labai sunerimęs(-usi)“; (2) neigiamas savęs vaizdas – teiginio pavyzdys: „Jaučiuosi visiškai(-a) nevykėlis(-ė)“; (3) sutrikę santykiai – teiginio pavyzdys: „Jaučiuosi nutolęs(-usi) ar atsiribojęs(-usi) nuo žmonių“. Po DSO simptomų įvertinimo pateikiami trys teiginiai, vertinantys, kaip patiriami

simptomai per pastarąjį mėnesį veikė asmens kasdienį funkcionavimą – socialinį gyvenimą, darbą ar darbingumą ir kitas svarbias gyvenimo sritis.

Teiginiai klausimyne vertinami nuo 0 iki 4 balų „Likert“ tipo skalėje, kur 0 reiškia „visiškai ne“, 1 – „truputį“, 2 – „vidutiniškai“, 3 – „gana stipriai“, o 4 – „ypač stipriai“. PTSS rizikai nustatyti reikia patvirtinti bent vieną iš dviejų simptomų trijose simptomų grupėse (t.y. pakartotinis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje, vengimas, grėsmės jausmas), taip pat patvirtinti bent vieną su šiais simptomais susijusį funkcinio sutrikimo požymį. DSO rizikai patvirtinti reikia nustatyti bent vieną iš dviejų simptomų kiekvienoje iš simptomų grupių (t.y. afektų reguliacijos sunkumai, neigiamas savęs vaizdas, sutrikę santykiai). Simptomų patyrimas vertinamas kaip kliniškai reikšmingas, jeigu yra įvertinamas bent jau „vidutiniškai“ ( $\geq 2$ ). KPTSS rizika patvirtinama tada, kai yra patvirtinamos visos trys PTSS simptomų grupės ir jų poveikis asmens kasdieniam funkcionavimui bei trys DSO simptomų grupės ir jų poveikis asmens kasdieniam funkcionavimui. Remiantis TLK-11, vienu metu negali būti nustatoma PTSS ir KPTSS rizika. Neatitinkant PTSS kriterijų arba atitinkant tik DSO kriterijus, jokio sutrikimo rizika nenustatoma. Taip pat šiuo instrumentu vertinamas ir simptomų išreikštumo stiprumas, kur aukštesnis suminis PTSS, DSO ar KPTSS įvertis atspindi stipriau išreikštą simptomatiką. Klausimyno simptomų grupės įvertis gali varijuoti nuo 0 iki 8. PTSS ir DSO dalių nuo 0 iki 24, o KPTSS nuo 0 iki 48 balų.

Šiame tyrime nustatytas pakankamai aukštas vidinis ITQ klausimyno suderintumas, kai viso klausimyno *Cronbach*  $\alpha = 0,92$ , PTSS  $\alpha = 0,90$ , o DSO simptomų grupės  $\alpha = 0,88$ . Tokie aukšti *Cronbach*  $\alpha$  įverčiai atitinka aukštus vidinio suderinamumo rodiklius pateikiamus klausimyno kūrėjų (Shevlin et al., 2018) ir Lietuvoje atliktuose tyimuose (Kazlauskas et al., 2018).

### 2.2.3. Tarptautinis depresijos klausimynas

Depresijos simptomatikai įvertinti tyrime naudotas Tarptautinis depresijos klausimynas (angl. *International Depression Questionnaire (IDQ)*, M. Shevlin, P. Hyland, S. Butter, O. McBride, T.K. Hartman, T. Karatzias, R.P. Bentall, 2023). Remiantis TLK-11 pateikiamu depresijos epizodo (diagnostinis kodas 6A70) apibrėžimu, šis klausimynas skirtas įvertinti depresijos diagnozės rizikai ir jos simptomų išreikštumui. Bendradarbiaujant su instrumento autoriais, lietuvišką klausimyno versiją išvertė ir parengė Geležėlytė ir Kazlauskas, 2022. IDQ yra laisvos prieigos instrumentas (<https://www.traumameasuresglobal.com>), kurį galima laisvai naudoti tyimuose, todėl autorių leidimų versti ar naudoti skales tyimo tikslais nereikia.



IDQ sudaro 9 teiginiai, kuriais vertinami pagrindiniai depresijos simptomai ir 1 uždaras klausimas apie kasdienio funkcionavimo sutrikdymą. Į klausimyno teiginius prašoma atsakinėti turint omenyje savo savijautą per pastarąsias dvi savaites. Teiginiai klausimyne vertinami nuo 0 iki 4 balų „Likert“ tipo skalėje, kur 0 reiškia „niekada“, 1 – „kelias dienas“, 2 – „pusę visų dienų“, 3 – „didžiąją dalį dienų“, o 4 – „kiekvieną dieną“. Ribiniai balai, nusakantys sutrikimo riziką, nėra pateikiami, nes remiamasi TLK-11 diagnostiniu algoritmu. TLK-11 nurodoma, kad depresijos epizodui reikia, jog vienu metu pasireikštų bent penki iš depresijai būdingų simptomų, jaučiamų didžiąją dienos dalį, ne trumpiau nei dvi savaites ir nors vienas simptomas turi atspindėti sutrikdymą afektų srityje. Tai reiškia, kad norint patvirtinti depresijos riziką IDQ reikia nurodyti 5 ar daugiau iš 9 simptomų, tarp kurių bent vienas yra 1 – as arba 2 – as (arba abu) teiginiai, kaip patiriamų bent jau „didžiąją dalį dienų“ (>2). Jei šios sąlygos tenkinamos ir į klausimą apie funkcinį sutrikimą atsakoma „Taip“, tuomet TLK-11 depresijos epizodo reikalavimai tenkinami. Depresijos simptomų stiprumas vertinamas susumuojant visų teiginių įverčius. Bendras klausimyno įvertis svyruoja nuo 0 iki 36.

Klausimynas dar yra labai naujas, tad Lietuvoje naudojant šį klausimyną iki šiol tyrimų nebuvo atlikta, tačiau IDQ autoriai savo tyrimuose nurodo pakankamas klausimyno psichometrines charakteristikas. Autorių tyrime IDQ patikimumas buvo įvertintas naudojant McDonald' o omega ( $\omega = 0,96$ ) (Shevlin et al., 2022). Šiame tyrime taip pat nustatytas aukštas vidinis klausimyno suderintumas ( $Cronbach \alpha = 0,92$ ). Originalaus klausimyno konvergentinis ir diskriminantinis validumas autorių patvirtinamas pasitelkiant atsako į testo užduotis teorija (anlg. *Item response theory*) (plačiau žiūrėti Shevlin et al., 2022).

Šiame tyrime buvo atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė ( $KMO = 0,90$ ; duomenų sklaidos paaiškinimo procentas 62,4), kurios metu išsiskyrė vienas faktorius, nustatyti adekvatūs faktorių svoriai – nuo 0,45 iki 0,87.

### 2.3. Tyrimo eiga

Kadangi tyrimas buvo atliekamas Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje (RVPL), pirmiausia, buvo susisiekiama su ligoninės vadovybe išdėstant pagrindinę informaciją, susijusią su tyrimo tikslu, pobūdžiu bei trukme ir pateikta užklausa dėl galimybės atlikti tyrimą. Gavus ligoninės vadovybės leidimą vykdyti tyrimą, toliau buvo susisiekiama su įstaigoje dirbančiais psichologais ir detalčiau aptariama tyrimo eiga ir jo įgyvendinimo galimybės. Susitikimo metu nuspręsta, kuriuose ligoninės skyriuose bus renkami pacientų duomenys, tariantis su kiekvienu iš skyriaus vedėju sutartas konkretus laikas, kuriuo atvykęs į skyrių tyrėjas galėtų padalinti tyrimo anketas pacientams. Duomenys šiam tyrimui rinkti 2023 m. laikotarpiu nuo kovo iki 2024 m. sausio mėnesio. Kiekvieną kartą atvykus į skyrių rinkti

duomenų tyrėjas prisistatydavo skyriaus personalo atstovui ir eidamas per palatas kviesdavo pacientus dalyvauti tyrime. Kvietimo metu tyrėjas trumpai prisistatydavo, išdėstydavo tyrimo tikslą, nurodydavo anketų pildymo laiką (apie 20 min.) ir pabrėždamas, kad tyrimas yra visiškai savanoriškas, pasiteiraudavo, ar pacientas sutiktų dalyvauti tyrime. Sutikusiems dalyvauti pacientams išdalinamas informuotas sutikimas, kuriame išdėstomas tyrimo tikslas, ką reikės daryti sutikus dalyvauti, kaip bus panaudojami tyrimo duomenys bei pateikiami tyrėjų kontaktai, jeigu tiriamieji norėtų susisiekti su tyrėjų komanda. Informuotame sutikime dalyviams taip pat buvo pateikta informacija, kad jie gali bet kada pasitraukti iš tyrimo, nepateikę jokių pasitraukimo priežasčių ir kad, tokiu atveju, jų duomenys nebus analizuojami. Tik sutikus su šiais punktais tyrimo dalyvis galėjo toliau savanoriškai pildyti pateiktus klausimynus. Tyrimo dalyviai perskaitę informuotą sutikimą turėjo jį pasirašyti. Pildymo metu visuomet šalia buvo tyrėjas, pasiruošęs atsakyti į iškilusius klausimus. Užtikrinant tiriamųjų duomenų konfidencialumą kiekvienas klausimynas užpildžius iš karto buvo įdedamas į voką nežiūrint tyrimo dalyvio atsakymų. Užklijuoti vokai su užpildytomis anketomis ir informuotais sutikimais buvo nedelsiant perduodami pagrindiniams projekto tyrėjams. Prieš skaitmeninant gautus duomenis popieriniai klausimynai buvo užkoduojami ir informuotas sutikimas su asmenine informacija (vardas, pavardė) atskiriamas. Todėl tyrėjai pagal tyrimo atsakymus negalėjo identifikuoti tyrimo dalyvių, nes analizėje naudota tik koduota informacija. Tolimesnei analizei naudoti tik apibendrinti tyrimo dalyvių rezultatai, kurie neleido identifikuoti tyrime dalyvavusių asmenų. Prie tyrimo duomenų galėjo prieiti tik tie tyrėjai, kurie atsakingi už duomenų kodavimą. Visa tyrimo informacija buvo tvarkoma bei saugoma VU Psichotraumatologijos centre.

#### **2.4. Duomenų analizė**

Tyrime pateikiamos analizės buvo apskaičiuojamos naudojant „IBM SPSS Statistics 29“ programą. Šia programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentinis duomenų pasiskirstymas). Naudotų skalių patikimumas buvo vertinamas remiantis vidinio suderintumo kriterijumi (*Chronbach  $\alpha$* ). Skalės faktorinė struktūra tikrinta pasitelkiant tiriančiąją faktorinę analizę.

Duomenų pasiskirstymo normalumas buvo vertinamas atsižvelgiant į *Shapiro-Wilk* testą, histogramas, duomenų eksceso (angl. *kurtosis*) ir asimetrijos (angl. *skewness*) koeficientus. *Shapiro-Wilk* testas parodė, jog suminio per visą gyvenimą patirtų traumų įverčio duomenys yra statistiškai reikšmingai nukrypę nuo normalaus pasiskirstymo, o histogramos demonstravo, jog duomenims būdinga kairioji asimetrija. Todėl analizėse, kuriose buvo įtrauktas suminis per visą gyvenimą patirtų skirtingų trauminių patirčių įvertis naudoti

neparametriniai testai. Lyginant dviejų skirtingų grupių vidurkius buvo naudojamas nepriklausomų imčių *Student-t* ir *Man-Whitney U* testai, o lyginant tris grupes taikytas *ANOVA* metodas. Remiantis pastaruoju metodu ir siekiant nustatyti skirtumus tarp kelių grupių buvo naudota *Post hoc* analizė. Tikrinant, ar tyrimo imtyje proporcinis tiriamųjų pasiskirstymas į skirtingas sutrikimų rizikos grupes statistiškai reikšmingai skiriasi naudotas chi kvadratu homogeniškumo kriterijus ( $\chi^2$ ) ir *Fisher'io* tikslusis testas. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti buvo taikomas *Spearman* ir *Point-Biserial* koreliacijos koeficientas. Koreliacijų stiprumas buvo vertinamas remiantis Cohen (1992) skirstymu: iki 0,3 koreliacija silpna, nuo 0,3 iki 0,5 – vidutinė, o nuo 0,5 iki 1,0 – stipri. Siekiant nustatyti PTSS, KPTSS ir depresijos rizikos prognostinius veiksnius buvo taikyta logistinė regresinė analizė. Taikant pastarąjį kriterijų buvo atsižvelgta į kintamųjų multikolinearumą, išskirtis, normalumo prielaidos patenkinimą.

### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Trauminių patirčių paplitimas tyrimo imtyje

Pirmiausia, buvo siekiama įvertinti psichologinių traumų paplitimą tyrimo imtyje. Skirtingų trauminių patirčių paplitimo suminis įvertis ir procentinis pasiskirstymas tyrime buvo vertinimas trijose amžiaus kategorijose (0 – 12 m.; 13 – 18 m.; 19+ m.) ir viso gyvenimo metu (žr. 1 lentelę). Iš viso 120 tiriamųjų (93,8%) per visą gyvenimą nurodė patyrę bent vieną traumuojančią patirtį, daugiausiai su jomis susidūrė suaugusiame amžiuje ( $n = 104$ , 81,3%). Dažniausiai per visą gyvenimą tiriamieji nurodė susidūrę su pažeminimu, nuvertinimu ar įžeidinėjimu ( $n = 99$ , 77,3%).

Vaikystės laikotarpiu (0 – 12 m.) daugiausiai tiriamųjų nurodė patyrę fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų ( $n = 37$ , 28,9%), o mažiausiai kartų susidūrė su žmogaus suskelta katastrofa, persekiojimu bei įkalinimu nelaisvėje ir (arba) kankinimu ( $n = 2$ , 1,6%). Paauglystėje (13 – 18 m.) daugiausia tiriamųjų nurodė patyrę pažeminimą ir nuvertinimą ( $n = 42$ , 32,8%). Šio įvykio patyrimas labiausiai paplitęs ir tarp suaugusiųjų: su pažeminimo ir nuvertinimo patirtimi suaugus susidūrė daugiau nei pusė tyrimo dalyvių ( $n = 68$ , 53,1%). Taip pat suaugus didelis procentas tiriamųjų buvo priversti jaustis nemylimi, nepageidaujami ar beverčiai ( $n = 61$ , 47,7%). Mažiausiai paauglystėje tiriamiesiems teko susidurti su seksualine prievarta, dalyvavimu karo veiksmuose ir stichinėmis nelaimėmis ( $n = 1$ , 0,8%). Suaugus mažiausiai tiriamųjų nurodė patyrę seksualinę prievartą iš tėvų bei susidūrė su stichine nelaime ( $n = 1$ , 0,8%).

