



VILNIAUS UNIVERSITETAS

FILOSOFIJOS FAKULTETAS

PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Eglė Samuchovaitė

**Ryšys tarp potrauminių įsitikinimų, kompleksinio potrauminio
streso ir depresijos simptomų**

Magistro darbas

Psichologijos studijų programa

Darbo vadovė: doc. dr. Odeta Geleželytė

Vilnius
2025

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
PRATARMĖ.....	5
1. ĮVADAS.....	7
1.1. Trauminių įvykių samprata ir paplitimas	7
1.2. PTSS ir KPTSS simptomai.....	9
1.3. PTSS ir KPTSS paplitimas.....	12
1.4. Depresija.....	14
1.5. Potrauminiai įsitikinimai.....	15
1.6. Tyrimo problema ir tikslas.....	17
2. METODIKA	20
2.1. Tyrimo dalyviai	20
2.2. Tyrimo instrumentai	211
2.3. Tyrimo eiga	24
2.4. Duomenų analizės metodai.....	255
3. REZULTATAI	27
3.1. Trauminių patirčių paplitimas tiriamoje imtyje.....	27
3.2. PTSS, KPTSS ir depresijos rizikos paplitimas tiriamoje imtyje.....	29
3.3. Potrauminių įsitikinimų ir psichikos sveikatos rodiklių sąsajos	29
3.4. Potrauminių įsitikinimų sąsajos su trauminėmis patirtimis.....	33
3.5. Potrauminių įsitikinimų sąsajos ir su trauma susijusių emocijų sąsajos.....	33
3.6. Potrauminių įsitikinimų reikšmė prognozuojant psichikos sveikatos sutrikimų riziką	36
4. REZULTATŲ APTARIMAS	38
4.1. Trauminių patirčių ir psichikos sveikatos sutrikimų rizikos paplitimas tiriamojoje imtyje.....	38
4.2. Potrauminių įsitikinimų ir psichikos sveikatos rodiklių sąsajos	40
4.3. Potrauminių įsitikinimų ir trauminių patirčių sąsajos	42
4.4. Potrauminių įsitikinimų ir su trauma susijusių emocijų sąsajos	43
4.5. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams	45
4.6. Tyrimo rezultatų pritaikymas ir praktinės rekomendacijos	46
IŠVADOS	48
LITERATŪRA	499

SANTRAUKA

Ryšys tarp potrauminių įsitikinimų, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų

Eglė Samuchovaitė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2025, 61 puslapis

Psichotraumatologinėse teorijose pabrėžiama, kad trauminiai įvykiai gali reikšmingai pakeisti žmogaus įsitikinimus apie save, kitus ir pasaulį, o tai gali turėti įtakos psichologinei būsenai po traumos. Potrauminiai įsitikinimai gali atlikti svarbų vaidmenį formuojantis ir palaikant potrauminio streso sutrikimą, kompleksinio potrauminio streso sutrikimą, depresiją ir kitus psichikos sveikatos sutrikimus. Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti sąsajas tarp potrauminių įsitikinimų, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų. Tyrime dalyvavo 108 tiriamieji (amžiaus vidurkis: 38,51 m.; $SD=11,77$), gyvenime patyrę bent vieną trauminį įvykį. Didžioji dauguma tyrimo dalyvių (86,1%) – moterys; dauguma – turintys aukštąjį universitetinį išsilavinimą (67,6%), dirbantys (61,1%). Įvertinimui, ar žmogus yra patyręs traumuojančių gyvenimo įvykių, naudotas Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas (ITEM; Hyland et al., 2021); PTSS ir KPTSS rizikos įvertinimui pasitelktas Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ; Cloitre et al., 2018); depresijos rizikos vertinimui naudotas Tarptautinis depresijos klausimynas (IDQ; Shevlin et al., 2023); potrauminiai įsitikinimai vertinti naudojant Potrauminių įsitikinimų klausimyno-9 versiją (PTCI-9; Wells et al., 2019). Išanalizavus rezultatus nustatyta, kad 20 % tyrimo dalyvių pateko į PTSS rizikos grupę, 47 %, – į KPTSS rizikos grupę, 45 % – į depresijos epizodo rizikos grupę. Potrauminiai įsitikinimai, ypač neigamas požiūris į save, buvo reikšmingai susiję su analizuotais psichikos sveikatos sunkumais, ypač su kompleksinio potrauminio streso sutrikusios saviorganizacijos ir depresijos simptomais. Potrauminiai įsitikinimai, susiję su neigiamu požiūriu į save, teigiamai prognozavo KPTSS riziką ir neigiamai – PTSS riziką, lyginant su ne rizikos grupe. Tyrimo rezultatai atskleidžia potrauminių įsitikinimų svarbą kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų vystymuisi bei rodo, kad šių įsitikinimų keitimas gali būti reikšmingas gydymui.

Raktiniai žodžiai: potrauminiai įsitikinimai, potrauminio streso sutrikimas, kompleksinis potrauminio streso sutrikimas, depresija.

SUMMARY

Relationship between Posttraumatic Beliefs, Complex Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms

Eglė Samuchovaitė, Vilnius, Vilnius University, 2025, 61 pages

Psychotraumatological theories emphasise that traumatic events can significantly change a person's beliefs about themselves, others and the world, which can affect their psychological state after trauma. Posttraumatic beliefs may play a role in the development and maintenance of post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, depression and other mental health disorders. The aim of this study was to analyse the relationship between post-traumatic beliefs, complex post-traumatic stress and depressive symptoms. The study involved 108 participants (mean age: 38,51 years; $SD=11,77$) who had experienced at least one traumatic event in their lives. The vast majority of the participants (86.1%) were female; the majority had a university degree (67.6%) and were employed (61.1%). The International Traumatic Experiences Questionnaire (ITEM; Hyland et al., 2021) was used to assess whether a person had experienced traumatic life events, the International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al, 2018); the International Depression Questionnaire (IDQ; Shevlin et al., 2023) was used for depression risk assessment; and post-traumatic beliefs were assessed using a shorter version of the Posttraumatic Beliefs Questionnaire-9 (PTCI-9; Wells et al., 2019). Analysis of the results showed that 20% of the participants were in the PTSD risk group, 47% in the CPTSD risk group, and 45% in the depressive episode risk group. Posttraumatic beliefs, especially negative self-image, were significantly associated with the analysed mental health difficulties, especially with symptoms of CPTSD and depression. Posttraumatic beliefs related to negative self-view positively predicted the risk of CPTSD and negatively predicted the risk of PTSD, compared to the non-risk group. The results reveal the importance of posttraumatic beliefs in the development of CPTSD and depressive symptoms and suggest that changing these beliefs may have implications for treatment.

Keywords: posttraumatic beliefs, posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, depression.

PRATARMĖ

Trauminiai įvykiai yra dažnas ir neišvengiamas reiškinys, pasireiškiantis individualiu, kolektyviniu lygmeniu, nacionaliniu ar globaliu mastu. Daugelio žmonių gyvenimuose pasitaiko potencialiai traumuojančių įvykių. Tokios patirtys gali sukelti gilų psichologinį poveikį ir lemti ilgalaikes pasekmes. Be to, kai kurie trauminiai įvykiai dėl savo masto ar poveikio vėliau pripažįstami istoriniais reiškiniais, masiškai paveikiančiais visuomenes. Pavyzdžiui, XX amžius pasižymėjo didelio masto kolektyvinėmis traumomis: dviem Pasauliniais karais, nuolatiniais ginkluotais konfliktais įvairiuose pasaulio regionuose, kolonializmu, Holokaustu, totalitarinių režimų vykdytu represiniu smurtu, įskaitant Sovietų Sąjungos vykdytą priespaudą Rytų Europoje. Šios patirtys paliko gilų pėdsaką ne tik paveiktų žmonių, bet ir visuomenių kolektyvinėje atmintyje.

XXI amžiuje trauminės patirtys įgavo naujų formų. Jau pirmieji šio amžiaus metai buvo pažymėti reikšmingu kolektyviniu sukrėtimu – 2001 metų rugsėjo 11-osios teroristiniu aktu. Tai buvo daugiausiai aukų pareikalavęs teroristinis išpuolis pasaulyje, nusinešęs beveik 3000 žmonių gyvybių ir sukėlęs ilgalaikį nesaugumo jausmą visame Vakarų pasaulyje. Pastaraisiais dešimtmečiais Vakarų Europos šalys susiduria su didėjančiu pabėgėlių skaičiumi. Lietuvoje taip pat stebimos kolektyvinio nesaugumo apraiškos, ypač susijusios su Rusijos pradėtu karu Ukrainoje, pastaruoju metu paastrėjusiu nevienareikšmiškai Lietuvos visuomenėje vertinamu Izraelio–Palestinos konfliktu. Šie geopolitiniai įvykiai stiprina visuotinę nerimą ir kelia egzistencinio nesaugumo jausmą, primindami apie galimus pavojus visam Europos regionui.

Šiuolaikinėse visuomenėse trauminės patirtys taip pat kyla įvairiuose socialiniuose kontekstuose. Dažniausiai minimos vaikų patiriamos smurto formos, lyties pagrindu vykdomas smurtas, institucinis smurtas kalėjimuose ar kitose sulaikymo įstaigose, didelio masto nelaimės, teroro aktai. Šie reiškiniai rodo, kad trauminės patirtys nėra tik išskirtiniai ar reti įvykiai – jos tampa nuolatine šiuolaikinių visuomenių realybe, reikalaujančia tyrimų įvairiomis mokslinėmis kryptimis.

Tyrimai rodo, kad daugiau nei 70 % pasaulio gyventojų gyvenime patiria bent vieną trauminį įvykį, o apie 30 % – kelis ar pasikartojančius traumuojančius patyrimus (Benjet et. al., 2016). Lietuvoje, kaip ir kitose posovietinėse šalyse, trauminės patirtys dažnai susijusios ne tik su asmeniniais, bet ir su istoriniais bei socialiniais veiksniais, pavyzdžiui, smurtu šeimoje, nepriežiūra vaikystėje, alkoholizmu ar net represijomis. Dėl tokių įvykių ilgalaikio poveikio vis daugiau dėmesio skiriama ne tik patirtai traumai, bet ir jos psichologiniams

padariniams, ypač tiems, kurie išlieka ilgesnį laiką ir trikdo žmogaus funkcionavimą įvairiose gyvenimo srityse.

Nors potrauminio streso sutrikimas ilgą laiką buvo dominuojanti su trauma susijusių sutrikimų koncepcija, vis dažniau išryškėja jos ribotumas kalbant apie žmones, patyrusius pasikartojančias, ilgalaikes ir kitų žmonių, dažnai artimųjų, sukeltas traumas – tokias kaip seksualinė prievarta ir išnaudojimas, smurtas šeimoje, vaiko nepriežiūra. Tokiais atvejais dažnai pasireiškia kompleksinis potrauminio streso sutrikimas, kuris apima ne tik įprastus PTSS simptomus, bet ir giluminį savęs suvokimo pažeidimą, sunkumus palaikant santykius bei nuolatinį neigiamų emocijų foną (Herman, 1992; Cloitre et al., 2013).

Svarbi ir dažnai nepakankamai vertinama su trauma susijusių sutrikimų sudedamoji dalis – potrauminiai įsitikinimai. Jie apima žmogaus požiūrį į save, kitus ir pasaulį, kuris formuojasi po trauminės patirties. Neigiami įsitikinimai, pavyzdžiui, „aš esu bevertis“, „pasaulis pavojingas“, ar „niekuo negalima pasitikėti“, gali tapti ilgalaikiais psichologiniais barjeriais, trukdančiais adaptuotis, sveikti bei palaikyti emocinį stabilumą (Janoff-Bulman, 1992; Ehlers & Clark, 2000). Vis daugiau tyrimų rodo, kad potrauminiai įsitikinimai nėra tik antrinis traumos padarinys, bet ir potencialus rizikos veiksnys, stiprinantis su trauma susijusių sutrikimų simptomus arba stabdantis gijimą po traumos.

Nepaisant augančio susidomėjimo potrauminiais įsitikinimais, tyrimai šioje srityje vis dar fragmentiški. Daugumoje tyrimų koncentruojamasi į sąsajas tarp potrauminių įsitikinimų ir potrauminio streso sutrikimo ar depresijos, tačiau nedaug dėmesio skiriama jų ryšiui su kompleksiniu potrauminio streso sutrikimu. Tyrimų, kurie analizuotų, kaip konkretūs potrauminiai įsitikinimai susiję su kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomais, trūksta. Mažai žinoma ir apie tai, ar yra potrauminių įsitikinimų skirtumų tarp žmonių, patyrusių vienkartinę traumą, ir tų, kurie išgyveno kompleksines ar ilgalaikes traumas. Tai gali riboti galimybę kurti efektyvius intervencijų modelius, kuriuos taikant galėtų būti atsižvelgiama į specifinius potrauminių įsitikinimų aspektus kompleksinio potrauminio streso sutrikimo kontekste.

Ši analizė yra platesnio 2023-2026 m. mokslinio tyrimo „Skaitmeninės technologijos psichotraumatologijoje: inovatyvios internetinės intervencijos potrauminiam stresui veiksmingumas“ (Nr. S-MIP-23-14) dalis. Šio mokslinio tyrimo tikslas – adaptuoti internetinę intervenciją „Spring“ (Bisson et al., 2022) Lietuvos populiacijai ir įvertinti jos veiksmingumą mažinant TLK-11 potrauminio streso simptomus. Lietuvoje jo vykdymą koordinuoja VU Psichotraumatologijos centras.

1. ĮVADAS

1.1. Trauminių įvykių samprata ir paplitimas

2018 m. Pasaulio sveikatos organizacijos paskelbtoje naujausios Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-osios versijos (TLK-11, angl. *ICD-11*) kategorijoje „Specifiškai su stresu susiję sutrikimai“, šalia potrauminio streso sutrikimo (toliau – PTSS), pirmą kartą įtrauktas ir kompleksinis potrauminio streso sutrikimas (toliau – KPTSS) (PSO, 2022). Apibūdinant šiuos sutrikimus, nurodoma, kad jie gali išsivystyti po itin grėsmingo ar siaubingo įvykio ar įvykių serijos. Teigiama, kad šių sutrikimų rizika kyla tuomet, kai žmogus išgyvena itin grėsmingus, siaubingus, gąsdinančius trumpalaikius įvykius ar ilgalaikes situacijas, tokias kaip stichinės ar žmogaus sukeltos nelaimės, ginkluoti konfliktai, nelaimingi atsitikimai, kankinimai, seksualinis ar fizinis smurtas, teroro išpuolis, užpuolimas ar ūmi gyvybei pavojinga liga ir kiti sveikatai ar gyvybei pavojingi įvykiai. Trauminiiais įvykiais taip pat pripažįstamos ne tik tiesioginės asmeninės patirtys, bet ir susidūrimas su kitų žmonių sužalojimu, staigia, netikėta smurtine mirtimi bei sužinojimas apie staigią, netikėtą ar smurtinę artimo žmogaus mirtį (PSO, 2022).

TLK-11 taip pat nurodoma, kad su ilgalaikiais ar pasikartojančiais traumuojančiais įvykiais, nuo kurių pabėgti sunku arba neįmanoma, labiau susijęs KPTSS. Tokių trauminių patirčių pavyzdžiai taip pat būtų koncentracijos stovyklos patirtys, vergija, genocidas, organizuoto smurto formos, ilgalaikis smurtas artimoje aplinkoje, pasikartojanti seksualinė ar fizinė prievarta vaikystėje (PSO, 2022). Kompleksinio potrauminio streso pasekmės yra labiau siejamos su užsitęsusiu ir pasikartojančiu traumavimu, tačiau tai nėra būtina diagnostinė KPTSS sąlyga. Tai svarbus KPTSS rizikos veiksnys, tačiau kompleksinis potrauminis stresas gali atsirasti ir po vienkartinio trauminio įvykio (Geleželytė, 2022).

Pagal TLK-11, tiek PTSS, tiek KPTSS diagnozavimui rekomenduojama nustatyti vieną sunkiausią trauminių įvykių, kuris, žmogaus vertinimu, yra pagrindinė jo psichologinių sunkumų priežastis (PSO, 2018). Suprantama, tokio trauminio įvykio vertinimas remiasi žmogaus atmintimi ir gebėjimu subjektyviai įvertinti kiekvieno įvykio traumines reikšmes. Nors tai, atrodytų, gali būti pakankamai paprasta žmonėms, patyrusiems tik vieną trauminių įvykių, sunkiausio trauminio įvykio identifikavimas gali tapti sudėtingas tais atvejais, kai žmogus yra patyręs daugkartines traumas arba ribotai prisimena traumines patirtis (Peirce et al., 2009). Be to, žmonės, patyrę sudėtingas ar ilgai trunkančias traumines patirtis, neretai susiduria su

situacija, kad atskirti vieną sunkiausią ar reikšmingiausią įvykį tampa sudėtinga dėl jų persipynimo ar kumuliacinio poveikio.

Po naujos TLK-11 redakcijos pakeitimų kyla poreikis atlikti tyrimus, kuriuose būtų tiriama, ar skirtingų rūšių traumos poveikis yra susijęs su skirtingais PTSS ir KPTSS simptomais (Kairyte et al., 2022). Iki TLK-11 dauguma tyrimų buvo grindžiami PTSS ir įvairių traumuojančių patirčių sąsajomis (pvz., Forbes et al., 2014; Kessler et al., 2017; Oakley et al., 2021). Taigi empirinių įrodymų, kad ilgalaikė ar pasikartojanti traumuojanči patirtis būtų labiau susijusi su KPTSS vis dar trūksta. Naujausiuose tyrimuose siekiama atskleisti ne tik skirtingų rūšių traumos poveikio skirtumus, bet ir tai, kaip įvairūs psichologiniai bei socialiniai veiksniai gali paveikti reakcijas į traumą, – pavyzdžiui, kokią vaidmenį turi socialinė parama, ankstesni traumos patyrimai, asmenybės bruožai ar kultūrinis kontekstas. Šie tyrimai yra itin aktualūs klinikinėje praktikoje, nes gali padėti geriau diferencijuoti PTSS ir KPTSS diagnozes bei numatyti tikslesnes psichoterapines intervencijas.

Trauminės patirtys yra paplitusios. Tyrimais patvirtinama, kad dauguma žmonių yra bent kartą gyvenime susidūrę su potencialiai traumuojančiais įvykiais bet kurioje pasaulio valstybėje, nepriklausomai nuo jos ekonomikos išsivystymo lygio. 24 šalyse atliktų tyrimų metu nustatyta, kad iš viso 70,4 % tyrimo dalyvių nurodė patyrę trauminių įvykių per savo gyvenimą, o vienas tiriamasis vidutiniškai nurodė patyręs 3,2 skirtingus potencialiai traumuojančius įvykius (Kessler et al., 2017). Šie rezultatai rodo, kad trauminiai įvykiai nėra išimtis, bet greičiau – universali žmonių patirtis, turinti reikšmingą poveikį visuomenės psichikos sveikatai.

Skirtinguose tyrimuose ir kultūrose labiausiai paplitusios traumuojančios patirtys skiriasi. Nepaisant to, įvairiuose tyrimuose dažniausiai nurodomi šie vyraujantys trauminiai įvykiai: staigi, netikėta artimo žmogaus netektis, transporto avarija, sunkios žmogaus kančios, fizinė prievarta ir fizinis smurtas vaikystėje (Kazlauskas et al., 2018; Cloitre et al., 2019; Kvedaraitė et al., 2021). Išgyventi trauminiai įvykiai gali turėti poveikį žmogaus psichikos sveikatai, pavyzdžiui, gali tapti potrauminio streso sutrikimų priežastimi, lemti aukštesnį nerimo ar depresijos lygį. Taip pat svarbu tai, kad kai kurie trauminiai įvykiai gali turėti pasekmes, pasireiškiančias simptomais praėjus keliems mėnesiams ar net metams po trauminio įvykio.

