

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Deimantė Kavaliauskaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Traumines patirtis išgyvenusių asmenų psichosomatinių
simptomų patyrimas: kokybinis tyrimas**

Darbo vadovė: doc. dr. Greta Kaluževičiūtė

Vilnius
2026

TURINYS

SANTRAUKA.....	5
SUMMARY	6
SVARBIAUSIOS SAVOKOS.....	7
PRATARMĖ.....	8
1. ĮVADAS	9
1.1. Psichosomatikos samprata	9
1.2. Psichosomatiniai simptomai	9
1.3. Psichosomatinių simptomų priežastingumo aiškinimas	10
1.3.1. Psichoanalitinis psichosomatinių simptomų aiškinimas	11
1.3.2. Biologinis simptomų aiškinimas	12
1.3.3. Kognityviniai modeliai	13
1.4. Psichosomatinių simptomų patyrimas	14
1.5. Sveikatos priežiūros kontekstas ir pacientų patirtys	14
1.6. Traumos ir psichosomatinių simptomų sąsajos	16
1.7. Tyrimo problema, tikslas ir klausimai	17
2. METODIKA	19
2.1. Teorinis tyrimo pagrindimas	19
2.2. Tyrimo dalyviai.....	19
2.3. Kokybinio tyrimo imtis.....	23
2.4. Tyrimo eiga ir naudoti instrumentai	23
2.5. Duomenų analizės metodai	26
2.6. Tyrimo patikimumas	27
2.7. Tyrėjos refleksija	29
3. REZULTATAI.....	30

3.1.	Gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimas	31
3.1.1.	Simptomai kaip grėsmingi	32
3.1.2.	Padidinto fokuso į kūną išgyvenimas	32
3.1.3.	Simptomai riboja gyvenimą	33
3.2.	Nuo medicininio prie psichologinio psichosomatinų simptomų kilmės aiškinimo	34
3.2.1.	„Ieškojau ligų pradžioj, nes aš nesupratau, kas čia daro su manim“: medicininio paaiškinimo poreikis	34
3.2.2.	„Niekas visiškai negalėjo įvardinti, kas man yra“	35
3.2.3.	Psichologinio aiškinimo atradimas	35
3.2.4.	Bandymas suprasti psichologinį paaiškinimą	36
3.3.	Psichosomatiniai simptomai - kūniška psichologinių išgyvenimų išraiška	37
3.3.1.	Psichosomatiniai simptomai siejasi su traumine patirtimi	37
3.3.2.	Kūnas - neatskiriama emocinės patirties dalis	38
3.3.3.	Simptomai kaip slopinamų emocijų pasėkmė.....	38
3.4.	Holistinio gydymo poreikis.....	39
3.4.1.	Fragmentuotos pagalbos patyrimas.....	39
3.4.2.	Kūno ir psichikos integracijos poreikis gydyme.....	40
3.5.	Mokymasis gyventi su psichosomatiniais simptomais	40
3.5.1.	Medikamentinio gydymo poreikis	40
3.5.2.	Santykio su simptomais keitimas	41
3.5.3.	Savo emocinio pasaulio pažinimas padeda simptomų mažinimui	42
4.	REZULTATŲ APTARIMAS	43
4.1.	Rezultatų aptarimas kitų tyrimų kontekste	43
4.2.	Tyrimo ribotumai	47
4.3.	Praktinis rezultatų pritaikymas ir rekomendacijos	48
4.4.	Rekomendacijos būsimiems tyrimams	49

IŠVADOS	50
LITERATŪRA	51
PRIEDAI.....	51
1 priedas. <i>Kvietimas dalyvauti tyrime.</i>	59
2 priedas. <i>Informuoto sutikimo ir demografinių klausimų forma.</i>	61
3 Priedas. <i>Informacija apie galimas psichologinės pagalbos galimybes</i>	64
4 Priedas. <i>Interviu trukmė.</i>	65
5 Priedas. <i>Interviu transkripcijose naudoti sutartiniai ženklai.</i>	65
6 Priedas. <i>Semantinio ir latentinio kodavimo pavyzdžiai.</i>	65
7 Priedas. <i>Duomenų kodavimo proceso pavyzdys.</i>	66
8 Priedas. <i>Duomenų analizės proceso pavyzdys.</i>	66
9 Priedas. <i>Ištraukos iš tyrėjo dienoraščio.</i>	67
10 Priedas. <i>Dirbtinio intelekto (DI) naudojimo deklaracija.</i>	68

SANTRAUKA

Kavaliauskaitė, D. (2026). *Traumines patirtis išgyvenusių asmenų psichosomatinių simptomų patyrimas: kokybinis tyrimas*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, 69 psl.

Trauminės patirtys ir psichosomatiniai simptomai yra glaudžiai susiję reiškiniai. Nors kiekybiniai tyrimai rodo, kad traumines patirtis išgyvenę asmenys dažniau patiria įvairius psichosomatinčius simptomus, vis dar trūksta gilesnio supratimo, kaip patys žmonės suvokia šiuos simptomus, kaip juos aiškina ir kokią prasmę jiems suteikia savo gyvenimo kontekste. Šio tyrimo tikslas - suprasti ir sistemiškai aprašyti, kaip traumines patirtis išgyvenę asmenys suvokia savo psichosomatinčius simptomus. Tyrime dalyvavo 8 suaugę asmenys, patyrę traumines patirtis ir šiuo metu išgyvenantys psichosomatinčius simptomus. Tyrimo duomenys buvo renkami taikant pusiau struktūruotą interviu, o jų analizė atlikta naudojant refleksyviąją teminę analizę. Analizės metu išryškėjo penkios pagrindinės temos: 1) *gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimas*; 2) *nuo medicininio prie psichologinio psichosomatinių simptomų kilmės aiškinimo*; 3) *psichosomatiniai simptomai - kūniška psichologinių išgyvenimų išraiška*; 4) *holistinio gydymo poreikis*; 5) *mokymasis gyventi su psichosomatiniais simptomais*. Tyrimo rezultatai gali būti reikšmingi tiek teoriniam traumines patirtis išgyvenusių asmenų psichosomatinių simptomų patyrimo supratimui, tiek psichikos sveikatos ir sveikatos priežiūros specialistams, siekiantiems kurti labiau į žmogaus patirtį orientuotą ir holistiškesnę pagalbos procesą.

Raktiniai žodžiai: trauminė patirtis, psichosomatiniai simptomai, kokybinis tyrimas

SUMMARY

Kavaliauskaitė, D. (2026). *The Lived Experience of Psychosomatic Symptoms Among Individuals with a History of Trauma: A Qualitative Study*. Master 's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 69.