Stebint trauminių patirčių paplitimą psichiatrijos pacientų imtyje pastebimas trauminių patirčių padaugėjimas vėlesniame pacientų amžiuje. Nepaisant to, yra išimčių, pavyzdžiui, fizinio smurto ( $n = 37$ , 28,9%) ir seksualinės prievartos ( $n = 3$ , 2,3%) patyrimas iš tėvų pusės tiriamųjų tarpe dažniau išgyventas vaikystėje, kuomet tolimesniuose raidos etapuose šių trauminių patirčių skaičius mažėja. Panašią tendenciją galime matyti ir su patyčių patyrimu, su kuriomis daugiausiai susidurta vaikystės ( $n = 25$ , 19,5%) ir paauglystės ( $n = 28$ , 21,9%) laikotarpiu, kuomet suaugus ši traumuojanči patirtis išgyvenama rečiau ( $n = 18$ , 14,1%).

2 lentelė. Trauminių įvykių dažnumas vaikystėje, paauglystėje, suaugusiojo amžiuje ir per visą gyvenimą (N = 128)

Įvykis	0 – 12 m.		13 – 18 m.		19+ m.		Per visą gyvenimą	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Diagnozuota gyvybei pavojinga liga	4	3,1	5	3,9	13	10,2	22	17,2
2. Kažkas iš artimųjų tragiškai žuvo	11	8,6	6	4,7	22	17,2	36	28,1
3. Kažkam iš artimųjų buvo diagnozuota gyvybei pavojinga liga ar patyrė gyvybei pavojingą nelaimingą atsitikimą	14	10,9	11	8,6	37	28,9	57	44,5
4. Patyrė grasinimą ginklu	4	3,1	4	3,1	18	14,1	26	20,3
5. Patyrė fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų	37	28,9	13	10,2	7	5,5	49	38,3
6. Patyrė fizinį smurtą iš kitų žmonių	20	15,6	32	25	27	21,1	62	48,4
7. Patyrė seksualinę prievartą iš savo tėvų ar globėjų	3	2,3	1	0,8	1	0,8	5	3,9
8. Patyrė seksualinę prievartą iš kitų žmonių	5	3,9	3	2,3	8	6,3	15	11,7
9. Patyrė seksualinį priekabiavimą	10	7,8	11	8,6	18	14,1	34	26,6
10. Dalyvavo karo veiksmuose ar kitame koviniame konflikte	0	0	1	0,8	9	7	10	7,8
11. Buvo laikomas nelaisvėje ir (arba) kankinamas	2	1,6	4	3,1	13	10,2	15	11,7
12. Sukėlė itin didelių kančių ar mirtį kitam asmeniui	0	0	0	0	6	4,7	6	4,7
13. Buvo kito asmens mirties ar kančių liudininkas	5	3,9	4	3,1	30	23,4	38	29,7
14. Pateko į nelaimingą atsitikimą	7	5,5	6	4,7	29	22,7	39	30,5
15. Ištiko stichinė nelaimė	0	0	1	0,8	1	0,8	2	1,6
16. Susidūrė su žmogaus sukelta katastrofa	2	1,6	0	0	2	1,6	4	3,2
17. Persekiojo kitas žmogus	2	1,6	10	7,8	22	17,2	32	25
18. Patyrė patyčias	25	19,5	28	21,9	18	14,1	50	36,1
19. Patyrė pažeminimą, nuvertinimą ar buvo įžeistas	22	17,2	42	32,8	68	53,1	99	77,3
20. Buvo priverstas jaustis nemylimas, nepageidaujamas ar bevertis	20	15,6	28	21,9	61	47,7	84	65,6
21. Buvo apleistas, ignoruojamas, atstumtas ar izoliuotas	14	10,9	19	14,8	39	30,5	56	43,8
Patyrė bent vieną trauminių įvykių	72	56,3	75	58,6	104	81,3	120	93,8

Taip pat siekta įvertinti konkrečių trauminių vaikystės (nuo 0 iki 12 m.) įvykių patyrimo skirtumus tarp lyčių (žr. 1 priedą). Nepaisant to, jog bendroje imtyje moterys vaikystėje susidūrė su didesniu skirtingų trauminių patirčių vaikystėje skaičiumi (moterys – 122; vyrai – 74), pritaikius Man-Whitney U testą statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo rasta ( $U = 1818$ ,  $Z = -0,80$ ,  $p = 0,42$ ). Vertinant skirtumus tarp lyčių ir atskirų trauminių vaikystės patirčių buvo pritaikyti chi kvadratų homogeniškumo ir Fisher'io kriterijai. Fisher'io tikslusis testas parodė, jog tyrimo dalyvių imtyje, moterys vaikystėje statistiškai reikšmingai dažniau

susidūrė su seksualiniu priekabiavimu nei vyrai ( $p = 0,04$ ). Kai kurių trauminių įvykių paplitimo skirtumų tarp lyčių nustatyti nepavyko, nes nei vienas tyrimo dalyvis vaikystėje jų nepatyrė.

### 3.2. Potrauminių streso reakcijų ir depresijos sutrikimų rizika vyrų ir moterų imtyse

Trečia, buvo siekiama įvertinti PTSS, KPTSS ir depresijos sutrikimų rizikos pasiskirstymą bendroje imtyje ir tarp lyčių. 3 – oje lentelėje galime matyti, jog bendroje tyrimo imtyje 14,6% ( $n = 18$ ) tiriamųjų pateko į PTSS sutrikimo riziką. Iš jų 21,1% ( $n = 11$ ) buvo vyrai ir 9,2% ( $n = 7$ ) moterys. KPTSS sutrikimo rizika tyrime pasižymėjo didesnis procentas tiriamųjų t.y. 19,5% ( $n = 25$ ). Iš kurių 15,4% ( $n = 8$ ) buvo vyrai, o 22,3% ( $n = 17$ ) moterys. Labiausiai paplitusi imtyje buvo depresijos rizika – 46,1% ( $n = 59$ ), kuria pasižymėjo 52,6% ( $n = 40$ ) moterų. Ieškant reikšmingų skirtumų tarp tyrime vertintų sutrikimų rizikos buvo taikomas chi kvadratu homogeniškumo kriterijus (žr. 3 lentelę). Nustatyta, jog šių sutrikimų rizika tarp lyčių nesiskyrė ( $p > 0,05$ ).

3 lentelė. *Potrauminio streso sutrikimų ir depresijos rizikos pasiskirstymas tarp lyčių*

	Iš viso ( $n = 128$ )	Vyrai ( $n = 52$ )	Moterys ( $n = 76$ )	$\chi^2$	$df$	$p$
	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)			
PTSS rizika	18 (14,6%)	11 (21,1%)	7 (9,2%)	3,05	1	0,82
KPTSS rizika	25 (19,5 %)	8 (15,4 %)	17 (22,3 %)	0,95	1	0,45
Depresijos rizika	59 (46,1 %)	19 (36,5 %)	40 (52,6 %)	3,21	1	0,10

*Pastaba.* KPTSS – kompleksinis potrauminis streso sutrikimas; PTSS – potrauminis streso sutrikimas

Toliau buvo siekiama nustatyti, ar egzistuoja skirtumas tarp PTSS, KPTSS ir depresijos simptomatikos bei bendro traumuojančių patirčių skaičiaus vyrų ir moterų imtyse. Šiam tikslui pasiekti buvo taikomas nepriklausomų imčių Student-t testas (žr. 4 lentelę). Analizė atskleidė, reikšmingą skirtumą tarp vyrų ( $M = 2,94$ ,  $SD = 1,60$ ) ir moterų ( $M = 3,63$ ,  $SD = 1,75$ ) sutrikusios afektų reguliacijos ( $t(126) = -2,26$ ,  $p = 0,01$ ) – simptomo priklausančio sutrikusios saviorganizacijos (DSO) grupei, išreikštumo. Taip pat buvo rasti reikšmingi skirtumai tarp vyrų ( $M = 14,13$ ,  $SD = 9,70$ ) ir moterų ( $M = 17,33$ ,  $SD = 9,44$ ) depresijos išreikštumo įverčių. Tad, galime matyti, jog bendroje imtyje, moterims buvo būdinga stipriau sutrikusi afektų reguliacija bei depresijos simptomatikos išreikštumas.

4 lentelė. Tyrimo kintamųjų vidurkių skirtumai tarp lyčių

Kintamasis	Iš viso (N = 128)		Vyrai (n = 52)		Moterys (n = 76)		t (126)	p	95% PI	
	M	SD	M	SD	M	SD			AR	VR
	<b>PTSS</b>									
Pakartotinis patyrimas	2,37	2,40	2,19	2,23	2,49	2,52	-0,67	0,24	-1,15	0,56
Vengimas	2,92	2,53	2,29	2,36	2,89	2,66	0,14	0,44	-0,84	0,96
Grėsmės jausmas	3,36	2,64	3,31	2,55	3,39	2,71	-0,18	0,42	-1,03	0,85
Funkcionavimo sutrikdymas	4,44	3,94	4,63	3,59	4,30	4,18	0,46	0,32	-1,07	1,74
PTSS suminis įvertis	8,65	6,68	8,46	6,27	8,78	6,98	-0,26	0,39	-2,70	2,07
<b>DSO</b>										
Sutrikusi afektų reguliacija	3,35	1,71	2,94	1,60	3,63	1,75	-2,26	<b>0,01</b>	-1,29	-0,08
Neigiamas savęs vaizdas	3,04	2,74	2,62	2,45	3,33	2,90	-1,45	0,07	-1,68	0,25
Sutrikę santykiai	3,36	2,38	3,44	2,41	3,30	2,38	0,32	0,37	-0,71	0,99
Funkcionavimo sutrikdymas	4,95	3,97	4,81	3,73	5,05	4,16	-0,34	0,36	-1,66	1,17
DSO suminis įvertis	9,75	5,77	9	5,61	10,26	5,85	-1,21	0,11	-3,31	0,78
KPTSS suminis įvertis	18,39	10,55	17,46	10,09	19,03	10,87	-0,82	0,20	-5,34	2,18
Depresijos suminis įvertis	16,02	9,64	14,13	9,70	17,33	9,44	-1,85	<b>0,03</b>	-6,61	0,21
Suminis trauminių patirčių įvertis	5,88	3,58	5,50	3,58	6,14	3,57	-1,00	0,16	-1,92	0,63

*Pastaba:* PTSS – potrauminio streso sutrikimas; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; DSO – sutrikusios saviorganizacijos simptomai; PI – pasikliautinis intervalas; AR – apatinė riba; VR – viršutinė riba; Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

### 3.3. Kumuliacinės traumos, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų sąsajos

Antra, buvo siekiama išsiaiškinti ar egzistuoja ryšys tarp PTSS ir KPTSS bei depresijos simptomų. Šiai užduočiai atlikti buvo paskaičiuotos Spearman koreliacijos tarp KPTSS simptomų grupių ir depresijos simptomų suminių įverčių (žr. 5 lentelę). Iš 5 lentelės galime matyti, kad nustatytas statistiškai reikšmingai teigiamas ryšys tarp PTSS ir DSO simptomų grupių bei bendrų suminių įverčių (nuo  $r_s = 0,24$  iki  $r_s = 0,45$ ;  $p < 0,01$ ). Aukščiausios

koreliacijos nustatytos tarp PTSS grėsmės jausmo kriterijaus ir suminio DSO įverčio ( $r_s = 0,45$ ;  $p < 0,01$ ).

Stiprus ryšys nustatytas tarp depresijos bei KPTSS simptomų išreiškimo ( $r_s = 0,69$ ,  $p < 0,01$ ). KPTSS simptomų lygmenyje tiek PTSS, tiek DSO simptomų grupės teigiamai siejosi su depresija, tačiau stipresnės koreliacijos stebimos tarp depresijos simptomų ir DSO simptomų grupės (nuo  $r_s = 0,50$  iki  $r_s = 0,69$ ;  $p < 0,01$ ), nei tarp depresijos simptomų ir PTSS simptomų grupės (nuo  $r_s = 0,35$  iki  $r_s = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ). Iš PTSS simptomų su depresijos simptomų išreikštumu labiausiai susijęs nuolatinės padidėjusios grėsmės jausmo išgyvenimas ( $r_s = 0,44$ ,  $p < 0,01$ ), o iš DSO kriterijų – neigiamas savęs vaizdas ( $r_s = 0,69$ ,  $p < 0,01$ ).

Taip pat buvo analizuojama, kaip kumuliacinė trauma (skirtingų trauminių patirčių skaičius per gyvenimą) susijusi su KPTSS, PTSS bei depresijos simptomais. Vienodai silpnos teigiamos koreliacijos stebimos tarp KPTSS, depresijos simptomų ir kumuliacinės traumos ( $r_s = 0,27$ ,  $p < 0,01$ ). Kumuliacinė trauma stipriausiai koreliavo su PTSS suminiu įverčiu ( $r_s = 0,56$ ,  $p < 0,01$ ).