Lietuvoje taip pat tyrinėtas potencialiai traumuojančių įvykių paplitimas tiek bendrosios populiacijos, tiek klinikinėje imtyse. Tyrinėjant bendrosios (626 suaugusiųjų) populiacijos imties traumines patirtis nustatyta, kad bent vieną trauminį įvykį patyrę nurodė 69,8 % respondentų (Kazlauskas & Želvienė, 2015). 2015-2017 metais Lietuvoje atlikto

bendrosios populiacijos imties tyrimo, kuriame dalyvavo 885 dalyviai, metu nustatyta, kad bent vieną potencialiai traumuojantį įvykį nurodė patyrę 81,4% tiriamųjų. Dažniausiai minėti transporto įvykiai (42,6%), fizinis smurtas (40,0%) ir staigi netikėta artimojo mirtis (28,7%) (Kvedaraitė et al., 2021). Dar viename Lietuvoje atliktame bendrosios populiacijos imties tyrime nustatyta, kad dalyviai vidutiniškai nurodė patyrę po beveik keturis skirtingus trauminius įvykius (Skerytė-Kazlauskienė et al., 2015).

2016-2017 metais Lietuvoje atlikto klinikinės imties tyrimo, kuriame dalyvavo 280 tyrimo dalyvių, metu nustatyta, kad tyrimo dalyviai patyrė vidutiniškai 5,77 trauminių įvykių. Vieną trauminį įvykį nurodė patyrę 3,9% tyrimo dalyvių, 2-3 – 21,1% tyrimo dalyvių, 4-6 – 35,7% tyrimo dalyvių, 7-9 – 37,9% tyrimo dalyvių, daugiau kaip 10 trauminių įvykių nurodė patyrę 11,4% tyrimo dalyvių. Labiausiai paplitęs trauminis įvykis buvo staigi atsitiktinė artimojo mirtis (72,1%), sunki kančia (67,9%), nelaimingi atsitikimai kelyje (60,7%) ir fizinė prievarta (58,9%) (Kvedaraitė et al., 2021).

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad dauguma žmonių gyvenime yra patyrę bent vieną trauminį įvykį. Išgyventi trauminiai įvykiai gali turėti poveikį žmogaus psichikos sveikatai, pavyzdžiui, gali tapti potrauminio streso sutrikimo ar kompleksinio potrauminio streso sutrikimo priežastimi, lemti aukštesnį nerimo ar depresijos lygį. Toliau detaliau aptarsime PTSS ir KPTSS simptomus bei šių sutrikimų paplitimą.

1.2. PTSS ir KPTSS simptomai

Nors daugelis žmonių, susidūrę su potencialiai trauminėmis patirtimis, nepatiria ryškių ar ilgalaikių psichikos sveikatos sutrikimų (Bonnano & Diminich, 2013), kai kuriems gali išsivystyti PTSS ar KPTSS. Abu šiuos su traumomis susijusius sutrikimus sukelia trauminė patirtis, tačiau jų simptomai skiriasi (Kairyte et al., 2022).

PTSS, kaip atskira diagnostinė kategorija, pirmą kartą buvo įtraukta į Amerikos psichiatrų asociacijos diagnostinio vadovo 3-iąją redakciją (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, DSM-III), paskelbtą 1980 m. (APA, 1980). Šis sprendimas buvo svarbus posūkio taškas, žymėjęs reikšmingus pokyčius psichiatrijos srityje – nuo ribotų ir neapibrėžtų streso reakcijų sampratos prie aiškiai konkrečiais simptomais apibrėžtos diagnostinės kategorijos. PTSS įtraukimas padėjo normalizuoti traumos patirtį kaip pagrįstą reakciją ir atsivėrė kelias moksliniams tyrimams apie traumos poveikį bei ilgalaikes psichologines pasekmes.

1992 metais Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) PTSS taip pat buvo įtrauktas į Tarptautinės ligų klasifikacijos 10-ąją redakciją (TLK-10), kuri įsigaliojo 1994 m. (PSO, 1992). Po TLK-10 paskelbimo kilo dar didesnis poreikis nuodugniau tirti PTSS, o vienas reikšmingiausių teorinių indėlių buvo Ehlers ir Clark (2000) pasiūlytas kognityvinis potrauminio streso sutrikimo modelis. Šis modelis paaiškina, kaip informacijos apdorojimo sutrikimai traumos metu gali lemti PTSS simptomų išsivystymą. Vėliau visgi pradėta abejoti, ar esama PTSS samprata pakankamai aprėpia visą simptomų spektrą, ypač žmonių, patyrusių ilgalaikę ar pasikartojančią traumą, atvejais (Herman, 2015; van der Kolk, 2005).

Kaip jau minėta, 2018 m. į TLK-11 šalia potrauminio streso sutrikimo įtrauktas ir kompleksinis potrauminio streso sutrikimas (PSO, 2022). KPTSS įtraukimas į TLK-11 grindžiamas tyrimais, atskleidusiais, kad žmonės, patyrę ilgalaikį ar pasikartojantį traumavimą, ypač vaikystėje ar situacijose, iš kurių negalima pabėgti (pvz., smurtas artimoje aplinkoje, seksualinė prievarta, kankinimai, karo ar vergijos patirtys), dažnai patiria ne tik tipiškus PTSS simptomus, bet ir išgyvena gilesnius savivokos bei santykių su kitais sutrikimus (Cloitre et al., 2013; Brewin et al., 2017). Tyrimai patvirtino, kad šie papildomi simptomai sudaro atskirą, klinikiniu požiūriu reikšmingą sutrikimą, kurio negalima paaiškinti vien PTSS modeliu (Hyland et al., 2017).

Potrauminio streso sutrikimui (PTSS) būdingi visi toliau išvardyti požymiai: 1) pasikartojantis trauminio įvykio ar įvykių išgyvenimas dabartyje; 2) minčių ir prisiminimų apie įvykį ar įvykius, veiklos, situacijų ar žmonių, primenančių įvykį (-ius) vengimas; 3) nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas.

Vienas iš pagrindinių PTSS požymių yra pasikartojantis trauminio įvykio ar įvykių išgyvenimas dabartyje. Šis simptomas apibrėžiamas kaip nemalonūs, nevalingi trauminio įvykio prisiminimai, kurie dažnai pasireiškia kaip ryškūs įkyrūs prisiminimai (angl. *flashbacks*) ar košmarai, sukeliantys jausmą, kad trauma dabartiniu momentu išgyvenama iš naujo (Brewin, 2015; Ehlers ir kt., 2004). Košmarai dažnai sutrikdo miegą ir sukelia stiprius baimės, siaubo ar bejėgiškumo jausmus, stiprius fizinius pojūčius (Miller ir kt., 2017).

Kita svarbi simptomų grupė – minčių ir prisiminimų apie įvykį ar įvykius, veiklos, situacijų ar žmonių, primenančių įvykį (-ius) vengimas, apimantis sąmoningus bandymus sumažinti ar visiškai eliminuoti kontaktą su asmenimis, vietomis ar veiklomis, kurios gali sukelti trauminius prisiminimus. Kraštutiniais atvejais asmuo gali pakeisti aplinką (pvz., persikelti į kitą miestą arba pakeisti darbą), kad išvengtų trauminės patirties priminimų (PSO, 2018). Vengimas taip pat gali apimti vidinių minčių ar jausmų, susijusių su traumuojančiu įvykiu, slopinimą (Powers ir kt., 2022).

Nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas apibrėžiamas kaip nuolatinis subjektyvus pavojaus jausmas, kuris pasireiškia per padidėjusį budrumą, nesaugumą ir sustiprintą išgaščio reakciją į netikėtus dirgiklius, pavyzdžiui, garsus (PSO, 2018). Šie simptomai dažnai lydimi bendro psichofiziologinio sujaudinimo (Hyland ir kt., 2020).

Norint nustatyti PTSS, simptomai turi trukti bent kelias savaites ir sukelti reikšmingų asmeninio, šeimyninio, socialinio, mokymosi, profesinio ar kitokio svarbaus funkcionavimo sutrikimų (PSO, 2022). TLK-11 nurodoma, kad įprastai potrauminio streso sutrikimo simptomai pasireiškia per tris mėnesius nuo trauminės patirties. Vis dėlto, simptomai gali išryškėti bet kada, net ir praėjus keletui metų po trauminių įvykių (Geleželytė, 2022). Išsivysčius PTSS ir negaunant veiksmingos pagalbos potrauminio streso simptomai gali išlikti daugybę metų (Bichescu et al., 2005). Toks vėluojantis simptomų pasireiškimas apsunkina sutrikimo diganozavimą ir padidina ilgalaikio funkcionavimo sutrikimo riziką (de Silva et al., 2021). Dėl tokių priežasčių ypač svarbu anksti atpažinti rizikos ženklus, susijusius su traumos poveikiu, ir laiku teikti psichologinę pagalbą.

Potrauminio streso sutrikimas dažnai siejamas ne tik su objektyvia trauminio įvykio patirtimi, bet ir su intensyviomis bei ilgai išliekančiomis emocinėmis reakcijomis, kurios pasireiškia tiek traumos metu, tiek po jos. Trauminiai įvykiai sukelia intensyvias baimės reakcijas, kurios neišnyksta pasibaigus grėsmei ir vėliau pasireiškia pasikartojančiais prisiminimais, vengimu bei padidėjusiu fiziologiniu aktyvumu (Foa & Rothbaum, 1998). PTSS labiausiai siejamas su baime, o jos intensyvumas traumos metu yra vienas iš reikšmingų veiksnių, prognozuojančių simptomų išsivystymą vėliau (Ozer et al., 2003). Tačiau taip pat yra tyrimų, kurie patvirtina, kad ir kitos emocijos, tokios kaip kaltė, gėda, pyktis ir liūdesys, yra stipriai susijusios su PTSS simptomų išsivystymu ir jų sunkumu.

Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo patvirtinimui reikia patvirtinti visus PTSS diagnostinius kriterijus bei šiuos stipriai ir nuolat besireiškiančius sutrikusios saviorganizacijos (angl. *Disturbance in self-organization, DSO*) simptomus: 1) emocijų reguliacijos sunkumus; 2) neigiamą savęs vertinimą; 3) sunkumus palaikant santykius ir jaučiant artumą kitiems. Kad būtų galima patvirtinti KPTSS, minėti simptomai turėtų reikšmingai sutrikdyti asmens funkcionavimą asmeninėje, šeimos, socialinėje, mokymosi, profesinėje ar kitoje svarbioje srityje.

KPTSS būdingi emocijų reguliacijos sunkumai, kurie pasireiškia perdėta arba nuslopinta emocine reakcija. Sutrikusi emocijų reguliacija gali būti išreikšta perdėtu reagavimu į nedidelius stresorius – netikėtomis ir stipriomis emocinėmis iškvomomis netinkamu metu, smurto protrūkiais, neapgalvotu ir saviDestruktyviu elgesiu. Gali būti ir atvirkščiai – streso

metu patiriami disociacijos simptomai, emocinis nejautrumas, atbukimas ar emocijų išraiškos prislopinimas, negebėjimas patirti malonumo ar teigiamų emocijų (PSO, 2018; Ford & Courtois, 2014).

Kita būdinga KPTSS simptomų grupė – neigiamas savęs vertinimas – TLK-11 apibrėžiamas kaip nuolatiniai neigiami įsitikinimai apie save kaip apie menką, nugalėtą ar bevertį, lydimi gilaus ir nuolatinio gėdos, kaltės ar nesėkmės jausmo, susijusio su trauminiu stresoriumi (PSO, 2018; Gilbar, 2020; Glück et al., 2017; Steen et al., 2023). Daugelis KPTSS išgyvenančių žmonių gali manyti, kad jų egzistavimas yra nereikalingas, o bet kokie jų veiksmai iš anksto pasmerkti nesėkmei (Banz et al., 2022; Karatzias et al., 2019).

Trečioji simptomų grupė pasireiškia sunkumais palaikyti ilgalaikius artimus ryšius bei intensyviu atitolimo nuo kitų jausmu (PSO, 2018). Žmogus, patyręs traumą, gali jausti, kad nesugeba užmegzti ar palaikyti emocinio ryšio ir dėl to pasirenka izoliaciją net nuo anksčiau artimų žmonių (Heim et al., 2022; Karatzias et al., 2023).

PTSS simptomų įtraukimas kartu su papildomomis simptomų grupėmis, rodo, kad KPTSS ir PTSS yra giminingi sutrikimai. Šie du sutrikimai yra susiję ir turi panašią etiologiją, tačiau skiriasi jų pasireiškimas, gali skirtis rizikos veiksniai. Šie skirtumai turi esminę reikšmę tiek diagnozuojant, tiek parenkant psichologines intervencijas (Ben-Ezra et al., 2018; Karatzias et al., 2017). Atskirų simptomų grupių identifikavimas leidžia tiksliau atliepti individualius poreikius, o moksliniais įrodymais grįsta diferenciacija tarp PTSS ir KPTSS prisideda prie veiksmingesnio gydymo ir geresnių ilgalaikių psichikos sveikatos rodiklių.

1.3. PTSS ir KPTSS paplitimas

Nustatyti potrauminio streso sutrikimo (PTSS) ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) paplitimą – sudėtinga užduotis, kurią apsunkina nemažai veiksnių. Paplitimo vertinimą riboja ne tik traumą išgyvenusių žmonių nenoras atskleisti patirtis ir ieškoti pagalbos, bet ir vis dar gajus traumą išgyvenusių žmonių nepripažinimas ir stigmatizavimas visuomenėje (Kazlauskas, 2017). Taip pat paplitimo įvertinimą apsunkina sveikatos priežiūros sistemos ribotumai – tiek specialistų trūkumas, tiek paslaugų neprieinamumas atokesnėse vietovėse. Dėl šių priežasčių žinios apie PTSS ir ypač KPTSS paplitimą visame pasaulyje tebėra ribotos (Maercker et al., 2013).

KPTSS, kaip atskira diagnozė, į Tarptautinę ligų klasifikaciją (TLK-11) buvo įtraukta tik 2018 metais, todėl jos paplitimas dar nėra plačiai ištirtas. Tyrimų duomenimis, PTSS paplitimas bendrosiose populiacijose svyruoja nuo 1,5 % iki 9,0 %, o KPTSS – nuo 0,5 % iki

7,7 % (Ben-Ezra et al., 2018; Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2021; Maercker et al., 2018). Šie rodikliai priklauso nuo tirtos populiacijos, traumos pobūdžio bei vertinimo metodikos.

Baltijos šalyse, kurios patyrė panašias kolektyvines traumas XX amžiuje, PTSS paplitimas bendrojoje populiacijoje siekia 2–7 % (Kazlauskas & Želvienė, 2016). KPTSS paplitimas šiuo metu dar nėra sistemingai išanalizuotas nei Lietuvoje, nei kaimyninėse šalyse.

Lietuvoje 2015–2017 m. atlikto reprezentatyvaus bendrosios populiacijos tyrimo duomenimis, PTSS rizikos paplitimas buvo 5,8 %, o KPTSS – 1,8 % (Kvedaraitė et al., 2022). Kitame, 2016–2017 m. vykdytame klinikinės imties tyrime, kuriame dalyvavo 280 asmenų, PTSS paplitimas siekė 13,9 %, o KPTSS – net 10 % (Kvedaraitė et al., 2021). Šie rezultatai rodo, kad klinikinėje populiacijoje KPTSS gali būti net dažnesnis nei PTSS, ką patvirtina ir tarptautiniai tyrimai (Hyland et al., 2017; Vallières et al., 2018).

Be šių rodiklių, svarbu pažymėti, kad Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidžia ne tik dažną trauminių įvykių paplitimą, bet ir didelį jų poveikį psichikos sveikatai (Kazlauskas & Želvienė, 2016). Nepaisant to, 2017 m. atlikta sveikatos priežiūros duomenų analizė parodė, kad sveikatos sistemoje užfiksuojama tik apie 1 % galimų PTSS atvejų (Kazlauskas, Želvienė & Eimontas, 2017). Tokius rezultatus galima paaiškinti nepakankamu sutrikimo atpažinimu bendrosios praktikos gydytojų bei psichikos sveikatos specialistų tarpe, taip pat ribotais paslaugų ištekliais.

Nors moksliniai duomenys rodo, kad specializuotos psichologinės intervencijos gali būti veiksmingos gydant PTSS ir KPTSS (Bisson et al., 2013; Cloitre et al., 2020), tik dalis žmonių gauna jiems reikalingą pagalbą. Tarptautinis tyrimas, apėmęs 14 šalių, atskleidė, kad tik apie 50 % asmenų, patiriančių potrauminio streso simptomus, buvo ieškoję profesionalios pagalbos (Koenen et al., 2017). Tarp priežasčių minimas ribotas paslaugų prieinamumas, aukštos kainos, specialistų trūkumas bei visuomenės požiūris į psichikos sveikatą (Smith et al., 2020; Griffiths & Christensen, 2007; NICE, 2018).

Tyrimai rodo, kad PTSS ir KPTSS paplitimas gali reikšmingai skirtis pagal lytį. Moterys dažniau nei vyrai patiria PTSS simptomus, nepaisant to, kad vyrai dažniau susiduria su traumą keliančiais įvykiais (Tolin & Foa, 2006). Tai aiškinama tiek biologiniais veiksniais, tiek kultūrinėmis normomis, lemiančiomis skirtingus traumų apdorojimo būdus.

Ypač didelė rizika patirti PTSS ir KPTSS simptomus kyla pabėgėliams ir migrantams. Pabėgėlių populiacijose PTSS paplitimas gali siekti nuo 30% iki 70%, priklausomai nuo patirtų trauminių įvykių skaičiaus ir trukmės (Fazel et al., 2005; de Jong et al., 2001). Ši žmonių grupė dažnai patiria daugialypį pažeidžiamumą – nuo karo, prievartos, persekiojimo iki integracijos

iššūkių naujoje šalyje. Tačiau ir tokioms grupėms pagalbos prieinamumas dažnai ribotas, o psichologinė pagalba nebūtinai kultūriškai jautri.

1.4. Depresija

Depresija – tai vienas iš dažniausiai pasitaikančių psichikos sveikatos sutrikimų, kuris pasižymi nuolatine depresine nuotaika, sumažėjusiu pasitenkinimu gyvenimu bei reikšmingu kasdienio funkcionavimo sutrikimu. Pagal Pasaulio sveikatos organizaciją (PSO, 2022), pagrindiniai depresijos simptomai yra užsitęsęs liūdesys, malonumo ar domėjimosi praradimas, energijos stoka, koncentracijos sunkumai, beviltiškumo jausmas, savęs kaltinimas ar menkavertiškumas, sutrikęs miegas ar apetitas, mintys apie mirtį. Šie simptomai turi trukti bent dvi savaites ir turėti neigiamą poveikį žmogaus gebėjimui dirbti, bendrauti ar rūpintis savimi. Depresija gali pasireikšti įvairaus sunkumo formomis – nuo lengvų epizodų iki sunkių, lydimų suicidinių minčių ar psichozės simptomų.

Tyrimai patvirtina ryšį tarp trauminės patirties ir depresijos išsivystymo. Ypač rizikingos yra vaikystėje patirtos traumos, kurios gali paveikti neurobiologinius procesus ir padidinti asmens pažeidžiamumą stresui bei afekciniams sutrikimams (Teicher & Samson, 2016). Trauma dažnai sugriauna psichologinius saugumo, pasitikėjimo ir savivokos pamatus, kas gali lemti neigiamų įsitikinimų formavimąsi. Kognityviniai sutrikimai, tokie kaip iškreiptas savęs vertinimas, pasaulio suvokimas kaip pavojingo ar kitų kaip nepatikimų, veikia kaip ilgalaikiai rizikos veiksniai depresijai (Janoff-Bulman, 1992). Depresija gali išsivystyti ne iš karto po traumos, bet ilgainiui, kai neigiami potrauminiai įsitikinimai sustiprėja ir tampa vidiniu asmens naratyvu (Kessler et al., 1995).

Depresija dažnai diagnozuojama kartu su potrauminio streso sutrikimu (PTSS). Tyrimai rodo, kad daugiau nei pusė žmonių, turinčių PTSS, taip pat patiria ir depresijos simptomus (Nanni et al., 2012; Flory & Yehuda, 2015). Šie du sutrikimai pasižymi daline simptomų persidengimo struktūra: abiems būdinga anhedonija, dirglumas, miego sutrikimai, dėmesio koncentracijos sunkumai. Be to, depresijai būdingas beviltiškumo jausmas ir savęs kaltinimas gali atsirasti kaip reakcija į trauminį įvykį (Ehring et al., 2008). Tyrimai taip pat rodo, kad kuo intensyvesni PTSS simptomai, tuo didesnė tikimybė išsivystyti depresijai – ypač tais atvejais, jei trauma liko neapdorota ar nebuvo užtikrinta tinkama psichologinė parama (O'Donnell et al., 2004).