Traumatic experiences and psychosomatic symptoms are closely related phenomena. Although quantitative studies show that individuals who have experienced trauma are more likely to experience various psychosomatic symptoms, there is still a lack of deeper understanding of how people themselves perceive these symptoms, how they interpret them, and what meaning they assign to them within the context of their lives. The aim of this study was to understand and systematically describe how individuals who have experienced traumatic events perceive their psychosomatic symptoms. The study involved 8 adults who had experienced traumatic events and were currently experiencing psychosomatic symptoms. Data were collected using semi-structured interviews and analyzed using reflexive thematic analysis. The analysis revealed five main themes: *1) the experience of living with psychosomatic symptoms; 2) moving from medical to psychological explanations of psychosomatic symptoms; 3) psychosomatic symptoms as a bodily expression of psychological experiences; 4) the need for holistic treatment; and 5) learning to live with psychosomatic symptoms*. The findings of this study may contribute both to the theoretical understanding of the psychosomatic symptom experiences of individuals who have experienced trauma and to mental health and healthcare professionals seeking to create a more person-centered and holistic support process.

Keywords: traumatic experiences, psychosomatic symptoms, qualitative research

SVARBIAUSIOS SAVOKOS

Psichosomatiniai simptomai - somatiniai simptomai, kurių atsiradimas ar intensyvumas siejami su psichologiniais faktoriais. Šie simptomai gali neturėti mediciniškai paaiškinamos simptomų priežasties, tačiau gali ir turėti (Vulić-Prtorić, 2021).

Trauminis įvykis – susidūrimas su ypač grėsmingu ar siaubingu įvykiu arba įvykių seka, keliančia stiprią grėsmę asmens gyvybei ar fiziniam saugumui (WHO, 2019).

Patyrimas (angl. *experience*) suprantamas kaip individualus žmogaus išgyvenimų ir suvokimų santykis su tam tikru reiškiniu ar patirtimi (Bliss, 2016).

PRATARMĖ

Šis tyrimas gimė iš asmeninės patirties gyvenant su psichosomatiniais simptomais. Susidūrimas su jais bei bandymas suprasti jų kilmę paskatino mane gilintis į tai, kaip šiuos išgyvenimus patiria ir kiti. Tyrimo rengimo procese man buvo svarbu ne tik akademiškai tyrinėti šį reiškinį, bet ir suteikti erdvę patirtims, kurios dažnai lieka nesuprastos, nuvertintos ar sunkiai paaiškinamos tiek pačiam žmogui, tiek pagalbos sistemoje.

Tikiuosi, kad šis darbas prisidės prie didesnio psichosomatinų simptomų temos matomumo ir gilesnio supratimo apie tai, ką reiškia gyventi su tokio pobūdžio patirtimis. Taip pat tikiuosi, kad tai prisidės prie geresnės, labiau integruotos pagalbos kūrimo.

Nuoširdžiai dėkoju visiems tyrimo dalyviams už jų atvirumą, jautrias istorijas ir pasitikėjimą manimi. Jūsų pasidalintos patirtys tapo šio darbo pagrindu ir leido giliau pažvelgti į sudėtingą bei dažnai nematomą gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimą.

Taip pat nuoširdžiai dėkoju darbo vadovei doc. dr. Greta Kaluževičiūtei už palaikymą, įžvalgas ir nuoseklią pagalbą viso darbo rengimo metu.

1. ĮVADAS

1.1. Psichosomatikos samprata

Psichosomatikos sąvoka yra kilusi iš graikų kalbos žodžių *psiche* (siela, protas) ir *soma* (kūnas). Nors pirmą kartą šį terminą pirmą kartą 1818 m. pavartojo vokiečių psichiatras J. C. A. Heinroth, psichosomatinės medicinos sąvoka, nuo kurios ir prasidėjo psichosomatikos termino vartojimas, atsirado tik XX a. pirmoje pusėje (Fava ir Sonino, 2010). Psichosomatinė medicina - tai tarpdisciplininė medicinos ir psichologijos mokslinių tyrimų sritis, nagrinėjanti psichologinių veiksnių sąsajas su fiziologiniais reiškiniais ir ligų patogenezė (Dembinskas, 2003). Jos raidai didelę įtaką turėjo dvi idėjos - požiūris, kad psichologiniai veiksniai gali prisidėti prie ligų atsiradimo, ir holistinis žmogaus supratimas, pabrėžiantis kūno ir psichikos ryšį (Lipowski, 1986). Toks požiūris formavosi kaip atsakas į ilgą laiką Vakarų medicinoje dominavusį dualistinį mąstymą, pagal kurį kūnas ir psichika buvo laikomi atskiromis bei viena nuo kitos nepriklausančiomis sistemomis. Psichosomatinė medicina kvestionavo tokį griežtą kūno ir psichikos atskyrimą, akcentuodama, kad žmogaus emociniai, fiziologiniai ir socialiniai procesai yra glaudžiai tarpusavyje susiję. Šiam požiūriui formuotis didelę įtaką padarė Engel (1977) sukurtas biopsichosocialinis modelis, kuriame liga suprantama kaip biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių sąveikos rezultatas. Biopsichosocialinis modelis teigia, jog biologiniai, psichologiniai ir socialiniai faktoriai sudaro kompleksiskai sąveikaujančią sistemą, darančią tiesioginę įtaką paciento sveikatos būklei (Bolton ir Gillett, 2019).

1.2. Psichosomatiniai simptomai

Psichosomatiniai simptomai - tai somatiniai simptomai, kurių atsiradimas ar intensyvumas siejami su psichologiniais faktoriais (Vulić-Prtorić, 2021). Šie simptomai gali neturėti mediciniškai paaiškinamos simptomų priežasties, tačiau gali ir turėti. Psichosomatiniai simptomai dažniausiai pasireiškia autonominės nervų sistemos reguliuojamose organizmo sistemose. Lengvesnės formos šie simptomai laikomi įprasta žmogaus patirties dalimi, tačiau padidėjus jų dažnumui ar intensyvumui, jie gali reikšmingai trikdyti kasdienį funkcionavimą bei yra susiję su kliniškai reikšmingu distresu. Psichosomatininių simptomų literatūroje psichika ir kūnas laikomas tarpusavyje susipynusiomis bei abipusiai priklausomomis sistemomis (Ito, 2013).