5 lentelė. PTSS, DSO, KPTSS, depresijos simptomų ir trauminių patirčių sąsajos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>PTSS simptomai</b>											
1. Pakartotinis patyrimas	-										
2. Vengimas	<b>0,64</b>	-									
3. Grėsmės jausmas	<b>0,63</b>	<b>0,63</b>	-								
4. PTSS suminis įvertis	<b>0,85</b>	<b>0,86</b>	<b>0,87</b>	-							
<b>DSO simptomai</b>											
5. Sutrikusi afektų reguliacija	<b>0,32</b>	<b>0,41</b>	<b>0,39</b>	<b>0,42</b>	-						
6. Neigiamas savęs vaizdas	<b>0,26</b>	<b>0,25</b>	<b>0,41</b>	<b>0,35</b>	<b>0,54</b>	-					
7. Sutrikę santykiai	<b>0,24</b>	<b>0,34</b>	<b>0,35</b>	<b>0,37</b>	<b>0,50</b>	<b>0,68</b>	-				
8. DSO suminis įvertis	<b>0,31</b>	<b>0,37</b>	<b>0,45</b>	<b>0,44</b>	<b>0,74</b>	<b>0,90</b>	<b>0,86</b>	-			
9. KPTSS suminis įvertis	<b>0,64</b>	<b>0,72</b>	<b>0,75</b>	<b>0,81</b>	<b>0,67</b>	<b>0,70</b>	<b>0,64</b>	<b>0,79</b>	-		
10. Depresijos suminis įvertis	<b>0,35</b>	<b>0,35</b>	<b>0,44</b>	<b>0,43</b>	<b>0,54</b>	<b>0,69</b>	<b>0,50</b>	<b>0,69</b>	<b>0,69</b>	-	
11. Suminis trauminių patirčių įvertis	<b>0,54</b>	<b>0,51</b>	<b>0,44</b>	<b>0,56</b>	<b>0,23</b>	<b>0,24</b>	0,17	<b>0,26</b>	<b>0,27</b>	<b>0,27</b>	-

*Pastaba:* PTSS – potrauminio streso sutrikimas; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; DSO – sutrikusios saviorganizacijos simptomai; Statistiškai reikšmingi ryšiai pažymėti paryškintu šriftu ( $p < 0,01$ )

Siekiant giliau suprasti depresijos sąsajas su KPTSS ir PTSS rizika psichiatrijos pacientų imtyje, taikyta vienos krypties ANOVA. Analizė parodė, jog tarp KPTSS ( $M = 24,54$ ;  $SD = 4,52$ ) ir PTSS ( $M = 14,88$ ;  $SD = 9,14$ ) rizikos grupių bei grupės, kurioje šių sutrikimų rizika nebuvo nustatyta ( $M = 13,85$ ;  $SD = 9,55$ ) ir depresijos simptomų išreikštumo egzistuoja statistiškai reikšmingi skirtumai ( $F(2, 124) = 14,02$ ,  $p < 0,001$ ).

Kadangi grupių homogeniškumo prielaida buvo pažeista, toliau analizuojant, kuriose rizikos grupėse pasireiškė depresijos išreikštumo skirtumai taikytas Games-Howell kriterijus, kuris parodė, jog reikšmingi depresijos išreikštumo skirtumai egzistuoja tarp KPTSS ir PTSS rizikos grupių ( $MD = 9,65$ ,  $p = 0,001$ ) bei KPTSS rizikos grupės ir grupės, kuri nei KPTSS, nei PTSS sutrikimų rizika nepasižymi ( $MD = 10,68$ ,  $p < 0,001$ ). Tokie rezultatai rodo, kad tyrimo imtyje KPTSS rizikoje esantiems žmonėms būdingas aukštesnis depresijos simptomų lygis, negu esantiems PTSS rizikoje ar į šių sutrikimų rizikos grupę nepatenkantiems tiriamiesiems.

### **3.4. Trauminių vaikystės patirčių sąsajos su potrauminėmis reakcijomis**

Ketvirta, siekiant įvertinti sąsajas tarp vaikystėje patirtų trauminių patirčių ir KPTSS simptomatikos buvo naudojamas Point-Biserial koreliacijos koeficientas, leidžiantis įvertinti sąsajas tarp intervalinių ir kategorinių kintamųjų (žr. 2 priedą). Atlikus analizę nustatytos statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp fizinio smurto patyrimo iš kitų žmonių (ne tėvų) bei PTSS grupei priklausančių pakartotinio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje simptomų ( $r_{pb} = 0,20$ ,  $p < 0,05$ ) bei grėsmės jausmo ( $r_{pb} = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ) simptomų.

Taip pat silpnos, tačiau statistiškai reikšmingos teigiamos koreliacijos stebimos tarp seksualinio priekabiavimo ir prievartos vaikystėje bei PTSS vengimo simptomų ( $r_{pb} = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ). Rastos sąsajos ir tarp vengimo ir vaikystėje įvykusio nelaimingo atsitikimo patyrimo ( $r_{pb} = 0,21$ ,  $p < 0,05$ ). Tad tiriamiesiems, patyrusiems seksualinio pobūdžio traumas ar susidūrusiems su nelaimingu atsitikimu vaikystės laikotarpiu, buvo būdingas stipresnis vengimas su traumine patirtimi susijusių stimulų.

Trauminės patirtys, kurios galėtų būti įvardijamos kaip emocinis smurtas (t.y. patyčios, pažeminimas, nuvertinimas, įžeidinėjimas, ignoravimas, atstūmimas ar nemeilė) siejosi su invaziniais (nuo  $r_{pb} = 0,20$  iki  $r_{pb} = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ) bei vengimo (nuo  $r_{pb} = 0,18$  iki  $r_{pb} = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ) simptomais. Specifiškai patyčių, pažeminimo, nuvertinimo bei įžeidinėjimo patirtys vaikystėje siejosi su PTSS simptomų grupei priklausančiu grėsmės jausmo išgyvenimu (abiejų  $r_{pb} = 0,20$ ;  $p < 0,05$ ). DSO simptomų grupėje teigiamos sąsajos atrastos tik tarp patyčių, bevertiškumo, nemylimumo patirčių vaikystėje ir neigiamo savęs vaizdo ( $r_{pb} = 0,18$ ;  $p < 0,05$ ).

Tad galime matyti, jog psichiatrijos pacientų imtyje būtent fizinio, seksualinio ir emocinio smurto patirtys vaikystėje labiausiai susijusios su KPTSS simptomatika.

Toliau siekta ištirti konkrečių trauminių vaikystės (nuo 0 iki 12 m.) įvykių patyrimo skirtumus tarp imties dalyvių, patenkančių į PTSS ir KPTSS sutrikimų rizikos grupes (žr. 6 lentelę). Pritaikius chi kvadratu homogeniškumo ir Fisher'io kriterijus reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ( $p > 0,05$ ). Nepaisant to, galime matyti, kad PTSS rizikos grupėje esantys tiriamieji dažniausiai susidūrė su pažeminimu, nuvertinimu ar įžeidinėjimu ( $n = 7, 38,9\%$ ), kuomet KPTSS rizikos grupėje esantys tiriamieji dažniausiai patyrė fizinį smurtą iš tėvų pusės ( $n = 10, 40\%$ ). Kai kurių trauminių įvykių paplitimo skirtumų tarp rizikos grupių nustatyti nepavyko, nes nei vienas žmogus, patenkantis į PTSS ar KPTSS rizikos grupę, vaikystėje jų nepatyrė.

Pritaikius Man-Whitney U testą statistiškai reikšmingo skirtumo tarp PTSS ir KPTSS rizikos grupių bei bendro skirtingų trauminių patirčių vaikystėje skaičiaus taip pat aptikti nepavyko ( $U = 224,50, Z = -0,01, p = 0,99$ ). Tad nei konkrečių vaikystės trauminių patirčių, nei bendras vaikystėje patirtų skirtingų traumų skaičius tarp PTSS ir KPTSS rizikos grupių tyrimo imtyje nesiskyrė.

6 lentelė. Trauminių vaikystės patirimų paplitimas PTSS ir KPTSS rizikos grupėse ( $N = 128$ )

Trauminiai įvykiai patirti nuo 0 iki 12 m.	PTSS ( $n = 18$ )		KPTSS ( $n = 25$ )		Reikšmingumo statistika ( $p$ )
	$n$	%	$n$	%	
1. Diagnozuota gyvybei pavojinga liga	1	5,5	0	0	$F(0,41)$
2. Kažkas iš artimųjų tragiškai žuvo	1	5,5	3	12	$F(0,62)$
3. Kažkam iš artimųjų buvo diagnozuota gyvybei pavojinga liga ar patyrė gyvybei pavojingą nelaimingą atsitikimą	1	5,5	2	8	$F(0,56)$
4. Patyrė grasinimą ginklu	1	5,5	2	8	$F(1,00)$
5. Patyrė fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų	4	22,2	10	40	$\chi^2 = 1,5 (0,22)$
6. Patyrė fizinį smurtą iš kitų žmonių	5	27,7	7	28	$\chi^2 = 0 (0,98)$
7. Patyrė seksualinę prievartą iš savo tėvų ar globėjų	2	11,1	0	0	$F(0,16)$
8. Patyrė seksualinę prievartą iš kitų žmonių	1	5,5	1	4	$F(1)$
9. Patyrė seksualinį priekabiavimą	1	5,5	2	8	$F(1)$
10. Dalyvavo karo veiksmuose ar kitame koviniame konflikte	0	0	0	0	–
11. Buvo laikomas nelaisvėje ir (arba) kankinamas	2	11,1	0	0	$F(0,16)$
12. Sukėlė itin didelių kančių ar mirtį kitam asmeniui	0	0	0	0	–
13. Buvo kito asmens mirties ar kančių liudininkas	0	0	1	4	$F(1)$
14. Pateko į nelaimingą atsitikimą	3	16,6	0	0	$F(0,06)$
15. Ištiko stichinė nelaimė	0	0	0	0	–
16. Susidūrė su žmogaus sukelta katastrofa	1	5,5	0	0	$F(0,40)$
17. Persekiojo kitas žmogus	0	0	0	0	–
18. Patyrė patyčias	6	33,4	6	24	$\chi^2 = 0,4 (0,50)$
19. Patyrė pažeminimą, nuvertinimą ar buvo įžeistas	7	38,9	6	24	$\chi^2 = 1,1 (0,29)$
20. Buvo priverstas jaustis nemylimas, nepageidaujamas ar bevertis	6	33,4	6	24	$\chi^2 = 0,4 (0,50)$
21. Buvo apleistas, ignoruojamas, atstumtas ar izoliuotas	4	22,2	5	20	$F(1)$
Iš viso vaikystėje patyrė	47	55,7	50	61,3	$U = 224,5 (0,99)$

Pastaba. PTSS – potrauminio streso sutrikimas; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas;  $F$  – Fisher'io testas,  $U$  – Man-Whitney  $U$  testas.

Tyrinėjant KPTSS ir PTSS simptomų įverčių vidurkinių balų skirtumus tarp vaikystės traumas patyrusių ir nepatyrusių asmenų grupių taikytas nepriklausomų imčių Student- $t$  testas (žr. 7 lentelę). Analizė atskleidė, reikšmingą skirtumą tarp vaikystėje bent vieną trauminę patirtį patyrusių ( $M = 2,72$ ,  $SD = 2,46$ ) ir nepatyrusių ( $M = 1,92$ ,  $SD = 2,26$ ) invazijos simptomų ( $t(126) = -1,64$ ;  $p = 0,02$ ) išreikštumo. Taip pat buvo rasti reikšmingi skirtumai tarp vaikystėje bent vieną traumą patyrusių ( $M = 3,81$ ,  $SD = 2,97$ ) ir nepatyrusių ( $M = 2,79$ ,  $SD = 2,32$ )

nuolatinės grėsmės jausmo įverčių. Rasti skirtumai ir tarp traumą patyrusių ir jos neišgyvenusių (atitinkamai  $M = 20$ ,  $SD = 10,53$ ;  $M = 16,33$ ,  $SD = 10,31$ ) KPTSS bei PTSS (atitinkamai  $M = 9,72$ ,  $SD = 7,05$ ;  $M = 7,27$ ,  $SD = 5,75$ ) simptomų suminio įverčio. Tad, galime matyti, jog bendroje imtyje, tiriamiesiems, vaikystėje susidūrusiems su traumuojančia patirtimi, buvo būdingas stipresnis tiek KPTSS, tiek PTSS simptomatikos išreikštumas, ypač PTSS pakartotino trauminio patyrimo bei nuolatinės grėsmės jausmo išgyvenimai, lyginant su grupe, kuri su tokiomis patirtimis nesusidūrė.

7 lentelė. KPTSS simptomų ir suminio įverčio vidurkių skirtumai tarp traumas vaikystėje patyrusių ir nepatyrusių tiriamųjų ( $N = 128$ )

KPTSS simptomai	Trauminis patyrimas nuo 0 iki 12 m.							
	Patyrė ( $N = 56$ )		Nepatyrė ( $n = 72$ )		t (126)	p	95% PI	
	M	SD	M	SD			AR	VR
<b>PTSS</b>								
Pakartotinis patyrimas	2,72	2,46	1,92	2,26	-1,91	<b>0,02</b>	-1,64	0,02
Vengimas	3,19	2,69	2,57	2,28	-1,41	0,08	-1,49	0,25
Grėsmės jausmas	3,81	2,97	2,79	2,32	-2,25	<b>0,01</b>	-1,91	-0,12
PTSS suminis įvertis	9,72	7,05	7,27	5,75	-2,08	<b>0,01</b>	-4,78	-0,12
<b>DSO</b>								
Sutrikusi afektų reguliacija	3,47	1,70	3,20	1,74	-0,90	0,18	-0,88	0,33
Neigiamas savęs vaizdas	3,32	2,81	2,68	2,62	-1,31	0,09	-1,60	0,32
Sutrikę santykiai	3,49	2,40	3,20	2,37	-0,68	0,24	-1,13	0,55
DSO suminis įvertis	10,28	5,61	9,07	5,94	-1,17	0,12	-3,23	0,82
KPTSS suminis įvertis	20,00	10,53	16,33	10,31	-1,96	<b>0,02</b>	-7,34	0,02

*Pastaba:* PTSS – potrauminio streso sutrikimas; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; DSO – sutrikusios saviorganizacijos simptomai; PI – pasikliautinis intervalas; AR – apatinė riba; VR – viršutinė riba; Statistiškai reikšmingi ryšiai pažymėti paryškintu šriftu.