Kompleksinis potrauminio streso sutrikimas (KPTSS), pasižymintis platesniu simptomų spektru, yra dar glaudžiau susijęs su depresija nei PTSS. KPTSS apima ilgalaikį

emocijų reguliacijos sutrikimą, iškreiptą savęs suvokimą bei nuolatinį tarpasmeninių santykių sunkumą (Cloitre et al., 2013). Šie simptomai panašūs į depresijai būdingus požymius: žemą savivertę, beviltiškumą, socialinį atsitraukimą. Be to, KPTSS dažnai išsivysto dėl ilgalaikių ir pasikartojančių traumų, o tai taip pat yra žinomas depresijos rizikos veiksnys (Karatzias et al., 2019). Tyrimai rodo, kad KPTSS turintys asmenys patiria stipresnius depresijos simptomus nei asmenys, turintys tik PTSS (Facer-Irwin et al., 2022).

Kognityvinė depresijos teorija (Beck, 1967) pabrėžia neigiamas kognityvines schemas, nukreiptas į save („esu nevykėlis“), pasaulį („pasaulis priešiškas“) ir ateitį („viskas tik blogės“) kaip esminius depresijos palaikymo veiksnys. Tokie įsitikinimai dažnai išsivysto kaip reakcija į trauminius įvykius ir gali sutapti su neigiamais potrauminiais įsitikinimais (Foa et al., 1999). Asmenys, patyrę traumas, dažnai jaučiasi esantys beverčiai, kalti, silpni, o pasaulį suvokia kaip pavojingą ir nenusipėjimą. Šie potrauminiai įsitikinimai stiprina depresinį mąstymą, o tyrimai rodo, kad jie gali veikti kaip mediatoriai tarp traumos ir depresijos simptomų (Schönfeld et al., 2011; Beck et al., 2011).

Apibendrinant galima teigti, kad depresijos pasireiškimas po traumos neretai susijęs ne tik su traumos sunkumu, bet ir su subjektyvia jos interpretacija bei iš jos išplaukiančiais neigiamais įsitikinimais. Tiek PTSS, tiek KPTSS kontekste depresija dažnai tampa antriniu, bet itin svarbiu sutrikimu, kuris turi būti vertinamas ir gydomas lygiagrečiai. Galiausiai, supratimas apie potrauminių įsitikinimų ir depresijos sąsajas leidžia efektyviau taikyti terapinius metodus.

1.5. Potrauminiai įsitikinimai

Psichotraumatologinės teorijos teigia, kad trauminiai įvykiai gali sukelti nukentėjusiojo minčių ir įsitikinimų pokyčius, kurie vaidina svarbų vaidmenį reaguojant į traumą. Potrauminiai įsitikinimai yra neigiamo pobūdžio nukentėjusiojo minčių ir įsitikinimų pokyčiai, susiformuojantys reaguojant į trauminį įvykį ir turintys ilgalaikį poveikį emocinei savijautai, elgesiui bei psichikos sveikatai. Jie apima apibendrintus ir dažnai iškreiptus įsitikinimus apie save (pvz., „esu bevertis“), kitus („žmonės yra pavojingi“) ir pasaulį („pasaulis yra neprognozuojamas ir žiaurus“). Nors visose psichotraumatologinėse teorijose pabrėžiama su trauma susijusių įsitikinimų svarba, tačiau skiriasi požiūriai į tai, kurie iš jų turi lemiamą įtaką emocinei reakcijai į traumą (Foa et al., 1999). Foa (1999) pažymėjo, kad potrauminiai įsitikinimai gali reikštis kaip pasaulio pavojingumo ar asmeninio bejėgiškumo interpretacija. Epstein (1991) bei Janoff-Bulman (1992) teigė, kad trauminiai įvykiai gali sugriauti

fundamentalias egzistencines prielaidas: pasaulio geranoriškumą, jo prasmingumą, asmeninę vertę ir kitų patikimumą. McCann ir Pearlman (1990) praplėtė įsitikinimų, kuriems įtaką daro trauminė patirtis, sąrašą, nurodydami, kad trauma daro poveikį įsitikinimams apie saugumą, pasitikėjimą, kontrolę, pagarbą ir artumą.

Keli teoriniai modeliai paaiškina, kaip trauminė patirtis formuoja neigiamus potrauminius įsitikinimus. Foa ir Rothbaum (1998) nurodė dvi pagrindines kryptis: pirmoji susiformuoja tada, kai griežti teigiami įsitikinimai apie pasaulį ar save neatitinka trauminio įvykio realybės, ir siekiant palaikyti nuoseklumą, įsitikinimai stipriai persitvarko. Antroji – kai trauminė patirtis patvirtina jau turimus neigiamus įsitikinimus. Ehlers ir Clark (1999) taip pat teigia, kad išankstiniai įsitikinimai formuoja žmogaus pasirenkamas įveikos strategijas. Kai kurie žmonės traumą vertina kaip trumpalaikę siaubingą patirtį, kuri nebūtinai turės neigiamų pasekmių ateičiai. Jie taip pat gali matyti trauminiame patyrimo tam tikrą asmeninio augimo elementą. Tikėtina, kad šie žmonės su sunkumais susidurs greičiau (Wells et al., 2019). Kita vertus, jei asmuo mano, kad emocinių problemų turintys žmonės yra silpni, jis gali slopinti emocijas, taip neigdamas savo išgyvenimus. Tokie neadaptyvūs įveikos būdai stabdo simptomų mažėjimą ir trukdo tinkamam įvykio apdorojimui, o tai dar labiau sustiprina PTSS simptomus (Freichel ir kt., 2022; Zerach, 2023). Ehlers ir Clark (1999) savo kognityviniame modelyje pabrėžė, kad įsitikinimai turi lemiamą reikšmę trauminio įvykio interpretacijai ir įveikos strategijų pasirinkimui.

Potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomai glaudžiai siejasi su neigiamais potraumiais įsitikinimais, ypač apie save ir pasaulį. Svarbu paminėti, kad ne visiems trauminį įvykį patyrusiems žmonėms išsivysto potrauminio streso sutrikimas, o dauguma patiriančiųjų potrauminio streso sutrikimą, ilgainiui atsisąuna. Mokslininkai nustatė individualius skirtumus, susijusius su nukentėjusiųjų traumos ir jos pasekmių suvokimu, lemiančius psichopatologijos išsivystymą. Foa ir Riggs bei Foa ir Rothbaum (1998) pasiūlė du pagrindinius įsitikinimus, kurie lemia potrauminio streso sutrikimo vystymąsi: pasaulis yra labai pavojingas, o pats žmogus yra visiškai nekompetingas. Dunmore, Clark ir Ehlers (1999) pabrėžė, kad ypač kenksmingi yra įsitikinimai apie asmens silpnumą, kaltę ar atsakomybę už trauminį įvykį. Tokie įsitikinimai stiprina emocinį distresą, prisideda prie traumą primenančių situacijų vengimo ir riboja galimybes integruoti patirtį. Tyrimai rodo, kad kuo stipresni neigiami įsitikinimai, tuo labiau išreikšti PTSS simptomai. Be to, Foa ir kiti (1999) teigia, kad neigiami įsitikinimai aktyvuoja nuolatinio pavojaus jausmą, kuris palaiko tokias emocines reakcijas kaip baimę, pyktį ar gėdą.

Kompleksinis potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) susijęs su labiau internalizuotais ir globalesniais neigiamais įsitikinimais, apimančiais save kaip asmenybę, savo tapatybę ir nuolatinį nesaugumo jausmą. Hyland ir kt. (2023) atminties ir tapatumo (angl. *Memory and Identity*, M&I) modelyje pažymėjo, kad tokie įsitikinimai kaip „esu bejėgis“, „niekam nerūpiu“ ar „esu pažeidžiamas“ tampa vidinės savasties dalimi. Jie formuojasi sąveikoje su fragmentuotais, neapdorotais prisiminimais ir lemia nuolatinio budrumo būseną bei nesaugumo jausmą. Šie įsitikinimai palaiko emocinį nestabilumą, sunkumus santykiuose ir įsitvirtina kaip nuolatiniai kognityviniai filtrai, per kuriuos žmogus vertina save ir pasaulį.

Potrauminiai įsitikinimai taip pat reikšmingai prisideda prie depresijos simptomų išsivystymo. Beck (1967) kognityvinio modelio pagrindu teigiama, kad depresijai būdingi neigiami automatiniai mąstymo modeliai ir kognityvinės schemos. Neigiami potrauminiai įsitikinimai apie menkavertiškumą, beviltiškumą ir pasaulio grėsmingumą yra artimi depresinėms kognityvinėms schemoms. Knutsen ir kiti (2018) bei Schumm ir kiti (2015) pabrėžė, kad traumą patyrusių žmonių depresijos simptomai sumažėja, kai gydymo metu keičiami neigiami potrauminiai įsitikinimai. Todėl depresijos ir potrauminės patirties sąveika gali būti paaiškinama ne vien traumos buvimu, bet jos interpretacija.

Neigiami potrauminiai įsitikinimai turi stiprų poveikį emocinei savijautai. Jie sustiprina ne tik baimę, bet ir gėdą, kaltę, liūdesį, pyktį. Freichel ir kitų (2022) bei Zerach (2023) tyrimai rodo, kad įsitikinimai apie savo silpnumą ar pažeidžiamumą lemia emocijų slopinimą, trauminės patirties neigimą bei vengimą. Toks atsakas gali trumpam sumažinti emocinį diskomfortą, bet ilgalaikėje perspektyvoje stabdo traumą apdorojančius procesus, apsunkina sveikimą ir didina suicidinių minčių riziką.

Potrauminiai įsitikinimai yra svarbus psichopatologinės raidos veiksnys po traumos. Jie susiformuoja dėl subjektyvios trauminio įvykio interpretacijos ir įprasmina tiek patį įvykį, tiek žmogaus santykį su savimi, kitais ir pasauliu. Šie įsitikinimai vaidina reikšmingą vaidmenį vystantis ir palaikant PTSS, KPTSS bei depresiją. Tyrimai rodo, kad potrauminių įsitikinimų keitimas potrauminio streso sutrikimo gydymo metu, panašu, kad gali turėti įtakos potrauminio streso sutrikimo simptomų (Schumm, Dickstein, Walter, Owens, & Chard, 2015) bei depresijos simptomų mažinimui (Knutsen et al., 2018).

1.6. Tyrimo problema ir tikslas

Svarbu pažymėti, kad ne visiems trauminį įvykį patyrusiems žmonėms išsivysto PTSS ar KPTSS. Kai kurie asmenys, net ir susidūrę su sunkiomis traumomis, geba prisitaikyti ir

ilgainiui atsigauti, tačiau kitiems – išlieka ilgalaikiai neigiami simptomai. Tyrimai rodo, kad vienas iš veiksnių, lemiančių šiuos individualius skirtumus, gali būti potrauminiai įsitikinimai. Panašu, kad potrauminiai įsitikinimai atlieka svarbų vaidmenį formuojantis ir palaikant PTSS bei KPTSS. Psichotraumatologinės teorijos pabrėžia, kad trauminiai įvykiai gali reikšmingai pakeisti žmogaus įsitikinimus apie save, kitus ir pasaulį, o tai gali turėti lemiamą įtaką psichologinei būsenai po traumos. Asmenys, kurie po traumos suformuoja itin neigatyvius įsitikinimus apie save („esu silpnas“, „esu bevertis“), kitus („žmonės yra pavojingi“) ir pasaulį („pasaulis yra pavojingas“), dažniau patiria užsitęsusius PTSS ar KPTSS simptomus. Potrauminiai įsitikinimai, galintys susiformuoti po trauminės patirties, taip pat yra reikšmingas depresijos rizikos veiksnys. Asmenys, kurie po traumos pradeda matyti save kaip pažeidžiamus, pasaulį – kaip nesaugų, o kitus – kaip nepatikimus, dažniau išgyvena depresijos simptomus (Beck et al., 2011).

Ankstesni tyrimai rodo, kad asmenys, turintys PTSS, dažniau pasižymi neigiamais įsitikinimais (Karatzias et al., 2016; Naderi et al., 2015; Testa, 2008). Tyrimai atskleidė, kad šie įsitikinimai reikšmingai koreliuoja su PTSS simptomais (Galloucis et al., 2000), o trauminiai įvykiai, kurie „suaktyvina“ jau anksčiau egzistavusius neigiamus įsitikinimus, didina PTSS simptomų atsiradimo riziką (Boudoukha et al., 2016). Taip pat nustatyta, kad po trauminių patirčių įsitikinimai dažnai pasikeičia (Kaufman et al., 2018), o tai patvirtina teorinę prielaidą, kad tai gali turėti reikšmę potrauminio streso būdingų sutrikimų vystymuisi. Vis dėlto, minėtuose tyrimuose daugiausia dėmesio skiriama PTSS, o ne KPTSS simptomams ar naujausiai PSO priimtai TLK-11 diagnostinei PTSS ir KPTSS diferenciacijai. Iki šiol trūksta tyrimų, nagrinėjančių KPTSS ir potrauminių įsitikinimų sąsajas, potrauminių įsitikinimų vaidmenį vystantis, išlaikant ar sumažinant kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomus (Wells et al., 2019). Mokslinėje literatūroje vis dar nėra vieningos nuomonės, kurie būtent potrauminiai įsitikinimai daro didžiausią įtaką PTSS ir KPTSS simptomų išsivystymui. Tuo tarpu neigiami įsitikinimai jau identifikuojami ir modifikuojami daugelyje kognityvine elgesio terapija grįstų PTSS gydymo metodų (Bourdon et al., 2021; Müller-Engelmann & Steil, 2017).

Tyrimo tikslas – išanalizuoti sąsajas tarp potrauminių įsitikinimų, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti trauminių patirčių paplitimą tiriamoje imtyje;
2. Įvertinti potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos sutrikimų rizikos paplitimą imtyje;

3. Išanalizuoti sąsajas tarp potrauminių įsitikinimų, potrauminio streso, sutrikusios saviorganizacijos bei depresijos simptomų;
4. Išanalizuoti sąsajas tarp potrauminių įsitikinimų ir tyrimo dalyvių su trauminėmis patirtimis siejamų emocijų;
5. Nustatyti potrauminių įsitikinimų prognostinę reikšmę prognozuojant potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos sutrikimų riziką.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Analizuoti 108 tyrimo dalyvių (amžiaus vidurkis: 38,51 metai; $SD=11,77$; nuo 19 iki 69 m.), patyrusių bent vieną trauminį įvykį ir užsiregistravusių gauti pagalbą internetinės potrauminio streso intervencijos platformoje „Spring“ (www.spring.potrauminiamstresui.lt), duomenys. Detalios tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. *Imties demografinės charakteristikos*

Imties charakteristika (N=108)		n	Imties dalis (%)
Amžius			
	18-29	28	25,9
	30-49	58	53,7
	50-64	20	18,5
	65+	2	1,9
Lytis			
	Moterys	93	83,1
	Vyrai	15	13,9
	Kita	0	0
Išsilavinimas			
	Pagrindinis (10 klasių)	1	0,9
	Vidurinis (12 klasių)	15	13,9
	Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis (technikumas, kolegija)	19	17,6
	Aukštasis (universitetinis)	73	67,6
Užimtumas			
	Nedirbu ir nestudijuojau	15	13,9
	Tik studijuojau	8	7,4
	Tik dirbu	66	61,1
	Dirbu ir studijuojau	17	15,7
	Esu pensijoje	2	1,9
Šeiminė padėtis			
	Esu ilgalaikiuose santykiuose	70	64,8
	Nesu ilgalaikiuose santykiuose	38	35,2
Gyvenamoji vieta			
	Kaimas	10	9,3
	Miestas	98	90,7

Tyrimo dalyviai amžiaus grupėse pasiskirstė taip: daugiau kaip pusė (53,7%) tyrimo dalyvių – 30-49 metų amžiaus; ketvirtadalis (25,9%) tyrimo dalyvių – 18-29 metų amžiaus; trečia pagal dydį (18,5%) tyrimo dalyvių grupė – 50-64 metų amžiaus. Didžioji dauguma tyrimo dalyvių ($n=93$, 86,1%) – moterys. Taip pat dauguma – turintys aukštąjį universitetinį išsilavinimą ($n=73$, 67,6%), dirbantys ($n=66$, 61,1%). Pagal darbinį statusą tyrimo dalyviai pasiskirstė taip: 61,1% dirba, 15,7% dirba ir studijuoja, 13,9% – nei dirba, nei studijuoja, 7,4% tik studijuoja, 1,9% – yra pensijoje.

2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimo metu naudojami šie instrumentai: Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas (angl. *International Trauma Exposure Measure*, ITEM), Tarptautinis traumos klausimynas (angl. *International Trauma Questionnaire*, ITQ), Tarptautinis depresijos klausimynas (angl. *International Depression Questionnaire*, IDQ) ir Potrauminių įsitikinimų klausimynas-9 (angl. *Post-traumatic Cognitions Inventory*, PTCI-9).

Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas (ITEM) (Hyland et al., 2021) yra kontrolinis sąrašas, sukurtas įvertinti, ar žmogus patyrė traumuojančių gyvenimo įvykių. Tai naujas klausimynas, sudarytas remiantis TLK-11 traumos apibrėžimu. Klausimyną sudaro 21 teiginys apie patirtą trauminį įvykį ir prašoma nurodyti, ar tokį trauminį įvykį tiriamasis patyrė iki 12 metų, tarp 13 ir 18 metų ir po 18 metų (teiginio pavyzdys: „jums buvo diagnozuota gyvybei pavojinga liga“). Taip pat prašoma nurodyti, kuris įvykis sukėlė daugiausiai streso, kiek kartų pasikartojo nurodytas įvykis ir kada šis įvykis nutiko. Bendras patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius (kumuliacinė trauma) sudaromas susumavus visus skirtingus bet kuriuo gyvenimo laikotarpiu patirtus trauminius įvykius. Klausimyne taip pat teiraujama, ar ir kokia pagrindinė emocija asocijuojasi su traumine patirtimi: baimė, pyktis, pasibjaurėjimas, liūdesys, gėda ar kaltė.

Potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso simptomų rizikos įvertinimui naudojamas **Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ)** (Cloitre et al., 2018). Klausimyną sudaro dvylika teiginių, skirtų skirtingų potrauminio streso (PTSS) ir kompleksinio potrauminio streso (KPTSS) sutrikusios saviorganizacijos (DSO) simptomų rizikos vertinimui (potrauminio streso simptomą žyminčio teiginio pavyzdys: „buvau ypač budrus, įsitempęs, akylas“, sutrikusios saviorganizacijos simptomą žyminčio teiginio pavyzdys: „man sunku būti emociškai artimam su žmonėmis“). Į klausimyną taip pat įtraukti klausimai, skirti įvertinti simptomų poveikį tyrimo dalyvio funkcionavimui (klausimo pavyzdys: „ar anksčiau įvardinti

sunkumai paveikė Jūsų darbą ar darbingumą?“). Vertinant PTSS rizikai nustatyti skirtus teiginius ir atsakant į klausimus, prašoma atsižvelgti į tai, kiek nurodyti sunkumai tyrimo dalyvį vargino pastarąjį mėnesį. Vertinant KPTSS rizikai nustatyti skirtus teiginius, prašoma atsakyti, kaip tiriamasis įprastai jaučiasi, įprastai galvoja apie save ar įprastai bendrauja su kitais.

Kiekvieno teiginio tinkamumą tyrimo dalyvis turi įvertinti penkių balų skalėje nuo 0 – „visiškai ne“ iki 4 – „ypač stipriai“, gauti balai sumuojami. Įvertinus teiginius gaunami PTSS ir DSO poskalių suminiai įverčiai nuo 0 iki 24. Bendras KPTSS suminis įvertis varijuoja nuo 0 iki 48. Kuo didesnis suminis įvertis, tuo stipresnis potrauminio streso ar kompleksinio potrauminio streso simptomų išreikštumas.