Psichosomatiniai simptomai pasižymi dideliu heterogeniškumu (įvairove ir skirtingomis pasireiškimo formomis) ir gali apimti skirtingas kūno sistemas (Baloh, 2021). Šiandien psichosomatiniai simptomai dažniausiai apibūdinami ir klasifikuojami pagal organų sistemą, kurioje jie pasireiškia. Pavyzdžiui, Vulić-Prtorić (2021) psichosomatinčius simptomus sistemina į septynias pagrindines simptomų grupes: pseudoneurologinę (pvz., galvos svaigimas, regos sutrikimai, alpimas), širdies ir kraujagyslių (pvz., padažnėjęs širdies plakimas, krūtinės skausmas), raumenų (pvz., raumenų įtampa, silpnumas), kvėpavimo (pvz., kvėpavimo sunkumai, dusimo jausmas), virškinamojo trakto (pvz., pykinimas, pilvo spazmai, viduriavimas), dermatologinę (pvz., odos bėrimai, niežulys, aknė) bei skausmo ir silpnumo grupę (pvz., galvos, nugaros ar sąnarių skausmai, nuovargis).

Reikšmingas pokytis psichosomatinų simptomų sampratoje įvyko atsitraukus nuo ankstesnio dėmesio vien tik į somatinių simptomų, kurie neretai neturi aiškaus medicininio paaiškinimo, turėjimą, ir perėjus prie platesnio požiūrio, akcentuojančio subjektyvų simptomų patyrimą (Baloh, 2021). Šiuolaikinėje literatūroje didesnis dėmesys skiriamas ne tiek simptomų kilmės paaiškinimui, bet ir tam, kaip žmogus juos supranta, išgyvena ir su jais tvarkosi. Panašus požiūrio pokytis atsispindi ir psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadove (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*). Penktame šio vadovo leidime (DSM-5) buvo įvesta nauja kategorija - somatiniai simptomai ir susiję sutrikimai (angl. *Somatic Symptom and Related Disorders*) (APA, 2013). Ši kategorija apima sutrikimus, kuriems būdingi somatiniai simptomai bei su jais susijusios intensyvios mintys, emocijos ir elgesys, sukeliantys reikšmingą distresą ar trikdančią kasdienį funkcionavimą. Laikantis šio požiūrio, Vulić-Prtorić (2021) psichosomatinčius simptomus aprašo kaip daugiadimensinį reiškinį, apimančią somatinį (kūniški simptomai ir jų poveikis), emocinį (kūniškų simptomų pasireiškimas emocinės įtampos ar streso kontekste, t. y. somatizavimas), kognityvinį (simptomų interpretavimas) ir elgesio (reakcijos bei įveikos būdai) lygmenis.

1.3. Psichosomatinų simptomų priežastingumo aiškinimas

Nors biopsichosocialinis modelis reikšmingai praplėtė psichosomatinų simptomų supratimą, psichologinėje ir medicininėje literatūroje vis dar egzistuoja skirtingi teoriniai požiūriai, aiškinantys psichikos ir kūno santykį bei psichosomatinų simptomų kilmę. Šiuolaikiniai psichosomatinų simptomų modeliai vis labiau tolsta nuo tiesioginio priežastingumo sampratos, pagal kurią psichologiniai faktoriai tiesiogiai *sukelia* fizinius

simptomus, ir psichosomatinius reiškinius aiškina kaip kompleksinę biologinių, emocinių, kognityvinių bei socialinių procesų sąveiką.

1.3.1. Psichoanalitinis psichosomatinų simptomų aiškinimas

Psichosomatikos koncepcija istoriškai reikšmingai keitėsi ir vystėsi. Ankstyvajame psichosomatinės medicinos raidos etape vyravo psichoanalitinis požiūris, kuris teigė, kad fiziniai sutrikimai atsiranda dėl nesąmoningų vidinių konfliktų, kurie yra išreiškiami somatiškai (Fava ir Sonino, 2010). Psichoanalitinės teorijos pasiūlė įvairius modelius, aiškinančius, kaip šis procesas gali vykti. Dauguma jų remiasi Freudo idėja, kad nepriimtini impulsai gali būti išstumti iš sąmonės ir transformuojami į fizinius simptomus (Espay ir kt, 2018). Tokiuose modeliuose fiziniai simptomai laikomi gynybos mechanizmu nuo išorinių frustracijų, naudojamu spręsti vidines dilemas, susidoroti su trauminiais įvykiais ar išvengti tarpasmeninių konfliktų (Espay ir kt, 2018). Simptomai laikomi turinčiais psichologinę funkciją - pavyzdžiui, leidžiančiais per kūną *išspręsti* emocinius konfliktus, susijusius su stresu, pykčiu ar gėda, žmogui sąmoningai nesusiduriant su šiais nemaloniais jausmais. Nors šis požiūris reikšmingai prisidėjo prie psichikos ir kūno sąveikos svarbos pripažinimo, ilgainiui jis susilaukė kritikos dėl pernelyg supaprastinto priežastingumo aiškinimo (Lipowski, 1986).

Toliau vystantis psichosomatikos teorijoms, psichoanalitinėje literatūroje vis daugiau dėmesio pradėta skirti ne pavieniams vidiniams konfliktams, bet emocijų reguliacijos procesams. Šiuolaikinėse teorijose pabrėžiama, kad psichosomatiniai simptomai dažnai siejasi ne su konkrečiais nesąmoningais vidiniais konfliktais, o su sunkumais atpažinti, diferencijuoti bei reguliuoti emocinius išgyvenimus (Taylor, 1992). Šis požiūris remiasi supratimu, kad emocijos visų pirma yra biologinis fenomenas ir kad kūnas yra neatsiejama emocinės patirties dalis (Thompson, 1988). Taylor (1992), teigia, kad kai žmogui sunku atpažinti savo emocines būsenas, diferencijuoti skirtingus emocinius išgyvenimus bei suteikti jiems simbolinę ar žodinę išraišką, emocinis sužadinimas dažniau patiriamas fiziologiniu lygmeniu. Tokiais atvejais žmogus daugiau dėmesio skiria kūniškiems emocinio sužadinimo komponentams nei pačioms emocijoms. Emocinė įtampa gali būti išgyvenama per įvairius fiziologinius pojūčius - raumenų įtampą, skrandžio jautrumą, spaudimą krūtinėje, dusimo jausmą ar širdies plakimo pokyčius - net ir nesiejant jų su konkrečia emocine būsena. Tai patvirtina ir moksliniai tyrimai, kurie rodo, kad aukštesnio aleksitimijos lygio asmenys dažniau patiria intensyvesnius bei dažnesnius fizinius pojūčius ir somatinius simptomus (Shalev, 2019). Tokiems asmenims emocinis

sužadınimas dažniau pasireiškia fiziologinėmis reakcijomis, o ne sąmoningai atpažįstamomis emocijomis.