### 3.5. Vaikystės trauma kaip prognostinis KPTSS, PTSS bei depresijos rizikos veiksnys

Galiausiai, siekiant įvertinti, ar ir kaip vaikystės trauminės patirtys prognozuoja PTSS, KPTSS ir depresijos sutrikimų riziką, pasitelkta logistinė regresinė analizė (žr. 8 lentelę). Norint nustatyti atskiras trauminių vaikystės patirčių formas, kaip galimus prognostinius veiksnius, kiekvienai iš jų buvo sudarytas individualus regresinis modelis. 8 – oje lentelėje galime matyt,

kad kumuliacinis traumos poveikis per visą gyvenimą buvo reikšmingas PTSS ( $\chi^2 = 28,46$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,27$ , tikslų spėjimų proc. – 72,7) ir KPTSS ( $\chi^2 = 19,26$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,24$ , tikslų spėjimų proc. – 80), bet ne depresijos ( $p = 0,07$ ) rizikos prognozuojamasis veiksnys. Remiantis gautais duomenimis, kumuliacinis traumos efektas 1,36 karto didino PTSS ir 1,38 karto KPTSS išsivystymo riziką (žr. 8 lentelę). Tuo tarpu, bendras vaikystėje patirtų skirtingų trauminių išgyvenimų skaičius reikšmingai prognozavo PTSS ( $\chi^2 = 4,75$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,02$ ,  $R^2 = 0,05$ , tikslų spėjimų proc. – 68), bet ne KPTSS ( $p = 0,45$ ) ir depresijos ( $p = 0,42$ ) riziką. Tad tyrime kumuliacinė vaikystės trauma 1,23 karto didino patekimo į PTSS riziką suaugus (žr. 8 lentelę). Apleistumo, ignoravimo, atstūmimo, izoliacijos patirtis buvo stiprus prognostinis veiksnys tiek PTSS ( $\chi^2 = 3,83$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ,  $R^2 = 0,6$ , tikslų spėjimų proc. – 82,2), tiek KPTSS ( $\chi^2 = 3,82$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ,  $R^2 = 0,05$ , tikslų spėjimų proc. – 76,9) rizikos išsivystymui. Ši traumuojanti patirtis apytiksliai 4 kartus didino PTSS ir KPTSS riziką (žr. 8 lentelę). Fizinio smurto ne iš tėvų pusės patirtis vaikystėje taip pat prognozavo tiek PTSS ( $\chi^2 = 3,79$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ,  $R^2 = 0,06$ , tikslų spėjimų proc. – 82,5), tiek KPTSS ( $\chi^2 = 4,94$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,02$ ,  $R^2 = 0,06$ , tikslų spėjimų proc. – 77,3) riziką. Fizinis smurtas beveik 4 kartus didino abiejų sutrikimų riziką (žr. 8 lentelę). Kaip išskirtinai PTSS riziką prognozuojantys veiksniai išsiskyrė pažeminimo, nuvertinimo ( $\chi^2 = 7,47$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ,  $R^2 = 0,11$ , tikslų spėjimų proc. – 82,5) bei nemylimumo ir bevertiškumo ( $\chi^2 = 5,84$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,01$ ,  $R^2 = 0,09$ , tikslų spėjimų proc. – 82,4) patirtys vaikystėje. Tiriamieji, kurie vaikystėje buvo priversti jaustis nemylimi, nepageidaujami ar nevertingi pasižymėjo 4,75 karto didesne PTSS išsivystymo rizika suaugus, kuomet pažeminimo, nuvertinimo ar įžeidinėjimo patirtys vaikystėje net 5,37 karto didino patekimą į PTSS rizikos grupę (žr. 8 lentelę). Nei viena iš atskirų vaikystėje patirtų trauminių patirčių depresijos rizikos tyrimo imtyje neprognozavo. Taigi, psichiatrijos pacientų imtyje fizinio ir emocinio smurto bei apleistumo apraiškos vaikystėje reikšmingai prognozavo PTSS ir KPTSS, bet ne depresijos sutrikimo išsivystymą. Kai kurių trauminių įvykių prognostinių galimybių nustatyti nepavyko, nes nei vienas tyrimo dalyvis vaikystėje jų nepatyrė.

8 lentelė. Logistinė regresinė analizė PTSS ir KPTSS rizikai prognozuoti remiantis trauminėmis patirtimis vaikystėje (N = 128)

Trauminiai įvykiai patirti nuo 0 iki 12 m.	PTSS/nėra PTSS (n = 110)		KPTSS/nėra KPTSS (n = 103)		Depresija/nėra depresijos (n = 69)	
	OR [95% PI]	p	OR [95% PI]	p	OR [95% PI]	p
1. Diagnozuota gyvybei pavojinga liga	1,60 [0,15-16,40]	0,68	–	–	3,64 [0,36-35,99]	0,26
2. Kažkas iš artimųjų tragiškai žuvo	0,65 [0,70-5,68]	0,70	1,59 [0,37-6,69]	0,52	0,41 [0,10-1,64]	0,21
3. Kažkam iš artimųjų buvo diagnozuota gyvybei pavojinga liga ar patyrė gyvybei pavojingą nelaimingą atsitikimą	0,84 [0,14-4,16]	0,83	0,28 [0,03-2,28]	0,23	0,42 [0,12-1,44]	0,17
4. Patyrė grasinimą ginklu	4,94 [0,29-82,93]	0,26	7,63 [0,66-88,13]	0,10	–	–
5. Patyrė fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų	0,77 [0,23-2,58]	0,67	1,79 [0,70-4,56]	0,21	0,62 [0,29-1,35]	0,23
6. Patyrė fizinį smurtą iš kitų žmonių	3,70 [1,04-13,08]	<b>0,04</b>	3,74 [1,20-11,66]	<b>0,02</b>	1,20 [0,46-3,12]	0,70
7. Patyrė seksualinę prievartą iš savo tėvų ar globėjų	10,50 [0,89-122,81]	0,06	–	–	2,38 [0,21-26,99]	0,48
8. Patyrė seksualinę prievartą iš kitų žmonių	1,60 [0,15-16,40]	0,68	1,13 [0,11-11,45]	0,91	0,77 [0,12-4,78]	0,78
9. Patyrė seksualinį priekabiavimą	0,65 [0,07-5,68]	0,70	0,96 [0,18-4,98]	0,97	1,18 [0,32-4,31]	0,79
10. Dalyvavo karo veiksmuose ar kitame koviniame konflikte	–	–	–	–	–	–
11. Buvo laikomas nelaisvėje ir (arba) kankinamas	9,15 [0-0,59]	0,09	–	–	–	–
12. Sukėlė itin didelių kančių ar mirtį kitam asmeniui	–	–	–	–	–	–
13. Buvo kito asmens mirties ar kančių liudininkas	–	–	0,84 [0,09-7,91]	0,88	1,79 [0,29-11,12]	0,53
14. Pateko į nelaimingą atsitikimą	4,05 [0,82-19,96]	0,08	–	–	0,87 [0,18-4,05]	0,86
15. Ištiko stichinė nelaimė	–	–	–	–	–	–
16. Susidūrė su žmogaus sukelta katastrofa	5,18 [0,30-87,29]	0,25	–	–	–	–
17. Persekiojo kitas žmogus	9,9 [0-0,86]	0,08	–	–	–	–
18. Patyrė patyčias	2,57 [0,81-8,10]	0,10	1,62 [0,54-4,85]	0,38	1,38 [0,57-3,34]	0,46
19. Patyrė pažeminimą, nuvertinimą ar buvo įžeistas	5,37 [1,66-17,36]	<b>0,05</b>	2,66 [0,84-8,41]	0,09	0,96 [0,38-2,43]	0,94
20. Buvo priverstas jaustis nemylimas, nepageidaujamas ar bevertis	4,75 [1,40-16,1]	<b>0,01</b>	3 [0,92-9,68]	0,06	0,73 [0,27-1,93]	0,52
21. Buvo apleistas, ignoruojamas, atstumtas ar izoliuotas	4,12 [1,28-13,23]	<b>0,01</b>	3,90 [1,02-14,79]	<b>0,04</b>	0,64 [0,20-2,02]	0,45
Vaikystėje patirtų traumų suma	1,23 [1,01-1,49]	<b>0,03</b>	1,06 [0,89-1,27]	0,45	0,93 [0,80-1,09]	0,42
Per visą gyvenimą patirtų traumų suma	1,36 [1,15-1,62]	<b>&lt;0,01</b>	1,38 [1,16-1,63]	<b>&lt;0,01</b>	1,09 [0,99-1,21]	0,07

Pastaba: PTSS – potrauminio streso sutrikimas; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; PI – pasikliautinis intervalas; OR – tikimybių santykis; Statistiškai reikšmingi ryšiai pažymėti paryškintu šriftu

## 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime siekta įvertinti trauminių patirčių, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų sąsajas psichiatrijos ligoninėje besigydančių suaugusiųjų imtyje. Ypatingas dėmesys buvo skiriamas geresniam vaikystės trauminių patirčių ir psichikos sveikatos sunkumų ryšių supratimui. Pirmiausia, bus trumpai aptarti svarbiausi tyrimo rezultatai.

Siekiant tikslo pirmiausia nustatytas trauminių patirčių paplitimas skirtingais amžiaus tarpsniais. Tyrimo imtyje stebėtas didelis traumuojančių patirčių paplitimas vaikystėje, paauglystėje ir suaugusiame amžiuje. Tačiau daugiausiai trauminių patirčių tiriamieji nurodė patyrę suaugus. Nors dauguma tyrimo dalyvių vaikystėje susidūrė su nors viena traumine patirtimi, tarp lyčių skyrėsi tik seksualinio priekabiavimo patyrimas – moterys nurodė su juo susidūrusios dažniau. Taip pat moterims buvo būdinga labiau sutrikusi emocijų reguliacija (KPTSS simptomas) bei stipresnis depresijos simptomų išreikštumas. Šie rezultatai atkreipia dėmesį į trauminių patirčių tipą, su kuriuo dažniau susiduria moterys, ir joms būdingą psichopatologijos specifiškumą. Skirtumų tarp lyčių vertinant KPTSS, PTSS ar depresijos sutrikimų rizikos paplitimą, nebuvo rasta.

Vertinant potrauminių reakcijų ir depresijos sąsajas, stipriausias ryšys stebėtas tarp KPTSS ir depresijos simptomų. Su pastaraisiais labiausiai siejosi KPTSS sutrikusios saviorganizacijos (DSO) simptomų grupė. Tokie rezultatai patvirtina KPTSS ir depresijos sutrikimų komorbidiškumo riziką. Taip pat vertinant KPTSS simptomų išreikštumą tarp traumas vaikystėje patyrusių ir jų neišgyvenusių, nustatyta, jog su traumomis vaikystėje susidūrę pasižymėjo stipresniais tiek PTSS, tiek KPTSS simptomais. Fizinio, seksualinio ir emocinio smurto patirtys vaikystėje siejosi su atskirais KPTSS simptomais. Galiausiai, atskleista, kad kumuliacinis traumos poveikis per visą gyvenimą prognozuoja tiek PTSS, tiek KPTSS riziką. Įdomu, tačiau būtent vaikystėje patirtų skirtingų trauminių išgyvenimų suma reikšmingai prognozavo PTSS, bet ne KPTSS riziką. Galime kelti prielaidą, jog pasikartojantys trauminiai vaikystės išgyvenimai ne visuomet lemia KPTSS išsivystymą. Iš konkrečių vaikystės trauminių išgyvenimų fizinis smurtas ir emocinis apleistumas išsiskyrė, kaip patirtys, reikšmingai prognozuojančios abiejų sutrikimų išsivystymą. PTSS išskirtinai stipriai prognozavo emocinio smurto patirtys. Depresiją prognozuojančių trauminių patirčių tyrime nebuvo rasta. Toliau šiuos rezultatus aptarsime detaliau.

### 4.1. Trauminių įvykių paplitimas tyrimo imtyje

Mūsų tyrimo imtyje net 93,8% tiriamųjų, besigydančių psichiatrijos ligoninėje, per visą gyvenimą nurodė susidūrę su bent viena potencialiai traumuojančia patirtimi. Didžiulis



trauminių patirčių paplitimas stebimas ir kituose tyrimuose, tyrinėjančiuose klinikinės imtis (Møller et al., 2020; Reiff et al., 2012). Tokie rezultatai patvirtina, kad tarp asmenų, turinčių psichikos sutrikimus, traumos patyrimo tikimybė per visą gyvenimą yra didesnė, lyginant su bendrąja populiacija (Kvedaraite et al., 2021<sup>b</sup>). Tai leidžia kelti prielaidą apie traumos, kaip etiologinio veiksnio, vaidmenį vystantis psichopatologijai suaugus (Etain et al., 2008). Didesnis trauminių patirčių paplitimas klinikinėse imtyse gali būti aiškinamas tuo, kad asmenys, turintys psichikos sutrikimų, patenka į pažeidžiamą grupę, susiduriančia su didesne traumuojančių įvykių bei poliviktimizacijos rizika.

Dažniausiai per visą gyvenimą tyrimo dalyviai nurodė susidūrę su pažeminimu, nuvertinimu ir įžeidinėjimu (77,3%). Šie rezultatai sutampa su Mesquita ir kolegų (2016) sisteminė analize, kurioje nurodoma, jog emocinis smurtas yra labiausiai paplitusi smurto forma klinikinėse imtyse. Vertinant traumos patyrimą skirtingais amžiaus tarpsniais, daugiausiai skirtingų traumų tiriamieji nurodė patyrę suaugus (81,3%). Apskritai, tyrime stebėta trauminių patirčių daugėjimo tendencija vėlesniame respondentų amžiuje. Metams bėgant gyvenime žmogus susiduria su įvairiomis patirtimis, iš kurių kai kurios gali būti traumuojančio pobūdžio. Ši tendencija gali būti aiškinama padidėjusia vyresnių žmonių autonomija ir polinkiu į rizikingą elgesį, kuris didina susidūrimo su trauminiu įvykiu tikimybę gyvenimo eigoje (Shalka, 2019). Tačiau ne visi traumų tipai tyrime buvo dažniausiai patiriami suaugusiame amžiuje. Pavyzdžiui, fizinio smurto (28,9%) ir seksualinės prievartos patyrimas (2,3%) iš tėvų pusės tyrime atsiskleidė kaip dažniausiai traumuojančios patirtys labiausiai būdingos būtent vaikystės laikotarpiui, kuomet tolimesniuose raidos etapuose šių trauminių patirčių dažnis mažėjo. Tokie rezultatai leidžia kelti prielaidą apie trauminių patirčių vaikystėje specifiškumą. Trauminių vaikystės patirčių šaltiniu dažniausiai yra asmens šeimyninė aplinka, kurioje tėvai dažnai įvardijami kaip pagrindiniai smurtautojai (Buss et al., 2015). Paliekant šeimos aplinką išvengiama kontakto su agresoriumi, dėl to stebimas trauminių patirčių, susijusių su artimiausiais globėjais mažėjimas tolimesnėje raidoje.