Tam, kad būtų nustatytas galimas PTSS, įvertis turėtų būti 2 ir daugiau bent vieno simptomo iš kiekvienos iš trijų simptomų grupių: 1) pasikartojančių trauminės patirties išgyvenimų dabartyje simptomai; 2) vengimo simptomai; 3) nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomai. Kad būtų nustatyta KPTSS rizika, turi būti patvirtinti PTSS kriterijai ir kiekvienoje iš sutrikusios saviorganizacijos simptomų grupių bent vieno simptomo įvertinimas turi būti 2 ir daugiau (Knefel et al, 2020). Sutrikusios saviorganizacijos simptomų grupės: 1) emocijų reguliacijos sunkumų simptomai; 2) neigiamo savęs vaizdo simptomai; 3) sutrikusių santykių simptomai.

Tiek vertinant PTSS, tiek KPTSS riziką, tyrimo dalyvio taip pat teiraujamasi, kaip per praėjusį mėnesį anksčiau įvardinti sunkumai paveikė jo santykius ar socialinį gyvenimą, darbą ar darbingumą, kurią nors kitą svarbią jo gyvenimo sritį, pavyzdžiui, vaikų auklėjimą, mokslus ar studijas, kitas svarbias veiklas, vertinant toje pačioje penkių balų skalėje. Tam, kad būtų nustatyta PTSS ar KPTSS rizika, įvertis bent vienoje minėtoje srityje turėtų būti 2 ir daugiau.

Tarptautinis traumos klausimynas pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis (Cloitre et al, 2018). Tyrimuose naudojant lietuvišką Tarptautinio traumos klausimyno versiją (Kairyte et al., 2022), gauti aukšti vidinio suderintumo rodikliai, Cronbach's alpha = 0,87 (vertinant PTSS poskalę, Cronbach's alpha = 0,81, DSO poskalę – Cronbach's alpha = 0,83). Šiame tyrime taip pat nustatytas tinkamas Tarptautinio traumos klausimyno vidinis suderintumas, Cronbach's alpha = 0,82 (vertinant PTSS poskalę, Cronbach's alpha = 0,75, DSO poskalę – Cronbach's alpha = 0,84).

Tarptautinis depresijos klausimynas (IDQ) (Shevlin et al., 2023) – tai savistatos būdu pagal TLK-11 klasifikaciją vertinami depresijos epizodo sutrikimo simptomai. Klausimynas gali būti naudojamas depresijos sunkumui matuoti ir nustatyti atvejus, galimai atitinkančius TLK-11 diagnostinius kriterijus. Klausimyną sudaro devyni teiginiai (teiginio pavyzdys: „jaučiausi beviltiškai“). Tiriamasis kiekvieno teiginio tinkamumą turi įvertinti

penkių balų skalėje nuo 0 – „niekada“ iki 4 – „kasdien“ atsakydamas į klausimą, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites taip jautėsi, galvojo ar elgėsi. Taip pat tiriamojo prašoma atsakyti, ar šie patyrimai sukėlė asmeninių, šeimos, socialinių, mokymosi, profesinių ar kitų sričių sunkumų. Pažymėti balai sumuojami. Bendras suminis įvertis gali varijuoti nuo 0 iki 36. Ribiniai balai nesiūlomi, taikomas TLK-11 diagnostinis algoritmas. Tai reiškia, kad tiriamajam turi pasireikšti penki arba daugiau simptomų (t. y. teiginys surenka 3 arba 4 balus pagal Likerto skalę), pasireiškiančių didžiąją dienos dalį, beveik kiekvieną dieną per laikotarpį, trunkantį ne mažiau kaip dvi savaites. Jei šios sąlygos tenkinamos ir į klausimą apie funkcinį sutrikimą atsakoma „Taip“, tuomet tyrimo dalyvis priskiriamas TLK-11 depresijos rizikos grupei.

IDQ originalios versijos anglų kalba validacija buvo atlikta Shevlin ir kitų (2022) tyrimu, kuris atskleidė, kad IDQ gali būti naudojamas depresijos rizikai suaugusiųjų imtyse vertinti. IDQ skalės lietuviškas vertimas, bendradarbiaujant su skalės originalo autoriais ir taikant atgalinio vertimo procedūrą, buvo atliktas Geležėlytės ir Kazlauskos (2023).

Tarptautinis depresijos klausimynas pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis (Shevlin et al., 2023). Tyrimuose naudojant lietuvišką Tarptautinio depresijos klausimyno versiją (Geležėlytė et al., 2025), gauti aukšti vidinio suderintumo rodikliai, Cronbach's $\alpha = 0,92$. Šiame tyrime nustatytas aukštas Tarptautinio depresijos klausimyno vidinis suderintumas, Cronbach's $\alpha = 0,92$.

Potrauminių įsitikinimų klausimynas-9 (PTCI-9) (Wells et al., 2019) yra savistatos klausimyno, naudojamo potrauminiams įsitikinimams įvertinti, trumpesnė versija. Originalus PTCI klausimynas ir trumpesnės PTCI-9 versijos klausimynas yra sudaryti iš trijų poskalių: neigiami įsitikinimai apie save (teiginio pavyzdys: „neturiu ateities“), neigiami įsitikinimai apie pasaulį (teiginio pavyzdys: „žmonėmis negalima pasitikėti“) ir savęs kaltinimas (teiginio pavyzdys: „kiti nebūtų atsidūrę tokioje situacijoje“). Originalų PTCI klausimyną sudaro 33 teiginiai, trumpesnę PTCI-9 klausimyno versiją sudaro devyni teiginiai. Kiekvieno teiginio tinkamumą tyrimo dalyvis turi įvertinti septynių balų skalėje nuo 0 – „visiškai nesutinku“ iki 7 – „visiškai sutinku“, skaičiuojami gautų balų bei atskirų poskalių vidutiniai įverčiai.

Trumpesnės PTCI-9 versijos klausimynas buvo kuriamas tam, kad sumažinti tyrėjų, specialistų ir pacientų našta pildant ir vertinant ilgesnį klausimyną. Sutrumpinta klausimyno versija pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis (Wells et al., 2019). Šiame tyrime taip pat nustatytas tinkamas trumpesnės Potrauminių įsitikinimų klausimyno versijos vidinis suderintumas, Cronbach's $\alpha = 0,81$ (vertinant savęs kaltinimo poskalę, Cronbach's $\alpha = 0,73$, požiūrio į save poskalę – Cronbach's $\alpha = 0,69$, požiūrio į pasaulį poskalę – Cronbach's $\alpha = 0,84$).

Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas, Tarptautinis traumos klausimynas ir Tarptautinis depresijos klausimynas yra laisvai prieinami ir naudojant instrumentus tyrimo tikslais atskiro autorių leidimo nereikia. Potrauminių įsitikinimų klausimyno-9 vertimui ir naudojimui tyrimo tikslais buvo gautas autorių leidimas. Vertimui taikyta atgalinio vertimo procedūra. Vertimas buvo suderintas su originalios skalės versijos autoriais.

2.3. Tyrimo eiga

Ši analizė yra platesnio 2023-2026 m. mokslinio tyrimo „Skaitmeninės technologijos psichotraumatologijoje: inovatyvios internetinės intervencijos potrauminiam stresui veiksmingumas“ (Nr. S-MIP-23-14) dalis. Šio mokslinio tyrimo tikslas – adaptuoti internetinę intervenciją „Spring“ (Bisson et al., 2022) Lietuvos populiacijai ir įvertinti jos veiksmingumą mažinant TLK-11 potrauminio streso simptomus. „Spring“ yra inovatyvi Kardifo universiteto (Jungtinė Karalystė) mokslininkų psichotraumatologų sukurta 8 savaitių trukmės internetinė į traumą orientuotos kognityvinės elgesio terapijos principais paremta intervencija su psichologo įsitraukimu, skirta mažinti silpnus ir vidutinio sunkumo potrauminio streso simptomus. „Spring“ sukurta remiantis tokiais pačiais principais kaip ir įprasta į traumą orientuota KET, tačiau siekiant sumažinti bendravimo su terapeutu laiką, didelė dalis terapijos turinio ir užduočių yra pateikiama internetinėje programoje. Programa buvo sukurta taip, kad ja būtų galima naudotis įvairiais įrenginiais, įskaitant kompiuterį, nešiojamąjį kompiuterį, planšetinį kompiuterį ir išmanųjį telefoną (Geleželytė et al., 2025).

„Spring“ intervenciją sudaro aštuoni žingsniai: 1) apie potrauminio streso sutrikimą, 2) įsižeminimas, 3) nerimo mažinimas, 4) aktyvumas, 5) traumos įveikimas, 6) minčių keitimas, 4) vengimo mažinimas, 8) geros savijautos palaikymas. Didžiąją laiko dalį klientai programa naudojami savarankiškai, tačiau taip pat turi penkias nuotoline sesijas su programos psichologu (Geleželytė et al., 2025).

Jungtinėje Karalystėje atliktas originalios „Spring: versijos atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas (RCT), kuriame dalyvavo beveik 200 turinčiųjų potrauminio streso sutrikimą, parodė, jog dalyvavimas „Spring“ intervencijoje padėjo sumažinti PTSS simptomus ne mažiau veiksmingai nei tradicinė, gyvai teikiama, į traumą orientuota kognityvinė elgesio terapija (Bisson et al., 2022). Taip pat atsiskleidė, kad programos dalyviai internetu teikiamą intervenciją vertino kaip priimtina pagalbą būdą ir pasitenkinimas gauta pagalba buvo didelis (Simon et al., 2023).

Lietuvoje tyrimo vykdymą koordinuoja VU Psichotraumatologijos centras. Pagrindiniai tyrėjai: doc. dr. O. Geleželytė, dokt. A. Nomeikaitė, dokt. G. Guogaitė. Tyrimas atliekamas bendradarbiaujant su Kardifo universiteto mokslininkais. Tyrimo vykdymui gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų atitikties mokslinių tyrimų etikai komiteto leidimas.

Šiame darbe analizuojami nuasmeninti duomenys, surinkti pagrindinio tyrimo etapo, vykdyto 2024 m. rugsėjo-lapkričio mėnesiais, metu dalyviams registruojantis dalyvauti internetinėje intervencijoje. Visa informacija apie tyrimą ir programą skelbiama internetiniame puslapyje www.spring.potrauminiamstresui.lt. Kvietimas dalyvauti „Spring“ internetu teikiamos intervencijos bandomajame tyrime buvo paskelbtas tyrimo tinklalapyje (www.spring.potrauminiamstresui.lt), jame taip pat buvo pateikta išsami informacija apie programą, tyrimo tikslus ir eigą. Kvietimu su nuoroda į internetinį puslapį pasidalinta per Vilniaus universiteto darbuotojų ir studentų tinklus, organizacijas (pvz., Lietuvos slaugos specialistų organizaciją, Lietuvos psichologų sąjungą ir kt.) bei socialinį tinklą „Facebook“. Prieš sutikdami dalyvauti tyrime, asmenys turėjo susipažinti ir sutikti su informuotu sutikimu. Duomenys buvo renkami internetinės apklausos būdu saugioje duomenų apklausų platformoje.

Šio darbo autorė prisidėjo prie tyrimo komandos veiklų internetinės programos pritaikymo Lietuvos populiacijai, informacijos apie tyrimą sklaidos ir duomenų rinkimo etapuose. Šiame darbe pristatomą duomenų analizę ir interpretaciją autorė atliko savarankiškai.

2.4. Duomenų analizės metodai

Gauti duomenys analizuojami SPSS Statistics 26 (angl. *Statistical Package for the Social Sciences*) programa.

Siekiant nustatyti Tarptautinio traumos klausimyno, Tarptautinio depresijos klausimyno ir Potrauminių įsitikinimų klausimyno-9 vidinį suderintumą, skaičiuojami Cronbach's alpha koeficientai.

Prieš atliekant duomenų analizę pirmiausia patikrintas duomenų pasiskirstymo normalumas. Duomenys laikomi normaliai pasiskirstę, jei jų asimetrijos ir eksceso koeficientai patenka į ribas nuo -2 iki 2 (Gravetter & Wallnau, 2014). Paaiškėjus, kad analizuojamų konstrukto skalių įverčiai reikšmingai nenukrypsta nuo normalaus pasiskirstymo, išskyrus PTSS poskalės nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomų grupės, koreliacijoms tarp Tarptautinio traumos klausimyno, Tarptautinio depresijos klausimyno ir Potrauminių įsitikinimų klausimyno-9 įverčių skaičiuoti bus naudojamas *Pearson* kriterijus. PTSS poskalės

nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomų grupės analizei bus naudojamas *Spearman* kriterijus.

Pagal Cohen (1988), koreliacijos koeficiento dydžio interpretacijos ir jos stiprumo įvertinimo gaires, $r=0,10$, $r=0,30$ ir $r=0,50$ rekomenduojama laikyti atitinkamai mažo, vidutinio ir didelio stiprumo koreliacijos koeficientu.

Vertinant, ar su trauminėmis patirtimis asocijuojamos emocijos susijusios su potrauminiais įsitikinimais, taikytas *Nepriklausomų imčių Stjudento t* kriterijus.

Siekiant nustatyti, kokie kintamieji prognozavo depresijos riziką, buvo atlikta *logistinė regresinė analizė*. Į logistinės regresijos modelį buvo įtraukti šie kintamieji: skirtingi potrauminiai įsitikinimai ir depresijos rizika. Taip pat kaip kontroliuojamas kintamasis buvo įtrauktas tyrimo dalyvių amžius.

Siekiant nustatyti, kokie kintamieji prognozavo potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimų riziką buvo atlikta *multinominė logistinė regresinė analizė*. Į multinominės logistinės regresijos modelį buvo įtraukti šie kintamieji: skirtingi potrauminiai įsitikinimai, PTSS rizikos grupė, KPTSS rizikos grupė bei nei PTSS, nei KPTSS rizikos grupė. Taip pat kaip kontroliuojamas kintamasis buvo įtrauktas tyrimo dalyvių amžius.

3. REZULTATAI

3.1. Trauminių patirčių paplitimas tiriamoje imtyje

Tiriamieji per gyvenimą nurodė patyrę vidutiniškai 6,98 ($SD=2,88$) skirtingų trauminių patirčių. Daugiausiai per gyvenimą patirta 14 skirtingų trauminių patirčių, mažiausiai – 1. Kalbant apie atskirus amžiaus tarpsnius, vaikystėje iki 12 metų tiriamieji nurodė vidutiniškai patyrę 2,4 ($SD=2,24$) traumines patirtis, amžiaus tarpsnyje nuo 12 iki 18 metų – vidutiniškai patyrę 3,4 ($SD=2,86$) traumines patirtis, suaugusiojo amžiaus tarpsnyje tiriamieji vidutiniškai nurodė patyrę 4,69 ($SD=2,65$) traumines patirtis. Vieną trauminių įvykių nurodė patyrę 1,9% tyrimo dalyvių, 2-3 – 12% tyrimo dalyvių, 4-6 – 29,7% tyrimo dalyvių, 7-9 – 36,1% tyrimo dalyvių, daugiau kaip 10 trauminių įvykių nurodė patyrę 20,5% tyrimo dalyvių.

Tiriamieji be tarpasmeninių santykių sunkumų (tokių kaip pažeminimas ar įžeidimas, jausmas, kad esu nemylimas, nelaukiamas ir nevertingas bei atstūmimas, ignoravimas, izoliacija) bent kartą gyvenime dažniausiai minėjo patyrę seksualinį priekabiavimą ($n=66$, 61,1%), artimojo gyvybei pavojingos ligos diagnozę arba įvykį ($n=63$, 58,3%) bei fizinį tėvų ar globėjų smurtą ($n=51$, 47,2%).

Kalbant apie trauminius įvykius, patirtus skirtingais amžiaus etapais, tyrimo dalyviai iki 12 metų dažniausiai nurodė patyrę fizinį tėvų ar globėjų smurtą ($n=45$, 41,7%), pasikartojančias patyčias ($n=19$, 17,6%) bei fizinį kitų asmenų smurtą ($n=15$, 13,9%). Amžiaus grupėje nuo 13 iki 18 metų, tyrimo dalyviai dažniausiai rinkosi šiuos trauminius įvykius: pasikartojančias patyčias ($n=45$, 41,7%), seksualinį priekabiavimą ($n=32$, 29,6%), fizinį tėvų ar globėjų smurtą bei fizinį kitų asmenų smurtą (abiems atvejais – $n=22$, 20,4%). Apibendrinant vaikystėje patirtas (iki 18 metų) traumines patirtis, dažniausiai minėti tokie trauminiai įvykiai: fizinis tėvų ir globėjų smurtas, pasikartojančios patyčios ir seksualinis priekabiavimas.

Amžiaus tarpsnyje nuo 18 metų ir vėliau tyrimo dalyviai dažniausiai nurodė patyrę artimojo gyvybei pavojingos ligos diagnozę ar įvykį ($n=22$, 20,4%), seksualinį priekabiavimą ($n=22$, 20,4%) ir tapę kito žmogaus kančių ar mirties liudytojais ($n=22$, 20,4%).

Taip pat reikia paminėti, kad tiriamieji taip pat dažnai nurodė bent kartą gyvenime patyrę pažeminimą ar įžeidimą ($n=93$, 86,1%), jausmą, kad esu nemylimas, nelaukiamas ir nevertingas ($n=85$, 78,7%), atstūmimą, ignoravimą, izoliaciją ($n=74$, 68,5%).

Tiriamieji nurodė, kad nėra patyrę stichinės nelaimės, vienas tiriamasis nurodė patyręs karo veiksmus, trys – pagrobimą ir/ar kankinimą, penki – žmogaus sukeltą nelaimę, ir šeši – patys kitam žmogui sukėlę kančių arba mirtį.

3 lentelė. Trauminių įvykių paplitimas skirtingais amžiaus tarpsniais tiriamoje imtyje

Trauminis įvykis	Iki 12 metų n, %	13-18 metų n, %	Suaugus n, %	Bent kartą gyvenime n, %
Gyvybei pavojingos ligos diagnozė	3 2,7%	0 0%	17 15,7%	19 17,6%
Artimojo mirtis siaubingu būdu	9 8,3%	9 8,3%	18 16,7%	33 30,6%
Artimojo gyvybei pavojingos ligos diagnozė arba įvykis	7 6,5%	16 14,8%	46 42,6%	63 58,3%
Grasvinimas man ginklu	5 4,6%	10 9,3%	12 11,1%	24 22,2%
Fizinis tėvų ar globėjų smurtas	45 41,7%	22 20,4%	7 6,5%	51 47,2%
Fizinis kitų asmenų smurtas	15 13,9%	22 20,4%	24 22,2%	46 42,6%
Seksualinis tėvų ar globėjų smurtas	4 3,7%	3 2,8%	1 0,9%	7 6,5%
Seksualinis kitų asmenų smurtas	11 10,2%	11 10,2%	19 17,6%	35 32,4%
Seksualinis priekabiavimas	11 10,2%	32 29,6%	45 41,7%	66 61,1%
Karo veiksmai	0 0%	0 0%	1 0,9%	1 0,9%
Pagrobimas ir/ar kankinimas	0 0%	2 1,9%	1 0,9%	1 0,9%
Kančių sukėlimas kitam žmogui ar jo mirtis	1 0,9%	1 0,9%	4 3,7%	4 3,7%
Kito žmogaus kančių ar mirties liudijimas	9 8,3%	10 9,3%	32 29,6%	41 38%
Eismo įvykis, kai gyvybei grėsė pavojus	6 5,5%	2 1,9%	16 14,8%	21 19,4%
Stichinė nelaimė	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Žmogaus sukelta nelaimė	0 0%	0 0%	5 4,6%	5 4,6%
Kito žmogaus patiriamas persekiojamas	2 1,9%	11 10,2%	20 18,5%	32 29,6%
Pasikartojančios patyčios	19 17,6%	45 41,7%	14 13,0%	53 49,1%
Pažeminimas ar įžeidimas	34 31,5%	57 52,8%	63 58,3%	93 86,1%
Jausmas, kad esu nemylimas, nelaukiamas ir nevertingas	38 35,2%	59 54,6%	56 51,9%	85 78,7%
Atstūmimas, ignoravimas, izoliacija	31 28,7%	49 45,4%	44 40,7%	74 68,5%
Kita	9 8,3%	11 10,2%	61 56,5%	101 93,5%

Pastaba. N=108. Dažniausiai minėti trauminiai įvykiai pateikiami paryškintu šriftu.

