

VILNIUS UNIVERSITY

PAULINA ŽELVIENĖ

THE STRUCTURE AND RISK FACTORS OF ADJUSTMENT DISORDER IN
LITHUANIAN POPULATION

Summary of the Doctoral Dissertation
Social Sciences, Psychology (06 S)

Vilnius, 2017

The dissertation was prepared from 2012 to 2017 at Vilnius University

Scientific supervisor – dr. Evaldas Kazlauskas (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – 06 S).

The dissertation is defended at Vilnius University Council for Research in Psychology:

Chair – Prof. habil. Dr. Danutė Gailienė (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – 06 S).

Members:

Assoc. Prof. Dr. Arūnas Germanavičius (Vilnius University, Biomedical Sciences, Medicine – 06 B);

Assoc. Prof. Dr. Dalia Nasvytienė (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – 06 S);

Assoc. Prof. Dr. Rūta Sargautytė (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – 06 S);

Dr. Andrea Horn (University of Zurich, Social Sciences, Psychology – 06 S).

The dissertation will be defended during a public meeting of the Council for Research in Psychology on the 31st of March, 2017, at 2 p.m. Location: room 201, Faculty of Philosophy.

Address: Universiteto Street 9/1, LT-01513, Vilnius, Lithuania.

The summary of the doctoral dissertation sent out on the 28th of February 2017.

The dissertation in full text is available at the Library of Vilnius University (Universiteto Street 3, LT-01122, Vilnius, Lithuania).

VILNIAUS UNIVERSITETAS

PAULINA ŽELVIENĖ

ADAPTACIJOS SUTRIKIMO STRUKTŪRA IR RIZIKOS VEIKSNIAI
LIETUVOS POPULIACIJOJE

Daktaro disertacijos santrauka
Socialiniai mokslai, psichologija (06 S)

Vilnius, 2017

Disertacija rengta 2012–2017 m. Vilniaus universitete

Mokslinis vadovas – dr. Evaldas Kazlauskas (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06 S).

Disertacija ginama Vilniaus universiteto Psichologijos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė – prof. habil. dr. Danutė Gailienė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06 S).

Nariai:

prof. dr. Arūnas Germanavičius (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 06 B);

doc. dr. Dalia Nasvytienė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06 S);

doc. dr. Rūta Sargautytė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06 S);

dr. Andrea Horn (Ciuricho universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06 S).

Disertacija bus ginama viešame Psichologijos mokslo krypties tarybos posėdyje 2017 m. kovo mėn. 31 d. 14 val. Filosofijos fakulteto 201 auditorijoje.

Adresas: Universiteto g. 9/1, LT-01513, Vilnius, Lietuva.

Disertacijos santrauka išsiuntinėta 2017 m. vasario mėn. 28 d.

Disertaciją galima peržiūrėti Vilniaus universiteto bibliotekoje ir VU interneto svetainėje adresu: www.vu.lt/lt/naujienos/ivykiu-kalendorius

1. INTRODUCTION

Psychologists and medical doctors have been interested in stress and stress-related disorders for almost a century. Mental health professionals are specifically interested in traumatic and stressful experiences, and psychological effects of these experiences. Several stress-related disorders were introduced in mental health over the last few decades: posttraumatic stress disorder, adjustment disorder, acute stress reaction, and others. These diagnostic categories, albeit with limitations, have enabled mental health professionals to offer evidence-based treatments for individuals who have experienced stressors and have serious psychological difficulties in the aftermath.

Although adjustment disorder is one of the most commonly diagnosed disorders, still it is often neglected among researchers. Several important topics in relation to adjustment disorder have been reported recently in a scientific literature, including prevalence of stressors in different populations, relationships between stressors and adjustment disorder, construct validity of adjustment disorder and differential diagnosis, formation of theoretical background which explains psychological reactions to stressors. However, there are still many adjustment disorder issues that need to be addressed and analyzed, such as, the structure, phenomenology and specificity of the course of adjustment disorder, and its relationship with other mental health disorders, among the others.

Proposals for the ICD-11. The need for an adjustment disorder research became even more important after recent proposals for the International Classification of Diseases 11th (ICD-11) edition, which described new structure of the adjustment disorder. Adjustment disorder according to the World Health Organization (WHO) Working Group on the Classification of Disorders Specifically Associated with Stress is defined as a maladaptive reaction to identifiable stressors or life changes, characterized by preoccupation and failure to adapt which interferes with everyday functioning (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013).

The WHO Working group has made proposals for the definition of adjustment disorder for ICD-11, consisting of two symptom groups of preoccupation and failure to

adapt as reactions to identifiable psychosocial stressor (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). The planned release of 11th edition of ICD is expected in 2018. Still there is not enough scientific evidence validating proposals for the structure of adjustment disorder. Epidemiological studies (Maercker et al., 2012), and general and clinical sample studies of adjustment disorder were started (Lorenz et al., 2016). The research field of evidence based treatments for adjustment disorder patients is also expanding (Casey 2014).

The WHO Working group has emphasized that the adjustment disorder is one of the most commonly used diagnostic categories in the health care system (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). One study investigated the sample of 2155 psychologists from 23 countries by asking them to indicate which diagnoses are the most common in their practice. It was identified that almost 40% of psychologists at least once a week had a patient with a diagnosis of adjustment disorder, according to ICD-10 criteria (Evans et al., 2013). On the other hand, it was observed that empirical studies dealing with the specifics of this disorder became very unpopular (Casey et al., 2001). The beginning of the renewal of ICD-11 stimulated interest in stress-related disorders and adjustment disorder as well. The first scientific publication analyzing the prevalence of adjustment disorder in the general population according to the new proposals for its structure appeared in 2012 (Maercker et al., 2012).

Debates about adjustment disorder. Current definitions of adjustment disorder in the DSM-5 and ICD-10 classifications has attracted considerable amount of criticism (Casey, 2014; Maercker et al., 2007; Semprini et al., 2010; Strain & Diefenbacher, 2008). It has been argued that the definition of adjustment disorder is very vague and raising doubts about its validity (Casey et al., 2001; Semprini et al., 2010). The disorder is still seen as a sub-threshold category that cannot be diagnosed if the diagnostic threshold for other disorder is reached; there are no clear diagnostic criteria, the subtypes in the definition are not empirically approved, the stressful events are also vaguely defined (Casey, 2014). The other trend has been noticed that a number of mental health professionals use the adjustment disorder diagnosis when symptoms do not comply with any other diagnosis (Maercker et al., 2007). So far, we could identify only one longitudinal study which revealed that adjustment disorder can be a chronic condition for one-third of research participants who were survivors of injury. The authors of the study

suggested that future studies should investigate this finding in detail (O'Donnell et al., 2016). Last, but no less important critical aspect of the present definition of adjustment disorder is that it lacks a clear separation between normal and pathological reactions to stress, between adjustment disorder and other psychiatric disorders (Casey, 2014).

Scientific debates about the definition of adjustment disorder also raised questions about its theoretical background. Since it was decided to classify adjustment disorder together with other stressor-related disorders, where traumatic or stressful event is listed explicitly as a diagnostic criterion (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013) it was suggested to refer to psychological cognitive theories of posttraumatic stress disorder (Maercker et al., 2007). So far there is only one publication which suggests theoretical insights explaining psychological aspects of adjustment disorder. New studies analyzing the structure of adjustment disorder will enable to confirm or refine raised theoretical assumptions.

Risk factors for adjustment disorder. Research shows that adjustment disorder plays a significant role in other psychological or somatic conditions. It was found that adjustment disorder was more common condition in the samples of patients with oncological diseases (Mitchell et al., 2011) and with an automatic implantable cardioverter defibrillator (Maercker et al., 2007). It was also found that adjustment disorder is related with suicide risk (Gradus et al., 2012; Schnyder & Valach, 1997) self-harming behavior (Pelkonen, Marttunen, Henriksson, & Lönnqvist, 2005) and other mental health disorders for example with depression (Casey, Maracy, Kelly, Lehtinen, Ayuso-Mateos, Dalgard, & Dowrick, 2006; Maercker et al., 2008) and posttraumatic stress disorder (Maercker et al., 2008). Adjustment disorder is also a common condition of somatic diseases (American Psychiatric Association, 2013). These findings reveal the relevance of adjustment disorder in the context of other mental health disorders or medical conditions.

One of the most important links is found between adjustment disorder and suicide risk: it was found that suicidal behavior is more common in individuals who have been diagnosed with adjustment disorder than those who did not have this diagnosis. This relationship was obtained exploring adolescents and adults from various European and other countries (Schnyder & Valach, 1997; Wai, Hong, & Heok, 1999). The analysis of Danish register of causes of death showed that suicide rate was 12 times more common

in people who had previously been diagnosed with adjustment disorder than those who were not diagnosed with the disorder (Gradus et al., 2012).

In summary, adjustment disorder has become a common pathological reaction in many psychological or somatic conditions, though these relations should be examined more carefully by incorporating the new structure of adjustment disorder proposed by WHO Working group.

Aim and objectives of the dissertation

The aim of the dissertation was to analyze the prevalence of stressors and evaluate reactions to stressors in Lithuanian general population according to the proposals of World Health Organization (WHO) for the structure of adjustment disorder for ICD-11.

Objectives of the dissertation:

1. to evaluate the estimates of exposure to stressors and traumatic events in the Lithuanian general population;
2. to assess the structure of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in the Lithuanian general population;
3. to identify adjustment disorder risk group and analyze its features;
4. to analyze the risk factors of adjustment disorder.

2. METHOD

2.1. Participants

831 participants (57.9% women) from various places of residence: rural, mid-size towns and large cities, agreed to participate in the survey. The age range in the sample was from 18 to 89 years ($M = 39.84$, $SD = 17.83$). More detailed demographic characteristics of the sample are presented in the table (Table 1).

Table 1

Participant Characteristics (N = 831)

Sample characteristics	<i>n</i>	%	Sample characteristics	<i>n</i>	%
Gender			Education		
Male	350	42.11	Elementary school	401	48.26
Female	481	57.88	Secondary school	113	13.60
Age, years			Higher education	314	37.79
18-29	354	42.60	Did not provide information	3	0.36
30-59	333	40.07	Employment status*		
60-89	138	16.61	Working	443	47.74
Did not provide information	6	0.72	Not working	90	9.70
Marital status			Student	221	23.81
Married	328	39.47	Retired	123	13.25
Unmarried	304	36.58	Other	51	5.50
Cohabiting	82	9.87	Place of residence		
Divorced/widow	110	13.24	Large city	485	58.36
Did not provide information	7	0.84	Mid-size town	148	17.81
			Rural	174	20.94
			Did not provide information	24	2.89

Note. *The participants of the study were able to identify more than one category.

2.2. Instruments

Adjustment Disorder New Module (ADNM-20). Symptoms of adjustment disorder were measured using the self-report ADNM-20 questionnaire (Einsle, Köllner, Dannemann, & Maercker, 2010), which was translated into Lithuanian language (Zelviene, Kazlauskas, Eimontas, & Maercker, 2017) using back-translation procedure. The ADNM-20 consists of two parts. The first one includes the list of acute (e.g. divorce or death of a loved one) and chronic stressors (e.g. heart disease or family conflicts). The

participants of the study were asked to indicate the stressors, which they have experienced during the last two years and experience stressor-related difficulties over the last six months. There was an opportunity to indicate additional stressor if it was not included in the list of stressors by answering to the question “*Other stressful life event? Please specify*”. The second part of the ADN-20 comprised of 20 symptom items identifying reactions to the identified stressors in the first part of the questionnaire. The symptom items were classified into six categories. Two of them were core symptoms of adjustment disorder: preoccupation and failure to adapt consisting of four items each. Four categories were accessory symptoms of adjustment disorder: depression had 4 items, anxiety – 2, avoidance – 4, impulse control disturbance – 3. The study participants were asked to indicate how often they experience the characteristics described in the questionnaire related to the previously mentioned stressors (1 = *never*, 2 = *rarely*, 3 = *sometimes*, 4 = *often*). The estimates of the subscales of the ADN-20 are calculated by summing up each answer (Einsle et al., 2010).

Previous studies have reported good psychometric characteristics of the ADN-20. The internal consistency coefficients of ADN-20 subscales ranged from Cronbach $\alpha = .74$ to $.90$ (Einsle et al., 2010) and from Cronbach’s $\alpha = .81$ to $.85$ in other study (Bley, Einsle, Maercker, Weidner, & Joraschky, 2008). The test-retest reliability of the ADN-20 subscales was also sufficiently good, ranging from $r = .61$ to $r = .84$ ($p < 0.001$) (Einsle et al., 2010). One study, which investigated burglary victims reported high internal consistency of the ADN-20 Cronbach’s $\alpha = .94$, internal consistency of subscales ranged from Cronbach’s $\alpha = .80$ to $.89$. The diagnostic threshold of questionnaire was 47.5, making it possible to identify persons who experience difficulties reaching adjustment disorder after a stressful experience (Lorenz et al., 2016).

The internal consistencies of Lithuanian version of the ADN-20 subscales in this study were good: preoccupation subscale Cronbach’s $\alpha = .87$, failure to adapt subscale Cronbach $\alpha = .78$, avoidance subscale Cronbach’s $\alpha = .75$, depression subscale Cronbach’s $\alpha = .65$, impulse control disturbance subscale Cronbach’s $\alpha = .84$, anxiety subscale Cronbach’s $\alpha = .64$ (Zelviene et al., 2017).

Brief Trauma Questionnaire (BTQ). The BTQ was used to assess the exposure to ten potentially traumatic events. The questionnaire was developed by P. Schnurr and

colleagues (1999) in accordance with the DSM-IV criteria based definitions of post-traumatic stress disorder (PTSD) and traumatic event. The BTQ is comprised of ten potentially traumatic events: participation in a war zone, serious car accident, major natural or technological disaster, life threatening illness, physical abuse in childhood, physical assault, unwanted sexual contact, and other situation in which person was seriously injured or feared being seriously injured or killed, violent death of a close friend or family member, witnessing a situation in which someone was seriously injured or killed or in which the person feared someone might be seriously injured or killed (Schnurr, Vielhauer, Weathers, & Findler, 1999). Study participants were asked to indicate events which they have experienced (*Yes* or *No*). The BTQ reliability of English version was sufficiently good with kappa coefficients ranging from .74 to 1.00 with the exception to life-threatening illness (.69) and other situation in which person was seriously injured or feared being seriously injured or killed (.60). The BTQ questionnaire was translated into the Lithuanian language and adapted in Lithuanian population in 2010-2012. Lithuanian version of the BTQ internal consistency coefficient was sufficiently good Cronbach's $\alpha = .74$ (Kazlauskas & Želvienė, 2015).

Impact of Events Scale-Revised (IES-R). The IES-R was used to evaluate the symptom intensity of posttraumatic stress disorder (PTSD) (Weiss & Marmar, 1997). The questionnaire is comprised of three subscales (22 items), describing the three symptoms of PTSD: intrusions, avoidance and hyperarousal. The study participants were asked to indicate how much they were distressed or bothered during the past seven days by each symptom item (0 = *not at all*, 1 = *a little bit*, 2 = *moderately*, 3 = *quite a bit*, 4 = *extremely*). Computed average of symptom items is the estimated evaluation for each subscale separately and for the total IES-R questionnaire. Psychometric properties of Lithuanian version of the IES-R were tested in 2005 and showed sufficiently good reliability. The internal consistency for the total questionnaire was high Cronbach $\alpha = .93$, for each subscales separately Cronbach's α ranged from .82 to .88 (Kazlauskas, Gailiene, Domanskaite-Gota, & Trofimova, 2006). Reliability of the IES-R questionnaire was also tested by interviewing the same study participants repeatedly after seven days, received correlations of the subscales between two measurements were sufficiently high ($r = .58 - .66, p < .01$) (Kazlauskas et al., 2006).