Norint išsamiau ištirti vaikystėje patirtų traumų paplitimą, atlikome palyginimus tarp lyčių. Tyrimo imtyje moterys vaikystėje susidūrė su didesniu skirtingų traumų skaičiumi, negu vyrai, tačiau šie skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi. Vertinant skirtingas traumines patirtis, šiame tyrime moterys dažniau susidūrė su seksualiniu priekabiavimu, o tai sutampa su Spalletta ir kitų (2020) pateikiamais duomenimis. Tokie tyrimo rezultatai prisideda prie tyrimų tvirtinančių, jog moterų ir vyrų imtyse bendras traumuojančių patyrimų skaičius nesiskiria, tačiau atrandami skirtumai tarp konkretaus tipo traumų (Angelakis et al., 2019).

## 4.2. Potrauminių reakcijų paplitimas imtyje

KPTSS ir PTSS rizikos paplitimas tarp psichikos sveikatos pacientų šiame tyrime siekė 34,1%. Vertinant PTSS ir KPTSS sutrikimų rizikos skirtumus, nustatytas didesnis KPTSS paplitimas (14,6% PTSS; 19,5% KPTSS). Priešingai mūsų rezultatams, Kvedaraitės ir kitų (2021<sup>b</sup>) klinikinės imties tyrime buvo nustatytas didesnis PTSS rizikos paplitimas (13,9% PTSS; 10% KPTSS). Tačiau traumą patyrusiu, Danijos psichiatrijos pacientų imtyje stebėtas didesnis KPTSS rizikos paplitimas (8% PTSS; 36% KPTSS) (Møller et al., 2020). Tokie rezultatai sutampa su mūsų tyrimo duomenimis. Mūsų tyrimo imtyje KPTSS ir PTSS nustatyti rizikos rodikliai buvo didesni, negu stebimi bendros populiacijos imtyse (Kvedaraite et al., 2021<sup>a</sup>; Hyland et al., 2021). Tokie rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad Lietuvoje potrauminių reakcijų simptomai yra labiau paplitę tarp psichikos sveikatos pacientų. Todėl su stresu susijusių simptomų ir jų rizikos veiksnių atpažinimas klinikinėje aplinkoje yra ypatingai svarbus.

Vertinant šių sutrikimų riziką tarp lyčių, vyrai pasižymėjo didesne PTSS (vyrai – 21,1%; moterys – 9,2%), o moterys KPTSS (vyrai – 15,4%; moterys – 22,3%) rizika, tačiau šie skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi. Tokie rezultatai prieštarauja tyrimams, kuriuose didesnė tiek PTSS, tiek KPTSS rizika nustatoma moterų imtyse (Olf, 2017; Cloitre et al., 2019). Aukštesni KPTSS rodikliai moterų imtyje bent iš dalies gali būti susiję su jų patirtų traumų tipu (daugiau tarpasmeninio smurto, ypač seksualinio pobūdžio) bei jaunesniu amžiumi traumos patyrimo metu. Būtent vaikystėje išgyventos tarpasmeninio pobūdžio užsitęsios trauminės patirtys literatūroje stipriai siejamos su KPTSS rizikos išsivystymu suaugus (Hyland et al., 2017; Kairyte et al., 2022). Tyrime moterys dažniau negu vyrai vaikystėje susidūrė su seksualiniu priekabiavimu, kuris trikdydamas vaiko tapatumą, socialinių įgūdžių ir emocijų reguliacijos procesus gali neigiamai paveikti tolimesnę asmenybės raidą, nulemiant psichikos sutrikimų išsivystymo riziką suaugus (Clark, 2014).

Labiausiai tyrimo imtyje buvo paplitusi depresijos rizika. Ja pasižymėjo net 46,1% tyrimo dalyvių, iš kurių daugiau nei pusė buvo moterys (vyrai – 36,5%; moterys – 52,6%), tačiau šis skirtumas tarp lyčių nebuvo statistiškai reikšmingas. Taip pat moterims buvo būdingi stipriau išreikšti KPTSS sutrikusios afektų reguliacijos simptomai. Tokie rezultatai atitinka Frewen bei kolegų (2012) tyrimo duomenis, kuriame moterys, vaikystėje susidūrusios su tarpasmeninio pobūdžio trauma, taip pat pasižymėjo stipriau sutrikusia emocijų reguliacija, apibūdinama sunkumu žodžiais išreikšti teigiamus jausmus, lyginant su neigiamo valentingumo emocijų perteikimu. Tai, jog depresija dažniau diagnozuojama moterims negu vyrams mokslinėje literatūroje yra gerai žinoma (WHO, 2023). Aiškinant šiuos dėsningumus literatūroje pabrėžiama biologinių, psichologinių bei sociokultūrinių veiksnių, lemiančių

didesnį moterų pažeidžiamumą depresijos sutrikimui, įtaka (Salk, Hyde & Abramson, 2017). Psichologiniu požiūriu, moterys dažniau nei vyrai taiko ruminatyvias įveikos strategijas, kuomet nuolat susitelkiama į savo problemas, permąstomi praeities įvykiai ir jų sukeltos neigiamos emocijos, kas didina depresijos simptomų išsivystymo riziką (McBride & Bagby, 2006). Tai atsispindi ir specifinės simptomatikos išreikštumu, kuomet trauminės patirties išgyvenimas moterų imtyse stipriau siejamas su internalios simptomatikos pasireiškimu, būdingos nerimo ar depresijos sutrikimams (Keyes et al., 2012). Tikėtina, kad moterys gyvenime patiria daugiau stresą sukeliančių ir sunkiai išsprendžiamų situacijų, arba yra labiau linkusios jas laikyti tokiomis (Johnson & Whisman, 2013). Šią hipotezę turėtų patikrinti tolimesni longitudinaliniai psichotraumatologijos tyrimai.

Vis dėlto vertinti šiuos skirtumus tarp lyčių reikėtų itin atsargiai, nes tyrime išryškėję skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi. Taip pat svarbu atsižvelgti į tyrimo imties ypatumus, kuri nebuvo reprezentatyvi ir galimai neatspindi platesnėje literatūroje aptinkamų dėsningumų.

#### **4.3. KPTSS, PTSS ir depresijos sąsajos**

Vertinant sąsajas tarp tyrimo konstrukto pirmiausia nustatytas ryšis tarp kiekvieno iš skirtingų PTSS ir KPTSS simptomų klasterių, kas atitinka šių sutrikimų, kaip giminingų vienas kitam, sampratą (Maercker et al., 2013). Toliau tyrime atsiskleidė ryšys tarp depresijos bei potrauminio streso reakcijų, iš kurių ypatingai stiprios sąsajos nustatytos tarp depresijos ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo. Šis ryšys atsispindėjo ir aukštesniuose depresijos simptomų įverčiuose tarp į KPTSS riziką patenkančių asmenų. Tokie rezultatai pasitvirtina ir kitose studijose, kuriose teigiama, jog žmonės, patiriantys kliniškai reikšmingą kompleksinį potrauminį stresą, depresijos simptomus patiria dažniau ir stipriau, negu asmenys, kuriems pasireiškia tik potrauminio streso simptomatika (Murphy et al, 2021; Redican et al., 2022).

Atskirų KPTSS simptomų lygmenyje depresija stipriausiai siejosi su DSO simptomų grupe, ypatingai su neigiamu savęs vaizdu. Panašūs rezultatai gauti Gilbar ir kolegų (2020) atliktame tyrime. Neigiamas savęs vaizdas apibūdinamas įsitikinimais apie save kaip menką, nugalėtą ar bevertį. Šie įsitikinimai gali būti lydimi gėdos ir kaltės jausmų, kylančių nesugebėjus išvengti traumuojančio įvykio arba užkirsti kelio kitų kančioms. Traumuojančių patirčių vaikystėje aukoms būdingi beviltiškumo, kaltės ir gėdos jausmai, dažnai lydintys depresišką simptomatiką (Liu, 2017). Anot De Rubeis ir Hollenstein (2009), tarp asmenų, vaikystėje susidūrusių su traumuojančia patirtimi, gėdos jausmas prognozavo ilgesnę depresijos eigą. Būtent DSO simptomų išreikšumas yra susijęs su mažu pasitenkinimu gyvenimu bei neigiamais emociniais išgyvenimais (pvz., beviltiškumu), tipiška būdingais depresiškai būsenai (Rzeszutek et al., 2021), kas galimai lemia stipresnes šios simptomų grupės sąsajas su

depresija. Tokie rezultatai patvirtina, kad kompleksinis potrauminis stresas yra susijęs su didesne psichopatologija bei stipresniu komorbidiškumu su depresijos sutrikimu nei potrauminio streso sutrikimas.

#### **4.4. Trauminių patirčių, potrauminių reakcijų ir depresijos ryšys**

Taip pat tyrime atrastas ryšys tarp kumuliacinės traumos bei KPTSS, PTSS ir depresijos simptomų. Šios sąsajos pastebėtos ne viename prieš tai atliktame moksliniame tyrime (Hyland et al., 2017; Kairyte et al., 2022; Schoedl et al., 2010; Nanni et al., 2012). Su per visą gyvenimą patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičiumi stipriausiai siejosi potrauminio streso sutrikimo simptomai. Sąsajas tarp PTSS ir kumuliacinės traumos stebimos ir kitose studijose (da Silva et al., 2024; Baker et al., 2021). Anot TLK-11, PTSS gali sukelti vienas traumuojančias įvykis ar pasikartojantys trauminiai išgyvenimai (WHO, 2018). Kumuliacinė trauma pakartotinai sužadindama potraumines reakcijas gali lemti didesnę PTSS simptomų intensyvumą. Kita vertus, KPTSS dažnai kyla dėl ilgalaikių, pasikartojančių traumų, paprastai patiriamų ankstyvajame amžiuje ir tokiomis aplinkybėmis, kuomet traumas sunku išvengti (pvz., prievarta vaikystėje, smurtas šeimoje) (Brewin et al., 2017). Nors kumuliacinė trauma taip pat yra siejama su KPTSS rizika (Cloitre et al., 2019), jos išsivystymas labiau priklauso nuo traumos chroniškumo ir santykių bei raidos konteksto, o ne tik nuo traumuojančių įvykių skaičiaus. Tad mūsų tyrimo rezultatai patvirtina ir prisideda prie įrodymų, kad kumuliacinė trauma yra reikšmingai susijusi su stipresniu PTSS simptomatikos išreikštumu suaugus. Tai pabrėžia traumų patyrimo kumuliacinio efekto įvertinimo svarbą, norint tinkamai nustatyti PTSS simptomus ir jų sunkumą.

Tyrime nepavyko rasti skirtumų tarp atskirų vaikystės trauminių patirčių patyrimo KPTSS ir PTSS rizikos grupėse. Tačiau su nors viena trauma vaikystėje susidūrę tiriamieji pasižymėjo stipriau išreikšta tiek KPTSS, tiek PTSS simptomatika. Tai prisideda prie tyrimų, patvirtinančių ankstyvos traumos poveikį potrauminių reakcijų išsivystymui (Hyland et al., 2017; Redican et al., 2022). Siekiant detaliau patyrinti vaikystės patirčių ir potrauminių reakcijų sąsajas, analizuotas ryšys tarp skirtingų vaikystės trauminių patirčių ir atskirų KPTSS simptomų. PTSS simptomų grupėje asmenys, patyrę fizinį smurtą vaikystėje, pasižymėjo pakartotiniu trauminiu įvykiu išgyvenimu dabartyje bei nuolatinės grėsmės jausmo simptomais. Fizinis smurtas dėl savo tiesioginės grėsmės žmogaus saugumui gali sukelti padidėjusį sujaudinimą ir pakartotinį traumos išgyvenimą, siekiant išlaikyti kūno ir proto budrumą, būtiną apsisaugoti nuo potencialių grėsmių (Fuller, 2015). Tiriamiesiems, vaikystėje patyrusiems seksualinio pobūdžio traumas, labiausiai buvo būdingas su traumine patirtimi susijusių stimulų vengimas. Seksualinė trauma, ypač vaikystėje, siejama su gėdos, kaltės ir savigraužos jausmais

(MacGinley, Breckenridge, & Mowll, 2019). Galime kelti prielaidą, jog vengimo elgesys tampa pagrindiniu įveikos mechanizmu, padedančiu suvaldyti šias slegiančias emocijas. Susidūrę su emociniu smurtu ir apleistumu vaikystėje (t.y. patyčios, pažeminimas, nuvertinimas, įžeidinėjimas, ignoravimas, atstūmimas ar nemeilė) pasižymėjo stipresniu trauminio įvykio pakartotiniu išgyvenimu dabartyje, nuolatinu grėsmės pojūčiu bei vengimu prisiminti traumuojančią patirtį. DSO simptomų grupėje vaikystėje patyrę patyčias arba emocinį apleistumą (t.y. jautęsi nevertingi ir nemylimi) pasižymėjo stipriau išreikštu neigiamu požiūriu į save. Užsitęsios emocinio smurto ir apleistumo patirtys vaikystėje ilgainiui lemia giliai įsišaknijusį pavojaus ir nesaugumo jausmą (Downey & Crummy, 2022), galimai prisidedantį prie dažno pakartotinio traumos išgyvenimo. Vengimo elgesys emocinio smurto kontekste yra būdas pabėgti nuo skausmingų prisiminimų ir jausmų, susijusių su nuvertinimu ir atstūmimu (Boxer et al., 2012). Galiausiai, pasikartojanti menkinimo, atstūmimo ar emocinio apleistumo patirtis sąlygoja neigiamus įsitikinimus apie save, sutrikdant jauno žmogaus tapatumo integraciją (Grandison et al., 2022). Taigi, galime kelti hipotezę, jog skirtingų tipų traumos reikalauja skirtingų psichologinės įveikos mechanizmų – tai turėtų patikrinti tolimesni psichotraumatologijos tyrimai.

Sąsajos tarp atskirų KPTSS simptomų ir skirtingų vaikystės traumų prisideda prie tyrimų, tvirtinančių jog įvairių rūšių vaikystės traumos, gali prisidėti prie KPTSS simptomų išsivystymo (Hyland et al., 2017; Kairyte et al., 2022; Cloitre et al., 2019; Karatzias et al., 2019<sup>a</sup>). Tačiau nei vienoje iš šių studijų konkrečiai nenagrinėjamas ryšys tarp atskirų KPTSS simptomų ir skirtingų vaikystės traumų. Svarbu pažymėti, kad ryšys tarp vaikystėje patirtos traumos ir KPTSS simptomų yra sudėtingas ir priklauso nuo įvairių veiksnių, įskaitant traumos tipą ir sunkumą (Hyland et al., 2017), patyrimo laikotarpį (Grasso et al., 2016) ir gretutinių psichikos sveikatos sutrikimų poveikį (Karatzias et al., 2019<sup>a</sup>). Todėl siekiant visapusiškai suprasti skirtingų vaikystės trauminių patirčių ir KPTSS simptomų ryšį reikia tolesnių tyrimų, giliau nagrinėjančių traumos poveikį atskiriems KPTSS simptomams.