Išpopuliarėjus daugialypio priežastingumo principui (Lipowski, 1986), šiuolaikinės psichosomatikos teorijos į psichosomatinių simptomų aiškinimą pradėjo integruoti ir biologinių procesų vaidmenį (Taylor, 1992).

1.3.2. Biologinis simptomų aiškinimas

Šiuolaikiniai moksliniai tyrimai rodo glaudžias sąsajas tarp psichologinių procesų ir biologinių organizmo sistemų veiklos. Ypač svarbi šioje srityje yra psichoneuroimunologija (PNI), tirianti biologinius mechanizmus, per kuriuos emociniai procesai, tokie kaip stresas, gali veikti sveikatą bei ligų eigą. Vienas iš PNI tyrimų išryškintų mechanizmų yra psichologinių veiksnių poveikis neuroendokrinei sistemai. Emocijos gali skatinti hipofizės ir antinksčių hormonų išsiskyrimą, o šie hormonai gali paveikti širdies ir kraujagyslių, metabolinę bei imuninę sistemą. Daugelis tyrimų rodo, kad įvairūs į emocijas reaguojantys hormonai, tokie kaip katecholaminai (noradrenalinas ir adrenalinas), adrenokortikotropinis hormonas, kortizolis, augimo hormonas bei prolaktinas, gali sukelti imuninės sistemos pokyčius (Kiecolt-Glaser ir kt., 2002). Pavyzdžiui, tyrimai rodo, kad depresija gali reikšmingai padidinti kortizolio kiekį (Dinan, 1998) bei sumažinti augimo hormono išsiskyrimą (Malarkey ir kt., 1996), o tai gali turėti neigiamų pasekmių imuninei sistemai. Imuninė sistema laikoma svarbia grandimi, per kurią stresas veikia sveikatą. Kadangi liga pasireiškia tada, kai organizmo apsauginės sistemos nebesugeba tinkamai susidoroti su ligą sukeliančiais veiksniais, psichologiniai veiksniai, veikiantys imunitetą, gali turėti įtakos daugelio ligų eigai.

Trumpalaikis streso hormonų išsiskyrimas padeda organizmui išgyventi, tačiau nuolatinis ir lėtinis jų poveikis, kai streso atsakas neišjungiamas, sukelia alostatinį krūvį (organizmo sistemų *nusidėvėjimą*). Pavyzdžiui, vienas tyrimas parodė, kad lėtinė simpatinė stimuliacija ir per didelis kortizolio bei katecholaminų kiekis sutrikdo audinių atsinaujinimą, skatina aterosklerozę, pilvinių riebalų kaupimąsi, širdies raumens hipertrofiją, lėtinį nuovargį (Slusher ir Acevedo, 2023). Lėtinis stresas keičia imuninės sistemos veiklą, sukeldamas lėtinį žemo laipsnio uždegimą organizme ir trikdydamas citokinų pusiausvyrą. Todėl silpnėja organizmo atsparumas infekcijoms, sutrinka žaizdų gijimas, stiprėja audinių uždegimas, pasireiškiantis įvairiais skausmais, alergijomis ar net autoimuniniais procesais (Nisar ir Srivastava, 2018).

Čia svarbus ir centrinės sensitizacijos reiškinys. Autoriai teigia, kad dėl ilgalaikio emocinio ir fiziologinio sužadavimo centrinė nervų sistema gali tapti jautresnė sensoriniams dirgikliams, todėl įprasti kūno signalai pradedami patirti kaip intensyvūs, nemalonūs ar skausmingi (Yunus, 2008; Rief ir Broadbent, 2007). Neurofiziologiniai tyrimai rodo, kad funkciniais somatiniais sindromams būdingi pakitimai smegenų srityse, susijusiose su skausmo apdorojimu bei emociniu sužadimu (Apkarian ir kt., 2005; Ploghaus ir kt., 2001). Tyrimai taip pat rodo, kad stresiniai gyvenimo įvykiai gali sukelti stipresnes fiziologines reakcijas funkciniais somatiniais simptomus patiriantiems asmenims nei sveikiems asmenims (Bansevicius ir kt., 1999).

1.3.3. Kognityviniai modeliai

Kognityvinis psichosomatinių simptomų aiškinimas remiasi prielaida, kad simptomų formavimuisi svarbūs ne tik biologiniai ar emociniai procesai, bet ir tai, kaip žmogus suvokia, interpretuoja bei įsisąmonina kūniškus pojūčius. Ši perspektyva pabrėžia dėmesio, suvokimo, atminties ir simptomų interpretavimo procesų reikšmę psichosomatinių simptomų atsiradimui bei išlikimui (Rief ir Nanke, 1999). Kaip alternatyvą psichoanalitiniam požiūriui, Brown (2004) pasiūlė integracinį kognityvinį modelį, kuriame psichosomatiniai simptomai suprantami kaip pakitęs kūno signalų suvokimas ir interpretacija. Vienu svarbiausių mechanizmų šiame modelyje laikomas dėmesio šališkumas kūno pojūčiams. Psichosomatinis simptomus patiriantys asmenys dažniau pasižymi selektyviu, į kūną orientuotu dėmesiu, todėl net įprasti fiziologiniai pojūčiai gali būti suvokiami kaip neįprasti ar grėsmingi. Dėl to stiprėja kūno stebėjimas (angl. *body scanning*) bei jautrumas fiziologiniams signalams. Svarbią vietą šiame modelyje užima ir simptomų interpretacija. Kūniškų pojūčių suvokimą formuoja ankstesnė patirtis, įsitikinimai, emocijos bei atmintyje saugoma informacija apie ligas ir simptomus. Dėl to asmenys gali būti linkę nepavojingus fiziologinius pojūčius interpretuoti kaip rimtos ligos požymius (Cioffi, 1991). Šį procesą dar labiau sustiprina katastrofizavimas - perdėtai neigiamas simptomų vertinimas, apimantis nuolatinį dėmesio sutelkimą į simptomus bei jų grėsmės pervertinimą (Sullivan ir kt., 1995). Tyrimai patvirtina, kad katastrofizavimas sustiprina somatinių simptomų patyrimą (Drahovzal ir kt., 2006; Lackner ir Quigley, 2005).

Šie procesai veikia tarpusavyje palaikydami simptomų išlikimą. Disfunkciniai įsitikinimai skatina katastrofinę interpretaciją, kurios didina nerimą kūno atžvilgiu, o šis sustiprina fiziologinį sužadimą bei kūniškus pojūčius. Sustiprėję simptomai tampa tarsi

įrodymu, patvirtinančiu pirminės katastrofinės mintis, todėl didėja kūno stebėjimas, vengimo elgesys bei nuolatinis sveikatos tikrinimas (Löwe ir kt., 2024).