Well Being Questionnaire (WBQ). The WBQ was used for assessment of the person's psychological well-being (Kazlauskas & Želviene, 2013). Its structure was based on the theory and research of C. D. Ryff and B. Singer (2008). The authors suggested that the construct of psychological well-being consists of six dimensions: autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relations with others, purpose in life and self-acceptance (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008; Ryff, 1989). The WBQ consists of ten items reflecting the suggested construct of psychological well-being (e.g. "I am satisfied with my life", "My life is meaningful", "I feel that I have the opportunity to improve constantly", and etc.). The participants of the study were asked to indicate how much they agree or disagree with each statement on a 5-point scale (1 = *strongly disagree*, 2 = *disagree*, 3 = *neither agree nor disagree*, 4 = *agree*, 5 = *totally agree*). The estimate of the questionnaire is computed by summing up all the items. Internal consistency of the WBQ was good Cronbach's $\alpha = .85$ (Kazlauskas & Želviene, 2013).

Subjective health assessment. The participants were asked to evaluate their subjective health by marking the evaluation on a given seven-point scale from 1 (*very bad health*) to 7 (*very good health*).

2.3. Procedure

We aimed to collect the sample which by its demographic characteristics (age, gender, education, place of residence) would be similar to Lithuanian population and housing census data of year 2011 (Lietuvos statistikos departamentas, 2011). To improve the representativeness of the sample, the study participants were invited to participate in the study by quota sampling. The researchers purposefully invited participants of all ages from different cities and towns in various places of employment or at home to participate in the study. Objectives of the study have been briefly presented before the start of the study for each participant. If the study participants agreed to answer the questions, they confirmed this by signing the written consent. In total 87% of all the people invited agreed to participate in the study and completed all the measures.

2.4. Data analysis

The data was coded and analyzed using data analysis package IBM SPSS® 22.0. Due to the large number of study participants, the gaps in data matrix left by unanswered questions were not replaced by averages and were not included in the statistical analysis while applying the individual statistical criteria.

Kaiser-Meyer-Olkin value (KMO) was computed to evaluate if the data was suitable for the exploratory factor analysis. The recommended value should be greater than .6 (Kaiser, 1970). Bartlett's test of sphericity was also used (Bartlett, 1954) which had to be statistically significant ($p < .05$).

IBM AMOS 23.0.0 structural equation modeling software was used for confirmatory factor analysis. The psychometric properties of the models were assessed by suitability indices: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and Comparative-fit index (CFI). CFI values greater than or equal to .90, and RMSEA values less than or equal to .08 showed a good model fit (Kline, 2011).

3. RESULTS

3.1. Stressors and traumatic events

Most of the participants 83.3% ($N = 692$) indicated at least one stressor over the last two years. On average, participants experienced 2.07 ($SD = 1.86$) stressors. The average of chronic stressors in the sample was 1.61 ($SD = 1.53$), acute stressors – 0.37 ($SD = 0.64$). 68.7% ($n = 571$) of study participants reported experiencing at least one traumatic event. The average of reported traumatic events in the sample was 1.60 ($SD = 1.63$) (Table 2).

Table 2

Average of Stressors and Traumatic Events and Gender Differences (N = 831)

	Total		Male (n = 350)		Female (n = 481)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ADNM-S	2.07	1.86	2.01	2.00	2.11	1.75	-0.86
Acute stressors	0.37	0.64	0.40	0.73	0.35	0.55	1.13
Chronic stressors	1.61	1.53	1.54	1.61	1.67	1.47	-1.25
BTQ	1.60	1.63	2.12	1.85	1.22	1.34	7.68*

Note. ADNM-S = The stressor list of Adjustment Disorder New Module (ADNM-20) questionnaire;

BTQ = Brief Trauma Questionnaire.

* $p < .05$.

An independent-sample t-test was conducted to compare exposure to stressors and traumatic events for males and females, means and standard deviations were also calculated (Table 2). The statistical analysis showed that there was no significant gender effect for the total amount of stressors in males ($M = 2.01$, $SD = 2.00$) and females ($M = 2.11$, $SD = 1.75$) ($t(823) = -0.86$, $p = .39$, two-tailed). There was no significant difference in exposure to acute stressors for males ($M = 0.40$, $SD = 0.73$) and females ($M = 0.35$, $SD = 0.55$; $t(610.63) = 1.13$, $p = .26$). Gender differences also were not found for exposure to chronic stressors ($t(823) = -1.25$, $p = .21$). The analysis also showed that there was more exposure to chronic stressors for males ($M = 1.54$, $SD = 1.61$) and females ($M = 1.67$, $SD = 1.47$) in comparison to exposure to acute stressors for males ($M = 0.40$, $SD = 0.73$) and females ($M = 0.35$, $SD = 0.55$).

Table 3

Prevalence of Stressors in Lithuanian Population and Gender Differences ($N = 831$)

ADNM-S	Total ($n = 831$)		Male ($n = 350$)		Female ($n = 481$)		Gender differences		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Acute stressors	260	31.3	107	41.2	153	58.8	0.09	.76	.01
Unexpected job loss	52	6.3	23	6.7	29	6.0	0.05	.83	-.01
Retirement	25	3.0	15	4.3	10	2.1	2.78	.10	-.07
Divorce/separation	70	8.5	30	8.7	40	8.3	0.00	.95	-.01
Death of a loved one	160	19.4	71	20.6	89	18.5	0.41	.52	-.03
Chronic stressors	621	74.7	101	40.1	109	59.9	3.80	.05*	.07
Heart disease	92	11.2	40	11.6	52	10.8	0.05	.82	-.01
Other serious illness	89	10.8	41	11.9	48	10.0	0.56	.46	-.03
Chronic illness	134	16.2	51	14.8	83	17.3	0.75	.39	.03
Conflicts with colleagues	74	9.0	22	6.4	52	10.8	4.35	.04*	.08
Conflicts with superiors	75	9.1	39	11.3	36	7.5	3.07	.08	-.07
Unemployment	70	8.5	30	8.7	40	8.3	0.00	.95	-.01
Family conflicts	168	20.4	62	18.0	106	22.1	1.85	.17	.05
Illness of a loved one	186	22.5	62	18.0	124	25.8	6.66	.01*	.09
Financial problems	240	29.1	99	28.7	141	29.4	0.02	.89	.01
Too much or too little work	204	24.7	84	24.3	120	25.0	0.02	.90	.01
Any other stressful event	70	8.5	23	6.7	47	9.8	2.14	.14	.06

Note. ADNM-S = The list of stressors of Adjustment Disorder New Module (ADNM-20) questionnaire.

* $p < .05$.

An independent-samples t-test was also conducted to compare the exposure to traumatic events (BTQ questionnaire) for males and females, the analysis revealed significant differences between two groups; males reported more exposure to traumatic events ($M = 2.12$, $SD = 1.85$) than females ($M = 1.22$, $SD = 1.34$; $t(590) = 7.68$, $p = .000$). It was also found that participants of the study reported more exposure to stressors ($M = 2.32$, $SD = 1.98$) than to traumatic events ($M = 1.60$, $SD = 1.63$). Males reported similar amounts of stressors ($M = 2.01$, $SD = 2.00$) and traumatic events ($M = 2.12$, $SD = 1.85$), while females reported little more exposure to stressors ($M = 2.11$, $SD = 1.75$) than to traumatic events ($M = 1.22$, $SD = 1.34$) (Table 2).

Chi-square test was performed in order to observe frequencies of specific acute and chronic stressors and differences between males and females. The analysis indicated that death of a loved one was the most common acute stressor in the sample 19.4% ($n = 160$), the second most common acute stressor was divorce/separation 8.5% ($n = 70$), the third – unexpected job loss 6.3% ($n = 52$) (Table 3).

A Chi-square test indicated no significant association between gender and prevalence of acute stressors ($p > .05$). Financial problems were the most common chronic stressor 29.1% ($n = 240$). Too much or too little work was the second most common chronic stressor 24.7% ($n = 204$). Illness of a loved one – the third 22.5% ($n = 186$). Statistically significant gender differences were found by calculating the prevalence of such chronic stressors as conflicts with colleagues and illness of a loved one: these stressors were more common for females ($p < .05$). A Chi-square test indicated significant association between gender and the prevalence of chronic stressors: females reported significantly more of these stressors than males ($p = .05$), but the effect size was very small ($\phi = .07$) (Table 3).

Chi-square test was performed in order to observe frequencies of specific traumatic events and gender differences. The analysis indicated that physical assault/robbery was reported by one third of the participants of the study (30.5%). The other two most prevalent traumatic events were a serious car accident (28.2%) and physical abuse in childhood (22.4%) (Table 4).

A Chi-square test indicated significant association between gender and all traumatic events except for life threatening illness ($p < .05$). War experience (7.5%), serious car accident (36.3%), major natural/technological disaster (15.0%), physical abuse in childhood (28.5%), physical assault/robbery (43.4%), serious injuries (28.8%), violent death of a close one (17.3%), witnessing traumatic event (20.9%) were more prevalent traumatic events in male sample than female ($p \leq .05$). Unwanted sexual contact was significantly more prevalent in female sample (6.9%; $p \leq .05$) (Table 4).

Table 4

Prevalence of Traumatic Events in Lithuanian Population and Gender Differences (N = 831)

BTQ	Total		Male (n = 350)		Female (n = 481)		Gender differences		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Participation in a war zone	31	3.8	26	7.5	5	1.1	21.24	.00*	-.17
Serious car accident	232	28.2	126	36.3	106	22.3	18.87	.00*	-.15
Major natural/technological	93	11.3	52	15.0	41	8.6	7.53	.01*	-.1
Life threatening illness	84	10.2	40	11.6	44	9.2	0.93	.33	-.04
Physical abuse in childhood	184	22.4	99	28.5	85	17.9	12.56	.00*	-.13
Physical assault/robbery	251	30.5	150	43.4	101	21.2	45.24	.00*	-.24
Unwanted sexual contact	42	5.1	9	2.6	33	6.9	6.89	.01*	.1
Serious injuries	160	19.4	100	28.8	60	12.6	32.66	.00*	-.20
Violent death of a close one	118	14.4	60	17.3	58	12.2	3.76	.05*	-.07
Witnessing traumatic event	125	15.2	72	20.9	53	11.1	13.94	.00*	-.13

Note. BTQ = Brief Trauma Questionnaire.

* $p < .05$.

3.2. Analysis of the structure of adjustment disorder

Pearson correlation coefficients (r) were calculated between the subscales of ADNM-20 scores in order to investigate relationships between the symptoms of adjustment disorder. The results showed that all correlations between the subscales were statistically significant, the coefficients ranged from $r = .56$ to $r = 0.79$ ($n = 692$, $p < .001$). The highest correlation coefficient was computed between the symptoms of anxiety and preoccupation ($r = .79$) and the lowest was between the symptoms of avoidance and failure to adapt ($r = .56$).

The Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed using statistical program IBM AMOS 23.0.0 for further analysis of the structure of adjustment disorder which consists of two core symptom groups (preoccupation and failure to adapt) and four accessory symptom groups (avoidance, depression, anxiety and impulse control disturbance), as defined in the ICD-11 proposals. Participants who indicated at least one

stressor from the ADN-20 stressor list and answered to all the symptom items indicated in the questionnaire were included in this analysis ($n = 649$).

Based on the previous studies analyzing the structure of adjustment disorder (Glaesmer et al., 2015) and WHO Working group proposals (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013), three models of the structure of adjustment disorder were developed for the analysis.

The first *six-factor model* consisted of two core and four accessory adjustment disorder symptoms. Core symptoms (preoccupation and failure to adapt) were consisted of four items each, avoidance - four, depression - three, impulse control disturbance - three, anxiety - two. The second *two second-order latent factors model* consisted of two separate latent factors for core and accessory symptoms of adjustment disorder. The first factor was consisted of core symptoms preoccupation and failure to adapt, the second factor was consisted of four accessory symptoms. The third *two-factor model* consisted only of two core symptoms of adjustment disorder.

Computed coefficients of *six-factor model* showed poor model fit ($CFI = .900$, $RMSEA = .081$), factor loadings ranged from .62 (for item in the avoidance subscale) up to .88 (for items in preoccupation and impulse control disturbance subscales). The computed correlations between six model variables were high, ranging from .91 to .97.

Two second-order latent factors model, with separate core and accessory symptom latent variables had better model fit indices ($CFI = .913$, $RMSEA = .075$) than the six-factor model. The factor loadings of the first row ranged from .56 (for items in avoidance and depression subscales) to .89 (for items in preoccupation subscale), for the second row factor loadings ranged from .91 (for accessory symptom group) to 1.00 (for accessory symptom group).

After evaluation of the first two models of adjustment disorder structure, the model-fit indices of the third *two-factor model* were calculated and showed good model fit ($CFI = .985$, $RMSEA = .053$). The correlation between preoccupation and failure to adapt was very high ($r = .84$), and the factor loadings ranged from .57 to .86 (Figure 1).

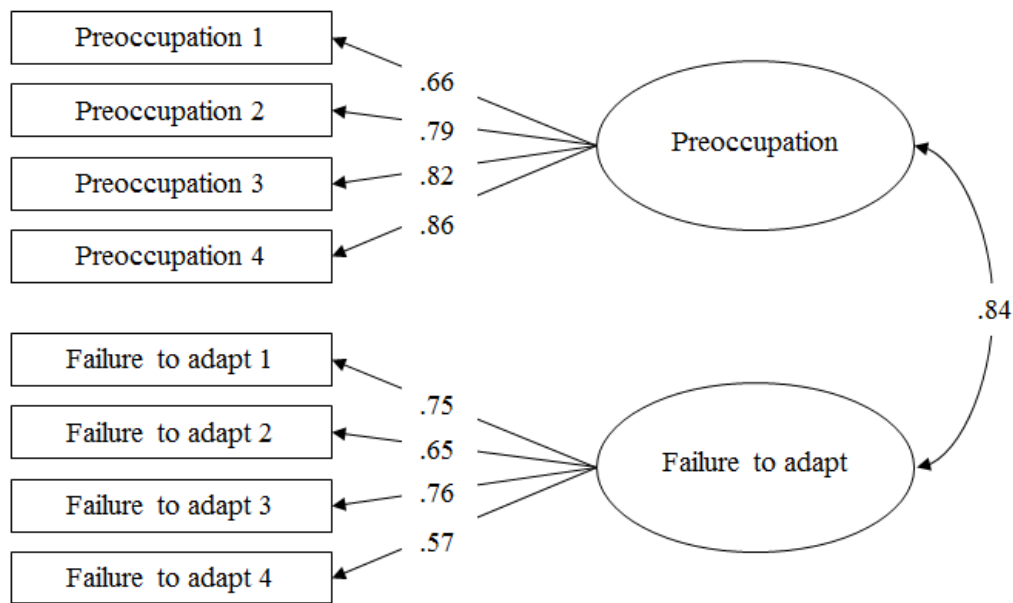


Figure 1. Two-factor model of adjustment disorder with two core symptoms: preoccupation and failure to adapt. Factor loadings and correlations are significant at $p < .05$.

In order to compare the three models, the model-fit indices, confidence intervals, chi-square, degrees of freedom, and increment of change parameters were calculated (Table 5).

Table 5
Comparison of Three Adjustment Disorder Structure Models ($n = 649$)

Adjustment disorder factor structure	Model fit indices				Model comparisons	
	χ^2	<i>df</i>	CFI	RMSEA (90% CI)	Δ CFI	Δ RMSEA
1. Six-factor model	856.450	162	.900	.081 (.076–.087)		
2. Two second-order latent factors model (compared to 1)	773.825	168	.913	.075 (.069–.080)	.013	-.006
3. Two-factor model (compared to 2)	53.607	19	.985	.053 (.037–.070)	.072	-.022

Note. *df* = degrees of freedom; RMSEA = root mean square error of approximation and 90% confidence interval; CFI = Comparative Fit Index; χ^2 = Chi-square; Δ = increment of change.

Computed increment of change parameters of CFI and RMSEA among the six-factor and two second-order latent factor models (Δ CFI = .013, Δ RMSEA = -.006) and between the two second-order latent factor and two-factor model (Δ CFI = .072,

Δ RMSEA = -.022) showed that the two-factor model goodness-of-fit indexes were the best among the three models tested (Table 5).

3.3. Risk factors of adjustment disorder

After the analysis of adjustment disorder structure and establishment of two-factor model as the most suitable, the risk group of two-factor adjustment disorder was identified, and further analysis of specificity of this group was performed in the sample of participants who reported at least one stressor. Comparisons between the risk and comparison groups with no adjustment disorder risk were made. Adjustment disorder symptoms for preoccupation ($M = 9.35$, $SD = 3.45$) and failure to adapt ($M = 7.14$, $SD = 2.99$) were calculated and after that standard deviations were added to the computed averages to identify participants with high levels of symptoms on the two adjustment core symptoms. The cut-off for preoccupation symptom was 12.80 and for failure to adapt – 10.13. Participants who scored 12 or more for preoccupation symptom and 10 or more for failure to adapt symptoms were allocated to the risk group of adjustment disorder.