#### **4.5. Vaikystės trauminės patirtys kaip potrauminių reakcijų ir depresijos prognostinis veiksnys**

Galiausiai, buvo siekta įvertinti vaikystės trauminių patirčių prognostinę reikšmę prognozuojant PTSS, KPTSS ir depresijos riziką. Nustatyta, jog kumuliacinis traumos poveikis per visą gyvenimą buvo reikšmingas PTSS ir KPTSS riziką prognozuojantis veiksnys. Tokie tyrimo rezultatai darsk patvirtina ir prisideda prie kitų tyrimų akcentuojančių, kad didesnis įvairių traumuojančių patirčių skaičius užtikrintai prognozuoja tiek PTSS, tiek KPTSS išsivystymą suaugus (Karatzias et al., 2019<sup>a</sup>; Lewis et al., 2022).

Vis dėlto, vertinant kumuliacinį būtent vaikystėje patirtų traumų poveikį, nustatyta, jog bendras vaikystėje patirtų traumų skaičius prognozavo PTSS, bet ne KPTSS riziką. Atsižvelgiant į tai, jog literatūroje kompleksinis potrauminis streso sutrikimas yra labiau siejamas su traumos išgyvenimu ankstyvajame raidos laikotarpyje (Brewin et al., 2017), šie rezultatai šiek tiek stebina ir prieštarauja tyrimams teigiantiems, jog kumuliacinė vaikystės trauma labiau susijusi su KPTSS nei PTSS rizika (Cloitre et al., 2019). Nepaisant to, tokie rezultatai antrina da Silva ir kolegų (2024) tyrimo duomenims, kuriame kiekviena skirtingo tipo trauminė vaikystės patirtis PTSS išsivystymo riziką gyvenimo eigoje didino 28%.

Analizuojant skirtingas vaikystės traumines patirtis, emocinio apleistumo (t.y. ignoravimo, atstūmimo ar izoliacijos) bei fizinio smurto patyrimas (ne iš tėvų pusės) buvo reikšmingi prognostiniai veiksniai tiek PTSS, tiek KPTSS rizikos išsivystymui. Išskirtinai PTSS riziką mūsų tyrime prognozavo emocinio smurto patirtys, iš kurių pažeminimo, nuvertinimo ar įžeidinėjimo patyrimas vaikystėje daugiau negu 5 kartus didino potrauminio streso sutrikimo išsivystymo galimybę. Tiek fizinio smurto, tiek emocinės prievartos ir apleistumo išgyvenimai vaikystėje literatūroje yra gerai žinomi PTSS ir KPTSS rizikos prognostiniai veiksniai (Cohen et al., 2017; Redican et al., 2022; Kairyte et al., 2022; Eidhof et al., 2019). Nors psichotraumatologijoje daugiau dėmesio skiriama fizinės prievartos poveikio žmogaus psichologijai tyrinėjimams, yra žinoma, jog šią smurto formą dažnai lydi emocinė prievarta (Cecil et al., 2017), kurios galimi padariniai psichinei sveikatai gali būti net žalingesni (Paul & Eckenrode, 2015). Mūsų tyrimo rezultatai prisideda prie šios prielaidos patvirtinimo.

Skirtingai nuo fizinio smurto, kurio priežastys paprastai priskiriamos išorės veiksniams, emocinio smurto patirtis unikali tuo, kad jos poveikis atsiranda dėl nuolat pasikartojančių žinučių, jog žmogus yra bevertis arba nusipelnęs patirti prievartą (Grandison et al., 2022). Anot Prieraišumo teorijos, tokios nuolatinės menkavertiškumo žinutės ankstyvame amžiuje skatina internalizuoti neigiamas savęs ir kitų žmonių vidines reprezentacijas, kurios ilgainiui lemia nesaugaus prieraišumo stiliaus susiformavimą (Bowlby, 1979). Tyrimuose sutrikęs prieraišumas siejamas su DSO simptomų grupės išsivystymu. Pavyzdžiui, dažnai KPTSS simptomatiką apibūdinančios tarpasmeninių santykių problemos, pasireiškiančios baime būti atstumtam santykyje arba artumo bei intymumo vengimu, gali būti nesaugaus prieraišumo pasekmė (Karatzias et al., 2022). Tai pat nesaugus prieraišumas siejamas su emocijų reguliacijos sutrikimais, kurie yra ypač reikalingi potrauminio streso įveikai (Mikulincer, Shaver & Horesh, 2006). Tad galime kelti prielaidą, kad vaikystėje internalizuotos neadaptyvios vidinės savęs reprezentacijos, sutrikdydamos žmogaus psichosocialinę adaptaciją, sustiprina stresorių poveikį, galiausiai padidinant potrauminio streso išsivystymo riziką.

Įdomu, tačiau nei per visą gyvenimą patirtų skirtingų traumų skaičius nei kumuliacinė vaikystės trauma tyrime depresijos rizikos neprognozavo. Tai prieštarauja iki šiol kituose tyrimuose gaunamiems rezultatams, patvirtinantiems traumos reikšmę depresijos išsivystymui (Nelson et al., 2017; Nanni et al., 2012). Nei viena iš atskirų vaikystės traumų depresijos rizikos taip pat neprognozavo. Net emocinis smurtas ir apleistumas – stipriausiai depresijos riziką prognozuojančios trauminės patirtys kitų mokslininkų darbuose (Mandelli, Petrelli & Serretti, 2015; Li et al., 2016; Berzenski & Yates, 2011), mūsų tyrime neatsiskleidė kaip reikšmingas depresijos rizikos prognostinis veiksnys. Aiškinant tokius rezultatus svarbu atsižvelgti į imties ypatumus, kurią sudarė psichiatrinės ligoninės pacientai, gaunantys kompleksinį gydymą, nukreiptą į depresijos simptomus ir jų mažinimą. Galimai, dėl pagerėjusios pacientų būklės praeities trauminės patirtys nebeprognozavo depresijos simptomų, kurie tyrime vertinti prašant respondentų atkreipti dėmesį į savo būklę pastarųjų dviejų savaitių bėgyje. Taip pat tokiems rezultatams įtakos galėjo turėti imties dydis. Sąlyginai maža tyrimo imtis apribojo statistinių analizių galią, galimai, didesnėje imtyje šios prognozės pasitvirtintų. Tad mūsų tyrime vaikystės trauminės patirtys neatsiskleidė kaip reikšmingas depresiją prognozuojantis veiksnys.

#### **4.6. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams**

Šio tyrimo rezultatų interpretacija turėtų būti vertinama kartu su jo ribotumais. Pirmiausia, dėl naudojamos netikimybinės dalyvių atrankos šio tyrimo imtis yra nereprezentatyvi. Tai reiškia, kad tyrimo rezultatai negali būti apibendrinti visai Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje besigydančių suaugusiųjų populiacijai. Siekiant užtikrinti galimybę rezultatus generalizuoti, tolesnius tyrimus būtina atlikti su didesnėmis imtimis, kuriose būtų vienodas lyčių pasiskirstymas, įtraukiant įvairesnių psichiatrijos įstaigų pacientus. Antra, sąlyginai nedidelė imtis galėjo būti nepakankama tam, jog atsiskleistų reikšmingi ryšiai tarp kai kurių vaikystės trauminių patirčių, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų. Itin atsargiai reikėtų vertinti skirtumus tarp PTSS ir KPTSS rizikos grupių. Kadangi į šias grupes pateko nedaug tyrimo dalyvių, statistinės analizės gali būti ne tokios tikslios. Tolimesni tyrimai turėtų įtraukti daugiau žmonių, pasižyminčių potrauminėmis streso reakcijomis.

Taip pat tyrime atskleistos koreliacijos tarp atskirų KPTSS simptomų ir skirtingų vaikystės trauminių patirčių. Tačiau vertinant šiuos rezultatus svarbu turėti omenyje, jog nustatytos koreliacijos buvo silpnos. Todėl šiuos rezultatus taip pat reikėtų vertinti atsargiai. Tolimesni tyrimai, siekdami paaiškinti šiuos ryšius, turėtų įtraukti kitus veiksnius (pvz., prieraišumo stilių), bandant suprasti, kas medijuoja ar moderuoja skirtingų vaikystės traumų ir atskirų KPTSS simptomų išsivystymo ryšį. Trečia, dėl skerspjūvio tyrimo dizaino nebuvo

galima nustatyti priežastinių ryšių tarp tyrimo konstrukčių. Siekiant geriau suprasti priežastingumą, vaikystės traumuojančių patirčių bei su jomis susijusių potrauminių reakcijų bei depresijos simptomų stebėjimui tiktų longitudinio tyrimo strategija. Mūsų tyrime atsiskleidė vaikystės traumas vaidmuo suaugusiųjų psichopatologijoje, kas skatina detalesnius ryšių tarp šių konstrukčių tyrinėjimus, pavyzdžiui, į tolimesnes analizes įtraukiant subjektyviai suvokiamą traumas stiprumą ir poveikį žmogaus gyvenimui ar apsauginių veiksnių įtaką akistatoje su traumine patirtimi.

Ketvirta, duomenys apie vaikystės trauminės patirtis buvo renkami remiantis retrospektyvia savistata, kas galėjo lemti prisiminimų netikslumą arba iškraipymą. Dėl šios priežasties būsimi tyrimai turėtų šiuos konstruktus analizuoti naudodami interviu metodikas, kurios yra laikomas potrauminio streso įvertinimo „auksiniu standartu“ (Siveland et al., 2017). Interviu metu patyręs specialistas, gerai išmanantis diferencinę diagnostiką, atlieka išsamų simptomų įvertinimą, kuris padeda priimti svarbius diagnostinius sprendimus. Penkta, negalėjome visiškai kontroliuoti tyrimo atlikimo sąlygų. Pavyzdžiui, kitų kintamųjų, kurie galėjo turėti įtakos vaikystės trauminių patirčių ir psichopatologijos sąsajoms (pvz., skurdo). Vis dėlto tiriamiesiems pildant anketas buvo suteiktos vienodos sąlygos, pasirenkant ramią vietą, tokiu būdu kiek įmanoma minimizuojant aplinkos trukdžius. Anketų pildymo metu šalia buvo tyrėjas, galėjęs atsakyti į visus kilusius klausimus. Tokios anketų pildymo sąlygos prisidėjo prie vidinio tyrimo validumo išlaikymo. Apibendrinant, tyrimo rezultatų interpretacija turėtų būti atliekama atsižvelgiant į jo ribotumus.

#### **4.7. Praktinės rekomendacijos**

Remiantis tyrimo rezultatais ir mokslinės literatūros analize, galime suformuluoti kelias praktines rekomendacijas. Mūsų rezultatai, pirmiausia, atkreipia dėmesį į didžiulį vaikystėje patirtų traumuojančių patirčių paplitimą tarp tyrime dalyvavusiu psichiatrijos pacientų. Siekiant atsverti trauminės patirties įtaką sveikatos priežiūros sistema turėtų siekti ankščiau identifikuoti asmenis, susidūrusius su trauminėmis patirtimis vaikystėje. Ypatingai svarbu kuo ankščiau pastebėti emocinio smurto patyrimą, kuris mūsų tyrime stipriausiai prognozavo potraumines reakcijas. Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje potrauminio streso simptomų aptikimo rodikliai toli gražu nėra pakankami. Mūsų tyrimo rezultatai teigiantys, kad traumas patyrimas vaikystėje yra susijęs su didesne PTSS ir KPTSS rizika, pabrėžia būtinybę psichiatrijos įstaigose vertinti traumas istoriją ir trauminio streso simptomus. Anot Lewis (2022), gydytojai nenoriai aptarinėja trauminius įvykius, baimindamiesi simptomų paūmėjimo arba dėl kylančių neaiškumų taikant į PTSS orientuotas intervencijas, kas prisideda prie žemų PTSS diagnozavimo rodiklių. Taip pat prie sunkaus potrauminių reakcijų atpažįstamumo



prisideda jų stiprus persidengimas su kitais sutrikimais, dėl ko jos dažnai lieka neidentifikuotos, vietoj to diagnozuojant kitus psichikos sveikatos sutrikimus. Tad norint pagerinti potrauminių reakcijų atpažįstamumą bei gydymo rezultatus, būtina didinti specialistų gebėjimą atpažinti potrauminę simptomatiką, įvertinti pacientų traumos istoriją bei pasiūlyti efektyvias bei empiriškai pagrįstas intervencijas.

Nemažas potrauminių reakcijų paplitimas bendroje tyrimo imtyje pabrėžia būtinybę kurti efektyvius PTSS ir KPTSS gydymo metodus. Kol kas trūksta pakankamai empirinių tyrimų, kurie įvertintų efektyviausias KPTSS gydymo strategijas, o dauguma šiandieninių šio sutrikimo gydymo metodų remiasi PTSS gydymo įrodymais (Karatzias & Cloitre, 2019). Tačiau KPTSS pasižymi platesniu simptomų profiliu nei PTSS, o tyrimuose trūksta įrodymų, kad šiuo metu rekomenduojamos PTSS intervencijos veiksmingai mažina KPTSS DSO grupės simptomus (Lewis et al., 2022). Todėl svarbu toliau tyrinėti kompleksinio potrauminio streso sutrikimo atsiradimo ir palaikymo etiologinius mechanizmus (Hyland, Shevlin & Brewin, 2023), kuriais remiantis būtų galima pagrįsti naujas intervencines priemones. Atsižvelgiant į gausėjančius įrodymus, kad KPTSS simptomatika siejama su sunkesniais sveikatos sutrikimais (Brewin et al., 2017), galimai KPTSS gydymas gali pareikalauti įvairesnių metodikų taikymo. Svarstoma, jog galbūt būtų naudingas etapais grindžiamas KPTSS intervencinis modelis, kai prieš į traumą orientuotą terapiją taikomas stabilizavimas, kuriuo siekiama sumažinti savireguliacijos sunkumus, o po to – reintegracija, padedant pacientui socializuotis ir grįžti į normalų gyvenimą (Karatzias et al., 2019<sup>b</sup>). Tačiau ir šis modelis literatūroje susilaukia nemažai kritikos. Taip pat daugėja įrodymų, patvirtinančių skaitmeninių savipagalbos intervencijų, skirtų PTSS gydymui, naudą (Lewis et al., 2019). Tad galimai būtų naudinga adaptuoti panašias intervencijas orientuotas į KPTSS simptomų mažinimą.