1.4. Psichosomatinių simptomų patyrimas

Asmenys, susiduriantys su psichosomatiniais ar mediciniškai nepaaiškinamais negalavimais, aktyviai siekia suprasti savo būklę ir rasti paaiškinimus, kas vyksta su jų kūnu (Kirisman, 2022). Dažnai simptomai įprasminami per asmenines istorijas apie jų pradžią arba siejami su patirtu stresu, tačiau tuo pačiu išlieka didelis neapibrėžtumas bandant nustatyti, ar simptomai yra fizinės, ar psichologinės kilmės (Downes, 2022). Šiame procese ryškėja tendencija prioritetą teikti medicininiais, fiziopatologiniams paaiškinimams, o psichologinės priežastys neretai atmetamos. Medicininė diagnozė tampa svarbi ne tik simptomų paaiškinimui, bet ir kančios legitimizavimui, leidžiančiam priimti „sergančiojo“ vaidmenį bei pagrįstai atsitraukti nuo socialinių ar darbinių įsipareigojimų (Brown, 2004).

Ne mažiau svarbus yra kūno patyrimo fenomenologinis aspektas. Psichosomatiniai simptomai dažnai keičia santykį su savo kūnu, kuris gali būti patiriamas kaip svetimas ar sunkiai kontroliuojamas. Ypač po trauminių patirčių pasireiškia atsiskyrimo nuo kūno patirtys (depersonalizacija), kai asmuo jaučia, kad kūnas ir protas yra tarsi atskirti (Downes, 2022; Kearney ir Lanius, 2022). Tokiais atvejais savastis gali būti išgyvenama kaip nutolusi nuo fizinio kūno, o pats kūnas - kaip veikiantis autonomiškai, ne visada atliepiantis sąmoningus norus.

Psichosomatinių simptomų patyrimą taip pat lydi reikšmingi emociniai ir egzistenciniai išgyvenimai. Dažnai pasireiškia bejėgiškumo ir kontrolės praradimo jausmas – žmogus gali patirti, kad simptomai jį visiškai užvaldo ir jis neturi galimybių jų pakeisti ar suvaldyti (Polakovská ir Řiháček, 2021). Šiuos išgyvenimus gali stiprinti socialinis kontekstas: nesant aiškių medicininių paaiškinimų, pacientai neretai susiduria su aplinkinių nesupratimu, skepticizmu ar net kaltinimais simuliacija. Tai gali sukelti gėdą, kaltę ir dar labiau apsunkinti simptomų patyrimą (Polakovská ir Řiháček, 2021). Ilgainiui nuolatiniai simptomai gali paveikti ir asmens tapatumą - skausmas ar negalavimai tampa reikšminga savasties dalimi. Kai kuriais atvejais asmuo pradeda save suvokti per „sergančiojo“ tapatybę, o simptomai tampa ne tik kančios, bet ir santykių bei dėmesio reguliavimo būdu (Brown, 2004).

1.5. Sveikatos priežiūros kontekstas ir pacientų patirtys

Sveikatos priežiūros sistemos atsakas į psichosomatinius simptomus dažnai yra kompliktuotas. Tradiciškai biomedicininio modeliu besiremianti medicina neretai stokoja aiškių biopsichosocialinių strategijų, skirtų tokių būklių valdymui (Bolton, 2023). Nesant objektyvios organinės patologijos, pacientų nusiskundimai gali būti nuvertinami, aiškinami kaip susiję su „nervais“ ar gyvenimo būdu, o patys pacientai kartais vertinami kaip pernelyg reiklūs, hipochondriški ar net simuliuojantys (Brownell ir kt., 2016). Tokios situacijos gydytojams taip pat gali kelti frustraciją ir bejėgiškumą, ypač kai įprastos medicininės intervencijos neduoda rezultatų, o pacientų poreikis pagalbai išlieka didelis (Hartman ir kt., 2009).

Pacientų kelionė per sveikatos priežiūros sistemą dažnai apibūdinama kaip ilga, varginanti ir fragmentuota. Ieškodami savo simptomų paaiškinimo, jie lankosi pas daugybę skirtingų specialistų, tikėdamiesi rasti aiškią diagnozę ir veiksmingą gydymą. Šis procesas kartais primena nuolatinį blaškymąsi tarp gydytojų, kai pacientas siunčiamas iš vienos institucijos į kitą, tačiau negauna vieningo ir nuoseklaus atsakymo (Baloh, 2020). Tokia patirtis gali lemti pasitikėjimo medicina mažėjimą ir vilties praradimą (Polakovská ir Řiháček, 2021). Nesant aiškos diagnozės, pacientai atsiduria „diagnostinėje nežinioje“, kurioje jie negali pilnai paaiškinti savo būklės nei sau, nei aplinkiniams, todėl dažnai ir toliau atkakliai ieško medicininų paaiškinimų ir vengia psichologinių interpretacijų (Bransfield ir Friedman, 2019).

Svarbi šių pacientų patirties dalis yra invalidacijos išgyvenimai. Invalidacijos atvejais pacientai jaučiasi neišgirsti, nesuprasti ar netgi netiesiogiai apkaltinti tuo, kad jų simptomai nėra „tikri“. Tokie signalai, pavyzdžiui, užuominos, kad simptomai yra „tik galvoje“, gali sukelti stiprų atstūmimo, gėdos ir izoliacijos jausmą (Polakovská ir Řiháček, 2021). Kai gydytojų reakcijos į pacientų išsakytus simptomus apsiriboja tik paciento nuraminimu, simptomų „normalumo“ pabrėžimu ar neigiamų tyrimų rezultatų akcentavimu, pacientai gali dar labiau akcentuoti savo kančią, įvardyti naujus simptomus ar ieškoti papildomų įrodymų, patvirtinančių jų būklės rimtumą. Palankesnis atsakas pastebimas tuomet, kai gydytojai geba validuoti paciento patirtį, patvirtindami, jog jų jaučiamas skausmas yra tikras, nepaisant to, jog skausmo priežastis nėra aiški. Taipogi, gydytojams svarbu pateikti aiškesnę, konkretesnę paaiškinimą, kuris atliepia paciento patirtį ir susieja kūniškus bei psichosocialinius veiksnus. Tokiu būdu atsiranda galimybė gydytojui ir pacientui kartu kurti simptomų prasmę, o tai sudaro pagrindą efektyvesniam bendradarbiavimui ir tolesniam gydymui (Kirmayer ir kt., 2004). Šiame kontekste itin reikšmingas tampa gydytojo ir paciento santykis. Pasitikėjimu grįstas, nuoseklus ryšys gali tapti pagrindiniu stabilizuojančiu veiksnium, padedančiu valdyti simptomus ir mažinti paciento nerimą (Baloh, 2020).