Overall, the risk group consisted of 103 study participants, the age range was from 18 to 89 years ($M = 44.56$, $SD = 19.00$), the average of stressors in the risk group was 3.41 ($SD = 2.08$, $min = 1$, $max = 10$). A comparison of acute stressors between the risk and control groups showed no significant differences ($p > .05$) the prevalence of acute stressors between the two groups was similar. On the contrary, the significant differences between two groups were found for separate chronic stressors related with health: heart disease (25.5%, $p = .00$), other serious illness (21.6%, $p = .01$), chronic illness (35.3%, $p = .00$), related with relationships at work: conflicts with colleagues (24.5%, $p = .00$), conflicts with superiors (17.6%, $p = .03$). Financial difficulties were also more significantly prevalent in the risk group (51.00%, $p = .00$). The differences between the groups were not found for chronic stressors such as unemployment ($p = .70$), family conflicts ($p = .26$), illness of a loved one ($p = .24$) and for too much or too little work ($p = .51$).

An independent-samples t-test was conducted to compare the amount of stressors between the risk and control groups. The results showed that the total amount of stressors between the groups was statistically significantly different $t(692) = -4.98$, $p =$

.000, there were more stressors in the risk group ($M = 3.41$, $SD = 2.08$) in comparison to control group ($M = 2.33$, $SD = 1.66$). While evaluating the total amounts of acute and chronic stressors separately in the groups, significant difference was found only for the chronic stressors $t(692) = -5.48$, $p = .000$, there were more of them in the risk group ($M = 2.76$, $SD = 1.66$) than in the control group ($M = 1.80$, $SD = 1.40$). There was no significant difference in traumatic events amount for risk ($M = 1.88$, $SD = 1.68$) and control ($M = 1.67$, $SD = 1.67$; $t(692) = -1.14$, $p = .25$) groups. Comparison of subjective health assessment showed significant difference $t(692) = 3.44$, $p = .001$ between two groups; the scores presenting poorer health was reported in the risk group ($M = 4.52$, $SD = 1.62$) than in the control group ($M = 5.10$, $SD = 1.37$).

The results showed significant gender effects for adjustment disorder comparing risk and control groups $\chi^2(1, n = 692) = 9.50$, $p = .002$; there were more females in the risk group (72.8%) than men (27.2%). There was no significant association between age groups and risk/control groups $\chi^2(2, n = 692) = 5.08$, $p = .09$.

Logistic regression was performed to assess the role of risk factors on the likelihood that respondents would report that they had high levels of symptoms of adjustment disorder, including preoccupation and failure to adapt. The model contained variables that had significant correlations ($p < .05$) with the estimates of preoccupation and failure to adapt symptoms in the risk and control groups. The full model containing all predictors was statistically significant $\chi^2(11, n = 410) = 80.37$, $p < .001$, indicating that the model was able to distinguish between respondents who were assigned to the risk group and were assigned to the control group. The whole model explained between 17.8% (Cox and Snell R square) and 31.1% (Nagelkerke R squared) of the variance in risk/control group status, and correctly classified 87.1% of cases. As shown in Table 6, five variables made a unique statistically significant contribution to the model: gender (OR = 3.04, $p < .01$), higher education (OR = 3.36, $p < .01$), chronic stressors (OR = 1.36, $p < .01$), psychological well-being (OR = 0.91, $p < .01$) and post-traumatic stress symptom of intrusion (OR = 1.12, $p < .05$).

Table 6

Logistic Regression Predicting Likelihood of Adjustment Disorder

	B	S.E.	Wald	df	p	OR	95.0% C.I. for Odds Ratio	
							Lower	Upper
Gender	1.11	.36	9.77	1	.00	3.04	1.51	6.09
Age	-0.00	.01	0.08	1	.77	1.00	0.97	1.02
Higher education	1.21	.35	11.72	1	.00	3.36	1.68	6.73
Place of residence (rural)	-0.16	.41	0.15	1	.70	0.85	0.38	1.90
Marital status (widow)	1.10	.67	2.67	1	.10	3.00	0.80	11.24
Chronic stressors	0.31	.11	7.90	1	.01	1.36	1.10	1.69
WBQ	-0.10	.03	9.13	1	.00	0.91	0.85	0.97
Subjective health	0.02	.14	0.01	1	.92	1.02	0.77	1.34
IES-R Avoidance	0.05	.04	1.44	1	.23	1.05	0.97	1.14
IES-R Intrusions	1.11	.06	4.00	1	.05	1.12	1.00	1.25
IES-R Hyperarousal	-0.06	.07	0.76	1	.39	0.94	0.81	1.08

Note. OR = Odds Ratio; 95% CI = Confidence interval for odds ratio.

4. DISCUSSION

The sample analyzed in this dissertation was a large general population sample with a similar demographic characteristics as it was reported in a Census of the Lithuanian population in 2011 (Lietuvos statistikos departamentas, 2011). This is one of the biggest studies in Lithuania which has focused on stress and traumatic experiences, analysis of the stress-related reactions (Kazlauskas & Zelviene, 2016), and analysis of risk factors of adjustment disorder.

Prevalence of stressors and traumatic events. We were able to compare the prevalence of traumatic events and stressors in Lithuanian population with findings from other studies (Darves-Bornoz et al., 2008; Einsle et al., 2010; Glaesmer, Romppel, Brähler, Hinz, & Maercker, 2015; Maercker et al., 2008). Several differences from other countries in the prevalence of stressful and traumatic events were identified. The

prevalence of stressful events in Lithuania over the last two years was 83.3%. Based on self-report about one third of the population (29.7%) experienced a single stressful event over the last two years. There are only few studies available with an analysis of the prevalence of stressful events in other European countries. The average number of stressful events ($M = 2.07$) found in our study was similar to the findings from the general population in Germany ($M = 1.7$) (Maercker et al., 2012).

More detailed analysis of the stressors revealed that the most prevalent stressors in the Lithuanian population were chronic stressors, including financial problems (29.1%), too much or too little work (24.7%), illness of a loved one (22.5%), and family conflicts (20.0%). A large general population sample study in Germany ($N = 2512$) found that the most prevalent acute stressor was the death of a closed-one (14.8%), we found that the prevalence of this stressor in Lithuania was higher (19.4%). Financial difficulties in the Lithuanian population were almost three times more prevalent than in German population (10.3%), and conflicts in families were also almost three times more prevalent in Lithuanian population in contrast to German population (7.2%) (Maercker et al., 2012).

The prevalence of exposure to at least one lifetime traumatic event in the Lithuanian population was 70%, the average number of traumatic events was 1.6. Results are similar to findings from other Lithuanian studies based on a recent review (Kazlauskas & Zelviene, 2016). Findings of our study are also in line with one of the biggest studies made in different European countries (Spain, Italy, Germany, Netherlands, Belgium, and France) which found that at least one lifetime traumatic event was experienced by 63.6% of study participants (Darves-Bornoz et al., 2008). Another study found higher rates (89.7%) of prevalence of traumatic events using the DSM-5 criteria in a representative USA population ($N = 2953$) (Kilpatrick et al., 2013).

The results of the study revealed significant associations between traumatic and stressful experiences. However, the design of our study did not enable us to further analyze these associations. It could be possible, that a person might encounter more stressors in the aftermath of exposure to traumatic events, such as the loss or interpersonal violence, but these assumptions should be explored in a future studies.

The prevalence of traumatic and stressful experiences in Lithuania was similar to the prevalence in other countries. However, the majority of present studies on prevalence

of stressful or traumatic experiences are available from US, from the old members of the EU and Switzerland or Norway. Because of this situation it was possible for us to compare our findings only with countries with a different social and economic situation. Unfortunately, there are not enough trauma studies in the region. And we could not compare study findings with the neighboring countries, such as, Latvia or Poland.

Structure of adjustment disorder. One of the main objectives of this study was to verify whether the theoretically proposed structure of adjustment disorder for ICD-11 has a reasonable empirical basis and to compare proposed structural model to the other two competing models and to findings from other studies. For this purpose, the confirmatory factor analysis of the adjustment disorder models was carried out in the sample of participants who reported at least one stressor.

On the basis of the previous studies (Maercker et al., 2007; Glaesmer et al., 2015) and the latest proposals of WHO Working group (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013) for adjustment disorder structure, the analysis of the three main adjustment disorder structure models was carried out. The analysis has confirmed the latest proposals identifying the model of two symptom groups of adjustment disorder: preoccupation and failure to adapt as the most suitable. To our knowledge, there are only few studies analyzing proposals of adjustment disorder structure for the ICD-11. The results of this research overlap with those of other studies, which showed that the adjustment disorder is a multidimensional construct with specific reactions to stressors (Glaesmer et al., 2015; O'Donnell et al., 2016) and is in line with the WHO Working group proposals for ICD-11 (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013).

It was proposed for ICD-11 edition to consider adjustment disorder as situated in a continuum of posttraumatic stress reactions (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). The significant correlations between the symptoms of posttraumatic-stress disorder and of adjustment disorder found in this study may contribute to the prerequisites for justification, that the post-traumatic stress disorder and adjustment disorder are the two categories of the same stress disorder spectrum that reflect reactions after the devastating life circumstances. It has been proposed to understand an adjustment disorder as a category, situated between the normal and clinical reactions to stress, when the adequate assistance given at the right time can

significantly reduce the adjustment disorder symptoms (e.g. important interpersonal relations are undisturbed) (Strain & Diefenbacher, 2008). The results of this study indicate that adjustment disorder may represent a subthreshold for post-traumatic stress disorder. This hypothesis is supported by other studies as well (O'Donnell et al., 2016; Maercker et al., 2007).

So far, we could identify only one scientific publication in which the theoretical justification of the adjustment disorder was formulated (Maercker et al., 2007), some authors have already criticized the attempts to use theories explaining post-traumatic stress disorder as a background for explanation of adjustment disorder (Semprini et al., 2010). Still, questions addressing the differences and similarities between adjustment disorder and posttraumatic stress disorder starting with a description of stressors, symptoms profile and ending with theoretical justification remain relevant for future research. Moreover, there is a tendency to interpret adjustment disorder as located on a continuum between normal and psychopathological reactions to stress (O'Donnell et al., 2016). The approach presented above is in line with recent hypotheses raised about the concept of mental health disorders, where the construct of general psychopathology factor, reflecting a continuum from depression to other psychotic states is proposed (Stephan et al., 2016). These ideas would be useful in the development of theoretical framework for adjustment disorder in the future.

Risk factors of adjustment disorder. After the evaluation of stressful and traumatic experiences in Lithuanian population, and identification of two-factor structure of adjustment disorder symptoms, the further aim was to distinguish the risk and control groups of adjustment disorder and to analyze the specific features of these groups and to identify the risk factors of adjustment disorder.

While analyzing the specific of stressful life events it was found that the computed average of stressful life events was significantly higher in the risk group ($M = 3.41$) in comparison to control group ($M = 2.33$), it is also important to note that all participants in the risk group experienced at least two or more stressful life events.

The tendency to explore the links between trauma exposure (that is usually more associated with post-traumatic stress) and adjustment disorder has become a common topic in the latest studies (Casey, 2014), as new proposals for the definition of adjustment disorder also stated that it can be diagnosed after traumatic events also

(Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). For example, one recent study investigated survivors of serious injuries (O'Donnell et al., 2016). Results in our study showed that exposure to trauma did not significantly predict the risk for adjustment disorder: there was no significant difference of trauma exposure in the risk ($M = 1.88$) and comparison ($M = 1.67$) groups. However, we found more post-traumatic stress disorder symptoms in the risk group of adjustment disorder in comparison to non-risk group. Logistic regression analysis also showed that adjustment disorder symptoms were significantly predicted by intrusion symptom of post-traumatic stress disorder. Gender and education significantly predicted the risk for adjustment disorder in this study. Similar study also found that adjustment disorder was twice as prevalent among females in comparison to males (Ayuso-Mateos et al., 2001). However, another study exploring the prevalence of adjustment disorder in the sample of older participants found no gender differences (Maercker et al., 2008).

Study limitations and further research guidelines. Despite the significant results, it is important to reflect on several limitations of the dissertation, and to discuss future directions for research based on the findings of this study.

Cross-sectional design was chosen for this study to interview different age groups and participants from various Lithuanian cities and towns. Cross-sectional strategy has its limitations. Temporal dimension is an important aspect for adjustment disorder in order to understand its dynamics (American Psychiatric Association, 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). During this research, we were unable to track the dynamics of reactions to stressors of study participants. For this reason we think that future longitudinal studies could provide more empirical information about the dynamics of reactions to various stressful experiences (e.g. acute or chronic stressors). Longitudinal studies might also be important in order to assess various risk and protective factors and their links with the dynamics of adjustment disorder.

The sample of participants from general population was used in order to explore the structure of adjustment disorder which is another significant limitation of the study. Further research that focus on specific groups of participants, such as people suffering from cancer or other mental health disorders, as well as cross-cultural studies would contribute to a clearer definition of the diagnosis and more beneficial use in clinical

practice. Sample of this study consisted only of adults, so we cannot generalize the results to children and adolescent populations. There is a growing need for research of stressful and traumatic experiences and stress related disorders, based on ICD-11 proposals in the samples of children and adolescents not only in Lithuania but in other countries as well.

Data collection procedure and adjustment disorder questionnaire selected for this study have limitations. We used self-report measures for data collection. The structured interviews could provide higher reliability and validity of adjustment disorder symptom measures, and could identify symptom duration and intensity more precisely. However, most of the currently used structured diagnostic interview does not include adjustment disorder category (Casey, 2014). Valid and structured diagnostic interviews for the new structure of adjustment disorder would be very useful for future research, and should be developed in the future.

Future studies that address comorbidity of adjustment disorder with other mental disorders are needed. Looking from the perspective of general psychopathology factor (Stephan et al., 2016) one might think that persons who have a higher level of psychopathology may be more vulnerable to stressor exposure. Stressors may affect them more, and this concerns not only the occurrence of symptoms of adjustment disorder but also remission of other mental health disorder. This study was conducted in the context of psychotraumatology; we have chosen to explore the traumatic events and post-traumatic stress reactions together with adjustment disorder. It is important to explore the adjustment disorder with other disorders as well, for example, personality disorders, or personality characteristics such as neuroticism.

Guidelines for future research and practical implications of study findings. Empirically and theoretically based diagnostic criteria of adjustment disorder will facilitate development of diagnostic assessment instruments of adjustment disorder, and would help to identify persons who might need specialized treatment after stressor exposure. Clearer criteria would also allow better differentiation between adjustment disorder and other disorders, as well as assist professionals in distinguishing between adjustment disorder reactions and normal reactions to stressors. Our research contributes to the development of empirical background for a new structure of adjustment disorder.

Study results suggested two groups of symptoms (preoccupation and failure to adapt) for the structure of the disorder which is in line with the proposals of WHO Working group.

Structure validity and epidemiological studies are among the main current priorities in adjustment disorder field. However, prevention and psychosocial interventions for adjustment disorder studies are also very important. As stressful experiences can be very diverse, it is difficult to create universal programs of psychological intervention for adjustment disorders. There are recent proposals that low intensity interventions delivered by the means of the internet or specialized self-help programs can be the best choice of intervention for adjustment disorder (Maercker, Bachem, Lorenz, Moser, & Berger, 2015). One of the first attempts to develop an adjustment disorder treatment program is a web-based stress management program (BADI) for people who experienced stressors, and have psychological difficulties was introduced recently by the Vilnius University trauma researchers (Skruibis et al., 2016).

5. CONCLUSIONS

1. The analysis of estimates of exposure to stressors and traumatic events in Lithuanian general population showed that:
 - a. the majority of Lithuanians have experienced significant stressors during the last two years;
 - b. the prevalence rates of stressors in Lithuania are similar to other European countries, but the analysis also showed that there are more chronic stressors in Lithuanian population related with financial, health and interpersonal relationship difficulties;
 - c. the prevalence rates of traumatic events in Lithuania are similar to other European countries, but the analysis also showed that there are more childhood violence, accidents and assaults in Lithuanian population;
 - d. there is a significant relationship between exposure to stressors and traumatic events which indicate that exposure to traumatic events can often be associated with significant stressors that may affect adaptation after trauma.