Apibendrinant tyrimo rezultatai rodo, kad didžioji dalis dalyvių yra patyrę daug skirtingų trauminių įvykių, o šios patirtys dažnai kartojosi įvairiuose gyvenimo etapuose, visgi jų pobūdis keitėsi priklausomai nuo amžiaus. Vaikystėje vyravo smurtinės ir tarpasmeninių santykių traumos, paauglystėje daugėjo seksualinio pobūdžio patirčių ir patyčių, o suaugus išryškėjo traumos, susijusios su artimųjų sveikata, mirtimi bei asmenine egzistencine grėsme.

3.2. PTSS, KPTSS ir depresijos rizikos paplitimas tiriamoje imtyje

Rezultatai atskleidė, kad tiriamieji pasižymėjo gana aukšta PTSS arba KPTSS rizika: 20% tyrimo dalyvių ($n=22$) nustatyta PTSS rizika, 47% tyrimo dalyvių ($n=51$) KPTSS rizika. Analizuojant depresijos rizikos paplitimą tiriamoje imtyje, 45% tyrimo dalyvių ($n=49$) pasižymėjo depresijos epizodo rizika.

Kalbant apie atskirų sutrikimų simptomų išreikštumą, labiausiai išreikštas PTSS simptomas – nuolatinės padidėjusios grėsmės jausmas ($M=1,73$, $SD=0,54$), labiausiai išreikštas KPTSS simptomas – sutrikę santykiai ($M=1,37$, $SD=0,86$), labiausiai išreikštas depresijos simptomas – sumažėjusi energija arba nuovargis ($M=2,67$, $SD=1,17$).

Taigi tyrimo duomenys atskleidžia reikšmingą kompleksinio potrauminio streso ir depresijos rizikos paplitimą tiriamojoje imtyje. Iš analizuojamiems psichikos sveikatos sutrikimams būdingų simptomų dažniausiai pasireiškė nuolatinės grėsmės jausmas (PTSS), sutrikę santykiai (KPTSS) ir sumažėjusi energija ar nuovargis (depresija).

3.3. Potrauminių įsitikinimų ir psichikos sveikatos rodiklių sąsajos

Potrauminių įsitikinimų poskalių sąsajos

Pirmiausiai paanalizavome potrauminių įsitikinimų poskalių tarpusavio ryšį. Nustatyta, kad potrauminių įsitikinimų poskalės pasižymėjo stipriomis teigiamomis tarpusavio koreliacijomis. Stipriausia teigiama koreliacija nustatyta tarp požiūrio į save ir požiūrio į pasaulį poskalių ($r=0,462$, $p<0,001$). Šiek tiek silpnesnės koreliacijos nustatytos tarp savęs kaltinimo poskalės ir požiūrio į save bei požiūrio į pasaulį poskales (atitinkamai $r=0,381$, $p<0,001$ ir $r=0,357$, $p<0,001$).

Potrauminių įsitikinimų bei psichikos sveikatos rodiklių bendrų įverčių sąsajos

Analizuojant tyrimo duomenis, nustatyti **ryšiai tarp potrauminių įsitikinimų ir psichikos sveikatos rodiklių bendrų įverčių** (4 lentelė). Nustatyta reikšminga vidutinio

stiprumo teigiama koreliacija tarp potrauminių įsitikinimų ir KPTSS sutrikusios saviorganizacijos simptomų (DSO) suminių bendrų įverčių ($r=0,491$, $p<0,001$) bei tarp potrauminių įsitikinimų ir depresijos simptomų suminių bendrų įverčių ($r=0,422$, $p<0,001$). Nors tarp potrauminių įsitikinimų ir potrauminio streso sutrikimo simptomų statistiškai reikšminga koreliacija nenustatyta ($r=-0,185$, $p=0,055$), ji buvo labai arti statistinio reikšmingumo. Apibendrinant, rezultatai rodo, kad potrauminiai įsitikinimai susiję su tam tikrais psichikos sveikatos sunkumais, ypač su sutrikusios saviorganizacijos ir depresijos simptomais.

Analizuojant potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių sąsajas su psichikos sveikatos rodiklių bendraisiais įverčiais, nustatyti **ryšiai tarp požiūrio į save poskalės ir visų psichikos sveikatos rodiklių bendrų įverčių**. Nustatyta reikšminga neigiama vidutinio stiprumo koreliacija tarp potrauminių įsitikinimų požiūrio į save poskalės ir potrauminio streso ($r=-0,365$, $p<0,001$). Įdomu tai, kad gauti duomenys rodo, kad kuo stipresni PTSS simptomai, tuo mažiau išreikšti neigiami potrauminiai įsitikinimai, susiję su požiūriu į save. Reikšminga stipri teigiama koreliacija nustatyta ir tarp potrauminių įsitikinimų požiūrio į save poskalės bei kompleksinio potrauminio streso sutrikusios saviorganizacijos ($r=0,507$, $p<0,001$) ir depresijos simptomų ($r=0,505$, $p<0,001$).

Tuo tarpu kitos potrauminių įsitikinimų poskalės – savęs kaltinimo poskalė bei požiūrio į pasaulį poskalė – taip pat statistiškai reikšmingai susijusios su sutrikusios saviorganizacijos ($r=0,342$, $p<0,001$ ir $r=0,290$, $p<0,01$) bei depresijos simptomais ($r=0,217$, $p<0,05$ ir $r=0,260$, $p<0,01$).

Taigi tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingas sąsajas tarp potrauminių įsitikinimų ir sutrikusios saviorganizacijos ir depresijos simptomų. Nors statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp bendro potrauminių įsitikinimų įverčio ir PTSS simptomų nenustatyta, pastebėta statistinį reikšmingumą siekianti tendencija: neigiamas požiūris į save buvo stipriai susijęs tiek su sutrikusios saviorganizacijos simptomais, tiek su depresijos simptomais, o su PTSS simptomais nustatyta neigiama koreliacija, reiškianti, kad didesnis PTSS simptomų intensyvumas sietinas su silpniau išreikštais potraiminiais įsitikinimais, susijusiais su požiūriu į save.

Potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių bei PTSS ir KPTSS simptomų grupių sąsajos

Analizuojant **ryšius tarp potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių ir PTSS atskirų simptomų grupių**, statistiškai reikšmingos sąsajos nustatytos tarp potrauminių įsitikinimų visų poskalių ir PTSS pasikartojančių trauminės patirties išgyvenimų dabartyje simptomų. Tuo

tarpu PTSS vengimo simptomai turėjo statistiškai reikšmingų sąsajų su potrauminių įsitikinimų požiūrio į pasaulį poskalę ($r=0,204$, $p=0,034$). Statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta tarp visų potrauminių įsitikinimų poskalių ir PTSS nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomų. Apibendrinant, potrauminiai įsitikinimai labiausiai siejosi su pasikartojančių trauminės patirties išgyvenimų dabartyje simptomais.

Analizuojant **ryšius tarp potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių ir KPTSS atskirų simptomų grupių**, statistiškai reikšmingų sąsajų nustatyta tarp visų potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių bei sutrikusios saviorganizacijos (DSO) emocijų reguliacijos simptomų, neigiamo savęs vaizdo simptomų nei sutrikusių santykių simptomų grupių, išskyrus tai, kad potrauminių įsitikinimų savęs kaltinimo poskalė ir sutrikusių santykių simptomų poskalė statistiškai reikšminga sąsaja nepasižymėjo.

Kalbant apie potrauminių įsitikinimų sąsajų stiprumą su sutrikusios saviorganizacijos (DSO) simptomų grupėmis, stipriausios koreliacijos nustatytos tarp potrauminių įsitikinimų **požiūrio į save poskalės ir neigiamo savęs vaizdo** simptomų ($r=0,564$, $p<0,001$) bei **sutrikusių santykių** simptomų ($r=0,458$, $p<0,001$); potrauminių įsitikinimų **požiūrio į pasaulį poskalės ir emocijų reguliacijos** simptomų grupės ($r=0,408$, $p<0,001$).

Apibendrinant, potrauminiai įsitikinimai reikšmingai siejasi su pasikartojančiais trauminės patirties išgyvenimais dabartyje (PTSS) bei su emocijų reguliacijos ir neigiamo savęs vaizdo simptomais (KPTSS). Vengimo simptomai (PTSS) buvo susiję tik su požiūriu į pasaulį, o su nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo (PTSS) simptomais reikšmingų sąsajų nenustatyta. Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingos sąsajos tarp savęs kaltinimo poskalės ir sutrikusių santykių simptomų (KPTSS).

4 lentelė. *Potrauminių įsitikinimų, potrauminio streso, sutrikusios saviorganizacijos ir depresijos simptomų sąsajos*

		Potrauminiai įsitikinimai			Potrauminis stresas				Sutrikusi saviorganizacija				Depresija
		Savęs kaltinimo poskalė	Požiūrio į pasaulį poskalė	Požiūrio į save poskalė	PTSS simptomų bendri įverčiai	Pasikartojančių trauminės patirties išgyvenimų dabartyje simptomai	Vengimo simptomai	Nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomai	DSO simptomų bendri įverčiai	Emocijų reguliacijos simptomai	Neigiamo savęs vaizdo simptomai	Sutrikusių santykių simptomai	Depresijos simptomai
PĮ	<i>r</i>	-	-	-	-0,185	0,287**	0,153	<i>0,101</i>	0,491***	0,439***	0,476***	0,412** *	0,422***
Savęs kaltinimo poskalė	<i>r</i>	-	0,381**	0,357**	-0,073	0,201*	0,048	<i>0,041</i>	0,342***	0,276**	0,298**	0,165	0,217*
Požiūrio į pasaulį poskalė	<i>r</i>	0,381**	-	0,462**	0,012	0,253**	0,204*	<i>0,128</i>	0,290**	0,408***	0,241*	0,340** *	0,260**
Požiūrio į save poskalė	<i>r</i>	0,357**	0,462**	-	-0,365***	0,216*	0,109	<i>0,111</i>	0,507***	0,343***	0,564***	0,458** *	0,505***

Pastaba. $N=108$, r – Pearson koreliacijos koeficientas (*nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo simptomų sąsajos skaičiuojamas naudojant Spearman koreliacijos koeficientą*), PĮ – potrauminių įsitikinimų vidutiniai įverčiai, PTSS – potrauminio streso sutrikimo simptomų grupių suminiai įverčiai, DSO – sutrikusios saviorganizacijos simptomų grupių suminiai įverčiai, IDQ – suminiai įverčiai pagal Tarptautinį depresijos klausimyną. Statistiškai reikšmingi rezultatai pateikiami paryškintu šriftu.

3.4. Potrauminių įsitikinimų sąsajos su trauminėmis patirtimis

Analizuojant potrauminių įsitikinimų sąsajas su trauminėmis patirtimis, nustatyta vidutinio stiprumo koreliacija tarp potrauminių įsitikinimų bendrų įverčių ir kumuliacinės traumos per visą gyvenimą ($r=0,321$, $p<0,001$). Vertinant potrauminių įsitikinimų sąsajas su trauminėmis patirtimis skirtingais amžiaus laikotarpiais nustatytos silpnos koreliacijos: trauminės patirtys, patirtos iki 12 metų: $r=0,211$ ($p=0,028$), tarp 12 ir 18 m.: $r=0,245$, ($p=0,011$), suaugus: $r=0,191$, ($p=0,048$).

Analizuojant potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių sąsajas su trauminėmis patirtimis atskirais amžiaus tarpsniais, nustatyta, kad skirtingos trauminės patirtys, patirtos iki 12 metų, turėjo statistiškai reikšmingą sąsają tik su potrauminių įsitikinimų požiūrio į pasaulį poskale ($r=0,297$, $p=0,002$). Skirtingos trauminės patirtys, patirtos paauglystėje ir suaugusiojo amžiuje, turėjo statistiškai reikšmingą sąsają tik su potrauminių įsitikinimų požiūrio į save poskale (atitinkamai $r=0,222$, $p=0,021$ ir $r=0,201$, $p=0,037$).

Apibendrinant tyrimo rezultatai parodė, kad potrauminiai įsitikinimai vidutiniškai stipriai koreliuoja su kumuliacine traumine patirtimi per visą gyvenimą, o traumos, patirtos skirtingais amžiaus tarpsniais, siejasi su potrauminais įsitikinimais silpniau. Vaikystėje (iki 12 metų) patirtos traumos buvo reikšmingai susijusios tik su požiūriu į pasaulį, tuo tarpu paauglystėje ir suaugus patirtos traumos – su požiūriu į save.

3.5. Potrauminių įsitikinimų ir su trauminėmis patirtimis susijusių emocijų sąsajos

Tiriamųjų taip pat buvo klausiama apie emocijas, kurias kelia patirtas sunkiausias trauminis įvykis. 79,6% ($n=86$) nurodė, kad su trauminiu įvykiu siejasi liūdesys, 75,9% ($n=82$) – baimė, 60,2% ($n=65$) – pyktis, 50% ($n=54$) – kaltė, 43,5% ($n=47$) – gėda, 28,7% ($n=31$) – pasibjaurėjimas.

Pritaikius Stjudento t kriterijų nepriklausomoms imtims ir analizuojant tiriamųjų nurodytų emocijų sąsajas su potrauminių įsitikinimų poskalėmis nustatyta, kad potrauminių įsitikinimų (savęs kaltinimas, požiūris į pasaulį ir požiūris į save) stiprumo lygis skiriasi priklausomai nuo emocijų (baimės, pykčio, pasibjaurėjimo, liūdesio, gėdos ir kaltės), siejamų su trauminiu įvykiu, patyrimo.

Tyrimo dalyvių su traumine patirtimi sietas pyktis ($t=-2,62$; $df=91,18$; $p=0,010$), liūdesys ($t=-3,09$; $df=36,20$; $p=0,02$), gėda ($t=-3,735$; $df=101,84$; $p<0,001$) ir kaltė ($t=-4,11$; $df=105,29$; $p<0,001$) taip pat patvirtino tyrimo dalyvių stipriau patirtus potrauminius

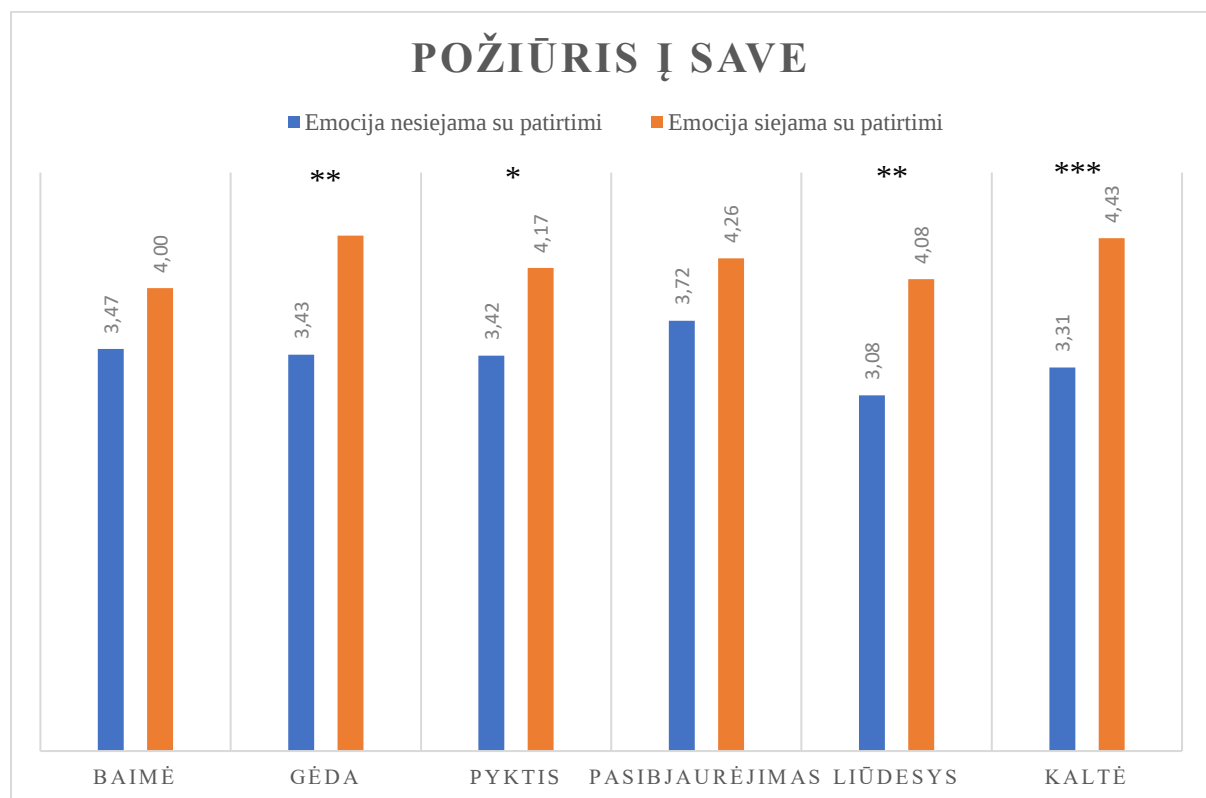
įsitikinimus, susijusius su **neigiamu požiūriu į save**. Tuo tarpu baimė ir pasibjaurėjimas nebuvo susiję su neigiamo požiūrio į save įsitikinimais (žr. 1 pav.).

Tyrimo dalyviai, kurie trauminę patirtį siejo su pasibjaurėjimu ($t=-3,23$; $df=68,16$; $p<0,001$), gėda ($t=-3,73$; $df=105,05$; $p<0,001$) ir kalte ($t=-2,81$; $df=100,87$; $p=0,006$) stipriau patyrė su **neigiamu požiūriu į pasaulį** susijusius potrauminius įsitikinimus (2 pav.).

Tyrimo dalyviai, trauminę patirtį sieję su jaučiama gėda ($t=-4,406$; $df=104,81$; $p<0,001$) ir kalte ($t=-3,25$; $df=102,83$; $p<0,001$), stipriau patyrė su **savęs kaltinimu** susijusius potrauminius įsitikinimus. Su savęs kaltinimu susijusių potrauminių įsitikinimų stiprumas ir kitos emocijos (baimė, pyktis, pasibjaurėjimas ir liūdesys) nebuvo susijusios (3 pav.).