1.6. Traumos ir psichosomatinių simptomų sąsajos

Traumos sąvoka psichologijoje dažniausiai apibrėžiama remiantis diagnostiniais klasifikatoriais, tokiais kaip Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas (DSM-5-TR) bei Tarptautinė ligų klasifikacija (TLK-11). DSM-5-TR trauminiu įvykiu laiko susidūrimą su realia ar grėsiančia mirtimi, rimtu sužalojimu arba seksualine prievarta (APA, 2022). Trauma gali būti patiriama tiesiogiai išgyvenant tokį įvykį, stebint jį nutinkant kitam asmeniui, sužinojus apie artimo žmogaus patirtą trauminį įvykį arba pakartotinai susiduriant su trauminio įvykio detalėmis. Tuo tarpu TLK-11 traumą apibūdina kaip susidūrimą su ypač grėsmingu ar siaubingu įvykiu arba įvykių seka, keliančia stiprią grėsmę asmens gyvybei ar fiziniam saugumui (WHO, 2019). Tokie įvykiai gali apimti karą, stichines nelaimes, fizinį ar seksualinį smurtą, kankinimą, sunkius nelaimingus atsitikimus ar netikėtą artimojo mirtį.

Tyrimai rodo, jog apie 70–89 % suaugusiųjų Vakarų šalyse bent kartą gyvenime patiria trauminę patirtį (Benjet ir kt., 2016). Nors daugelis žmonių po trauminio įvykio išlieka psichologiškai atsparūs (Bonanno ir kt., 2011), daliai išsivysto neigiamos psichikos ir fizinės sveikatos pasekmės (Perez ir Szabo, 2025). Traumą patyrę asmenys dažnai susiduria su reikšmingais fizinės sveikatos sunkumais, kurie gali išlikti daugelį metų po trauminio įvykio pabaigos (Kendall-Tackett, 2007). Didelę dalį fizinių nusiskundimų sudaro įvairūs psichosomatiniai simptomai (Andreski ir kt., 1998; Petkus ir kt., 2009). Viename tyrime nustatyta, kad iš 78,5% žmonių, kurie buvo patyrę trauminį įvykį, 26% pasireiškė išreikšti įvairūs psichosomatiniai simptomai (Stanisławska–Kubiak ir kt., 2023). Nors tyrimai rodo, kad net vieno trauminio įvykio patyrimas susijęs su padidėjusiu fizinių sveikatos sutrikimų kiekiu (Scott ir kt., 2013) didėjant bendram potrauminio streso sutrikimo simptomų skaičiui ir sunkumui, atitinkamai didėja ir psichosomatinių simptomų intensyvumas (Elklit ir Christiansen, 2009). Asmenys, turintys potrauminio streso sutrikimą, sveikatos priežiūros paslaugomis naudojami dažniau nei tie, kurie neturi (Kendall-Tackett, 2009). Iš tiesų, traumą patyrę asmenys iš pradžių gali kreiptis į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas dėl fizinių simptomų, todėl jų gydymas dažnai pirmiausia patenka į pirminės sveikatos priežiūros gydytojų, o ne psichikos sveikatos specialistų kompetencijos sritį (Loeb ir kt., 2018).

Traumos ir psichosomatinių simptomų sąsajos aiškinamos tais pačiais biopsichosocialiniais bei psichoneuroimunologiniais principais, kurie taikomi aiškinant psichosomatinių simptomų kilmę apskritai (Kendall-Tackett, 2009). Trauma suprantama kaip stiprus ar ilgalaikis streso veiksnys, galintis paveikti tarpusavyje susijusias biologines, emocines, kognityvines ir elgesio sistemas. Tyrimai rodo, kad trauminės patirtys gali sutrikdyti

organizmo streso reguliacijos mechanizmus - pagumburio–hipofizės–antinksčių (HHA) ašies, autonominės nervų sistemos bei imuninės sistemos veiklą, dėl ko organizmas gali išlikti padidėjusio fiziologinio sužadinimo būsenoje ir turėti sustiprėjusį organizmo uždegiminį atsaką. Šie biologiniai procesai glaudžiai sąveikauja su kognityviniais ir emociniais mechanizmais, tokiais kaip hiperbudrumas, padidėjęs dėmesys kūno pojūčiams, katastrofinis simptomų interpretavimas ar emocijų reguliacijos sunkumai, kurie gali prisidėti prie psichosomatinių simptomų atsiradimo bei palaikymo.

1.7. Tyrimo problema, tikslas ir klausimai

Psichosomatiniai simptomai itin dažnai pasireiškia tarp trauminės patirtis išgyvenusių asmenų. Kiekybiniai tyrimai rodo, kad traumą patyrę žmonės dažniau susiduria su įvairiais psichosomatiniais simptomais (Afari ir kt., 2013; Elklit ir Christiansen, 2009; Scott ir kt., 2013; Stanisławska-Kubiak ir kt., 2023). Taigi, egzistuojantis ryšys tarp traumos ir kūniškų simptomų yra pagrįstas kiekybiniais duomenimis. Vis dėlto, šiuolaikinė psichosomatinių simptomų samprata vis daugiau dėmesio skiria subjektyviam simptomų patyrimui, pabrėždama, kad jų išgyvenimas apima ne tik fiziologinius, bet ir emocinius, kognityvinius bei elgesio aspektus (Bolton, 2023). Šioje perspektyvoje žmogus laikomas aktyviu savo patirties dalyviu, kuris interpretuoja, įprasmina ir kuria santykį su patiriamais simptomais. Nors kokybiniai tyrimai vis dažniau nagrinėja psichosomatinių simptomų patyrimą, subjektyvus trauminių patirčių ir kūniškų simptomų ryšio išgyvenimas vis dar išlieka nepakankamai ištirtas (Kirisman, 2022). Vis dar trūksta aiškumo, kaip trauminės patirtis išgyvenę asmenys patys supranta psichosomatinių simptomų atsiradimą, kaip sieja juos su savo gyvenimo patirtimis bei kokią prasmę šie simptomai įgyja jų gyvenimo kontekste.

Tyrimo tikslas: suprasti ir sistemiškai aprašyti kaip trauminės patirtis išgyvenę asmenys suvokia savo psichosomatinis simptomus.