2. The analysis of the structure of adjustment disorder proposed by the World Health Organization (WHO) Working Group of disorders specifically associated with stress for the International Classification of Diseases, 11th Edition (ICD-11):
 - a. showed that the two-factor solution (consisting of two symptom groups of preoccupation and failure to adapt) for the structure of adjustment disorder had the best model-fit data;
 - b. supported the theoretical proposals for the structure of adjustment disorder with two core symptoms (preoccupation and failure to adapt), however the analysis indicated that the clinical picture of adjustment disorder might be more complicated, and the range of accompanying symptoms (avoidance, depression, impulsivity and anxiety) in addition to the core symptoms need to be considered in the future.
3. The following risk factors were identified for the two-factor solution of adjustment disorder as proposed for the ICD-11 in Lithuanian population:
 - a. higher stressor exposure, especially when these stressors are chronic and related to physical health problems;
 - b. exposure to traumatic events and symptoms of adjustment disorder are associated indirectly: people who experience traumatic events may experience more stressors that leads to increased risk for adjustment disorder, also not the exposure to traumatic events but rather symptoms of posttraumatic stress disorder especially intrusions are significant risk factor of adjustment disorder;
 - c. demographic factors: female gender and lower education.

ADAPTACIJOS SUTRIKIMO STRUKTŪRA IR RIZIKOS VEIKSNIAI LIETUVOS POPULIACIJOJE

Santrauka

1. ĮVADAS

Disertacijos tyrimo naujumas ir aktualumas. Streso tema psichologus ir medikus domina jau beveik šimtmetį. Psichikos sveikatos specialistus domina tiek trauminių, tiek ir kitų stresinių patirčių psichologiniai padariniai. Reaguojant į šią įvairovę, per pastaruosius kelis dešimtmečius pasiūlyta keletas su stresu susijusių sutrikimų diagnostinių kategorijų: potrauminio streso sutrikimas, adaptacijos sutrikimas, ūmaus streso reakcija. Šios diagnostinės kategorijos, nors ir turi ribotumą, įgalino psichikos sveikatos specialistus pasiūlyti pagalbą asmenims, kurie patyrė stresorius ir dėl to turi rimtų psichologinių sunkumų.

Nors adaptacijos sutrikimas yra vienas iš dažniausiai diagnozuojamų psichikos sveikatos sutrikimų, moksliniuose tyrimuose tai yra vienas iš rečiausiai tyrinėjamų psichikos sveikatos sutrikimų. Nėra iki galo aišku, kokia yra šio sutrikimo fenomenologija, koks yra santykis su kitais psichikos sveikatos sutrikimais ir jo eiga. Naujausiose mokslinėse studijose aktualūs tapo stresorių paplitimo įvairiose populiacijose klausimai, stresorių ir adaptacijos sutrikimo sąsajų ypatumai, diferencinė diagnostika, pradėtos formuoti teorinės įžvalgos, aiškinančios stresinių patirčių psichologinius mechanizmus. Adaptacijos sutrikimo tyrimų aktualumas dar labiau išryškėjo pasiūlius naują šio sutrikimo sampratą TLK-11. Artėjant TLK-11 leidimui domėjimasis stresiniais sutrikimais, o kartu ir adaptacijos sutrikimu, vėl suaktyvėjo. Šiame darbe apžvelgiami naujausi šios srities tyrimai bei įvertintas TLK-11 siūlymų validumas Lietuvos gyventojų imtyje.

Adaptacijos sutrikimo samprata TLK ir DSM klasifikacijose. Šiuo metu DSM-5 ir TLK-10 klasifikacijose esantys adaptacijos sutrikimo apibrėžimai sulaukė nemažai kritikos (Casey, 2014; Maercker et al., 2007; Semprini et al., 2010; Strain & Diefenbacher, 2008). Buvo teigiama, kad adaptacijos sutrikimo apibrėžimas labai netikslus, keliantis abejonių dėl savo validumo (Casey et al., 2001; Semprini et al.,

2010). Sutrikimas iki šiol laikomas ikislenkstine kategorija, kuri negali būti diagnozuojama, jei pasiekiamas kito sutrikimo diagnostinis slenkstis, neturinti aiškių diagnostinių kriterijų, kelianti abejonių dėl jos subtipų poreikio ir stresinių įvykių apibūdinimo (Casey, 2014). Pastebėta tendencija, kad nemažai psichikos sveikatos specialistų naudoja adaptacijos sutrikimo diagnozę tuomet, kai sunkumai neatitinka jokios kitos diagnozės (Maercker et al., 2007). Kol kas yra tik vienas tyrimas, kuriame buvo atskleista, jog adaptacijos sutrikimas nėra trumpalaikis, vienam trečdaliui sužalojimus patyrusių asmenų ilgalaikiame tyrime adaptacijos sutrikimas buvo lėtinis (O'Donnell et al., 2016). Taip pat iki šiol nebuvo aiškios atskirties tarp normalių ir klinikinio lygio reakcijų į psichosocialinius stresorius, tarp adaptacijos sutrikimo ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų (Casey, 2014).

Adaptacijos sutrikimo struktūros atnaujinimo siūlymai. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) TLK-11 stresinių sutrikimų darbo grupė pastebėjo, kad adaptacijos sutrikimas yra viena dažniausiai naudojamų diagnostinių kategorijų sveikatos apsaugos sistemoje (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). Atlikus 2155 psichologų iš 23-ų šalių tyrimą, kuriame buvo klausiama, su kokiomis diagnozėmis savo praktikoje jie susiduria dažniausia, buvo nustatyta, kad beveik 40 proc. specialistų bent kartą per savaitę turi pacientą su adaptacijos sutrikimo diagnoze, pagal TLK-10 (Evans et al., 2013). Kita vertus, buvo stebimas ryškus mokslinių studijų, nagrinėjančių šio sutrikimo specifiką, sumažėjimas (Casey et al., 2001).

PSO stresinių sutrikimų darbo grupė, pateikė dviejų simptomų grupių adaptacijos sutrikimo struktūros siūlymus TLK-11-ajam leidimui, planuojamam išleisti 2018-ais metais (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Adaptacijos sutrikimas apibrėžiamas kaip neadaptatyvi reakcija į identifikuojamą stresorių ar gyvenimo pokytį, charakterizuojama įkyriomis mintimis ir prisitaikymo sunkumais, sutrikdančiais kasdienį funkcionavimą (pvz., dėmesio koncentracijos, miego sutrikimai) (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Siūlomiems atnaujinimams trūksta mokslinių tyrimų pagrindimo, pavyzdžiui, reikalingi nauji epidemiologiniai tyrimai (Maercker et al., 2012) tiek bendrojoje populiacijoje, tiek klinikinėse imtyse (Lorenz et al., 2016).

Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai. Rastos adaptacijos sutrikimo sąsajos su somatinėmis ligomis, pavyzdžiui, onkologinėmis ligomis (Mitchell et al., 2011) ir po

širdies defibriliatoriaus įsodinimo (Maercker et al., 2007), savižudybės rizika (Gradus et al., 2012; Schnyder & Valach, 1997), save žalojančiu elgesiu (Pelkonen et al., 2005), kitais psichikos sveikatos sutrikimais, pavyzdžiui, depresija (Casey, Maracy, Kelly, Lehtinen, Ayuso-Mateos, Dalgard, & Dowrick, 2006; Maercker et al., 2008), potrauminio stresu (Maercker et al., 2008), atskleidžia jo aktualumą kitų psichikos ar fizinės sveikatos sutrikimų kontekste. Adaptacijos sutrikimas yra dažnas somatinių ligų atveju (American Psychiatric Association, 2013). Viena svarbiausių sąsajų rasta tarp adaptacijos sutrikimo ir savižudybės rizikos: suicidinis elgesys dažniau pasitaiko asmenims, kuriems buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, negu tiems, kurie šios diagnozės neturėjo. Šis ryšys buvo gautas tyrinėjant paauglių ir suaugusiųjų imtis įvairiose Europos ir kitose šalyse (Schnyder & Valach, 1997; Wai et al., 1999). Vienoje atliktoje Danijos mirties priežasčių registro analizėje buvo gauta, kad savižudybė buvo 12 kartų dažnesnė asmenims, kuriems prieš tai buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, negu tiems, kuriems šis sutrikimas nebuvo diagnozuotas (Gradus et al., 2012).

Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Disertacijos tyrimo tikslas buvo išanalizuoti Lietuvos gyventojų stresines patirtis ir įvertinti streso reakcijų ypatumus, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos siūlomu adaptacijos sutrikimo apibrėžimu TLK-11 leidimui. Darbo tikslui pasiekti buvo keliami šie uždaviniai:

1. įvertinti Lietuvos populiacijos stresinę ir trauminę patirtį;
2. atlikti TLK-11 siūlomo adaptacijos sutrikimo struktūros analizę Lietuvos populiacijoje;
3. išskirti adaptacijos sutrikimo rizikos grupę ir išanalizuoti šios grupės ypatumus;
4. nustatyti adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnius.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrime sutiko dalyvauti 831 tyrimo dalyvis (57,9 proc. moterų) nuo 18 iki 89 metų amžiaus ($M = 39,84$, $SD = 17,83$). Demografiniai tiriamųjų imties duomenys pateikti lentelėje (1 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys ($N = 831$)

Demografinės charakteristikos	<i>n</i>	%	Demografinės charakteristikos	<i>n</i>	%
Lytis			Išsilavinimas		
Vyras	350	42,11	Vidurinis ar žemesnis	401	48,26
Moteris	481	57,88	Aukštesnysis	113	13,60
Amžiaus grupės			Aukštasis	314	37,79
18-29	354	42,60	Nepateikė informacijos	3	0,36
30-59	333	40,07	Darbinė padėtis*		
60-89	138	16,61	Dirba	443	47,74
Nepateikė informacijos	6	0,72	Nedirba	90	9,70
Šeiminė padėtis			Studijuoja	221	23,81
Vedęs/ištekėjusi	328	39,47	Yra pensijoje	123	13,25
Nevedęs/netekėjusi	304	36,58	Kita	51	5,50
Gyvena su partneriu(-e)	82	9,87	Gyvenamoji vieta		
Išsiskyres(-usi)/našlys(-ė)	110	13,24	Didieji miestai	485	58,36
Nepateikė informacijos	7	0,84	Miesteliai	148	17,81
			Kaimas	174	20,94
			Nepateikė informacijos	24	2,89

Pastaba. * tyrimo dalyviai galėjo nurodyti daugiau nei vieną kategoriją.

2.2. Tyrimo instrumentai

Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalė (ADNM-20) (angl. *Adjustment Disorder New Module*). Adaptacijos sutrikimo reakcijų įvertinimui naudota ADNM-20 klausimyno (Einsle et al., 2010) lietuviška versija (Zelviene et al., 2017). ADNM-20 sudaro dvi dalys: stresorių sąrašas ir adaptacijos sutrikimo simptomus apibūdinančių teiginių sąrašas. Pirmąją dalį sudaro keturi ūmūs stresoriai (pvz., netikėtas darbo praradimas, skyrybos) ir dešimt lėtinių (pvz., konfliktai šeimoje, finansiniai sunkumai).

Tyrimo dalyviai buvo prašomi pažymėti stresorius, kuriuos patyrė per pastaruosius dvejus metus ir dėl kurių jie patyrė sunkumų per pastaruosius šešis mėnesius. Stresorių sąrašė taip pat buvo galimybė įrašyti papildomą stresorių, kuris nebuvo paminėtas, atsakant į atvirą klausimą („Kitas stresą sukėles gyvenimo įvykis (įrašykite)“).

Antroji ADN-20 dalis sudaryta iš 20-ies požymių, apibūdinančių reakcijas į minėtus stresorius ir suskirstytą į šešias pagrindinių ir papildomų simptomų subskales. Pagrindinių simptomų įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų subskalės turėjo po 4 teiginius. Papildomų simptomų subskalės: depresijos – 3 teiginius, nerimo – 2, vengimo – 4, impulsų kontrolės sunkumų – 3. Tyrimo dalyvių buvo prašoma pažymėti, kaip dažnai jie patiria klausimyne aprašomus požymius, susijusius su prieš tai nurodytais stresoriais (1 = *niekada*, 2 = *retai*, 3 = *kartais*, 4 = *dažnai*). ADN-20 subskalių įverčiai skaičiuojami sumuojant kiekvienos atskiros subskalės atsakymus (Einsle et al., 2010).

Ankstesniuose tyrimuose aprašytos ADN-20 klausimyno psichometrinės charakteristikos buvo pakankamai geros. ADN-20 subskalių vidinio suderinamumo koeficientai svyravo nuo Cronbach $\alpha = 0,74$ iki $0,90$ (Einsle et al., 2010) ir nuo Cronbach $\alpha = 0,81$ iki $0,85$ (Bley et al., 2008). Kiekvienos ADN-20 subskalės pakartotinio testavimo patikimumas (angl. *test-retest reliability*) taip pat buvo pakankamai geras, svyravo nuo $r = 0,61$ iki $r = 0,84$ ($p < 0,001$) (Einsle et al., 2010). Tyrime, kuriame buvo tirta specifinė apiplėšimus patyrusių asmenų imtis, skelbiamas ADN-20 vidinis suderinamumas buvo aukštas Cronbach $\alpha = 0,94$, subskalių vidinio suderinamumo rodikliai, svyravo nuo Cronbach $\alpha = 0,80$ iki $0,89$, nustatytas klausimyno diagnostinis slenkstis 47,5, pagal kurį galima identifikuoti asmenis, patiriančius adaptacijos sutrikimo lygio sunkumų po stresinės patirties (Lorenz et al., 2016).

Tam, kad būtų užtikrinta lietuviško ADN-20 vertimo kokybė, buvo atliktas atgalinis vertimas į anglų kalbą ir persiųstas klausimyno autoriams peržiūrėti, ar nebuvo kokių nors neatitikimų. Šiame tyrime lietuviškos ADN-20 versijos subskalių vidinis suderinamumas buvo pakankamai geras: įkyrių minčių subskalės Cronbach $\alpha = 0,87$, prisitaikymo sunkumų Cronbach $\alpha = 0,78$, vengimo Cronbach $\alpha = 0,75$, depresijos Cronbach $\alpha = 0,65$, impulsų kontrolės sunkumų Cronbach $\alpha = 0,84$, nerimo Cronbach $\alpha = 0,64$ (Zelviene et al., 2017).

Trumpas traumos klausimynas (BTQ) (angl. *Brief Trauma Questionnaire*). BTQ skirtas nustatyti suaugusio asmens (nuo 18 metų amžiaus) patirtus, stipriai sukrečiančius,

su grėsme gyvybei susijusius, įvykius. Klausimynas buvo sukurtas P. Schnurr ir kolegų (1999) pagal potrauminio streso sutrikimo (PTSS) trauminio įvykio apibrėžimą, pateiktą DSM-IV.

BTQ pateikiamas dešimties trauminių įvykių sąrašas. Prie kiekvieno iš minėtų įvykių tyrimo dalyvis pirmiausia turėjo pažymėti, ar patyrė nurodytą įvykį (*Taip* arba *Ne*). Angliškos versijos klausimyno patikimumas buvo pakankamai geras, kapa koeficientai svyravo nuo 0,74 iki 1,00 išskyrus gyvybei pavojingą ligą (0,69) ir kitą situaciją, kurioje asmuo buvo rimtai sužeistas arba bijojo būti sužeistas ar mirti (0,60). Gavus autorių sutikimą BTQ klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą ir adaptuotas Lietuvos populiacijoje 2010-2012 m. Lietuviškos versijos BTQ vidinio suderinamumo koeficientas buvo pakankamai geras Cronbach $\alpha = 0,74$ (Kazlauskas & Želvienė, 2015).