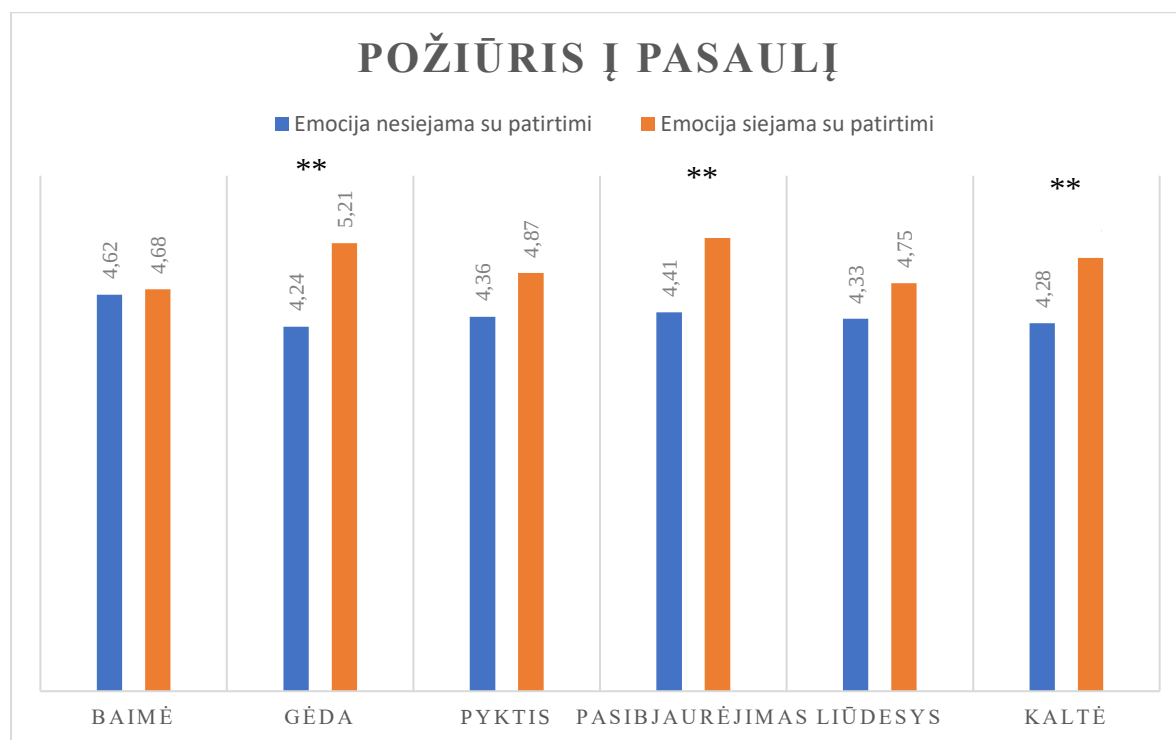
Tyrimo rezultatai atskleidė, kad emocijos, lydinčios sunkiausią trauminę patirtį, yra reikšmingai susijusios su potrauminiais įsitikinimais. Nustatyti ryšiai tarp gėdos ir kaltės bei potrauminių įsitikinimų, susijusių su savęs kaltinimu ir neigiamu požiūriu į save bei pasaulį. Tyrimo dalyviai, trauminę patirtį sieję su šiomis emocijomis, patyrė stipresnius neigiamus potrauminius įsitikinimus. Tuo tarpu liūdesys ir pyktis buvo susiję su neigiamesniu požiūriu į save, pasibjaurėjimas – su neigiamesniu požiūriu į pasaulį, o baimė statistiškai reikšmingo ryšio su potrauminių įsitikinimų poskalėmis neturėjo.

1 pav. Potrauminių įsitikinimų, susijusių su požiūriu į save, vidurkiai



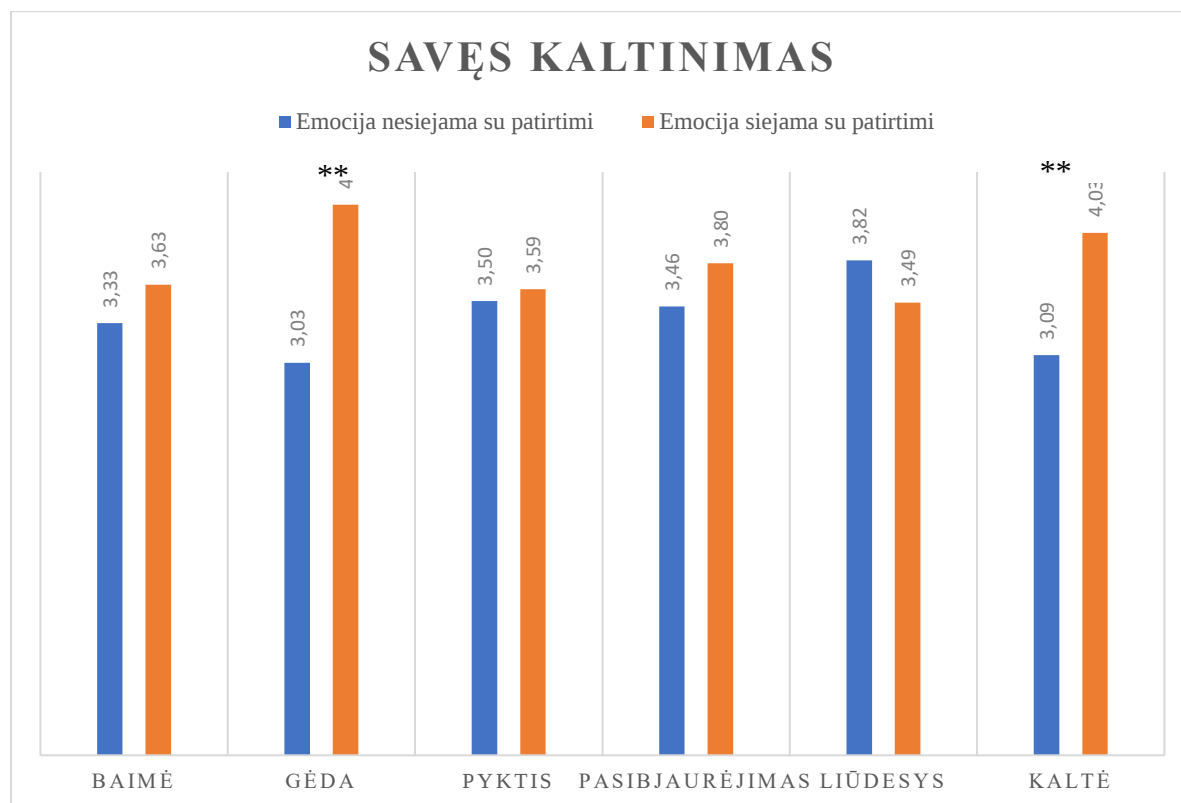
Pastaba: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

2 pav. Potrauminių įsitikinimų, susijusių su požiūriu į pasaulį, vidurkiai



Pastaba: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3 pav. Potrauminių įsitikinimų, susijusių su savęs kaltinimu, vidurkiai



Pastaba: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.6. Potrauminių įsitikinimų reikšmė prognozuojant psichikos sveikatos sutrikimų riziką

Atlikus **logistinę regresinę analizę** nustatyta, jog potrauminiai įsitikinimai (savęs kaltinimo, požiūrio į pasaulį, požiūrio į save), kontroliuojant tyrimo dalyvių amžių, reikšmingai neprognozavo depresijos rizikos ($X^2=36,373$, $df=4$, $p<0,001$ Hosmer-Lemeshow testas; tikslių spėjimų procentas 67,3%; bendras duomenų sklaidos paaiškinimo procentas 0,252 (Cox&Snell R^2) – 0,337 (Nagelkerke R^2), $OR=1,202$, $p=0,697$).

Tyrimė taip pat buvo atlikta **multinominė logistinė regresinė analizė**, kontroliuojant tyrimo dalyvių amžių, siekiant įvertinti potrauminių įsitikinimų prognostinę reikšmę prognozuojant PTSS ir KPTSS riziką (6 lentelė) lyginant su grupe tyrimo dalyvių, nepriklausančių PTSS/KPTSS rizikos grupėms (referentinė kategorija).

Regresijos modelis buvo statistiškai reikšmingas $X^2=47,033$, $p<0,001$, rodantis, kad potrauminiai įsitikinimai reikšmingai prognozuoja potrauminio streso sutrikimų riziką. Bendras duomenų sklaidos paaiškinimo procentas 0,353 (Cox&Snell R^2) – 0,403 (Nagelkerke R^2). Taikant modelį imties duomenims, teisingai klasifikuoti 48,6% tiriamųjų, nepriklausančių PTSS/KPTSS rizikos grupei, 45,5% – priklausančių PTSS rizikos grupei ir 84,3 % – priklausančių KPTSS rizikos grupei.

Apibendrinant gautus multinominės logistinės regresinės analizės rezultatus, nusytatyta, kad stiprėjant požiūrio į save neigiamiems įsitikinimams, tikimybė patekti į PTSS rizikos grupę mažėja. Kitaip tariant, asmenys, turintys daugiau neigiamų įsitikinimų apie save, turi mažesnę tikimybę atitikti PTSS rizikos kriterijus, palyginus su nepriklausančiais PTSS/KPTSS grupei. Tuo tarpu stiprėjant požiūrio į save neigiamiems įsitikinimams, tikimybė patekti į KPTSS rizikos grupę didėja. Kitaip tariant, asmenys, turintys daugiau neigiamų įsitikinimų apie save, turi didesnę tikimybę atitikti KPTSS rizikos kriterijus, palyginus su nepriklausančiais PTSS/KPTSS grupei. Potrauminiai įsitikinimai, susiję su požiūriu į pasaulį, didino patekimo tikimybę į potrauminio streso (lyginant su grupe, nepriklausančių PTSS/KPTSS rizikos grupėms) rizikos grupę. Tuo tarpu savęs kaltinimo potrauminiai įsitikinimai prognozavo patekimą į kompleksinio potrauminio streso sutrikimo rizikos grupę lyginant su grupe tyrimo dalyvių, nepriklausančių PTSS/KPTSS rizikos grupei. Tyrimo dalyvių amžius statistiškai reikšmingos prognostinės reikšmės neturėjo.

6 lentelė. Multinominės logistinės regresinės analizės rezultatai

PĮ	PTSS-ne PTSS/KPTSS				KPTSS-ne PTSS/KPTSS			
	<i>B</i>	S.E.	<i>OR</i>	[x;y]	<i>B</i>	S.E.	<i>OR</i>	[x;y]
Požiūrio į save poskalė	-0,648	0,257	0,523*	[0,317-0,865]	0,500	0,216	1,648*	[1,080-2,515]
Požiūrio į pasaulį poskalė	0,528	0,263	1,696*	[1,012-2,842]	0,188	0,211	1,207	[0,799-1,823]
Savęs kaltinimo poskalė	0,170	0,210	1,185	[0,785-1,790]	0,375	0,178	1,455*	[1,026-2,062]
Amžius	-0,004	0,026	0,996	[0,947-1,048]	-0,22	0,023	0,978	[0,936-1,023]

Pastaba. PTSS – potrauminio streso sutrikimo simptomų grupių suminiai įverčiai, KPTSS – kompleksinio potrauminio streso simptomų grupių suminiai įverčiai, *B* – regresijos koeficientas, S.E. – standartinė paklaida, *OR* galimybių santykis. Statistiškai reikšmingi rezultatai pateikiami paryškintu šriftu.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Trauminių patirčių ir psichikos sutrikimų rizikos paplitimas tiriamoje imtyje

Atsižvelgiant į tai, kad tyrime naudojami tiriamųjų, užsiregistravusių dalyvauti internetinėje intervencijoje „Spring“, kuri skirta mažinti potrauminio streso simptomus, duomenys, visi tyrimo dalyviai nurodė gyvenime patyrę trauminių įvykių. Tiriamieji per gyvenimą nurodė patyrę vidutiniškai 6,98 skirtingų trauminių patirčių. Gauti rezultatai panašūs į kitus Lietuvoje atliktus klinikinės imties tyrimus. 2016-2017 metais Lietuvoje atlikto klinikinės imties tyrimo metu nustatyta, kad tyrimo dalyviai patyrė vidutiniškai 5,77 skirtingų trauminių įvykių (Kvedaraitė et al., 2021). Lyginant su bendros populiacijos tyrimų rezultatais, viename iš Lietuvoje atliktų tyrimų nustatyta, kad tyrimo dalyviai vidutiniškai nurodė patyrę po beveik keturis skirtingus trauminius įvykius (Skerytė-Kazlauskienė et al., 2015), kitame – nurodė vidutiniškai patyrę 5,40 trauminių įvykių (Kairytė et al., 2022). 24 šalyse atliktų tyrimų metu nustatyta, kad per savo gyvenimą vidutiniškai bendrosios populiacijos imties tiriamieji nurodė patyrę 3 skirtingus potencialiai traumuojančius įvykius (Kessler et al., 2017). Didelis trauminių patirčių skaičius šioje imtyje tikėtinas atsižvelgiant į tai, kad internetinėje intervencijoje dalyvauti buvo kviečiami asmenys, patiriantys potrauminio streso simptomus, todėl galima daryti prielaidą, jog intensyvesnė traumų patirtis galimai siejasi su didesne tikimybe ieškoti psichologinės pagalbos.

Kalbant apie atskirus amžiaus tarpsnius, tiriamieji šiame tyrime nurodė vidutiniškai patyrę 2,4 skirtingas traumines patirtis vaikystėje iki 12 metų, amžiaus tarpsnyje nuo 12 iki 18 metų – vidutiniškai patyrė 3,4 traumines patirtis, suaugusiojo amžiaus tarpsnyje tiriamieji vidutiniškai nurodė patyrę 4,69 traumines patirtis. Airijoje atliktame bendrosios populiacijos tyrime, tiriamieji nurodė vidutiniškai patyrę 0,87 traumines patirtis vaikystėje iki 12 metų, amžiaus tarpsnyje nuo 12 iki 18 metų – nurodė vidutiniškai patyrę 0,88 trauminių patirčių, suaugusiojo amžiuje – 1,52 traumines patirtis (Jewett et al., 2022).

Vieną trauminių įvykių šiame tyrime nurodė patyrę 1,9% tyrimo dalyvių, 2-3 – 12% tyrimo dalyvių, 4-6 – 29,7% tyrimo dalyvių, 7-9 – 36,1% tyrimo dalyvių, daugiau kaip 10 trauminių įvykių nurodė patyrę 20,5% tyrimo dalyvių. Panašios tendencijos pastebėtos ir kitame klinikinės imties tyrime: vieną trauminių įvykių nurodė patyrę 3,9% tyrimo dalyvių, 2-3 – 21,1% tyrimo dalyvių, 4-6 – 35,7% tyrimo dalyvių, 7-9 – 37,9% tyrimo dalyvių, daugiau kaip 10 trauminių įvykių nurodė patyrę 11,4% tyrimo dalyvių (Kvedaraitė et al., 2021).

Šiame tyrime tiriamieji bent kartą gyvenime dažniausiai minėjo patyrę seksualinį priekabiavimą (61,1%), artimojo gyvybei pavojingos ligos diagnozę arba įvykį (58,3%) bei fizinį tėvų ar globėjų smurtą (47,2%). Kitame Lietuvoje atliktame klinikinės imties tyrime, labiausiai paplitę trauminiai įvykiai skyrėsi: dažniausiai buvo minėta staigi atsitiktinė artimojo mirtis (72,1%), sunki kančia (67,9%), nelaimingi atsitikimai kelyje (60,7%) ir fizinis smurtas (58,9%) (Kvedaraitė et al., 2021). Dar vieno Lietuvoje atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad tarp dažniausiai patiriamų trauminių įvykių tiriamieji nurodė: sunkią kančią (65,8%), fizinį smurtą vaikystėje (62,7%), fizinį užpuolimą suaugus (60,1%), kitus nepageidaujamus seksualinius išgyvenimus (52,5%) bei staigią atsitiktinę artimojo mirtį (51,3%) (Kairytė et al., 2022).

Kalbant apie trauminius įvykius, patirtus skirtingais amžiaus etapais, šio tyrimo dalyviai dažniausiai nurodė iki 12 metų patyrę fizinį tėvų ar globėjų smurtą (41,7%), pasikartojančias patyčias (17,6%) bei fizinį kitų asmenų smurtą (13,9%). Amžiaus grupėje nuo 13 iki 18 metų, tyrimo dalyviai dažniausiai rinkosi šiuos trauminius įvykius: pasikartojančias patyčias (41,7%), seksualinį priekabiavimą (29,6%), fizinį tėvų ar globėjų smurtą bei fizinį kitų asmenų smurtą (abiems atvejais – 20,4%). Amžiaus tarpsnyje nuo 18 metų ir vėliau tyrimo dalyviai dažniausiai nurodė patyrę artimojo gyvybei pavojingos ligos diagnozę ar įvykį (20,4%), seksualinį priekabiavimą (20,4%) ir tapę kito žmogaus kančių ar mirties liudytojais (20,4%).

Apibendrinus tyrimo rezultatus apie trauminių patirčių paplitimą tiriamųjų imtyje, trauminiai įvykiai buvo gana dažni visais gyvenimo etapais – vaikystėje dominavo fizinis smurtas ir patyčios, paauglystėje dažniausiai patirtos patyčios ir seksualinis priekabiavimas, o suaugusiojo amžiuje – artimųjų ligos ir netektys. Gauti trauminių patirčių paplitimo rezultatai panašūs į kitų Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatus. Vis dėlto, svarbu turėti omenyje, kad imtis buvo siekianti pagalbos dėl patiriamo su trauminėmis patirtimis susijusio streso.

Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad tiriamieji pasižymėjo gana aukšta PTSS ir KPTSS rizika: 20% tyrimo dalyvių nustatyta PTSS rizika, 47% tyrimo dalyvių KPTSS rizika. Analizuojant depresijos rizikos paplitimą tiriamoje imtyje, 45% tyrimo dalyvių pasižymėjo depresijos epizodo rizika. 2016-2017 metais Lietuvoje atliktame klinikinės imties tyrime, PTSS ir KPTSS paplitimas buvo atitinkamai 13,9% ir 10% (Kvedaraitė et al., 2021). Klinikinėse imtyse KPTSS yra neretai dažniau nustatomas sutrikimas nei PTSS (Hyland et al., 2017; Vallières et al., 2018). Dar viename Lietuvoje atliktame tyrime 14,6% tyrimo dalyvių buvo nustatyta PTSS rizika, o 37,3% – KPTSS rizika (Kairytė et al., 2022).

Apibendrinus, šio tyrimo rezultatai parodė aukštesnį šių sutrikimų paplitimą nei ankstesniuose tyrimuose Lietuvoje, kuriuose KPTSS taip pat buvo dažniau nustatomas nei PTSS. Tokie rezultatai gali būti aiškinami tuo, kad internetine intervencija „SPRING“ buvo kviečiami naudotis potrauminio streso sutrikimo simptomus jaučiantys asmenys.

4.2. Potrauminių įsitikinimų ir psichikos sveikatos rodiklių sąsajos

Šiame tyrime nustatyta reikšminga vidutinio stiprumo teigiama koreliacija tarp neigiamų potrauminių įsitikinimų ir KPTSS sutrikusios saviorganizacijos simptomų bei depresijos simptomų. Koreliacija tarp potrauminių įsitikinimų ir potrauminio streso sutrikimo simptomų statistiškai reikšminga nenustatyta, tačiau ji buvo labai arti statistinio reikšmingumo.

Analizuojant atskirų potrauminių įsitikinimų poskalių sąsajas su psichikos sveikatos sutrikimais, nustatyta, kad **požiūrio į save poskalė** pasižymėjo stipriomis teigiamomis koreliacijomis tiek su KPTSS sutrikusia saviorganizacija, tiek su depresija. Tuo tarpu tarp požiūrio į save poskalės ir potrauminio streso sutrikimo nustatyta reikšminga neigiama vidutinio stiprumo koreliacija, kuri reiškia, kad kuo stipresni PTSS simptomai, tuo mažiau išreikšti potrauminiai įsitikinimai, susiję su požiūriu į save. **Savęs kaltinimo ir požiūrio į pasaulį poskalės** statistiškai reikšmingo ryšio su potrauminio streso sutrikimu neturėjo, tačiau sąsajos tiek su KPTSS sutrikusia saviorganizacija, tiek su depresija pasižymėjo vidutinio stiprumo arba stipriomis koreliacijomis.

Iš tiesų, yra nedaug tyrimų, kuriuose nagrinėtos potrauminių įsitikinimų sąsajos su KPTSS. Vienas iš pirmųjų tokių tyrimų, kuriame buvo analizuojamas neigiamų įsitikinimų sąsajos su KPTSS, buvo atliktas Karatzias ir kt. (2018). Tyrimo rezultatai parodė, kad neigiami įsitikinimai apie save, pasaulį bei savęs kaltinimas buvo reikšmingai dažnesni tarp KPTSS turinčių asmenų, palyginti su asmenimis, turinčiais PTSS.

Šiame tyrime atlikta logistinė regresinė analizė parodė, kad nors potrauminiai įsitikinimai statistiškai reikšmingai neprognozavo depresijos rizikos, tačiau jų prognostinė reikšmė vertinant potrauminio streso sutrikimų tikimybę buvo žymi. Depresijos rizikos regresinis modelis buvo statistiškai reikšmingas, tačiau nė viena potrauminių įsitikinimų grupė (požiūris į save, požiūris į pasaulį, savęs kaltinimas) neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos depresijos rizikai. Tai leidžia daryti išvadą, kad nors potrauminiai įsitikinimai gali būti susiję su depresijos simptomais, jų prognostinė reikšmė mažesnė nei sąsajose su trauma susijusiais sutrikimais.