Tyrimo klausimas: kaip trauminės patirtis išgyvenę asmenys suvokia savo psichosomatinis simptomus?

Tyrimo uždaviniai:

1) Naudojant pusiau struktūruotą interviu suteikti tyrimo dalyviams galimybę reflektuoti ir atskleisti savo psichosomatinių simptomų patyrimą.

- 2) Pasitelkiant refleksyviąją teminę analizę išnagrinėt, kaip yra konstruojamos asmeninės istorijos ir prasmės, susijusios su savo psichosomatiniais simptomais.
- 3) Išanalizuoti tyrimo rezultatus ir palyginti juos kitų tyrimų kontekste.

2. METODIKA

2.1. Teorinis tyrimo pagrindimas

Šiame tyrime pasirinkta kokybinė metodologija, siekiant nuosekliai ir išsamiai atskleisti tyrimo dalyvių patirtis bei jų suteikiamas reikšmes tiriamam fenomenui. Kokybiniai tyrimo metodai laikomi ypač tinkamais tuomet, kai tyrimo objektas yra subjektyvi žmogaus patirtis, nes jie leidžia tyrėjui priartėti prie tyrimo dalyvių išgyvenimų ir juos suprasti jų pačių kontekste (Brinkmann ir Kvale, 2005). Be to, kokybiniai tyrimai yra ypač naudingi nagrinėjant nepakankamai ištirtas sritis (Tenny, Brannan, ir Brannan, 2022). Kokybinė metodologija suteikia galimybę gilintis į individualius patyrimus, jų skirtumus bei niuansus, kurie dažnai lieka nepastebimi taikant kiekybinius metodus (Chandra ir Shang, 2019). Atsižvelgiant į tai, kad šiame tyrime siekiama suprasti kompleksinę ir dar menkai kokybiškai tyrinėtą psichosomatinių simptomų patirtį, kokybinė metodologija laikytina tinkamiausia tyrimo prieiga.

Šiame tyrime taikyta refleksyvioji teminė analizė pagal Braun ir Clarke (2006; 2019). Teminė analizė leidžia sistemingai identifikuoti, analizuoti ir organizuoti duomenis pagal pasikartojančius prasminius vienetus - temas - visame duomenų rinkinyje (Braun ir kt., 2019; Braun ir Clarke, 2006). Ši analizės forma yra ypač tinkamas tyrimams, kuriuose siekiama suprasti, kaip žmonės konstruoja savo patirtis ir kokias reikšmes joms suteikia.

Svarbu pastebėti, kad refleksyvusis teminės analizės pobūdis pabrėžia aktyvų tyrėjo vaidmenį duomenų analizės procese. Šioje prieigoje temos nėra laikomos objektyviai „atrandamomis“ duomenyse; priešingai, jos yra kuriamos tyrėjo, remiantis jo teorinėmis prielaidomis, tyrimo klausimais ir analitiniais sprendimais (Braun ir Clarke, 2019). Tai reiškia, kad analizė yra interpretacinė, o tyrėjo refleksyvumas - gebėjimas kritiškai apmąstyti savo įtaką tyrimo procesui - tampa esmine tyrimo kokybės sąlyga. Apibendrinant, kokybinė metodologija ir refleksyvioji teminė analizė šiame tyrime pasirinktos dėl jų gebėjimo atskleisti gilumines, subjektyvias ir kontekstualias patirtis bei suteikti struktūruotą, tačiau lankstų būdą šias patirtis analizuoti ir interpretuoti.

2.2. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvių atranka buvo vykdoma patogiosios atrankos būdu. Dalyvauti tyrime buvo kviečiami 18-60 metų asmenys, patyrę trauminę patirtį arba patirtis bei šiuo metu išgyvenantys psichosomatinius simptomus. Trauminės patirtys šiame tyrime buvo apibrėžtos remiantis Tarptautiniu trauminių patirčių klausimynu (angl. *The International Trauma*

Exposure Measure, ITEM) (Hyland ir kt., 2021). ITEM klausimyno teiginiai apima 21 skirtingo pobūdžio trauminius gyvenimo įvykius. 16 teiginių atitinka DSM-5 trauminės patirties apibrėžimą, kiti 5 apima psichologiškai grėsmingus įvykius, kurie gali būti laikomi traumuojančiais pagal TLK-11 kriterijus (Hyland ir kt., 2021). Psichosomatiniai simptomai šiame tyrime suprantami kaip įvairūs kūno pojūčiai, kurių atsiradimui ar vystymuisi įtakos galėjo turėti psichologinės priežastys ir kurie gali pasireikšti skirtingose organizmo sistemose (Vulić-Prtorić, 2021). Psichosomatinų simptomų apibrėžimas ir sąrašas buvo sudarytas remiantis Psichosomatinų simptomų skale (angl. *Psychosomatic Symptom Scale, PSS*). PSS skalę sudaro 35 somatiniai simptomai, kurie yra suskirstyti į septynias pagrindines organų sistemas: pseudoneurologinę (pvz., galvos svaigimas, tirpimas), širdies ir kraujagyslių, raumenų, kvėpavimo, virškinamojo trakto, dermatologinę bei skausmo ir silpnumo.

Siekiant surinkti tyrimo dalyvius buvo parengtas kvietimas dalyvauti tyrime, kuriame pateikta informacija apie tyrimo vykdytoją ir vadovą, tyrimo temą, atrankos kriterijus, tyrimo sąlygas, anonimiškumo užtikrinimą bei kontaktavimo galimybes (žr. 1 priedas). Šis kvietimas buvo platinamas „Facebook“ ir „Instagram“ asmeninėje tyrėjos paskyroje bei grupėje „Psichosomatika ir kūno terapija“. Informacija apie vykdomą tyrimą taip pat buvo paskelbta LSMU NI Palangos klinikos Streso ligų skyriaus dienos stacionaro pacientams bendro susitikimo su pacientais metu (buvo gautas dienos stacionaro vedėjos sutikimas šios informacijos sklaidai). Susidomėjusiems pacientams buvo išdalinti atspausdinti kvietimai į tyrimą. Tokiais kvietimo į tyrimą platinimo būdais buvo siekiama surinkti potencialius tyrimo dalyvius, kurie būtų kiek įmanoma įvairesni.