Įvykio poveiko skalė – Revizuota (IES-R) (angl. *Impact of Events Scale-Revised*). IES-R skirtas potrauminio streso sutrikimo (PTSS) reakcijų (American Psychiatric Association, 1994) intensyvumo įvertinimui (Weiss & Marmar, 1997). Klausimyną sudaro trys subskalės (viso 22 teiginiai), apibūdinančios pagrindinius PTSS simptomus: invazijos subskalė, vengimo subskalė ir padidinto dirglumo subskalė. Tyrimo dalyviai turėjo pažymėti, kiek aprašomas sunkumas juos vargino per pastarąsias septynias dienas (0 = *visai ne*, 1 = *šiek tiek*, 2 = *vidutiniškai*, 3 = *gana daug*, 4 = *labai stipriai*). Subskalės įvertis yra ją sudarančių teiginių įverčių vidurkis. IES-R klausimyno bendras įvertis yra visų skalę sudarančių teiginių įverčių aritmetinis vidurkis.

Adaptavus IES-R klausimyną Lietuvos populiacijoje 2005 metais buvo gauti geri patikimumo rodikliai. Visos skalės vidinio suderinamumo rodiklis Cronbach $\alpha = 0,93$, atskirų subskalių Cronbach α svyravo nuo 0,82 iki 0,88 (Kazlauskas et al., 2006). IES-R patikimumas taip pat buvo matuotas pakartotinai apklausiant tuos pačius tiriamuosius po septynių dienų, gautos subskalių koreliacijos tarp matavimų buvo pakankamai didelės ($r = 0,58 - 0,66$, $p < 0,01$) (Kazlauskas et al., 2006).

Psichologinės gerovės klausimynas (WBQ) (angl. *Well Being Questionnaire*). WBQ yra skirtas įvertinti asmens psichologinę gerovę. Klausimynas buvo sudarytas remiantis C.D. Ryff ir B. Singer (2008) psichologinės gerovės teorinėmis ir mokslinių tyrimų išvalgomis, pagal kurias psichologinės gerovės konstrukta sudaro šeši pagrindiniai veiksniai: autonomija, aplinkos valdymas, asmeninis augimas, teigiami santykiai su kitais, gyvenimo tikslas ir savęs priėmimas (Ryff & Keyes, 1995; Ryff &

Singer, 2008; Ryff, 1989). WBQ sudaro viena dešimties teiginių, atspindinčių minėtus psichologinės gerovės veiksnius (pvz., „esu patenkintas savo gyvenimu“, „mano gyvenimas yra prasmingas“, „jaučiu, kad turiu galimybę nuolat tobulėti“ ir kt.), skalė. Tyrimo dalyvių buvo prašoma 5-ių parinkčių skalėje (1 = *visiškai nesutinku*, 2 = *nesutinku*, 3 = *nei sutinku, nei nesutinku*, 4 = *sutinku*, 5 = *visiškai sutinku*) nurodyti, kiek jie sutinka, arba nesutinka su kiekvienu teiginiu. Teiginių įverčių suma sudaro bendrą WBQ skalės įvertį. Paskaičiuotas WBQ skalės vidinio suderinamumo rodiklis buvo pakankamai aukštas Cronbach $\alpha = 0,85$ (Kazlauskas & Želvienė, 2013).

Subjektyvus sveikatos vertinimas. Siekiant įvertinti, kaip tyrimo dalyviai subjektyviai vertina savo sveikatą, buvo pateikiama septynių balų skalė nuo 1-o (*labai bloga sveikata*) iki 7-ių (*labai gera sveikata*). Tyrimo dalyvių buvo prašoma pažymėti jiems tinkantį skalės įvertį.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimo metu buvo siekiama apklausti imtį, kuri savo demografinėmis charakteristikomis (amžiumi, lytimi, išsilavinimu, gyvenamąja vieta) būtų kuo labiau panašesnė į 2011-ųjų metų Lietuvos gyventojų ir būstų surašymo duomenis (Lietuvos statistikos departamentas, 2011). Tyrimo dalyviai buvo kviečiami dalyvauti tyrime patogiosios atrankos būdu, taip pat siekiant geresnio imties reprezentatyvumo, tyrėjai tikslingai kvietė dalyvauti įvairaus amžiaus asmenis iš įvairių miestų ar miestelių, neapsiribojant Vilniaus miestu. Tyrimo dalyviai buvo kviečiami dalyvauti tyrime įvairiose darbovietėse arba namuose. Kvietimo metu tyrimas ir jo tikslai buvo trumpai pristatomi. Jei tyrimo dalyvis sutikdavo atsakyti į klausimus, turėdavo savo parašu patvirtinti sutikimą. Iš visų kviestų asmenų tyrime sutiko dalyvauti ir klausimyną užpildė 87 % tyrimo dalyvių.

2.4. Duomenų analizės metodai

Tyrimo metu surinkti duomenys buvo koduojami ir analizuojami naudojant duomenų analizės paketą IBM SPSS Statistics SPSS® 22.0. Dėl didelio tyrimo dalyvių skaičiaus, klausimai su neužpildytais atsakymais, buvo neįtraukiami į statistinę analizę atskiriems statistinio įvertinimo kriterijams, jų nepakeičiant vidurkais.

Tiriamoji faktorių analizė. Duomenų tinkamumas tiriamajai faktorių analizei įvertintas atsižvelgiant į Kaiser-Meyer-Olkin rodiklį (angl. *Kaiser-Meyer-Olkin value*

(*KMO*)), kurio rekomenduojama reikšmė turėjo būti didesnė nei 0,6 (Kaiser, 1970). Taip pat naudotas Bartleto sferiškumo kriterijus (angl. *Bartlett's Test of Sphericity*) (Bartlett, 1954) turėjo būti statistiškai reikšmingas ($p \leq 0,05$).

Patvirtinamoji faktorių analizė. Patvirtinamajai faktorių analizei atlikti buvo naudojama struktūrinių lygčių modeliavimo programa IBM AMOS 23.0.0. Sudarytų modelių psichometrinėms charakteristikoms įvertinti naudojami tinkamumo indeksai: vidutinės aproksimacijos paklaidos kvadratinė šaknis (angl. *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA)), sąlyginis suderinamumo kriterijus (angl. *Comparative-fit index* (CFI)). CFI vertės didesnės nei 0,90 arba lygios ir RMSEA vertė mažesnė nei 0,08 arba lygi rodė gerą modelio tinkamumą (Kline, 2011).

3. REZULTATAI

3.1. Stresoriai ir trauminiai įvykiai

Dauguma tyrimo dalyvių 83,3 proc. ($n = 692$) pažymėjo bent vieną stresorių, kurį patyrė per pastaruosius dvejus metus ir dėl kurio per paskutinius šešis mėnesius turėjo sunkumų. Vidutiniškai tiriamieji patyrė 2,07 ($SD = 1,86$) stresorių. Lėtinių stresorių vidurkis tirtoje imtyje buvo 1,61 ($SD = 1,53$), ūmių stresorių – 0,37 ($SD = 0,64$). 68,7 proc. ($n = 571$) tyrimo dalyvių nurodė patyrę bent vieną trauminį įvykį. Trauminių įvykių vidurkis tirtoje imtyje buvo 1,60 ($SD = 1,63$) (2 lentelė).

2 lentelė. *Stresorių ir trauminių įvykių vidurkiai ir skirtumai tarp lyčių (N = 831)*

	Viso		Vyrai ($n = 350$)		Moterys ($n = 481$)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ADNM-S	2,07	1,86	2,01	2,00	2,11	1,75	-0,86
Ūmūs stresoriai	0,37	0,64	0,40	0,73	0,35	0,55	1,13
Lėtiniai stresoriai	1,61	1,53	1,54	1,61	1,67	1,47	-1,25
BTQ	1,60	1,63	2,12	1,85	1,22	1,34	7,68*

Pastaba. ADNM-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADNM-20) stresorių sąrašas; BTQ = Trauminės patirties klausimynas.
* $p < 0,05$.

Siekiant išsiaiškinti stresorių ir trauminių įvykių paplitimo ypatumus tarp lyčių buvo naudotas Stjudento-*t* kriterijus nepriklausomoms imtims paskaičiuoti vidurkiai ir

standartiniai nuokrypiai (2 lentelė). Atlikta analizė parodė, kad bendras stresorių kiekis (ADNM-20 klausimynas) tarp vyrų ($M = 2,01$, $SD = 2,00$) ir moterų ($M = 2,11$, $SD = 1,75$) statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t(823) = -0,86$, $p = 0,39$). Ūmių stresorių kiekis tarp vyrų ($M = 0,40$, $SD = 0,73$) ir moterų ($M = 0,35$, $SD = 0,55$) statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t(610,63) = 1,13$, $p = 0,26$). Patirti lėtiniai stresoriai taip pat nesiskyrė tarp lyčių ($t(823) = -1,25$, $p = 0,21$). Atlikta analizė taip pat atskleidė, kad lėtinių stresorių tiek vyrai ($M = 1,54$, $SD = 1,61$), tiek moterys ($M = 1,67$, $SD = 1,47$) nurodė patyrę vidutiniškai daugiau negu ūmių stresorių (vyrai $M = 0,40$, $SD = 0,73$; moterys $M = 0,35$, $SD = 0,55$ moterys).

3 lentelė. Stresorių paplitimas Lietuvos populiacijoje ir skirtumai tarp lyčių ($N = 831$)

ADNM-S	Viso ($n = 831$)		Vyrai ($n = 350$)		Moterys ($n = 481$)		Lyčių skirtumai		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Ūmūs stresoriai	260	31,3	107	41,2	153	58,8	0,09	0,76	0,01
Netikėtas darbo praradimas	52	6,3	23	6,7	29	6,0	0,05	0,83	-0,01
Išėjimas į pensiją	25	3,0	15	4,3	10	2,1	2,78	0,10	-0,07
Skyrybos/Išsiskyrimas	70	8,5	30	8,7	40	8,3	0,00	0,95	-0,01
Artimojo mirtis	160	19,4	71	20,6	89	18,5	0,41	0,52	-0,03
Lėtiniai stresoriai	621	74,7	101	40,1	109	59,9	3,80	0,05*	0,07
Širdies ligos	92	11,2	40	11,6	52	10,8	0,05	0,82	-0,01
Kitos pavojingos ligos	89	10,8	41	11,9	48	10,0	0,56	0,46	-0,03
Lėtinės ligos	134	16,2	51	14,8	83	17,3	0,75	0,39	0,03
Konfliktai su kolegomis	74	9,0	22	6,4	52	10,8	4,35	0,04*	0,08
Konfliktai su viršininkais	75	9,1	39	11,3	36	7,5	3,07	0,08	-0,07
Bedarbystė	70	8,5	30	8,7	40	8,3	0,00	0,95	-0,01
Konfliktai šeimoje	168	20,4	62	18,0	106	22,1	1,85	0,17	0,05
Artimojo liga	186	22,5	62	18,0	124	25,8	6,66	0,01*	0,09
Finansiniai sunkumai	240	29,1	99	28,7	141	29,4	0,02	0,89	0,01
Per daug/per mažai darbo	204	24,7	84	24,3	120	25,0	0,02	0,90	0,01
Kitas stresą sukėles įvykis	70	8,5	23	6,7	47	9,8	2,14	0,14	0,06

Pastaba. ADNM-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADNM-20) stresorių sąrašas.

* $p < 0,05$.

Trauminių įvykių (BTQ klausimynas) vyrai ($M = 2,12$, $SD = 1,85$) nurodė patyrę statistiškai reikšmingai daugiau negu moterys ($M = 1,22$, $SD = 1,34$; $t(590) = 7,68$, $p = 0,000$). Palyginus stresorių ir trauminių įvykių vidurkius buvo pastebėta, kad asmenys vidutiniškai nurodė daugiau stresorių ($M = 2,32$, $SD = 1,98$) negu trauminių ($M = 1,60$, $SD = 1,63$) įvykių. Vyrų stresorių ($M = 2,01$, $SD = 2,00$) ir trauminių ($M = 2,12$, $SD = 1,85$) įvykių vidurkiai buvo labai panašūs, o moterys nurodė patyrusios šiek tiek daugiau stresorių ($M = 2,11$, $SD = 1,75$) negu trauminių įvykių ($M = 1,22$, $SD = 1,34$) (2 lentelė).

4 lentelė. Trauminių įvykių paplitimas Lietuvos populiacijoje ir skirtumai tarp lyčių ($N = 831$)

BTQ	Viso		Vyrai ($n = 350$)		Moterys ($n = 481$)		Lyčių skirtumai		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Karo patirtis	31	3,8	26	7,5	5	1,1	21,24	0,00*	-0,17
Rimta autoavarija	232	28,2	126	36,3	106	22,3	18,87	0,00*	-0,15
Stichinė/technologinė nelaimė	93	11,3	52	15,0	41	8,6	7,53	0,01*	-0,1
Gyvybei pavojinga liga	84	10,2	40	11,6	44	9,2	0,93	0,33	-0,04
Fizinės bausmės vaikystėje	184	22,4	99	28,5	85	17,9	12,56	0,00*	-0,13
Užpuolimai/Apiplėšimai	251	30,5	150	43,4	101	21,2	45,24	0,00*	-0,24
Seksualinė prievarta	42	5,1	9	2,6	33	6,9	6,89	0,01*	0,1
Rimti sužeidimai	160	19,4	100	28,8	60	12,6	32,66	0,00*	-0,20
Netikėta smurtinė artimojo mirtis	118	14,4	60	17,3	58	12,2	3,76	0,05*	-0,07
Buvo įvykio liudininkas	125	15,2	72	20,9	53	11,1	13,94	0,00*	-0,13

Pastaba. BTQ = Trauminės patirties klausimynas.

* $p < 0,05$.

Siekiant išsiaiškinti konkrečių ūmių ir lėtinių stresorių paplitimą ir ypatumus tarp lyčių buvo naudoti Chi kvadrato kriterijus ir phi koeficientas. Analizė parodė, kad artimojo mirtis buvo dažniausiai pasitaikantis ūmus stresorius 19,4 proc. ($n = 160$), antras pagal dažnumą ūmus stresorius buvo skyrybos/išsiskyrimas 8,5 proc. ($n = 70$), trečias dažniausiai pasitaikantis stresorius buvo netikėtas darbo praradimas 6,3 proc. ($n = 52$) (3 lentelė).

Visų ūmių stresorių paplitimas tarp lyčių nesiskyrė ($p > 0,05$). Finansiniai sunkumai buvo dažniausiai pasitaikantis lėtinis stresorius 29,1 proc. ($n = 240$). Per

daug/per mažai darbo buvo antras pagal dažnumą pasitaikantis lėtinis stresorius 24,7 proc. ($n = 204$). Artimojo liga – trečias 22,5 proc. ($n = 186$). Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp lyčių buvo gauti apskaičiavus tokių lėtinių stresorių paplitimą kaip konfliktai su kolegomis ir artimojo liga: moterys šiuos stresorius pažymėjo statistiškai reikšmingai dažniau ($p < 0,05$). Lėtinių stresorių moterys patyrė statistiškai reikšmingai daugiau negu vyrai ($p = 0,05$), tačiau efekto dydis buvo labai mažas ($phi = 0,07$) (3 lentelė).

Siekiant išsiaiškinti trauminių įvykių paplitimo ypatumus Lietuvos populiacijoje ir tarp lyčių buvo naudotas Chi kvadrato kriterijus bei paskaičiuoti atskirų trauminių įvykių paplitimo procentai. Užpuolimai/apiplėšimai (30,5 proc.) sudarė trečdalį trauminių įvykių, kuriuos žymėjo tyrimo dalyviai. Kiti du dažniausiai pasitaikantys įvykiai buvo rimta autoavarija (28,2 proc.) ir fizinės bausmės vaikystėje (22,4 proc.). Apskaičiavus Chi kvadratą buvo gauta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyčių su visais trauminais įvykiais išskyrus gyvybei pavojingą ligą. Vyrai tirtoje imtyje dažniau žymėjo karo patirtį (7,5 proc.), rimtą autoavariją (36,3 proc.), stichinę/technologinę nelaimę (15,0 proc.), fazines bausmes vaikystėje (28,5 proc.), užpuolimus/apiplėšimus (43,4 proc.), rimtus sužeidimus (28,8 proc.), netikėtą smurtinę artimojo mirtį (17,3 proc.), buvimą įvykio liudininku (20,9 proc.) ($p \leq 0,05$). Moterys statistiškai reikšmingai dažniau negu vyrai žymėjo seksualinę prievartą (6,9 proc.; $p < 0,05$) (4 lentelė).