Kuriant efektyvias KPTSS intervencijas taip pat svarbu atkreipti dėmesį į aukštą šio sutrikimo komorbidiškumą su kitais sutrikimais. Mūsų tyrime atsiskleidė stiprus ryšis tarp KPTSS ir depresijos, su kuria ypač stipriai siejosi DSO simptomų grupė. Klinikinėje praktikoje dėl aukšto šių sutrikimų persidengimo tarp į depresijos riziką patenkančių pacientų būtų svarbu vertinti ir su trauma susijusius simptomus. Pastaraisiais metais literatūroje akcentuojamas specifinių į traumą orientuotų intervencijų, pritaikytų gydyti su trauma susijusią depresiją, poreikis (Fung et al., 2022). Tačiau vis dar nepakanka įrodymų, patvirtinančių geriausią komorbidiškų depresijos bei su trauma susijusių sutrikimų gydymo būdą. Taigi, augantis suvokimas apie KPTSS ir depresijos komorbidiškumą pabrėžia būtinybę kurti specializuotas intervencijas, pritaikytas gydyti su trauma susijusius sutrikimus, atsižvelgiant į unikalius simptomus ir jų pasekmes.

Galiausiai, siekiant išvengti neigiamų vaikystės traumos pasekmių visuomeniniu mastu, būtina, kad vyriausybės investuotų į programas, siekiančias apsaugoti pažeidžiamus vaikus. Svarbu plėsti į traumą orientuotas ankstyvosios intervencijos paslaugas, tokiu būdu mažinant traumų ilgalaikį poveikį. Ankstyvosios intervencijos programos turėtų skirti dėmesį traumos poveikio mažinimui ir socialinės paramos, kaip apsauginio veiksnio, didinimui, pavyzdžiui, šviečiant tėvus ir teikiant psichologines konsultacijas arba socialinę paramą pažeidžiamoms šeimoms. Tad ankstyvas sutrikimų nustatymas ir greita intervencija yra būtina, siekiant išvengti rimtų traumos padarinių tolimesnėje raidoje.

## IŠVADOS

1. Net devyni iš dešimties (93,8%) psichiatrijos pacientų nurodė per gyvenimą patyrę bent vieną potencialiai trauminį įvykį. Vaikystėje tiriamieji dažniausiai susidūrė su fiziniu smurtu iš savo tėvų ar globėjų, o paauglystėje ir suaugus – su emocinio smurto ir apleistumo patirtimis. Moterys dažniau nei vyrai susidūrė su seksualiniu priekabiavimu.
2. Beveik pusė tyrimo dalyvių (46,1%) pateko į depresijos rizikos grupę, kuomet KPTSS rizikos kriterijus atitiko 19,5%, o PTSS - 14,6% tiriamųjų.
3. Bendras skirtingų traumuojančių patirčių skaičius bei pacientų, patenkančių į KPTSS, PTSS ar depresijos rizikos grupes, skaičius tarp lyčių nesiskyrė, tačiau nustatyta, jog moterims buvo būdinga stipriau sutrikusi afektų reguliacija bei aukštesnis depresijos simptomų išreikštumas.
4. PTSS stipriau nei KPTSS siejosi su kumuliacine trauma per visą gyvenimą. Išryškėjo stiprus ryšys tarp depresijos bei KPTSS simptomų, iš kurių su depresija stipriausiai siejosi sutrikusios saviorganizacijos (DSO) grupės simptomais.
5. Kumuliacinė trauma vaikystėje prognozavo PTSS, bet ne KPTSS riziką. Vertinant skirtingas vaikystės trauminės patirtis, būtent fizinio ir emocinio apleistumo patirtys prognozavo tiek PTSS, tiek KPTSS riziką. Emocinis smurtas išryškėjo kaip stipriausias PTSS riziką prognozuojantis veiksnys. Depresijos rizikos vaikystės trauminės patirtys tyrime neprognozavo.

## PRIEDAI

1 priedas. *Vaikystės traumų pasiskirstymas tarp lyčių.*

Trauminiai įvykiai patirti nuo 0 iki 12 m.	Vyrai ( <i>n</i> = 52)		Moterys ( <i>n</i> = 76)		Reikšmingumo statistika ( <i>p</i> )
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1. Diagnozuota gyvybei pavojinga liga	1	1,9	3	3,9	<i>F</i> (0,64)
2. Kažkas iš artimųjų tragiškai žuvo	6	11,5	5	6,7	<i>F</i> (0,35)
3. Kažkam iš artimųjų buvo diagnozuota gyvybei pavojinga liga ar patyrė gyvybei pavojingą nelaimingą atsitikimą	4	7,7	10	13,2	$\chi^2 = 0,94$ (0,33)
4. Patyrė grasinimą ginklu	1	1,9	3	4	<i>F</i> (0,64)
5. Patyrė fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų	12	13,1	25	32,9	$\chi^2 = 1,4$ (0,22)
6. Patyrė fizinį smurtą iš kitų žmonių	10	19,2	10	13,2	$\chi^2 = 0,86$ (0,35)
7. Patyrė seksualinę prievartą iš savo tėvų ar globėjų	0	0	3	3,9	<i>F</i> (0,27)
8. Patyrė seksualinę prievartą iš kitų žmonių	0	0	5	6,6	<i>F</i> (0,08)
9. Patyrė seksualinį priekabiavimą	1	1,9	9	11,8	<b><i>F</i> (0,04)</b>
10. Dalyvavo karo veiksmuose ar kitame koviniame konflikte	0	0	0	0	–
11. Buvo laikomas nelaisvėje ir (arba) kankinamas	1	1,9	1	1,4	<i>F</i> (1)
12. Sukėlė itin didelių kančių ar mirtį kitam asmeniui	0	0	0	0	–
13. Buvo kito asmens mirties ar kančių liudininkas	2	3,8	3	3,9	<i>F</i> (1)
14. Pateko į nelaimingą atsitikimą	3	5,8	4	5,3	<i>F</i> (1)
15. Ištiko stichinė nelaimė	0	0	0	0	–
16. Susidūrė su žmogaus sukelta katastrofa	1	1,9	1	1,4	<i>F</i> (1)
17. Persekiojo kitas žmogus	1	1,9	1	1,4	<i>F</i> (1)
18. Patyrė patyčias	9	17,6	16	22,2	$\chi^2 = 0,38$ (0,53)
19. Patyrė pažeminimą, nuvertinimą ar buvo įžeistas	10	19,2	12	15,8	$\chi^2 = 0,25$ (0,61)
20. Buvo priverstas jaustis nemylimas, nepageidaujamas ar bevertis	8	15,4	12	16	$\chi^2 = 0,09$ (0,92)
21. Buvo apleistas, ignoruojamas, atstumtas ar izoliuotas	4	7,7	10	13,5	$\chi^2 = 1,04$ (0,30)
Patyrė iš viso vaikystėje	74	53,8	133	57,9	<i>U</i> = 1818 (0,42)

*Pastaba.* PTSS – potrauminio streso sutrikimas; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; *F* – Fisher’io testas, *U* – Man-Whitney U testas.

2 priedas. *Vaikystės trauminių patirčių ir KPTSS simptomų sąsajos*

Trauminiai įvykiai patirti nuo 0 iki 12 m.	KPTSS simptomai						KPTSS suminis įvertis
	Pakartotinis patyrimas	Vengimas	Grėsmės jausmas	Sutrikusi afektų reguliacija	Neigiamas savęs vaizdas	Sutrikę santykiai	
1. Diagnozuota gyvybei pavojinga liga	-0,00	0,03	-0,01	0,01	<b>-0,18*</b>	-0,06	-0,05
2. Kažkas iš artimųjų tragiškai žuvo	0,07	0,02	0,04	-0,06	-0,03	-0,04	-0,01
3. Kažkam iš artimųjų buvo diagnozuota gyvybei pavojinga liga ar patyrė gyvybei pavojingą nelaimingą atsitikimą	-0,08	0,03	-0,10	0,04	-0,02	-0,01	-0,04
4. Patyrė grasinimą ginklu	0,08	0,16	0,09	0,08	0,02	-0,01	0,09
5. Patyrė fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų	0,09	0,03	0,16	-0,02	0,15	0,07	0,11
6. Patyrė fizinį smurtą iš kitų žmonių	<b>0,20*</b>	0,20*	<b>0,18*</b>	0,06	0,11	0,11	<b>0,19*</b>
7. Patyrė seksualinę prievartą iš savo tėvų ar globėjų	0,10	0,13	0,08	0,04	-0,14	-0,11	0,02
8. Patyrė seksualinę prievartą iš kitų žmonių	0,06	<b>0,18*</b>	0,12	0,12	-0,01	-0,05	0,07
9. Patyrė seksualinį priekabiavimą	0,06	<b>0,18*</b>	0,05	0,15	-0,06	-0,06	0,05
10. Dalyvavo karo veiksmuose ar kitame koviniame konflikte	–	–	–	–	–	–	–
11. Buvo laikomas nelaisvėje ir (arba) kankinamas	0,14	0,15	-0,02	-0,02	-0,16	-0,06	0,01
12. Sukėlė itin didelių kančių ar mirtį kitam asmeniui	–	–	–	–	–	–	–

13. Buvo kito asmens mirties ar kančių liudininkas	-0,01	0,07	-0,01	-0,01	<b>-0,18*</b>	-0,14	-0,06
14. Pateko į nelaimingą atsitikimą	0,03	<b>0,21*</b>	-0,08	0,15	-0,08	-0,05	0,06
15. Ištiko stichinė nelaimė	–	–	–	–	–	–	–
16. Susidūrė su žmogaus sukelta katastrofa	-0,02	0,14	0,06	0,05	-0,06	-0,04	0,01
17. Persekiojo kitas žmogus	-0,01	0,07	-0,09	-0,12	-0,12	-0,13	-0,08
18. Patyrė patyčias	<b>0,23*</b>	<b>0,21*</b>	<b>0,20*</b>	0,05	<b>0,18*</b>	0,07	<b>0,22*</b>
19. Patyrė pažeminimą, nuvertinimą ar buvo įžeistas	<b>0,21*</b>	<b>0,21*</b>	<b>0,20*</b>	-0,06	0,15	0,10	<b>0,23**</b>
20. Buvo priverstas jaustis nemylimas, nepageidaujamas ar bevertis	<b>0,20*</b>	<b>0,18*</b>	0,15	0,08	<b>0,18*</b>	0,03	<b>0,20*</b>
21. Buvo apleistas, ignoruojamas, atstumtas ar izoliuotas	<b>0,22*</b>	<b>0,22*</b>	0,09	0,09	0,10	0,05	<b>0,19*</b>

*Pastaba:* KPTSS – kompleksinis potrauminis streso sutrikimas; Statistiškai reikšmingi ryšiai pažymėti paryškintu šriftu; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

## LITERATŪRA

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1), 1-10.
- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.012>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn)*. American Psychiatric Association.
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1057–1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Baker, D. E., Hill, M., Chamberlain, K., Hurd, L., Karlsson, M., Zielinski, M., ... & Bridges, A. J. (2021). Interpersonal vs. non-interpersonal cumulative traumas and psychiatric symptoms in treatment-seeking incarcerated women. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(3), 249-264.
- Barnes, S. E., Howell, K. H., & Miller-Graff, L. E. (2016). The relationship between polyvictimization, emotion dysregulation, and social support among emerging adults victimized during childhood. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 25(5), 470-0486. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1133749>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Lepine, J. P., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2011). Classes and consequences of multiple maltreatment: A person-centered analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), 250e261. <https://doi.org/10.1177/1077559511428353>
- Bonoldi, I., Simeone, E., Rocchetti, M. et al. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Research*, 210 (1), 8–15.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Boxer, P., Sloan-Power, E., Mercado, I., & Schappell, A. (2012). Coping with stress, coping with violence: Links to mental health outcomes among at-risk youth. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 34, 405-414.
- Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., & Carter, A. S. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *Journal of traumatic stress*, 23(6), 725-733.
- Buss, K. E., Warren, J. M., & Horton, E. (2015). Trauma and Treatment in Early Childhood: A 46 Review of the Historical and Emerging Literature for Counselors. *The Professional Counselor*, 5(2), 225–237. <https://doi.org/10.15241/keb.5.2.225>

- Capretto, J. (2020). Developmental timing of childhood physical and sexual maltreatment predicts adult depression and post-traumatic stress symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(13e14), 2558-2582. <https://doi.org/10.1177/0886260517704963>
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 17(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
- Cecil, C. A. M., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & Mccrory, E. J. (2017). Child Abuse & Neglect Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 63, 106–119. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.024>
- Clark, J. N. (2014). A Crime of Identity: Rape and Its Neglected Victims. *Journal of Human Rights*, 13(2), 146–169. <https://doi.org/10.1080/14754835.2014.886952>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Coates, A. A., & Messman-Moore, T. L. (2014). A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child abuse & neglect*, 38(1), 103-113.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D., & Temple, J. R. (2017). The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child abuse & neglect*, 63, 151-161.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of general psychiatry*, 67(11), 1114-1119.
- da Silva, H. C., Vilete, L., Coutinho, E. S. F., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Portela, C. M., ... & Berger, W. (2024). The role of childhood cumulative trauma in the risk of lifetime PTSD: an epidemiological study. *Psychiatry research*, 336, 115887.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968-980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature neuroscience*, 15(5), 689-695.



- DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive psychiatry*, *92*, 1-6.
- DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2014). Trauma-induced dissociation. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (2nd ed., pp. 219-233). The Guilford Press.
- De Rubeis, S., & Hollenstein, T. (2009). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Personality and individual differences*, *46*(4), 477-482.
- Devi, F., Shahwan, S., Teh, W.L. et al. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry*, *18* (15), <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0239-1>.
- Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(1), 100-237.
- Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J., & Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the national longitudinal study of adolescent health. *Depression and Anxiety*, *30*(10), 955-964. <https://doi.org/10.1002/da.22102>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *28*(3), 381–392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Edalati, H., & Krank, M. D. (2016). Childhood maltreatment and development of substance use disorders: A review and a model of cognitive pathways. *Trauma, Violence and Abuse*, *17*(5), 454-467. <https://doi.org/10.1177/1524838015584370>
- Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2002). Children's emotion-related regulation. *Advances in Child Development and Behavior*, *30*, 189-229. [https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(02\)80042-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80042-8)
- Fjeldsted, R., Teasdale, T. W., & Bach, B. (2020). Childhood trauma, stressful life events, and suicidality in Danish psychiatric outpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(4), 280-286. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1702096>
- Feuer e Edwards, A., O'Brien, C., & O'Connor, S. (2016). *Trauma-informed philanthropy: A funder's resource guide for supporting trauma-informed practice in the Delaware valley*. Philanthropy Network of Greater Philadelphia. [https://philanthropynetwork.org/sites/default/files/TraumaGUIDE\\_Final.pdf](https://philanthropynetwork.org/sites/default/files/TraumaGUIDE_Final.pdf).
- Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2012). Disturbances of emotional awareness and expression in posttraumatic stress disorder: Meta-mood, emotion regulation, mindfulness, and interference of emotional expressiveness. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(2), 152.
- Garbarino, J. (2011). Not all bad treatment is psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, *35*(10), 797-801. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.014>
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of affective disorders*, *262*, 429-439.
- Gilbar, O., Dekel, R., Hyland, P., & Cloitre, M. (2019). The role of complex posttraumatic stress symptoms in the association between exposure to traumatic events and severity of intimate partner violence. *Child abuse & neglect*, *98*, 104-174.
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M., & Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(4), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.005>

- Grandison, G., Karatzias, T., Fyvie, C., Hyland, P., O'Connor, R. C., & Dickson, A. (2022). Suicidal histories in adults experiencing psychological trauma: Exploring vulnerability and protective factors. *Archives of suicide research*, 26(1), 155-168.
- Grasso, D. J., Dierkhising, C. B., Branson, C. E., Ford, J. D., & Lee, R. (2016). Developmental patterns of adverse childhood experiences and current symptoms and impairment in youth referred for trauma-specific services. *Journal of abnormal child psychology*, 44, 871-886.
- Greene, T., Neria, Y. & Gross, R. (2016). Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *J Clin Psychol Med Settings* 23, 160–180. <https://doi.org/10.1007/s10880-016-9449-8>
- Harpur, L. J., Polek, E., & van Harmelen, A. L. (2015). The role of timing of maltreatment and child intelligence in pathways to low symptoms of depression and anxiety in adolescence. *Child Abuse and Neglect*, 47, 24-37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.019>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. In Everly GS, Lating JM eds. *Psychotraumatolog. Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <http://doi.wiley.com/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. L. (2006). *Trauma ir išgijimas: prievartos pasekmės – nuo buitinio smurto iki politinio teroro*. Vaga.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 26(6-7), 679-695. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00341-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00341-1)
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184-201.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2015). Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(7), 931-938. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09135>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 62-72.
- Hyland, P., Shevlin, M., & Brewin, C. R. (2023). The memory and identity theory of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 130(4), 10-44.
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., ... & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 649-658.
- Jinyao, Y., Xiongzhaoh, Z., Auerbach, R. P., Gardiner, C. K., Lin, C., Yuping, W., & Shuqiao, Y. (2012). Insecure attachment as a predictor of depressive and anxious symptomology. *Depression and Anxiety*, 29(9), 789-796. <https://doi.org/10.1002/da.21953>
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and individual differences*, 55(4), 367-374.
- Joos, C. M., McDonald, A., & Wadsworth, M. E. (2019). Extending the toxic stress model into adolescence: Profiles of cortisol reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 107, 46e58. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.05.002>

- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 190*, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
- Isvoranu, A. M., van Borkulo, C. D., Boyette, L. L., Wigman, J. T., Vinkers, C. H., Borsboom, D., & Group Investigators. (2017). A network approach to psychosis: Pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 43*(1), 187-196. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw055>
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar disorders, 10*(8), 867-876.
- Fischer, S., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and youth services review, 67*, 203-211.
- Ford, J.D., Courtois, C.A. Complex PTSD and borderline personality disorder. *border personal disord emot dysregul 8*, 16 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2022). Investigating post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among people with self-reported depressive symptoms. *Frontiers in psychiatry, 13*, 953001.
- Fuller, G. (2015). The serious impact and consequences of physical assault. *Trends and issues in crime and criminal justice, (496)*, 1-8.
- Friedberg, A., & Malefakis, D. (2022). Resilience, trauma, and coping. *Psychodynamic Psychiatry, 50*(2), 382-409. <https://doi.org/10.1521/pdps.2022.50.2.382>
- Kairyte, A., Kvedaraitė, M., Kazlauskas, E., & Gelezelyte, O. (2022). Exploring the links between various traumatic experiences and ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A cross-sectional study. *Frontiers in psychology, 13*, 896-981.
- Karatzias, T., & Cloitre, M. (2019). Treating Adults With Complex Posttraumatic Stress Disorder Using a Modular Approach to Treatment: Rationale, Evidence, and Directions for Future Research. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 870–876. <https://doi.org/10.1002/jts.22457>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., et al. (2019a). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress. Anxiety 36*, 887–894. doi: 10.1002/da.22934
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... & Hutton, P. (2019b). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 49*(11), 1761-1775.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., & Cloitre, M. (2022). Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment. *Development and Psychopathology, 34*(3), 1192-1197.
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Gelezelyte, O., Nomeikaite, A., & Zelviene, P. (2021, October). Posttraumatic stress disorder and adjustment disorder in Lithuanian healthcare in 2018–2020: A nation-wide cohort study of the effects of COVID-19 pandemic. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 11, p. 1422). MDPI.
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2016). Trauma research in the Baltic Countries: From political oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology, 7*, 29295. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29295>

- Kazlauskas, E., Zelviene, P., & Eimontas, J. (2017). "No posttraumatic stress disorder in Lithuania": National health care fails to identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 30*(1), 99-102.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry, 197*(5), 378-385.
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 200*(2), 107-115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>
- Khan, A., McCormack, H. C., Bolger, E. A., McGreenery, C. E., Vitaliano, G., Polcari, A., & Teicher, M. H. (2015). Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: Critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Frontiers in Psychiatry, 6*, 42. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00042>
- Kong, S. S., Kang, D. R., Oh, M. J., & Kim, N. H. (2018). Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation, 19*(2), 214-231. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329772>
- Koola, M. M., Qualls, C., Kelly, D. L., Skelton, K., Bradley, B., Amar, R., & Duncan, E. J. (2013). Prevalence of childhood physical and sexual abuse in veterans with psychiatric diagnoses. *The Journal of nervous and mental disease, 201*(4), 348-352.
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Kairyte, A., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2021a). Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Lithuanian general population. *International journal of social psychiatry, 68*(8), 1727-1736.
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Karatzias, T., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2021b). Mediating role of avoidance of trauma disclosure and social disapproval in ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder: cross-sectional study in a Lithuanian clinical sample. *BJPsych Open, 7*(6), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1055>
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two countries. *The Lancet. Psychiatry, 2*(6), 524-531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)
- Lewis, C., Roberts, N. P., Simon, N., Bethell, A., & Bisson, J. I. (2019). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 140*(6), 508-521.
- Lewis, C., Lewis, K., Roberts, A., Edwards, B., Evison, C., John, A. & Bisson, J. I. (2022). Trauma exposure and co-occurring ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder in adults with lived experience of psychiatric disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 146*(3), 258-271.
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine Journal, 46*(4), 717-730.
- Liang, Y., Zhou, Y., Ruzek, J. I., & Liu, Z. (2020). Patterns of childhood trauma and psychopathology among Chinese rural-to-urban migrant children. *Child Abuse & Neglect, 108*, 104691.
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology, 23*(2), 397–49410. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000137>
- Lietuvos statistikos departamentas. (2020). Smurtas artimoje aplinkoje. Paimta iš: <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?articleId=8417124>

- Liu, R. T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: Current findings and future directions. *Clinical psychology: science and practice*, 24(2), 140.
- MacGinley, M., Breckenridge, J., & Mowll, J. (2019). A scoping review of adult survivors' experiences of shame following sexual abuse in childhood. *Health & social care in the community*, 27(5), 1135-1146.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C. C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. In *Glenside Mental Health Services* (Vol. 11).
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 30(6), 665-680. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>
- Mantovani, N., & Smith, J. (2021). A retrospective study examining the adverse effect of childhood abuse among adult psychiatric service users in Britain. *International journal of mental health nursing*, 30(5), 1093-1105.
- McBride, C., & Bagby, R. M. (2006). Rumination and interpersonal dependency: Explaining women's vulnerability to depression. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 47(3), 184.
- McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European Psychiatry*, 64(1), 66 p.
- Mesquita, C.d.S., Basto-Pereira, M. & da Costa Maia, Â. Prevalence of Childhood Victimization Experiences in Psychiatric Patients: a Systematic Review. *Int J Ment Health Addiction* 15, 967–984 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9697-8>
- Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 154-169. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotional regulation and posttraumatic adjustment. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 77–99). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11468-000
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., Callaghan, M. O., Najman, J. M., & Strathearn, L. (2013). Child Abuse & Neglect Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 37(5), 292–302. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.008>
- Mitchell, K.J., Tynes, B., Uman~a-Taylor, A.J. & Williams, D. (2015). Cumulative experiences with life adversity: Identifying critical levels for targeting prevention efforts. *J Adolescence*, 43, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.008>.
- Murphy, D., Karatzias, T., Busuttill, W., Greenberg, N., & Shevlin, M. (2021). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: Risk factors and comorbidity. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56, 1289-1298.
- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 421-431.

- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141-151.
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *210*(2), 96-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Nikulina, V., & Widom, C. S. (2013). Child maltreatment and executive functioning in middle adulthood: A prospective examination. *Neuropsychology*, *27*(4), 417. <https://doi.org/10.1037/a0032811>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *9*(11), 1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European journal of psychotraumatology*, *8*(sup4), 1351204.
- Paul, E., & Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*, *47*, 38–47. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.018.
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H. U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *266*, 317-328.
- Peyre, H., Hoertel, N., Stordeur, C., Lebeau, G., Blanco, C., McMahon, K., Basmaci, R., Lemogne, C., Limosin, F., & Delorme, R. (2017). Contributing factors and mental health outcomes of first suicide attempt during childhood and adolescence: Results from a nationally representative study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*(6), 622-630. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10876>
- Racine, N., Eirich, R., Dimitropoulos, G., Hartwick, C., & Madigan, S. (2020). Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. *Child Abuse and Neglect*, *101*(January), 104375. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104375>
- Redican, E., Cloitre, M., Hyland, P., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2022). The latent structure of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a general population sample from USA: A factor mixture modelling approach. *Journal of Anxiety Disorders*, *85*, 102-497. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102497>
- Reed, G. M., First, M. B., Billieux, J., Cloitre, M., Briken, P., Achab, S., ... & Bryant, R. A. (2022). Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: Complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder. *World Psychiatry*, *21*(2), 189-213.
- Reiff, M., Castille, D. M., Muenzenmaier, K., & Link, B. (2012). Childhood abuse and the content of adult psychotic symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(4), 356.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Rzeszutek, M., Lis-Turlejska, M., Pięta, M., Van Hoy, A., Zawistowska, M., Drabarek, K., ... & Frąć, D. (2021). Profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD), complex posttraumatic stress disorder (CPTSD), and subjective well-being in a sample of adult children of alcoholics. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.

- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*, *143*(8), 783–797.
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*, *16*, 295. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1004-5>
- Schoedl, A. F., Costa, M. C., Mari, J. J., Mello, M. F., Tyrka, A. R., Carpenter, L. L., & Price, L. H. (2010). The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: An association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *Journal of Child Sexual Abuse*, *19*(2), 156–170. <https://doi.org/10.1080/10538711003615038>
- Shalka, T. R. (2019). Saplings in the hurricane: A grounded theory of college trauma and identity development. *The Review of Higher Education*, *42*(2), 739–764.
- Shevlin, M., Hyland, P., Butter, S., McBride, O., Hartman, T. K., Karatzias, T., & Bentall, R. P. (2022). The development and initial validation of self-report measures of ICD-11 depressive episode and generalized anxiety disorder: The International Depression Questionnaire (IDQ) and the International Anxiety Questionnaire (IAQ). *Journal of Clinical Psychology*, 1–17. <https://doi.org/10.1002/jclp.23446>
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R., & Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1419749. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Siqveland, J., Hussain, A., Lindstrøm, J. C., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with chronic pain: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *8*, 164.
- Skabeikytė, G., Barkauskienė, R., & Gervinskaitė-Paulaitienė, L. (2019). Paauglių Socialinio Nerimo Sąsajos Su Mentalizacija Ir Traumine Patirtimi. *Visuomenės sveikata*, *29*(2), 90–95.
- Spalletta, G., Janiri, D., Piras, F., & Sani, G. (2020). Childhood Trauma in Mental Disorders. *Childhood Trauma in Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8>
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: State of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, *19*(8), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
- Zelviene, P., Daniunaite, I., Hafstad, G. S., Thoresen, S., Truskauskaite-Kuneviciene, I., & Kazlauskas, E. (2020). Patterns of abuse and effects on psychosocial functioning in Lithuanian adolescents: A latent class analysis approach. *Child Abuse and Neglect*, *108*(August), 104–684. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104684>
- Walter, K. H., Levine, J. A., Madra, N. J., Beltran, J. L., Glassman, L. H., & Thomsen, C. J. (2022). Gender differences in disorders comorbid with posttraumatic stress disorder among US Sailors and Marines. *Journal of Traumatic Stress*, *35*(3), 988–998.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(7), 983–989. <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04521>
- Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *27*(3), 300–329. <https://doi.org/10.1002/cpp.2429>

- Weitkämper, A., Kellner, M., Iffland, J. R., Driessen, M., Kley, H., Neuner, F., & Iffland, B. (2021). Childhood maltreatment in individuals with schizophrenia spectrum disorders: the impact of cut-off scores on prevalence rates. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 692492.
- World Health Organization. (2018). *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD-11)*. [https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).
- World Health Organization. (2023). *ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision*. Version 02.2023. <https://icd.who.int/en/>