Tuo tarpu multinominė logistinė regresinė analizė, atlikta kontroliuojant tyrimo dalyvių amžių, atskleidė potrauminių įsitikinimų reikšmę prognozuojant riziką priklausyti PTSS ar KPTSS rizikos grupėms. Rezultatai rodo, kad stiprėjant požiūrio į save neigiamiems įsitikinimams, tikimybė patekti į PTSS rizikos grupę mažėja, o tikimybė patekti į KPTSS rizikos grupę didėja. Tokie rezultatai, kad turintys daugiau neigiamų įsitikinimų apie save, labiau linkę patirti KPTSS simptomus, gali būti aiškinama tuo, kad šie įsitikinimai atspindi labiau ilgalaikius neigiamus apie save įsitikinimus, būdingus KPTSS. Tuo tarpu PTSS rizikos grupėje neigiami įsitikinimai apie save gali būti mažiau išreikšti arba susiję su specifiniais trauminiais įvykiais. Požiūris į pasaulį buvo susijęs tik su padidėjusia tikimybe patekti į PTSS rizikos grupę, bet nebuvo reikšmingas prognozuojant KPTSS. Tai leidžia daryti prielaidą, kad išorinės grėsmės suvokimas gali būti labiau būdingas „tradicinei“ PTSS simptomatikai, kuriai būdingi budrumo ir vengimo mechanizmai. Tuo tarpu savęs kaltinimo įsitikinimai reikšmingai prognozavo tik priklausymą KPTSS rizikos grupei, o tai patvirtina, kad giluminiai kaltės, atsakomybės ar gėdos išgyvenimai labiau būdingi kompleksinei traumos pasekmių formai, kurioje dominuoja vidiniai, savastį liečiantys simptomai.

Taip pat buvo atlikta atskirų potrauminių įsitikinimų poskalių ir atskirų psichikos sveikatos sutrikimų simptomų sąsajų analizė. Pirmiausiai aptarsime sąsajas su potrauminio streso sutrikimo simptomais. Visos potrauminių įsitikinimų poskalės turėjo statistiškai reikšmingų sąsajų su pasikartojančių **trauminės patirties išgyvenimų dabartyje simptomais**. **vengimo simptomai** statistiškai reikšmingai susiję tik su požiūrio į pasaulį poskale, o nuolatinio **padidėjusio grėsmės jausmo** simptomai su potrauminių įsitikinimų poskalėmis statistiškai reikšmingų sąsajų neturėjo. Taigi potrauminiai įsitikinimai labiausiai siejosi su pasikartojančių trauminės patirties išgyvenimų dabartyje simptomais.

Analizuojant ryšius tarp potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių ir KPTSS atskirų simptomų grupių, statistiškai reikšmingų sąsajų nustatyta tarp visų potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių bei **emocijų reguliacijos, neigiamo savęs vaizdo** bei **sutrikusių santykių**, išskyrus tai, kad savęs kaltinimo poskalė neturėjo statistiškai reikšmingos sąsajos su sutrikusiais santykiais. Stipriausios koreliacijos nustatytos tarp potrauminių įsitikinimų požiūrio į save poskalės ir **neigiamo savęs vaizdo** bei **sutrikusių santykių**; požiūrio į pasaulį poskalės ir **emocijų reguliacijos** simptomų grupės. Taigi potrauminiai įsitikinimai yra reikšmingai susiję su sutrikusios saviorganizacijos emocijų reguliacijos ir neigiamo savęs vaizdo simptomais, tačiau jų ryšys su sutrikusių santykių simptomais nėra vienareikšmis.

Gilbar ir kt. (2021) tyrimas atskleidė reikšmingas potrauminių įsitikinimų sąsajas ne tik su bendru PTSS ir KPTSS simptomų sunkumu, bet ir su atskiromis simptomų grupėmis. Tyrime nustatyta, kad požiūris į save buvo labiausiai susijęs su emocijų reguliacijos sunkumais – viena iš trijų KPTSS simptomų grupių. Taip pat buvo nustatyta, kad šie įsitikinimai turėjo tiesioginį poveikį sutrikusių santykių sunkumams – kitai svarbiai KPTSS simptomų grupei. Be to, požiūris į save taip pat prognozavo padidėjusį grėsmės jausmą bei trauminės patirties išgyvenimo dabartyje – simptomus, priskiriamus PTSS. Anot autorių, tai rodo, kad potrauminiai įsitikinimai gali daryti įtaką ne tik savęs vaizdui ir emocijų reguliacijai, bet ir trauminių prisiminimų apdorojimui bei nuolatinio grėsmės jausmo palaikymui.

Tiek Karatzias ir kt. (2018), tiek Gilbar ir kt. (2021) tyrimų rezultatai parodė, kad požiūrio į save poskalė buvo labiausiai susijusi su KPTSS simptomais, ypač su neigiamo savęs vaizdo ir emocijų reguliacijos sutrikimais. Požiūrio į pasaulį poskalė buvo labiau susijusi su PTSS simptomais, tokiais kaip padidėjęs grėsmės jausmas. Tuo tarpu savęs kaltinimo poskalė buvo vidutiniškai susijusi tiek su PTSS, tiek su KPTSS simptomais. Šie duomenys patvirtina, kad skirtingų potrauminių įsitikinimų aspektai skirtingai prisideda prie atskirų sutrikimų klinikinės raiškos ir gali būti naudingi taikant individualizuotas psichoterapines intervencijas.

Apibendrinant, šio tyrimo rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų (Gilbar et al., 2021; Karatzias et al., 2018) duomenis, jog neigiamas požiūris į save yra labiausiai susijęs su KPTSS simptomais, ypač su neigiamu savęs vaizdu ir emocijų reguliacijos sunkumais. Tačiau šiame tyrime, skirtingai nei Gilbar ir kt. (2021), nenustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp potrauminių įsitikinimų ir padidėjusio grėsmės jausmo, o savęs kaltinimo poskalė nesusijusi su sutrikusiais santykiais, kas rodo galimus imties ar kontekstinių veiksnių skirtumus. Šiuos skirtumus galėtų lemti keli aspektai: pirma, analizuota imtis buvo nedidelė ir nevienalytė pagal trauminės patirties pobūdį bei sunkumą, todėl galėjo skirtis potrauminių įsitikinimų intensyvumas ar raiškos pobūdis. Antra, tyrimo dalyvių atsakymus į klausimynus galėjo paveikti skirtingas emocijų raiškos, kaltės ar savivertės traktavimas.

4.3. Potrauminių įsitikinimų ir trauminių patirčių sąsajos

Analizuojant potrauminių įsitikinimų sąsajas su trauminėmis patirtimis, nustatyta vidutinio stiprumo koreliacija tarp potrauminių įsitikinimų bendrų įverčių ir kumuliacinės traumos per visą gyvenimą ($r=0,321$, $p<0,001$) ir silpnos koreliacijos vertinant potrauminių įsitikinimų sąsajas su trauminėmis patirtimis skirtingais amžiaus laikotarpiais (trauminės

patirtys, patirtos iki 12 metų: $r=0,211$, $p=0,028$, tarp 12 ir 18 m.: $r=0,245$, $p=0,011$, suaugus: $r=0,191$, $p=0,048$).

Analizuojant potrauminių įsitikinimų atskirų poskalių sąsajas su trauminėmis patirtimis atskirais amžiaus tarpsniais, nustatyta, kad skirtingos trauminės patirtys, patirtos iki 12 metų, turėjo statistiškai reikšmingą sąsają tik su potrauminių įsitikinimų požiūrio į pasaulį poskale ($r=0,297$, $p=0,002$). Skirtingos trauminės patirtys, patirtos nuo 12 iki 18 metų ir suaugusiojo amžiuje, turėjo statistiškai reikšmingą sąsają tik su potrauminių įsitikinimų požiūrio į save poskale (atitinkamai $r=0,222$, $p=0,021$ ir $r=0,201$, $p=0,037$).

Šie rezultatai iš dalies sutampa su ankstesnių tyrimų duomenimis. Tyrka ir kt. (2008) nustatė, kad vaikystėje patirtos traumos yra reikšmingai susijusios su sutrikusiu įsitikinimų apie pasaulio saugumą ir nuspėjamumą formavimusi. Šiame tyrime skirtingos trauminės patirtys, patirtos iki 12 metų, turėjo statistiškai reikšmingą sąsają su potrauminių įsitikinimų požiūrio į pasaulį poskale. Tuo tarpu Gil ir kiti (2015) bei Wright ir kiti (2021) savo tyrimuose nustatė, kad paauglystėje ir suaugus patirtos traumos labiau siejamos su neigiamu savęs vertinimu – tai atitinka šio tyrimo rezultatus, kurie patvirtina trauminių patirčių paauglystėje ir suaugus sąsajas su potrauminių įsitikinimų požiūrio į save poskale.

Kita vertus Frazier ir kt. (2011) nustatė visų potrauminių įsitikinimų poskalių ryšį su vaikystės traumomis, o ne tik sąsajas su viena – požiūrio į pasaulį poskale. Žinoma, galimus skirtumus gali lemti tiriamųjų amžius, kultūriniai kontekstai, naudoti matavimo instrumentai ir kiti veiksniai.

Šio tyrimo rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad skirtingi gyvenimo etapai lemia skirtingų potrauminių įsitikinimų pažeidžiamumą: vaikystėje formuojasi bazinis pasaulio suvokimas, tuo tarpu paauglystėje ir suaugus stiprėja savivertės ir tapatumo aspektai, kuriems traumos daro įtaką.

4.4. Potrauminių įsitikinimų ir su trauma susijusių emocijų sąsajos

Tyrimo rezultatai atskleidė glaudų ryšį tarp potrauminių įsitikinimų ir emocijų, kylančių po traumos – visų pirma, gėdos ir kaltės. Paaiškėjo, kad gėdos ir kaltės išgyvenimas yra reikšmingai susijęs su stipriau išreikštu savęs kaltinimu. Tai leidžia daryti prielaidą, jog žmonės, intensyviau išgyvenantys gėdą, yra labiau linkę kaltinti save dėl išgyventos trauminės patirties. Gėda gali būti išgyvenama kaip nepilnavertiškumo jausmas, kuris stiprina įsitikinimus apie asmeninę atsakomybę už traumą. Natūralu, kad savęs kaltinimo įsitikinimai koreliuoja su bendru kaltės jausmu, susiformavusiu po traumos. Tuo tarpu kitos tirtos emocijos

– baimė, pyktis, pasibjaurėjimas ir liūdesys – nebuvo reikšmingai susijusios su stipresniu savęs kaltinimu.

Pasibjaurėjimas, gėda ir kaltė taip pat reikšmingai siejasi su neigiamu požiūriu į pasaulį, o tai rodo, kad šias emocijas patiriantys asmenys gali būti linkę suvokti aplinką kaip grėsmingą ir nesaugią. Toks suvokimas gali būti susijęs su sutrikusiu pasitikėjimu kitais žmonėmis bei sustiprėjusiu socialiniu atsitraukimu.

Pyktis, liūdesys, gėda ir kaltė, savo ruožtu, reikšmingai susiję su stipresniu neigiamu požiūriu į save. Tokį požiūrį į save turintys žmonės dažniau jaučiasi esą menkaverčiai, silpni ar net „sugadinti“ dėl patirtos traumos. Šiame tyrime nenustatyta reikšmingų potrauminių įsitikinimų, susijusių su požiūriu į save, ir baimės bei pasibjaurėjimo.

Šios išvados dera su ankstesnių tyrimų rezultatais, jog potrauminiai įsitikinimai glaudžiai susiję su emocijomis, kurios susiję su trauminėmis patirtimis ir daro įtaką PTSS ir KPTSS vystymuisi bei palaikymui. Ypač dažnai minimos sąsajos tarp potrauminių įsitikinimų ir gėdos, kaltės ir baimės, nors su pastarąja potrauminių įsitikinimų sąsajos šiame tyrime nenustatytos. Pavyzdžiui, Schoorl ir kitų (2021) tyrimas parodė, kad potrauminiai įsitikinimai apie save (pvz., „esu nieko vertas“) stipriai siejasi su gėdos jausmu. Ši emocija turėjo reikšmingesnę poveikį PTSS simptomų sunkumui nei kaltė, pabrėžiant, kad gėda gali būti vienas iš pagrindinių veiksnių, sunkinančių trauminės patirties pasekmes. Mokslininkai pažymi, kad gėda apima ne tik elgesio, bet ir asmens savęs vertinimą, todėl jos poveikis yra giluminis ir labiau susijęs su ilgalaike traumine patirtimi.

Pugh, Taylor ir Berry (2021) tyrimas patvirtino, kad gėdos poveikis PTSS simptomams pasireiškia per neigiamą požiūrį į save. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog gėda gali būti tarpinis veiksnys, jungiantis trauminę patirtį su potrauminio streso simptomais per potrauminius įsitikinimus. Be to, minėtame tyrime pastebėtas ryšys tarp gėdos ir įsitikinimo apie savo bejėgiškumą, kas patvirtina gėdos vaidmenį kuriant beviltiškumo nuostatas.

Panašias išvadas pateikė Lee ir kiti (2001), tyrę seksualinės prievartos aukas. Tyrimas parodė, kad stiprus gėdos jausmas glaudžiai siejosi su neigiamais įsitikinimais apie asmeninę vertę bei kaltės dėl patirtos traumos išgyvenimu. Tai rodo, kad gėda dažnai siejama su vidine atsakomybe ir savęs nuvertinimu, ypač tais atvejais, kai trauma yra susijusi su asmens kūnu ar tapatybe.

Startup ir kitų (2007) tyrime taip pat nustatyta, kad neigiamas savęs suvokimas yra vienas stipriausių PTSS sunkumo prediktorių. Jų tyrimas pabrėžia, kad neigiami įsitikinimai apie save sustiprina emocinį atsaką į traumą ir trukdo natūraliam psichologiniam prisitaikymui po įvykio.

Tyrimai taip pat rodo, kad asmenims, turintiems PTSS simptomų, būdingas intensyvesnis baimės išgyvenimas, nors, kaip minėta, šiame tyrime potrauminių įsitikinimų sąsajos su baime nenustatytos. Ši emocija siejama su dažnesniu įkyrių trauminių prisiminimų pasireiškimu bei sunkumais valdant emocijas (Tull et al., 2014). Tull ir kiti (2014) pažymi, kad baimė ne tik aktyvina fiziologinę reakciją, bet ir apsunkina prisitaikymą prie kasdienio gyvenimo situacijų, kuriose gali būti suaktyvinti traumos prisiminimai. Baimė taip pat glaudžiai siejasi su įsitikinimais apie pasaulio pavojingumą – tai patvirtina Cloitre ir kitų (2006) tyrimas, kuriame vaikystės traumas patyrę tyrimo dalyviai atskleidė išaugusį baimės ir nerimo lygį dėl pasaulio suvokimo kaip grėsmingo. Šie potrauminiai įsitikinimai apie pasaulį gali skatinti vengimą, socialinį atsiribojimą ir išaugusį nerimo lygį. Kleim ir kitų (2012) tyrimas atskleidė, kad stiprėjant įsitikinimams apie pasaulio pavojingumą ar savo menkumą, didėja ir depresijos simptomų intensyvumas.

4.5. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingas sąsajas tarp potrauminių įsitikinimų ir psichikos sveikatos rodiklių, tokių kaip kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomai. Visgi, siekiant objektyviai įvertinti gautų rezultatų pritaikomumo ribas, būtina atkreipti dėmesį į tyrimo ribotumus.

Pirmiausia, tyrimo dalyvių imtis buvo gana nedidelė ($N=108$) ir homogeniška – 86,1 % dalyvių sudarė moterys, 67,6 % turėjo aukštąjį išsilavinimą, o vidutinis amžius siekė 38,5 metų. Be to, tyrime dalyvavo užsiregistravę gauti pagalbą internetinės potrauminio streso intervencijos platformoje žmonės. Taigi tyrimo rezultatai negali būti tiesiogiai taikomi vyresnio amžiaus žmonėms ar specifinėms grupėms, pavyzdžiui, kariškiams ar pabėgėliams, kurie dažnai patiria traumas.

Tyrimo dalyvių psichologinė būklė buvo vertinama pasitelkus savęs vertinimo klausimynus, kurie gali būti veikiami atsakymų šališkumo, socialinio pageidaujimumo ir savivokos netikslumų. Be to, vienas iš moksliniuose tyrimuose įvardijamų potrauminiams įsitikinimams įvertinti skirtos PTCI-9 skalės trūkumų yra neigiamai suformuluoti teiginiai. Mokslininkai pastebi, kad tokios formuluotės gali paveikti tyrimo dalyvių nuotaiką, o tai, savo ruožtu, gali iškraipyti potrauminių įsitikinimų vertinimą, ypač tuo metu išgyvenant konkrečią emociškai paveikią situaciją (Goodwin & Williams, 1982; Hankins, 2008).

Kitas reikšmingas ribojantis veiksnys yra tyrimo koreliacinė ir skerspjūvio tipo metodologija. Šie tyrime naudojami metodai leidžia nustatyti ryšius tarp kintamųjų, tačiau

nesudaro galimybių daryti išvadų apie priežastinius ryšius. Nors rezultatai rodo, kad potrauminiai įsitikinimai yra reikšmingai susiję su psichikos sveikatos sutrikimų simptomais, negalima tiksliai nustatyti, ar šie įsitikinimai yra šių simptomų priežastis ar pasekmė.

Dar vienas svarbus tyrimo ribotumų aspektas – atliekant tyrimą nebuvo kontroliuojami šalutiniai veiksniai, galintys daryti poveikį tiek potrauminiams įsitikinimams, tiek psichikos sveikatai, pavyzdžiui, socialinio rato palaikymas, traumos sunkumas, traumos patyrimo trukmė ar ankstesnė psichikos sutrikimų istorija.

Atsižvelgiant į šiuos tyrimo ribotumus, tolimesni tyrimai turėtų būti orientuoti keliomis kryptimis. Visų pirma, rekomenduojama atlikti ilgalaikius tęstinius tyrimus, leidžiančius vertinti priežastinius ryšius tarp potrauminių įsitikinimų formavimosi ir su trauma susijusių sutrikimų simptomų vystymosi laikui bėgant. Tokie tyrimai galėtų atskleisti, ar neigiamų potrauminių įsitikinimų turėjimas yra rizikos veiksnys, prognozuojantis vėlesnį psichikos sveikatos pablogėjimą. Antra, verta tirti skirtingų tipų traumas (pvz., vienkartinis trauminis įvykis ir ilgai besitęsiantys trauminiai įvykiai) bei konteksto veiksnius, galinčius veikti potrauminių įsitikinimų ir psichikos sveikatos ryšį. Pavyzdžiui, traumos įveikos strategijos, kultūrinis kontekstas ar lyties skirtumai gali turėti įtakos tam, kaip formuojasi potrauminiai įsitikinimai ir kaip jie susiję su psichikos sveikata. Galiausiai, tikslinga būtų gilinti tyrimus apie darbą su potrauminais įsitikinimais kaip terapinę kryptį. Nemažai kognityvinės elgesio terapijos tyrimų rodo, kad potrauminių įsitikinimų keitimas gali mažinti potrauminio streso sutrikimo simptomus (Ehlers & Clark, 2000; Kleim et al., 2013), todėl tyrimuose būtų galima tirti, kaip psichologinės intervencijos, orientuotos į specifinių neigiamų potrauminių įsitikinimų (pvz., „pasaulis yra pavojingas“) keitimą, gali paveikti psichikos sveikatą.

4.6. Tyrimo rezultatų pritaikymas ir praktinės rekomendacijos

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad potrauminiai įsitikinimai, ypač susiję su neigiamu požiūriu į save, reikšmingai susiję su KPTSS bei depresijos simptomais ir prognozuoja patekimą į PTSS ir KPTSS rizikos grupes. Tai patvirtina potrauminių įsitikinimų reikšmę kaip galimą psichikos sveikatos sutrikimų išsivystymo ir palaikymo veiksnį. Atsižvelgiant į tai, rekomenduojama potrauminius įsitikinimus įtraukti į psichologinio vertinimo procesus ir gydymo planavimą. Tyrimo rezultatai rodo būtinybę vertinti potrauminius įsitikinimus kaip svarbius prognostinius veiksnius, prognozuojančius psichikos sveikatos sutrikimų išsivystymą po trauminės patirties. Tikslinga į trauminės patirties vertinimą integruoti standartizuotus potrauminių įsitikinimų matavimo instrumentus (pvz., PTCI-9), nes jie gali padėti ne tik

tiksliau suprasti žmogaus trauminius patyrimus, bet ir numatyti riziką patirti sudėtingesnius psichologinius sunkumus.