3.2. Adaptacijos sutrikimo struktūra ir validumas

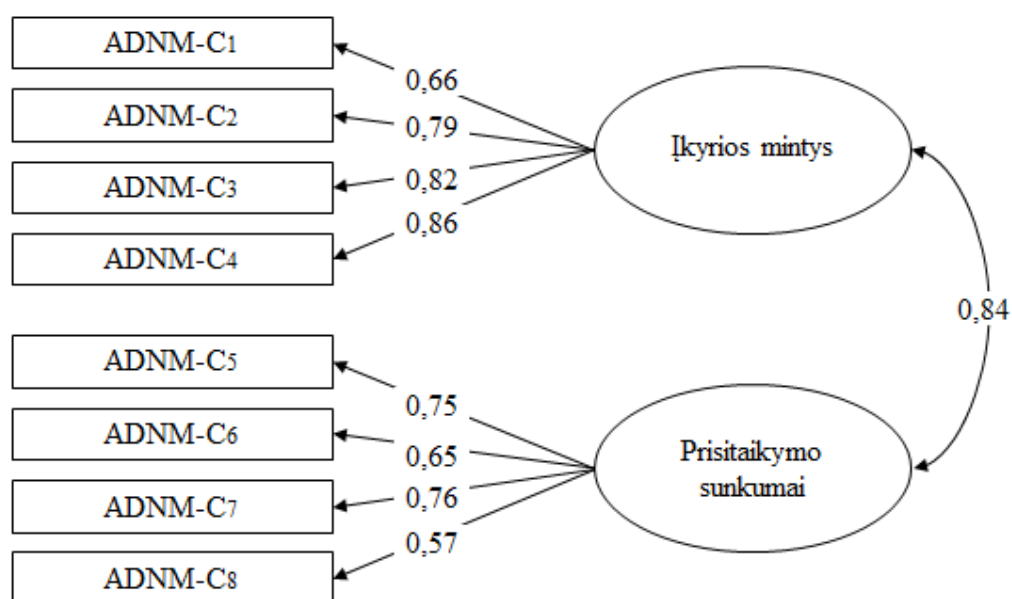
Siekiant nustatyti adaptacijos sutrikimo simptomų sąsajų ypatumus, buvo paskaičiuotos Pearson koreliacijos tarp ADN-20 klausimyno subskalių. Visos gautos tarpusavio koreliacijos buvo statistiškai reikšmingos, koeficientai svyravo nuo $r = 0,56$ iki $r = 0,79$ ($N = 692$, $p < 0,001$). Didžiausia tarpusavio koreliacija buvo tarp nerimo ir įkyrių minčių simptomų ($r = 0,79$), mažiausias tarpusavio koreliacijos įvertis buvo tarp vengimo ir prisitaikymo sunkumų ($r = 0,56$) simptomų.

Tolimesnė adaptacijos sutrikimo struktūros, kurią sudaro du pagrindiniai (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) ir keturi papildomi (vengimo, depresijos, nerimo ir impulsų kontrolės sunkumų) simptomai, apibrėžti TLK-11 siūlymuose, patvirtinamoji faktorių analizė atlikta naudojant struktūrinių lygčių programavimo statistinę programą

IBM AMOS 23.0.0. Analizė buvo atlikta tiriamųjų, nurodžiusių bent vieną stresorių imtyje, remiantis ADN-20 klausimyno stresorių sąrašu ($n = 649$).

Remiantis ankstesniais adaptacijos sutrikimo struktūros tyrimais (Glaesmer et al., 2015) ir Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) (angl. *World Health Organization (WHO)*) darbo grupės siūlymais (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013), analizei buvo sudaryti trys adaptacijos sutrikimo struktūriniai modeliai.

Pirmasis *šešių faktorių modelis*, kurį sudaro du pagrindiniai ir keturi papildomi adaptacijos sutrikimo simptomai. Pagrindinių simptomų (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) faktoriai turėjo po keturis teiginius, vengimo – keturis, depresijos – tris, impulsų kontrolės sunkumų – tris, nerimo – du. Antrasis *dviejų faktorių antros eilės modelis*, kurį sudaro du antros eilės latentiniai faktoriai. Vieną iš jų sudaro du pagrindiniai simptomai, antrąjį sudaro keturi papildomi simptomai. Trečiasis *dviejų faktorių pagrindinių simptomų modelis*, kurį sudaro tik du adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų faktoriai (1 pav.).



1 pav. Dviejų faktorių pagrindinių simptomų modelis, kurį sudaro du adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) faktoriai. Faktorių apkrovos ir koreliacijos yra statistiškai reikšmingos, kai $p < 0,05$.

Gauti šešių faktorių modelio tinkamumo koeficientai rodė prastą modelio tinkamumą (CFI = 0,900, RMSEA = 0,081), faktorių svoriai svyravo nuo mažiausio 0,62 (teiginys vengimo subskalėje) iki didžiausio 0,88 (teiginiai įkyrių minčių ir impulsų

kontrolės sunkumų subskalėse). Šešių faktorių modelio kintamųjų tarpusavio koreliacijos buvo aukštos, svyravo nuo 0,91 iki 0,97.

Dviejų faktorių antros eilės modelis, su atskirais pagrindinių ir papildomų simptomų antros eilės latentiniais faktoriais turėjo geresnius modelio tinkamumo koeficientus (CFI = 0,913, RMSEA = 0,075) nei šešių faktorių modelis (5 lentelė). Adaptacijos sutrikimo struktūros modelio pirmos eilės faktorių svoriai svyravo nuo 0,56 (vengimo ir depresijos subskalės) iki 0,89 (įkyrių minčių subskalė), antros eilės faktorių svoriai svyravo nuo 0,91 (papildomų adaptacijos sutrikimo simptomų grupė) iki 1,00 (papildomų adaptacijos sutrikimo simptomų grupė).

Įvertinus pirmuosius du modelius buvo tikrinamas trečiasis adaptacijos sutrikimo struktūros modelis, kurį sudarė du pagrindinių simptomų faktoriai. Paskaičiuoti modelio tinkamumo koeficientai rodė labai gerą modelio struktūros tinkamumą (CFI = 0,985, RMSEA = 0,053) (5 lentelė), gauti rezultatai taip pat buvo geriausi iš visų trijų modelių. Įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomų tarpusavio koreliacija buvo labai aukšta ($r = 0,84$), modelio faktorių svoriai taip pat buvo pakankamai aukšti (nuo 0,57 iki 0,86) (1 pav.).

Siekiant detalaus adaptacijos sutrikimo struktūrinių modelių palyginimo, buvo paskaičiuoti kiekvieno modelio tinkamumo koeficientai ir jų pasikliautiniai intervalai, Chi kvadratas, laisvės laipsniai bei paskaičiuoti modelio tinkamumo koeficientų pokyčiai (5 lentelė).

5 lentelė. *Adaptacijos sutrikimo struktūros modelių palyginimas (N = 649)*

Adaptacijos sutrikimo struktūros modeliai	Modelio tinkamumo koeficientai				Modelių palyginimas	
	χ^2	df	CFI	RMSEA (90% CI)	Δ CFI	Δ RMSEA
1. Šešių faktorių modelis	856,450	162	0,900	0,081 (0,076–0,087)		
2. Dviejų faktorių antros eilės modelis (palyginus su 1)	773,825	168	0,913	0,075 (0,069–0,080)	0,013	-0,006
3. Dviejų faktorių modelis (palyginus su 2)	53,607	19	0,985	0,053 (0,037–0,070)	0,072	-0,022

Pastaba. df = laisvės laipsniai; RMSEA = vidutinės aproksimacijos kvadratinė šaknis; CFI = sąlyginis suderinamumo kriterijus; χ^2 = Chi kvadratas; Δ = parametro pokytis.

Modelių tinkamumo koeficientai parodė, kad dviejų faktorių pagrindinių adaptacijos sutrikimo simptomų modelis turėjo geriausius tinkamumo rodiklius (CFI =

0,985, RMSEA = 0,053). Minėtas modelis taip pat buvo palygintas su pirmaisiais dviem: buvo paskaičiuoti CFI ir RMSEA parametrų pokyčiai tarp šešių faktorių ir dviejų faktorių antros eilės modelių ($\Delta\text{CFI} = 0,013$, $\Delta\text{RMSEA} = -0,006$). Taip pat buvo palyginti dviejų faktorių antros eilės ir dviejų faktorių pagrindinių simptomų modeliai ($\Delta\text{CFI} = 0,072$, $\Delta\text{RMSEA} = -0,022$) (5 lentelė).

3.3. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai

Atlikus adaptacijos sutrikimo struktūros analizę ir nustatius dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo modelį, kaip labiausiai tinkamą, toliau buvo siekiama išskirti adaptacijos sutrikimo rizikos grupę, nustatyti šios grupės ypatumus, bei palyginti minėtą grupę su palyginamąja grupe. Šiam tikslui įgyvendinti buvo paskaičiuotos adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų subskalių įkyrių minčių ($M = 9,35$, $SD = 3,45$) ir prisitaikymo sunkumų ($M = 7,14$, $SD = 2,99$) psichometrinės charakteristikos stresorius patyrusių tiriamųjų imtyje bei prie subskalių vidurkių pridėti standartiniai nuokrypiai. Atitinkamai, įkyrių minčių subskalei buvo gautas 12,80 įvertis, o prisitaikymo sunkumų subskalei 10,13 įvertis. Tiriamieji, kurie įkyrių minčių subskalėje surinko 12 ir daugiau balų ir prisitaikymo sunkumų subskalėje surinko 10 ir daugiau balų, buvo priskirti adaptacijos sutrikimo rizikos grupei.

Išskirtą rizikos grupę sudarė 103 tyrimo dalyviai, nuo 18 iki 89 metų amžiaus ($M = 44,56$, $SD = 19,00$), stresinių įvykių vidurkis grupėje buvo 3,41 ($SD = 2,08$, $min = 1$, $maks = 10$). Palyginamąją grupę sudarė 583 tyrimo dalyviai nuo 18 iki 89 metų amžiaus ($M = 39,65$, $SD = 17,49$), stresinių įvykių vidurkis buvo 2,33 ($SD = 1,66$). Palyginus rizikos grupės ūmius stresorius su palyginamosios, nebuvo gauta statistiškai reikšmingų skirtumų ($p > 0,05$), ūmių stresorių paplitimas tarp grupių buvo panašus. Skirtumai tarp grupių buvo gauti peržvelgus lėtinių stresorių sąrašą. Rizikos grupės tyrimo dalyviai statistiškai reikšmingai dažniau nei palyginamoji grupė nurodė su sveikata susijusių lėtinių stresorių: širdies ligų (25,5 proc., $p = 0,00$), kitų pavojingų ligų (21,6 proc., $p = 0,01$), lėtinių ligų (35,3 proc., $p = 0,00$). Su darbo santykiais susiję lėtiniai stresoriai: konfliktai su kolegomis (24,5 proc., $p = 0,00$) ir konfliktai su viršininkais (17,6 proc., $p = 0,03$) buvo statistiškai reikšmingai dažniau pasitaikantys rizikos grupėje, finansiniai sunkumai taip pat (51,00 proc., $p = 0,00$). Skirtumų tarp grupių nebuvo gauta įvertinus

lėtinius stresorius, tokius kaip bedarbystė ($p = 0,70$), konfliktai šeimoje ($p = 0,26$), artimojo liga ($p = 0,24$), per daug arba per mažai darbo ($p = 0,51$).

Siekiant nustatyti stresorių kiekio skirtumus tarp išskirtų rizikos ir palyginamosios grupių, buvo taikomas Stjudento- t kriterijus nepriklausomoms imtims. Gauti rezultatai parodė, kad bendras stresorių kiekis tarp grupių statistiškai reikšmingai skyrėsi $t(692) = -4,98$, $p = 0,000$, rizikos grupėje ($M = 3,41$, $SD = 2,08$) stresorių buvo daugiau negu palyginamojoje grupėje ($M = 2,33$, $SD = 1,66$). Suskirsčius stresorius į ūmius ir lėtinius, statistiškai reikšmingi skirtumai tarp grupių gauti tik lėtiniams stresoriams $t(692) = -5,48$, $p = 0,000$, rizikos grupėje ($M = 2,76$, $SD = 1,66$) jų kiekis buvo statistiškai reikšmingai didesnis negu palyginamojoje ($M = 1,80$, $SD = 1,40$). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nebuvo gauta $t(692) = -1,14$ $p = 0,25$ apskaičiavus ir palyginus trauminių įvykių vidutinį kiekį rizikos grupėje ($M = 1,88$, $SD = 1,68$) ir palyginamojoje ($M = 1,67$, $SD = 1,67$).

Palyginus subjektyviai vertinamą sveikatą, buvo gauta, kad rizikos grupėje tyrimo dalyviai statistiškai reikšmingai prasčiau vertino savo sveikatą ($M = 4,52$, $SD = 1,62$; $t(692) = 3,44$, $p = 0,001$) negu palyginamojoje grupėje ($M = 5,10$, $SD = 1,37$).

Siekiant nustatyti rizikos grupės demografinius ypatumus, buvo paskaičiuota Chi kvadrato (χ^2) statistika, kuri parodė statistiškai reikšmingą ryšį tarp lyties ir rizikos/palyginamosios grupių $\chi^2(1, n = 692) = 9,50$, $p = 0,002$. Moterų rizikos grupėje (72,8 proc.) buvo daugiau negu vyrų (27,2 proc.). Statistiškai reikšmingų sąsajų nebuvo gauta tarp amžiaus grupių ir rizikos/palyginamosios grupės $\chi^2(2, n = 692) = 5,08$, $p = 0,09$.

Siekiant nustatyti kintamuosius, prognozuojančius stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus (įkyrias mintis ir prisitaikymo sunkumus) buvo atlikta hierarchinė logistinė regresinė analizė. Į analizę įtraukti kintamieji, kurių koreliacijos su rizikos ir palyginamosios grupių ADN-20 pagrindinių simptomų (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) įverčiais buvo statistiškai reikšmingos ($p < 0,05$). Modelis buvo statistiškai reikšmingas $\chi^2(11, n = 410) = 80,37$, $p < 0,001$, teisingai prognozavo 87,1 proc. tiriamųjų. Modelis paaiškino nuo 17,8 proc. (Cox and Snell R^2 iki 31,1 proc. ir Nagelkerke $R^2 = 0,311$) duomenų pasiskirstymo. Regresijos lygtis geriau prognozavo palyginamosios grupės asmenis (97,7 proc.), rizikos grupei teisingai buvo priskirta 27,4 proc. tyrimo dalyvių. Statistiškai reikšmingą prognostinę reikšmę turėjo šie kintamieji:

lytis ($OR = 3,04$, $p < 0,01$), aukštasis išsilavinimas ($OR = 3,36$, $p < 0,01$), lėtiniai stresoriai ($OR = 1,36$, $p < 0,01$) ir psichologinė gerovė ($OR = 0,91$, $p < 0,01$), potrauminio streso invazijos simptomai ($OR = 1,12$, $p < 0,05$).

6 lentelė. Logistinės regresinės analizės rezultatai

Etapai ir kintamieji	B	S.E.	Wald	df	p	OR	95 % CI	
							Min.	Maks.
Lytis	1,11	0,36	9,77	1	0,00	3,04	1,51	6,09
Amžius	-0,00	0,01	0,08	1	0,77	1,00	0,97	1,02
Aukštasis išsilavinimas	1,21	0,35	11,72	1	0,00	3,36	1,68	6,73
Gyvenvietė (kaimas)	-0,16	0,41	0,15	1	0,70	0,85	0,38	1,90
Šeima (našlys)	1,10	0,67	2,67	1	0,10	3,00	0,80	11,24
Lėtiniai stresoriai	0,31	0,11	7,90	1	0,01	1,36	1,10	1,69
WBQ	-0,10	0,03	9,13	1	0,00	0,91	0,85	0,97
Subjektyvus sveikatos vertinimas	0,02	0,14	0,01	1	0,92	1,02	0,77	1,34
IES-R Vengimas	0,05	0,04	1,44	1	0,23	1,05	0,97	1,14
IES-R Invazija	1,11	0,06	4,00	1	0,05	1,12	1,00	1,25
IES-R Padidintas dirglumas	-0,06	0,07	0,76	1	0,39	0,94	0,81	1,08

Pastabos. OR = tikimybių santykis; 95 % CI = pasikliautiniai intervalai.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Disertacijos tyrime buvo apklausti pilnamečiai įvairaus amžiaus asmenys iš įvairių miestų ir miestelių. Sudaryta imtis savo demografinėmis charakteristikomis, palyginus ją su Lietuvos gyventojų 2011-ųjų metų surašymo duomenimis (Lietuvos statistikos departamentas, 2011), buvo panaši į bendrąją šalies populiaciją. Atlikome vieną iš nedaugelio tyrimų (Kazlauskas & Zelviene, 2016), leidusių įvertinti Lietuvos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių paplitimo ypatumus bei įvertinome psichologinių reakcijų, susijusių su minėtais įvykiais ir kitais rizikos veiksniais, analizę.

Stresinių ir trauminių patirčių paplitimas. Vertinant Lietuvos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių paplitimą, panašūs rezultatai su tam tikrais skirtumais,

kurie bus aptariami šiame darbe, gaunami ir kitose šalyse (Darves-Bornoz et al., 2008; Einsle et al., 2010; Glaesmer et al., 2015; Maercker et al., 2008). Stresinių patirčių Lietuvos populiacijoje paplitimas per dvejus pastaruosius metus buvo 83,3 proc. Disertacijos tyrimo duomenys parodė, kad beveik trečdalis Lietuvos gyventojų (29,7 proc.) patiria vieną reikšmingą stresorių per pastaruosius dvejus metus, penkis ir daugiau stresorių nurodė 10,6 proc. visų tiriamųjų. Europos šalių duomenimis, kuriose jau yra atliktų stresorių paplitimo tyrimų. Disertacijos tyrime gautas stresinių patirčių vidurkis ($M = 2.07$) buvo panašus į Vokietijos bendrosios populiacijos duomenis ($M = 1.7$) (Maercker et al., 2012).

Įvertinus konkrečių stresorių paplitimą, dažniausiai pasitaikantys įvykiai priklausė lėtinių stresorių kategorijai: finansiniai sunkumai (29,1 proc.), per daug/per mažai darbo (24,7 proc.), artimojo liga (22,5 proc.) ir konfliktai šeimoje (20,4 proc.). Vokietijoje atlikto tyrimo duomenimis ($N = 2512$) dažniausiai pasitaikantys stresiniai įvykiai buvo artimojo mirtis (14,77 proc.), Lietuvos populiacijoje šio ūmaus stresoriaus paplitimas buvo šiek tiek dažnesnis (19,4 proc.), finansiniai sunkumai (10,27 proc.), šio stresoriaus paplitimas buvo beveik tris kartus mažesnis palyginus su Lietuvos duomenimis (29,1 proc.), per daug/per mažai darbo (9,91 proc.), šio stresoriaus paplitimas Lietuvos populiacijoje buvo beveik puse karto didesnis, ir konfliktai šeimoje (7,21 proc.) (Maercker et al., 2012), Lietuvos populiacijoje šio stresoriaus paplitimas yra beveik tris kartus didesnis.

Disertacijos tyrimo duomenimis apie 70 proc. Lietuvos gyventojų yra patyrę bent vieną trauminį įvykį, susijusį su grėsme gyvybei, trauminių įvykių vidurkis buvo 1,60 įvykio. Gauti rezultatai panašūs į anksčiau Lietuvoje atliktų tyrimų duomenis (Kazlauskas, Zelviene, 2016). Vienos iš pagrindinių psichotraumatologijos mokslinės studijos, atliktos šešiose Vakarų Europos šalyse (Ispanijoje, Italijoje, Vokietijoje, Nyderlanduose, Belgijoje ir Prancūzijoje), duomenys panašūs į disertacijoje gautus rodiklius, bent vieną potencialiai trauminį įvykį patyrė 63,6 proc. tyrimo dalyvių (Darves-Bornoz et al., 2008). JAV atlikto bendros suaugusiųjų populiacijos ($N = 2953$) tyrimo duomenimis, bent vieną trauminį įvykį patyrė didesnis procentas tyrimo dalyvių (89,7 proc.) lyginant su disertacijos duomenimis (Kilpatrick et al., 2013).

Tyrimo rezultatai parodė, kad yra reikšmingų sąsajų tarp trauminės ir stresinės patirties. Tačiau pasirinkta tyrimo metodologija neįgalino išsamiau analizuoti šių

rezultatų. Gali būti, kad asmuo patyręs traumines patirtis, pavyzdžiui, netektis, tarpasmeninį smurtą, dažniau patiria su šia traumine patirtimi susijusių stresorių ir tai turėtų būti plačiau tyrinėjama ateities tyrimuose. Tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad tiek trauminių, tiek stresinių patirčių Lietuvos populiacijoje yra patiriama panašiai, kaip ir kitose šalyse. Tačiau, tuo pačiu mūsų atlikta analizė atskleidžia, kad daugiausia stresinių ir trauminių patirčių tyrimų atliekama JAV, senosiose Europos sąjungos narėse arba Šveicarijoje ir Norvegijoje. Todėl mūsų gautus rezultatus apie stresines ir traumines patirtis teko lyginti su kitokio istorinio ir socialinio konteksto šalimis, o galimybės sugretinti su kaimyninių šalių traumine patirtimi (pvz., Latvija ar Lenkija) ribotos. Tuo pačiu šie rezultatai prisideda prie geresnio supratimo apie Lietuvos gyventojų stresines patirtis, nes tai didelės apimties bendros populiacijos stresorių psichologinis tyrimas.

Adaptacijos sutrikimo struktūra. Vienas pagrindinių disertacijos tyrimo tikslų buvo patikrinti, ar teoriškai pasiūlyta adaptacijos sutrikimo struktūra TLK-11 leidimui turi pagrįstą empirinį pagrindimą ir palyginti struktūrinį modelį su kitais dviem konkuruojančiais modeliais bei kitų tyrimų duomenimis. Šiam tikslui įgyvendinti buvo atlikta patvirtinančioji faktorių analizė tiriamųjų, nurodžiusių bent vieną stresorių, imtyje. Buvo analizuoti trys adaptacijos sutrikimo struktūros modeliai sudaryti remiantis ankstesnių adaptacijos sutrikimo struktūros tyrimų duomenimis ir siūlymais (Maercker et al., 2007; Glaesmer et al., 2015) bei naujausiais PSO stresinių sutrikimų darbo grupės siūlymais (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Atlikta adaptacijos sutrikimo struktūros analizė patvirtino naujausią dviejų simptomų grupių (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) modelį, kaip labiausiai tinkamą, pasiūlytą PSO stresinių sutrikimų darbo grupės būsimam TLK-11 leidimui (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). Dviejų faktorių modelis kol kas mažai tyrinėtas, mūsų žiniomis, studijų, nagrinėjančių būtent šią adaptacijos sutrikimo struktūrą, tėra keletas. Disertacijos tyrimo rezultatai iš dalies sutampa su kitų studijų duomenimis, kurios parodė, kad adaptacijos sutrikimas yra daugiamatis konstruktas su specifinėmis reakcijomis į stresorius (Glaesmer et al., 2015; O'Donnell et al., 2016) ir atitinka PSO darbo grupės siūlymus (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013).

TLK-11 leidimui siūloma adaptacijos sutrikimą laikyti esančiu potrauminio streso kontinuumu (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Gautos reikšmingos sąsajos tarp potrauminio streso ir adaptacijos sutrikimo simptomų gali

prisidėti prie keliamų prielaidų pagrindimo, jog potrauminis stresas ir adaptacijos sutrikimas – tai dvi to paties stresinių sutrikimų spektro diagnostinės kategorijos, atspindinčios reakcijas po sukrečiančių gyvenimo aplinkybių. Ne vienoje mokslinėje studijoje siūloma adaptacijos sutrikimą laikyti diagnostine kategorija, esančia tarp normalių ir sutrikimo lygio reakcijų į stresą, kuomet tinkamu laiku suteikta adekvati pagalba gali reikšmingai sumažinti adaptacijos sutrikimo simptomus (pvz., nesutrunka svarbūs tarpasmeniniai santykiai) (Strain & Diefenbacher, 2008). Gauti rezultatai leido kelti prielaidas, kad adaptacijos sutrikimas gali būti potrauminio streso subslenkstinė kategorija (O'Donnell et al., 2016). Šią hipotezę pagrindžia ir kitų studijų duomenys (Maercker et al., 2007).

Kol kas yra tik viena mokslinė publikacija, kurioje keliamas adaptacijos sutrikimo teorinio pagrindimo klausimas (Maercker et al., 2007), kai kurie autoriai jau spėjo sukritikuoti mėginimus potrauminio streso sutrikimą aiškinančias teorijas naudoti adaptacijos sutrikimui aiškinti (Semprini et al., 2010). Vis tik, lieka klausimų ateities tyrimams, kokie galėtų būti adaptacijos sutrikimo ir potrauminio streso skirtumai bei panašumai, pradedant stresorių apibūdinimu, simptomų profiliu ir baigiant teoriniu pagrindimu. Juolab, kad vis dažniau mokslinėse studijose pastebima tendencija adaptacijos sutrikimą laikyti esančiu kontinuumu tarp normalių ir psichopatologinių reakcijų į stresą (O'Donnell et al., 2016). Minėtą požiūrį atitinka naujausios hipotezės, keliamos apie psichikos sveikatos sutrikimų sampratą. Vis dažniau siūlomas bendrojo psichopatologijos faktoriaus konstruktas, atspindintis kontinuumą nuo depresijos iki psichozės būsenų (Stephan et al., 2016) būtų naudingas plėtojant ir adaptacijos sutrikimo teorinį pagrindą.

Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai. Įvertinus Lietuvos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių ypatumus, bei nustatius adaptacijos sutrikimą sudarančių simptomų grupes, disertacijos tyrime toliau buvo siekiama išskirti adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamąją grupes, išanalizuoti šių grupių ypatumus bei nustatyti veiksnius, prognozuojančius stipriai išreikštą adaptacijos sutrikimą.

Disertacijos tyrime analizuojant stresinių gyvenimo įvykių ypatumus buvo gauta, kad adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje ($n = 103$) stresinių įvykių vidurkis ($M = 3,41$) buvo reikšmingai didesnis už palyginamosios grupės ($M = 2,33$), taip pat svarbu

pastebėti, kad visi rizikos grupėje esantys tyrimo dalyviai patyrė ne mažiau, kaip du ir daugiau stresinių gyvenimo įvykių.

Pastaruoju metu adaptacijos sutrikimo tyrimuose vis dažniau pastebima tendencija tyrinėti trauminių įvykių, kurie paprastai labiau siejami su potrauminio streso reakcijomis, sąsajas su adaptacijos sutrikimu (Casey, 2014), nes naujuose apibrėžimo siūlymuose taip pat teigiama, kad adaptacijos sutrikimas gali būti diagnozuojamas ir po trauminių įvykių (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Pavyzdžiui, viename iš naujausių tyrimų buvo tirti asmenys po rimtų sužeidimų (O'Donnell et al., 2016). Disertacijos tyrime trauminiai įvykiai neprognozavo adaptacijos sutrikimo rizikos ir trauminės patirties: vidurkiai tiek adaptacijos sutrikimo rizikos ($M = 1,88$), tiek palyginamojoje ($M = 1,67$) grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tačiau potrauminio streso simptomai adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje buvo reikšmingai stipresni negu palyginamojoje grupėje. Hierarchinė logistinė regresinė analizė parodė, kad stiprius adaptacijos sutrikimo simptomus reikšmingai prognozavo potrauminio streso invazijos simptomų grupė.

Įvertinus demografinių kintamųjų (lyties, amžiaus, išsilavinimo, gyvenamosios vietos, šeimyninio statuso) prognostines galimybes buvo gauta, kad stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus reikšmingai prognozavo du demografiniai kintamieji: lytis ir išsilavinimas. Atsižvelgus į rizikos grupės demografinius ypatumus, buvo gauta, kad moterų rizikos grupėje (72,8 proc.) buvo reikšmingai daugiau negu vyrų (27,2 proc.). Kito tyrimo duomenimis taip pat buvo gautas dvigubai didesnis adaptacijos sutrikimo paplitimas moterų tarpe lyginant su vyrais (Ayuso-Mateos et al., 2001). Tačiau kitoje vyresnio amžiaus tyrimo dalyvių studijoje, adaptacijos paplitimo skirtumų tarp lyčių nebuvo gauta (Maercker et al., 2008).

Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės. Nepaisant gautų reikšmingų rezultatų, būtina apžvelgti keletą disertacijos tyrimo ribotumų ir nubrėžti gaires tolimesniems tyrimams stresinių sutrikimų srityje.

Planuojant disertacijos tyrimą pasirinkome skerspjūvio tyrimo schemą, kurią naudojant siekėme apklausti pilnamečius, įvairaus amžiaus asmenis iš Lietuvos miestų ir miestelių. Skerspjūvio tyrimas turi ribotumų. Adaptacijos sutrikimui labai svarbus laiko kriterijus (American Psychiatric Association, 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Disertacijos tyrimo metu mes negalėjome stebėti tyrimo

dalyvių reakcijų į stresorius dinamikos. Atliekant tolimesnius adaptacijos sutrikimo tyrimus longitudinaliniai tyrimai galėtų padėti įvertinti reakcijų į įvairias stresines patirtis (pvz., ūmūs ar lėtiniai stresoriai) dinamikos ypatumus, taip pat šių tyrimų kontekste svarbu būtų įvertinti įvairius rizikos, apsauginius veiksnius ir jų sąsajas su adaptacijos sutrikimo simptomų dinamika.

Kitas svarbus tyrimo ribotumas susijęs su tiriamųjų imtimi. Disertacijoje adaptacijos sutrikimas tyrinėjamas bendroje suaugusiųjų populiacijoje. Tolimesni tyrimai specifinėse tiriamųjų grupėse, pavyzdžiui, sergančių onkologinėmis ligomis žmonių ar kitus psichikos sveikatos sutrikimus turinčių asmenų imtyse, taip pat tarpkultūriniai tyrimai prisidėtų prie aiškesnio diagnozės apibrėžimo ir naudingesnio jos panaudojimo klinikinėje praktikoje. Tyrime dalyvavo suaugę asmenys, todėl gautų rezultatų negalime apibendrinti vaikų ir paauglių populiacijai. Reikalingi tiek Lietuvoje, tiek ir kitose šalyse vaikų ir paauglių stresinės/trauminės patirties ir stresinių sutrikimų tyrimai, paremti TLK-11 pasiūlymais.

Disertacijos tyrime naudota duomenų rinkimo procedūra bei pasirinktas adaptacijos sutrikimo klausimynas taip pat turi ribotumą. Atliekant apklausą tyrimo dalyvių buvo prašoma užpildyti pateiktą klausimynų paketą pačiam pažymint atsakymus. Gali būti, kad struktūruotas interviu galėtų padėti geriau atskleisti adaptacijos sutrikimo simptomus, jų trukmę bei stiprumą. Tačiau kol kas dauguma šiuo metu naudojamų struktūruotų diagnostinių interviu neturi adaptacijos sutrikimo kategorijos (Casey, 2014). Ateities tyrimams labai pasitarnautų validus, struktūruotas diagnostinis interviu, sudarytas pagal naujausią adaptacijos sutrikimo simptomų profilį.

Adaptacijos sutrikimą nagrinėjančiuose tyrimuose ateityje svarbu būtų įvertinti, kokią įtaką turi stresinė patirtis asmenims, kurie turi psichikos sveikatos sutrikimų. Žvelgiant į psichopatologiją iš bendrojo psichopatologijos faktoriaus perspektyvos (Stephan et al., 2016), asmenys, kurie turi aukštesnę psichopatologijos lygį gali būti labiau pažeidžiami. Stresoriai juos gali paveikti labiau ir šių stresorių poveikyje galimi ne tik adaptacijos sutrikimai, bet ir jų psichikos sveikatos sutrikimo remisija. Tyrimas buvo atliktas psichotraumatologijos kontekste, todėl mes pasirinkome tyrinėti trauminės patirtis ir potrauminio streso reakcijas greta adaptacijos sutrikimo. Ateities tyrimuose svarbu būtų tyrinėti adaptacijos sutrikimo sąsajas su kitais sutrikimais, taip pat asmenybės sutrikimais arba asmenybės savybėmis, pavyzdžiui, neurotiškumu.