Antra, psichologinių intervencijų metu tikslinga dirbti su neigiamais potrauminiais įsitikinimais. Ypač rekomenduojama taikyti į traumą orientuotas kognityvines elgesio terapijas (KET), kurios remiasi įsitikinimų keitimo principais. Kaip rodo ankstesni tyrimai (pvz., Ehlers & Clark, 2000; Kleim et al., 2013), įsitikinimų apie save (pvz., „esu bevertis“, „esu silpnas“) ar apie pasaulį (pvz., „pasaulis yra pavojingas“) keitimas gali reikšmingai sumažinti potrauminio streso ar kompleksinio potrauminio streso simptomų intensyvumą.

Galiausiai, svarbu didinti specialistų informuotumą apie potrauminių įsitikinimų reikšmę. Rekomenduojama rengti mokymus psichikos sveikatos specialistams apie potrauminių įsitikinimų vertinimo bei praktinius metodus, kuriais keičiami neigiami potrauminiai įsitikinimai.

Tokios kryptys leistų ne tik veiksmingiau padėti su trauma susidūrusiems žmonėms, bet ir prisidėtų prie inovatyvios, moksliškai pagrįstos ir plačiau prieinamos psichologinės pagalbos sistemos Lietuvoje.

IŠVADOS

1. Tyrimo dalyviai dažniausiai nurodė patyrę šias potencialiai traumines patirtis: seksualinį priekabiavimą (61,1%), artimojo gyvybei pavojingos ligos diagnozę arba įvykį (58,3%) bei fizinį tėvų ar globėjų smurtą (47,2%).
2. Tyrimo dalyviai pasižymėjo aukšta psichikos sveikatos sutrikimų rizika: potrauminio streso sutrikimo (20%), kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (47%), depresijos epizodo (45%).
3. Potrauminiai įsitikinimai, ypač neigamas požiūris į save, buvo reikšmingai susiję su psichikos sveikatos sunkumais, ypač su kompleksinio potrauminio streso sutrikusios saviorganizacijos ir depresijos simptomais.
4. Dėl trauminės patirties jaučiantys kaltę ir gėdą tyrimo dalyviai stipriau patyrė neigiamus potrauminius įsitikinimus nei trauminių patirčių su šiomis emocijomis nesiejantys asmenys.
5. Vaikystėje patirtų skirtingų trauminių patirčių visuma labiau siejosi su stipresniais požiūrio į pasaulį neigiamais potrauminiais įsitikinimais, o paauglystėje ir suaugusiojo amžiuje – su požiūrio į save potrauminiais įsitikinimais.
6. Potrauminiai įsitikinimai, susiję su neigiamu požiūriu į save, teigiamai prognozavo KPTSS riziką ir neigiamai – PTSS riziką, lyginant su ne rizikos grupe. Požiūrio į pasaulį potrauminiai įsitikinimai teigiamai prognozavo PTSS riziką, o savęs kaltinimo potrauminiai įsitikinimai teigiamai prognozavo KPTSS riziką, lyginant su ne rizikos grupe.

LITERATŪRA

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

Baker, A. W., Kavanagh, D. J., Connolly, J., & Hides, L. (2024). The effectiveness of internet-delivered interventions for depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 113, 102295. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102295>.

Baker, A. W., Kavanagh, D. J., Connolly, J., & Hides, L. (2024). The effectiveness of internet-delivered interventions for depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 113, 102295. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102295>.

Bakker, A., Riper, H., & Olff, M. (2020). Digital mental health interventions: Opportunities and challenges. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1766817. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1766817>.

Banz, L. M., Hyland, P., Armour, C., & Karatzias, T. (2022). The association between complex PTSD symptom clusters and suicidal ideation: A network analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2022272. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2022272>.

Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.

Beck, J. G., Coffey, S. F., Palyo, S. A., Gudmundsdottir, B., Miller, L. M., & Colder, C. R. (2011). Psychometric properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A replication with motor vehicle accident survivors. *Psychological Assessment*, 13(4), 529–534. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.529>.

Beck, J. G., Grant, D. M., Clapp, J. D., & Palyo, S. A. (2011). Understanding the interpersonal impact of trauma: Contributions of PTSD and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.001>.

Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>.

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... & 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>.

Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behavior Research and Therapy*, 43(4), 429–441. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.003>.

Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., Monson, C. M., Olff, M., Pilling, S., & Roberts, N. P. (2022). The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of PTSD: Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 369–376. <https://doi.org/10.1002/jts.22720>.

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual research review: Positive adjustment to adversity – Trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>.

Boudoukha, A. H., Denis, C., & Rusinek, S. (2016). Psychological consequences of traumatic events among French firefighters. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29346. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29346>.

Bourdon, K. H., McKee, S. A., Krueger, R. F., & Grant, B. F. (2021). Examining posttraumatic stress disorder symptom profiles in the general population using latent class analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 84, 102463. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102463>.

Brewin, C. R. (2015). Re-experiencing traumatic events in PTSD: New avenues in research on intrusive memories and flashbacks. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27180. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27180>.

Chukwuorji, J. C., Ifeagwazi, C. M., Eze, J. E., & Nwonyi, S. K. N. (2019). Negative core beliefs and posttraumatic stress disorder symptoms: A moderated mediation model. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(10), 1242–1260. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1615609>.

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 587–594. <https://doi.org/10.1002/jts.21823>.

Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Post-traumatic Stress Disorder and Complex Post-traumatic 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., et al. (2006). 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>.

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>.

Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809–829. doi:10.1016/S0005-7967(98)00181-8.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (1999). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00123-0).

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0).

Ehlers, A., Clark, D. M., Dunbar, M., & Foa, E. B. (1995). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 8(3), 375–390. <https://doi.org/10.1007/BF02102894>.

Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403–415. <https://doi.org/10.1080/09658210444000025>.

Ehring, T., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2008). Do cognitive models help in predicting the severity of posttraumatic stress disorder, phobia and depression after motor

vehicle accidents? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 219–230. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.219>.

Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. In R. Curtis (Ed.), *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (pp. 111–137). Guilford Press.

Facer-Irwin, E., Blackwood, N. J., Bird, A., Dickson, H., McGlade, D., Alves-Costa, F., ... & MacManus, D. (2022). Complex PTSD in trauma-exposed populations: A systematic review of the evidence for the new ICD-11 diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 384–400. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00045-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00045-5).

Facer-Irwin, E., Karatzias, T., Bird, A., Blackwood, N., MacManus, D. (2022). PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychological Medicine*, 52. 2794-2804. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004936>.

Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 141–150. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/rflory>.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.

Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314. doi:10.1037/1040-3590.11.3.303.

Forbes, D., Fletcher, S., Wolfgang, B., Varker, T., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R. A., & O'Donnell, M. (2014). Practitioner perceptions of skills and competencies required for treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 583–591. <https://doi.org/10.1037/a0037361>.

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>.

Frazier, P. A., Anders, S. L., Perera, S., Tomich, P. L., Tashiro, T., & Marshall, S. L. (2011). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated psychological symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 83–96. <https://doi.org/10.1037/a0021601>.

Freichel, M., Titze, K., Ehring, T., & Rosner, R. (2022). Maladaptive coping and posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102132>.

Freichel, M., Zimmermann, J., Euteneuer, F., & Eid, M. (2022). Emotional avoidance in PTSD: The mediating role of experiential avoidance in the relationship between PTSD symptoms and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 87, 102555. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102555>.

Galloucis, B. G., Erikson, S. E., & Rappaport, K. (2000). Resiliency and vulnerability factors in the course of recovery from trauma. In A. Shalev, R. Yehuda, & A. McFarlane (Eds.), *International handbook of human response to trauma* (pp. 489–500). Springer.

Geleželytė, O. (2022). *Kompleksinis potrauminis stresas. Samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas. Metodinė priemonė*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

Geleželytė, O., & Kazlauskas, E. (2023). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder prevalence in Lithuania: A systematic review. *Psychotraumatology*, 12(1), 2185678. <https://doi.org/10.1080/20008198.2023.2185678>.

Geleželytė, O., Kazlauskas, E., & Želvienė, P. (2025). Potrauminiai įsitikinimai ir potrauminio streso sutrikimo simptomai: Naujų tyrimų rezultatai. *Psichotraumatologija Lietuvoje*, 7(1), 15–27.

George, C., Brewin, C. R., & Craske, M. G. (2016). Negative self-appraisals and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in war-exposed children. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.05.009>.

Gil, S., Weinberg, M., & Or-Chen, K. (2015). Coping strategies and internal resources as predictors of psychological symptoms following exposure to a traumatic event: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 382–389. <https://doi.org/10.1037/tra0000031>.

Gilbar, O. (2020). Examining the role of self-kindness and self-judgment in the association between complex PTSD and depression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 75–82. <https://doi.org/10.1037/tra0000456>.

Gilbar, O., Dekel, S., & Hyland, P. (2021). Latent classes of ICD-11 posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder and adjustment disorder in a trauma-exposed sample: Examining the role of depression and anxiety. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929024. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929024>.

Glück, T. M., Knefel, M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2017). PTSD and complex PTSD in childhood trauma survivors: A structural validation of the ICD-11 proposal. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1338924. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338924>.

Goodwin, R., & Williams, G. (1982). Mood effects in self-report measures: The influence of negative item wording. *British Journal of Social Psychology*, 21(4), 263–269. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1982.tb00555.x>.

Gravetter, F. & Wallnau, L. (2014). *Essentials of Statistics for the Behavioral Sciences*. 8th Edition, Wadsworth, Belmont, CA.

Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2), 81–87. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2007.00859.x>.

Hankins, M. (2008). The impact of negatively worded items on the factor structure of the general health questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 226–231. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.012>.

Heim, E., Wegmann, K., Maercker, A., & Ben-Ezra, M. (2022). Is social disconnection a core feature of complex PTSD? A critical commentary and extension of the ICD-11 model. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2090584. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2090584>.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM–5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 133–141. <https://doi.org/10.1037/tra0000908>.

Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>.

Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Vallières, F., McGinty, G., ... & Murphy, J. (2020). Quality not quantity: The role of trauma type and frequency in the co-

occurrence of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 705–714. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01996-y>.

Hyland, P., Shevlin, M., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., ... & Brewin, C. R. (2023). The memory and identity model of ICD-11 complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 101, 102324. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102324>.

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., & Vallières, F. (2023). Understanding ICD-11 complex PTSD: A memory and identity focused approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2202645. <https://doi.org/10.1080/20008198.2023.2202645>.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press. <https://psycnet.apa.org/record/1992-98667-000>.

Jellestad, L., Nakkas, C., Hasler, I., & Schnyder, U. (2021). Symptom structure of ICD-11 complex PTSD in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1947566. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1947566>.

Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2022). *Psychological trauma at different developmental stages and ICD-11 CPTSD: The role of dissociation*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(1), 52–67. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1934936>.

Kairyte, A., Kvedaraite, M., Kazlauskas, E., & Gelezelyte, O. (2022). Exploring the links between various traumatic experiences and ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13:896981. Doi: 10.3389/fpsyg.2022.896981.

Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8:sup7, 1418103. Doi: 10.1080/20008198.2017.1418103.

Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., ... & Roberts, N. P. (2019). PTSD and complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany, and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1670626. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1670626>.

Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2018). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>.

Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2019). Evidence of distinct profiles of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A latent

class analysis in a UK trauma-exposed population. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1611520. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1611520>.

Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiou, K., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2016). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma-related disorders criteria: A latent class analysis in a culturally diverse sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 31143. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31143>.

Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Affective dysregulation and relationship disturbance in ICD-11 complex PTSD: A scoping review of evidence and conceptual considerations Kaufman et al., 2018.

Kazlauskas, E. (2017). Challenges for providing health care in traumatized populations: barriers for PTSD treatments and the need for new developments. *Global Health Action*, 10:1, 1322399. Doi: 10.1080/16549716.2017.1322399.

Kazlauskas, E., & Želvienė, 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., Gegieckaitė, G., Eimontas, J., Želvienė, P., & Maercker, A. (2021). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic construct. *BMC Psychiatry*, 21, 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03001-1>.

Kazlauskas, E., Želvienė, P. & Eimontas, J. (2017). „No Posttraumatic Stress Disorder in Lithuania“: National Health Care Fails to Identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, Volume 30, Issue 1. <https://doi.org/10.1002/jts.22152>.

Kazlauskas, E., Želvienė, P. (2015). A History of Political Violence in the Family as a Resilience Factor. In D. Ajdukovic, S. Kimhi & M. Lahad (Eds), *NATO Science for Peace and Security Series – E: Human and Societal Dynamics: Vol. 119. Resiliency: Enhancing coping with crisis and terrorism* (pp. 141-148). Amsterdam: IOS Press. Doi: <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-490-9-141>.

Kazlauskas, E., Želvienė, P., Daniūnaitė, I., Gecaitytė-Stončienė, J., & Berankis, M. (2018). Complex PTSD in Lithuania: The validation of ICD-11 trauma-related diagnoses using the International Trauma Questionnaire (ITQ). *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J. et al. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8:1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>.

Kleim, B., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2012). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological Medicine*, 42(4), 817–826. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001803>.

Kleim, B., Grey, N., Wild, J., Nussbeck, F. W., Stott, R., Hackmann, A., ... & Ehlers, A. (2013). Cognitive change predicts symptom reduction with cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 383. <https://doi.org/10.1037/a0031290>.

Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Bisson, J., Karatzias, T., Kazlauskas, E., Roberts, N. P. (2020). A cross-cultural comparison of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder symptom networks in Austria, the United Kingdom, and Lithuania. *Journal of Traumatic Stress*, 33(1), 41-51. doi: 10.1002/jts.22361.

Knutsen, M. L., Wingenfeld, K., & Schäfer, I. (2018). Complex PTSD symptoms in survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1420086. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1420086>.

Knutsen, A. K., Worthington, E. L., Jr., & Lavelock, C. R. (2018). Posttraumatic stress and depressive symptoms in sexual assault victims: The mediating role of trauma-related beliefs. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(22), 3411–3432. <https://doi.org/10.1177/0886260516635311>.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... & Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>.

Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Karatzias, T., Roberts, N., & Kazlauskas, E. (2021). Mediating role of avoidance of trauma disclosure and social disapproval in ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder: Cross-sectional study in a Lithuanian clinical sample. *BJPsych Open*, 7(6), e217. <https://dx.doi.org/10.1192%2Fbjo.2021.1055>. Kvedaraitė et al., 2022.

Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 451–466. <https://doi.org/10.1348/000711201161109>.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206.

Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Post-traumatic Stress Disorder and Complex Post-traumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 270–276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790>.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. Brunner/Mazel.

Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2017). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 501–512. <https://doi.org/10.1037/a0030091>.

Müller-Engelmann, M., & Steil, R. (2017). Cognitive restructuring and imaginal exposure for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse in an individual treatment setting: A pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 352–361. <https://doi.org/10.1002/cpp.2000>.

Naderi, M., Sadeghi, K., & Asadi, S. (2015). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on resilience and posttraumatic growth in adolescents with posttraumatic stress disorder. *International Journal of School Health*, 2(4), e29147. <https://doi.org/10.17795/intjsh-29147>.

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(8), 848–851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults*. NICE Guideline No. 116. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence>.

O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390–1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1390>.

Oakley, M., Kenardy, J., Browne, M., & McDermott, B. (2021). Systematic review and meta-analysis of exposure-based treatments for children and adolescents with

posttraumatic stress disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(4), 660–682. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00361-8>.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>.

Pasaulio sveikatos organizacija. (1992). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, 10-oji redakcija (TLK-10)*. Ženeva: PSO.

Pasaulio sveikatos organizacija. (2018). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, 11-oji redakcija (TLK-11)*. Ženeva: PSO. Prieiga per <https://icd.who.int/>

Peirce, J. M., Kindred, J. H., & Aldridge, M. E. (2009). The complexities of identifying a primary traumatic event: Considerations for trauma-focused therapy. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 239–242. <https://doi.org/10.1002/jts.20419>.

Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2022). Avoidance in posttraumatic stress disorder: A review of the theoretical and empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 95, 102169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102169>.

Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2021). The role of emotion regulation in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 87, 102032. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102032>.

Schönfeld, S., Ehlers, A., Böllinghaus, I., & Rief, W. (2011). Overgeneral memory and suppression of trauma memories in post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 42(2), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>.

Schoorl, M., Scholte, E., & Vermeer, H. (2021). The role of emotion regulation in the treatment of PTSD: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1875297. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1875297>.

Schumm, J. A., Dickstein, B. D., Walter, K. H., Owens, G. P., & Chard, K., M. (2015). Changes in posttraumatic cognitions predict changes in posttraumatic stress disorder symptoms during cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 1161–1166. doi:10.1037/ccp0000040.

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., ... Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1–8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>.

Shevlin, M., Hyland, P., Butter, S., McBride, O., Hartman, T.K., Karatzias, T., & Bental, R.P. (2023). 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*, 79(3), 854-870. <https://doi.org/10.1002/jclp.23446>.

Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Vallières, F., Murphy, J., Hansen, M., ... & Cloitre, M. (2022). A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the United States National Comorbidity Survey. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2030591. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2030591>.

Simon, N. M., Zhu, X., Mannarino, A. P., Phillippe, F. L., & Amstadter, A. B. (2023). Posttraumatic stress disorder: Advances in understanding and treating PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 329–357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-104549>.

Skerytė-Kazlauskienė, M., Mažulytė, E., & Eimontas, J. (2015). Psichologinės savijautos, trauminės patirties ir įveikos įverčiai visose tyrimo dalyvių grupėse. Iš D. Gailienė (sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Vilnius: Eugrimas.

Smith, P., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., Clark, D. M., White, S., Dunn, R., ... & Yule, W. (2020). Treatment of posttraumatic stress disorder in young people: A systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 431–446. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>.

Startup, M., Makovac, E., & Lavender, A. (2007). The role of self-esteem and self-criticism in the development of PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 331–346. <https://doi.org/10.1017/S1352465807003641>.

Steen, K., Hyland, P., Karatzias, T., & Cloitre, M. (2023). Negative self-concept in ICD-11 complex PTSD: A review of the literature and future directions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(1), 33–41. <https://doi.org/10.1037/tra0001291>.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 167–197. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032615-050216>.

Testa, M. (2008). Interpersonal violence in the lives of women involved in the criminal justice system: Research and practice directions. *Violence Against Women*, 14(8), 797–805. <https://doi.org/10.1177/1077801208321986>.

Tyrka, A. R., Wier, L., Price, L. H., Ross, N., Anderson, G. M., & Carpenter, L. L. (2008). Childhood parental loss and adult hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Biological Psychiatry*, 63(12), 1147–1154. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.01.011>.

Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2014). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 45(1), 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>.

Vallièrès, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: The factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547–557. <https://doi.org/10.1111/acps.12973>.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>.

Wells, Y. S., Morland, L. A., Torres, E. M., Kloezeman, K., Mackintosh, M., Aarons, G. A. (2019). The Development of a Brief Version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI-9). Sage, Vol. 26(2), 193-208. DOI: 10.1177/1073191116685-401.

Wells, S. Y., Morland, L. A., Torres, E. M., Kloezeman, K., Mackintosh, M. A., & Rauch, S. A. M. (2019). Delivering evidence-based PTSD treatment via telehealth. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.004>.

World Health Organisation (2022). *ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision*. Version 02.2022. <https://icd.who.int/en/>.

Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2021). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 113, 104931. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104931>.

Zerach, G. (2023). Experiential avoidance and dissociation as mediators between PTSD symptoms and suicidal ideation among combat veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(1), 101–109. <https://doi.org/10.1037/tra0001234>.