Tolesnių tyrimų gairės ir tyrimo rezultatų praktinė reikšmė. Empiriškai ir teoriškai pagrįstas adaptacijos sutrikimo konstruktas su aiškiais klinikiniais diagnostiniais kriterijais įgalintų sukurti psichologinio įvertinimo instrumentus, padėtų nustatyti adaptacijos sutrikimą ir identifikuoti asmenis, kuriems dėl stresinės patirties reiktų psichikos sveikatos specialistų pagalba. Aiškesni kriterijai įgalintų diferencijuoti adaptacijos sutrikimą nuo kitų sutrikimų, taip pat padėtų specialistams atskirti sutrikimo lygio reakcijas nuo normalių reakcijų į stresorius. Disertacinis tyrimas prisideda prie naujausio adaptacijos sutrikimo apibrėžimo validumo empirinių tyrimų, pagrindžia dviejų pagrindinių simptomų grupių adaptacijos sutrikimo struktūrą bei svariai prisideda prie šių tyrimų plėtros.

Plėtojant adaptacijos sutrikimo epidemiologinius ir validumo tyrimus neabejotinai prioritetu tampa ir prevencijos bei psichosocialinės pagalbos metodų kūrimas ir jų validizavimas. Kadangi stresinė patirtis gali būti labai įvairi, šių metodų kūrimas yra apsunkintas, nes yra sudėtinga sukurti universalias intervencijos programas. Autoriai, analizuojantys adaptacijos sutrikimą nurodo, kad šiam sutrikimui gali pakakti nedidelio intensyvumo intervencijų, kurios gali būti teikiamos internetu, arba tai gali būti ir veiksmingos specializuotos savipagalbos programos (Maercker et al., 2015). Vienas pirmųjų bandymų sukurti adaptacijos sutrikimui skirtą programą yra Vilniaus universitete sukurta internetu grįsta streso valdymo programa (BADI), skirta žmonėms, kurie savo gyvenime susiduria su įvairiais stresiniais išgyvenimais ir dėl to patiria psichologinių sunkumų (Skruibis et al., 2016).

5. IŠVADOS

1. Atlikta Lietuvos bendrosios populiacijos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių analizė atskleidė:
 - a. didžioji dalis Lietuvos gyventojų per pastaruosius dvejus metus yra patyrę reikšmingų stresorių;
 - b. stresinių patirčių paplitimas Lietuvoje yra panašus į kitų Europos šalių tyrimų duomenis, tačiau išryškėjo Lietuvos gyventojų stresinės patirties specifiškumas, Lietuvoje dažniau nei kitose šalyse patiriami lėtiniai stresoriai, kurie susiję su finansiniais, sveikatos ir tarpasmeninių santykių sunkumais;
 - c. trauminės patirties analizė atskleidė, kad šių įvykių paplitimas Lietuvoje yra panašus, kaip ir kitose Europos valstybėse, tačiau Lietuvoje yra daugiau vaikystėje patirto smurto, autoįvykių ir užpuolimų;
 - d. nustatytos reikšmingos sąsajos tarp stresinės ir trauminės patirties nurodo, kad trauminė patirtis dažnai gali būti susijusi su reikšmingais stresoriais, galinčiais sutrikdyti asmens adaptaciją po traumos.
2. Išanalizavus Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) stresinių sutrikimų darbo grupės siūlymus Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-o leidimo (TLK-11) adaptacijos sutrikimo apibrėžimui, buvo nustatyta:
 - a. patvirtinta dviejų pagrindinių faktorių adaptacijos sutrikimo struktūra, kurią sudaro įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų pagrindinių simptomų grupės;
 - b. disertacijos rezultatai patvirtino teorinę adaptacijos struktūrą, kurioje nėra išskiriami subtipai, tačiau kelia prielaidas, kad greta pagrindinių dviejų adaptacijos sutrikimo simptomų grupių gali būti svarbūs ir kiti papildomi simptomai, apimantys nerimą, depresinę nuotaiką, impulsų kontrolės sunkumus ir vengimą.
3. Nustatyti šie TLK-11 siūlomo adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai Lietuvos populiacijoje:
 - a. didesnis patirtų stresorių kiekis, ypač tuomet, kai šie stresoriai yra ilgalaikiai ir susiję su fizinės sveikatos sutrikimais;
 - b. trauminė patirtis su adaptacijos sutrikimu nėra susijusi tiesiogiai: asmenys, patiriantys trauminius įvykius patiria daugiau stresorių ir tai prisideda prie

- adaptacijos sutrikimo rizikos, taip pat ne tiek trauminė patirtis, kiek su šia patirtimi susiję potrauminio streso simptomai, ypač invaziniai potrauminio streso požymiai, yra reikšmingi adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai;
- c. demografiniai veiksniai: moteriška lytis, žemesnis išsilavinimas.

REFERENCES / LITERATŪRA

- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, G., ... GROUP, O. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, *179*(4), 308–316. <http://doi.org/10.1192/bjp.179.4.308>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various X² approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, *16*(2), 296–298. <http://doi.org/10.2307/2984057>
- Bley, S., Einsle, F., Maercker, A., Weidner, K., & Joraschky, P. (2008). Evaluation of a new concept for diagnosing adjustment disorders in a psychosomatic setting. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *58*(12), 446–453. <http://doi.org/10.1055/s-2007-986294>
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., & Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*, *92*(2), 291–297.
- Casey, P. (2014). Adjustment disorder: New developments. *Current Psychiatry Reports*, *16*(6), 1–8. <http://doi.org/10.1007/s11920-014-0451-2>
- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 479–481. <http://doi.org/10.1192/bjp.179.6.479>
- Darves-Bornoz, J.-M., Jordi, A., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.-M., Kovess-

- Masfety, V., ... Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress, 21*(5), 455–462. <http://doi.org/DOI 10.1002/jts>.
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine, 15*(5), 584–595. <http://doi.org/10.1080/13548506.2010.487107>
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., ... Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology : Journal International de Psychologie, 48*(3), 177–93. <http://doi.org/10.1080/00207594.2013.804189>
- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research, 229*(3), 940–948. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H. T., & Lash, T. L. (2012). Sexual victimization and completed suicide among Danish female adults. *Violence against Women, 18*(5), 552–61. <http://doi.org/10.1177/1077801212453141>
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika, 35*(4), 401–415.
- Kazlauskas, E., Gailiene, D., Domanskaite-Gota, V., & Trofimova, J. (2006). Psychometric properties of the Lithuanian version of the Impact of Event Scale - Revised (IES-R) (in Lithuanian). *Psichologija, 33*, 22–30.
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2015). A History of Political Violence in the Family as a Resilience Factor. *Resiliency: Enhancing Coping with Crisis and Terrorism, 119*, 141–148. <http://doi.org/10.3233/978-1-61499-490-9-141>
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2016). Trauma research in the Baltic countries: From political oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology, 7*. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29295>
- Kazlauskas, E., & Želviene, P. (2013). Psichologinės gerovės sąsajos su patirtais stresoriais, subjektyviai vertinama sveikata ir sociodemografiniais veiksniais. *Visuomenės Sveikata, 4*(63), 96–103.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., &

- Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 537–547.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling. Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed., Vol. 156). New York: The Guilford Press. <http://doi.org/10.1038/156278a0>
- Lietuvos statistikos departamentas. (2011). *Lietuvos gyventojai 2011 metais*. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas.
- Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder–New Module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine, 7*(4), 775–215.
- Maercker, A., Bachem, R. C., Lorenz, L., Moser, C. T., & Berger, T. (2015). Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study. *JMIR Mental Health, 2*(2), e15. <http://doi.org/10.2196/mental.4157>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198–206. <http://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R., Cloitre, M., Reed, G. M., Van Ommeren, M., ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet, 381*(9878), 1683–1685. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology, 40*(3), 135–146. <http://doi.org/10.1159/000099290>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., & Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry, 49*(2), 113–120. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.07.002>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brahler, E., & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

<http://doi.org/10.1007/s00127-012-0493-x>

- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, *12*(2), 160–174. [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., Bryant, R. A., ... Forbes, D. (2016). A Longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure. *The American Journal of Psychiatry*.
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010071>
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder: Clinical characteristics of adolescent outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *14*(3), 174–180. <http://doi.org/10.1007/s00787-005-0457-8>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or is it? *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069–1081. <http://doi.org/10.1037/034645>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719–727.
<http://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 13–39. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Schnyder, U., & Valach, L. (1997). Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, *19*(2), 119–29.
- Schnurr, P., Vielhauer, M., Weathers, F., & Findler, M. (1999). The brief trauma questionnaire. White River Junction, VT: National Center for PTSD.
- Semprini, F., Fava, G. A., & Sonino, N. (2010). The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. *CNS Spectrums*, *15*(6), 382–8.
- Skruibis, P., Eimontas, J., Dovydaite, M., Mazulyte, E., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2016). BADI: protocol of a randomized controlled trial evaluating internet-based modular program for adjustment disorder. *BMC Psychiatry*, 1–7.
<http://doi.org/10.1186/s12888-016-0980-9>

- Stephan, K. E., Bach, D. R., Fletcher, P. C., Flint, J., Frank, M. J., Friston, K. J., ... Breakspear, M. (2016). Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 1: classification and diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 77–83.
[http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00360-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00360-0)
- Strain, J. J., & Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 121–130.
<http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.10.002>
- Wai, B. H., Hong, C., & Heok, K. E. (1999). Suicidal behavior among young people in Singapore. *General Hospital Psychiatry*, 21(2), 128–133.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.
- Zelviene, P., Kazlauskas, E., Eimontas, J., & Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, 40, 20–25.
<http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.009>

AUTHOR'S PUBLICATIONS ON THE RESEARCH /
AUTORĖS PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA

**Publications in Clarivate Analytics Web of Science indexed journals / Straipsniai
Clarivate Analytics Web of Science indeksuojamuose leidiniuose**

- Zelviene, P.**, Kazlauskas, E., Eimontas, J., & Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, *40*, 20–25. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.06.009
- Kazlauskas, E., **Zelviene, P.**, & Eimontas, J. (2017) 'No posttraumatic stress disorder in Lithuania': National health care fails to identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *30*, 99–102. doi:10.1002/jts.22152
- Kazlauskas, E., & **Zelviene, P.** (2016). Trauma research in the Baltic Countries: From political oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*, 29295. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.29295>
- Skruibis, P., Eimontas, J., Dovydaityene, M., Mazulyte, E., **Zelviene, P.**, & Kazlauskas, E. (2016). Internet-based modular program BADI for adjustment disorder: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *16*(1). <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0980-9>

Other peer-reviewed publications / Kitos publikacijos recenzuojamuose leidiniuose

- Kazlauskas, E., & **Želvienė, P.** (2015). *A history of political violence in the family as resilience factor*. In: Resiliency: Enhancing Coping with Crisis and Terrorism (Eds. D. Ajdukovic et al.). Amsterdam: IOS Press. Vol. 119, p. 141–148. DOI: 10.3233/978-1-61499-490-9-141. ISBN 978-1-61499-489-3 (print).
- Želvienė, P.** (2014). Adaptacijos sutrikimas: sampratos raida ir siūlymai TLK-11. *Jaunųjų mokslininkų psichologų darbai*, *3*, 1–5. ISSN 2029-9958.

Published theses of conference presentations / Publikuotos konferencijų tezės

- Eimontas, J., Kazlauskas, E., **Zelviene, P.**, Skruibis, P., Dovydaitytė, M., Mazulytė, E., Gagiackaitė, G. (2016). An internet-based psychosocial intervention (BADI) for stress management [Abstract]. *International Journal of Psychology*, 51, 284. doi: 10.1002/ijop.12304
- Kazlauskas, E., **Zelviene, P.**, Eimontas, J., Maercker, A. (2016). Adjustment disorder: factor structure of the ICD-11 proposal in a national sample of Lithuania. *International Journal of Psychology*, 51, 91. doi: 10.1002/ijop.12298
- Kazlauskas, E., **Zelviene, P.**, Eimontas, J. (2016). New proposals for Adjustment Disorder in ICD-11: Findings from Lithuanian study. *24th biennial meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, July 10-14, 2016* (pp. 1). Vilnius: ISSBD.
- Zelviene, P.**, Kazlauskas, E., Eimontas, J., Maercker, A. (2015). Epidemiological study of a new Adjustment Disorder diagnostic concept for ICD-11 in general population. *Trauma in changing societies: social contexts and clinical practice: XIV conference of European Society for Traumatic Stress Studies, 10-13 June 2015 Vilnius, Lithuania: abstract book* (pp. 296). Vilnius: Vilniaus universitetas. ISBN: 9786094595141
- Zelviene, P.**, Kazlauskas, E., Eimontas, J. (2015). Psychometric properties of Lithuanian version of the Adjustment disorders instrument. *Linking technology and psychology: feeding the mind, energy for life: The 14th European Congress of Psychology, 7-10 July 2015 Milan, Italy: abstract book* (pp. 1525). Milano: Innexa S.r.l. ISBN: 9788898116225
- Zelviene, P.** (2014). Artėjant TLK-11 leidimui: naujos stresinių sutrikimų klasifikacijos adaptacijos sutrikimų konstrukto validizacija Lietuvoje. *Psichologiniai tyrimai. Reikšmė visuomenei - iššūkis tyrėjui. XI jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija, 2014 m. balandžio 25 d.: pranešimų santraukų leidinys* (pp. 33). Vilnius : Vilniaus universiteto leidykla. ISBN: 9786094593178
- Zelviene, P.**, Kazlauskas, E. (2013). The Role of Acceptance of Social Changes on Post-Traumatic Stress Reactions in Lithuania. *ISTSS 29th Annual Meeting. Resilience After Trauma: From Surviving to Thriving* (pp. 2017). Philadelphia Marriott Downtown, Philadelphia, PA USA.

Internships / Stažuotės

February, 2014. Internship at University of Southern Denmark, Odense. Institute of Psychology, National Center of Psychotraumatology. Supervisor: prof. Ask Elklit.

December, 2014. Internship at University of Zurich, Zurich. Department of Psychology, Division of Psychopathology and Clinical intervention. Supervisor: prof. Andreas Maercker.

About the author

Paulina Želvienė received MSc in clinical psychology from Vilnius University in 2011. In the period of 2012–2017 she continued her studies as a doctoral student in psychology at Vilnius University. Paulina Želvienė worked as research assistant at Vilnius University since 2012 and as a clinical psychologist at Vilnius University Psychological Training and Research Center since 2012. She was head of office of Lithuanian Psychological Association from 2010 till 2012. She has organized various psychological scientific conferences: Annual Vilnius Trauma Psychology Conference (2013) and Lithuanian Congress of Psychology (2012). She was a chair of Lithuanian Young Scientists of Psychology Conference (2013) and secretary general of the XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies (2015).

Paulina Želvienė is a vice president of Lithuanian Society for Traumatic Stress studies (LSTSS), she is a member of Lithuanian Psychological Association since 2012, and a member of European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) since 2013.

Trumpai apie autore

Paulina Želvienė psichologiją studijavo Vilniaus universitete: 2011 metais įgijo klinikinės psichologijos magistro laipsnį. 2012–2017 metais tęsė psichologijos doktorantūros studijas Vilniaus universitete. Paulina Želvienė dirbo mokslo darbuotoja Vilniaus universitete nuo 2012 m., psichologe Vilniaus universiteto Psichologinio konsultavimo ir mokymų centre nuo 2012 m. Nuo 2010 m. iki 2012 m. dirbo Lietuvos psichologų sąjungos administratore. Paulina Želvienė prisidėjo organizuojant įvairias mokslines psichologijos konferencijas: Kasmetinė traumų psichologijos konferencija (2013), Lietuvos psichologų kongresas (2012). Pirmininkavo Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencijai (JMPK) (2013), buvo tarptautinės Europos traumų konferencijos generalinė sekretorė.

Nuo 2013 metų Paulina Želvienė yra Lietuvos traumų psichologijos asociacijos viceprezidentė. Nuo 2012 metų autorė yra Lietuvos psichologų sąjungos narė, o nuo 2013 metų – Europos traumų psichologijos tyrimų asociacijos (ESTSS) narė.