Į tyrimo kvietimą iš viso atsiliepė 11 asmenų. Du tyrimo dalyviai dėl asmeninių priežasčių pasitraukė iš tyrimo (vienas – dar prieš pateikdamas informuotą sutikimą, kitas – jau po jo). Vieno tyrimo dalyvio duomenys buvo panaudoti pilotiniam tyrimui, todėl į pagrindinę analizę nebuvo įtraukti. Galutinę tyrimo imtį sudarė 8 dalyviai – 6 moterys ir 2 vyrai. Jų amžius svyravo nuo 22 iki 60 metų ($M = 34,16$; $SD = 12,16$). Išsamesnė informacija apie tyrimo dalyvius yra pateikta 1 lentelėje. Nurodyti tyrimo dalyvių vardai yra pakeisti siekiant išlaikyti konfidencialumą.

Tyrimo dalyviams susisiekus buvo domimasi koku būdu jie norėtų dalyvauti tyrime bei siunčiama „Microsoft Forms“ platformoje patalpinta demografinė anketa ir informuoto sutikimo forma (žr. 2 priedas). 4 interviu buvo vykdomi vaizdo skambučiu „Microsoft Teams“ platformoje, kiti 4 - LSMU NI Palangos klinikos Streso ligų skyriaus dienos stacionaro patalpose (prieš tai gavus stacionaro vedėjos sutikimą naudotis įstaigos patalpomis).

1 lentelė. Demografiniai tyrimo dalyvių duomenys

Vardas	Amžius	Trauminė patirtis	Trauminės patirties pobūdis	Patiriami psichosomatiniai simptomai
Eglė	26	Pasikartojanti	Fizinis smurtas, artimųjų netektys, avarija, seksualinės traumos	Galvos svaigimas, silpnumas galūnėse, dusimas, staigūs aštrūs skausmai skirtingose kūno vietose, nugaros skausmas, raumenų įtampa, pykinimas, širdies ritmo sutrikimai, reprodukcinės sveikatos sutrikimai, virškinimo problemos
Ieva	24	Pasikartojanti	Fizinis smurtas artimoje aplinkoje, seksualinė prievarta, persekiojimas, stebėjimas kaip iki mirties sumušamas kitas asmuo, dalyvavimas muštynėse, staigios artimųjų mirtys	Smaugimo pojūtis, pykinimas, apetito pablogėjimas, galvos skausmas, reprodukcinės sveikatos sutrikimai, egzema, pečių linijos skausmas, žandikaulio skausmas, pilvo spazmai
Ūla	22	Pasikartojanti	Fizinis smurtas artimoje aplinkoje, seksualinė prievarta, grasinimas nužudyti	Galvos svaigimas, alpimas, širdies ritmo sutrikimai, smaugimo ir springimo pojūčiai, apetito sumažėjimas, pykinimas, viduriavimas, virškinimo sutrikimai, cypiantis garsas ausyse, galūnių tirpimas, žandikaulio įtampa
Mantas	29	Pasikartojanti	8 metus trukusios patyčios	Širdies ritmo sutrikimai, raumenų įtampa, dusulio ir smaugimo pojūtis, gumulo gerklėje pojūtis

Rasa	60	Pasikartojanti	Fizinis smurtas, seksualinė prievarta, artimųjų netektys	Širdies ritmo sutrikimai, virškinimo sutrikimai
Jolanta	47	Pasikartojanti	Seksualinė prievarta, smurto artimoje aplinkoje stebėjimas, rimti nelaimingi atsitikimai, netektys	Galvos skausmas, krūtinės skausmas, gumulo gerklėje pojūtis, pykinimas, pilvo pūtimas, galvos, nugaros, pečių ir kaklo skausmai, silpnumas, sąnarių ir galūnių skausmai
Mindaugas	33	Pasikartojanti	Seksualinė prievarta, fizinis smurtas, smurto artimoje aplinkoje stebėjimas	Prakaitavimas, burnos džiūvimas, galvos svaigimas, silpnumas, raumenų įtampa, dusulys, pilvo pūtimas, viduriavimas
Greta	32	Vienkartinė	Šeimos nario netektis	Bėrimai ant nugaros ir veido

2.3. Kokybinio tyrimo imtis

Kokybiniuose tyrimuose imties dydis nėra nustatomas remiantis iš anksto apibrėžtais kriterijais, bet vertinamas atsižvelgiant į tyrimo tikslus, duomenų pobūdį ir analitinio darbo kryptį. Nors kai kuriose metodologinėse prieigose remiamasi duomenų prisotinimo (angl. *data saturation*) principu, refleksyvioje teminėje analizėje šis kriterijus nėra laikomas būtinu ar tinkamiausiu, nes analizė suprantama kaip aktyvus, interpretacinis procesas, o temos nėra „atrandamos“, bet kuriamos tyrėjo (Braun ir Clarke, 2021). Atsižvelgiant į tai, šiame tyrime imties pagrindimas remiasi platesne duomenų pakankamumo (angl. *data adequacy*) samprata. Ši samprata pabrėžia, kad imties pakankamumas turėtų būti vertinamas ne izoliuotai pagal tyrimo dalyvių skaičių, bet atsižvelgiant į tai, ar surinkti duomenys yra pakankamai turtingi, įvairūs ir analitiškai išplėtoti, kad leistų nuosekliai ir pagrįstai atsakyti į tyrimo klausimą (Vasileiou ir kt., 2018). Duomenų pakankamumas apima ne tik duomenų kiekį, bet ir jų kokybę, prasmę įvairovę bei gebėjimą pagrįsti kuriamas interpretacijas, todėl yra glaudžiai susijęs su analitinio darbo gilumu ir tyrimo fokusu. Imties dydis šiame tyrime buvo nustatomas iteratyviai, derinant duomenų rinkimą ir analizę. Po kiekvieno interviu buvo atliekamas pirminis duomenų analizės etapas – transkribavimas ir pakartotinis duomenų skaitymas, leidęs įvertinti, ar nauji duomenys iš esmės prisideda prie analitinių kategorijų plėtojimo. Duomenų rinkimas buvo tęsiamas tol, kol papildomi interviu nebeformavo naujų teminių kryptų, o daugiausia gilino jau išskirtų temų supratimą. Toks sprendimas atitinka kokybinių tyrimų logiką, kurioje imties pakankamumas vertinamas kaip metodologiškai reflektuotas ir kontekstualus sprendimas, o ne iš anksto nustatyta kiekybinė riba.

2.4. Tyrimo eiga ir naudoti instrumentai

Duomenys buvo renkami 2025 m. gruodžio - 2026 m. kovo mėnesiais. Tyrimo dalyviams susisiekus dėl dalyvavimo, pirmiausia buvo aptariamas jiems patogiausias interviu būdas - gyvai arba nuotoliniu būdu. Pasirinkus dalyvavimo formą, tyrimo dalyviams buvo pateikiama tyrimo autorės parengta anketa „Microsoft Forms“ platformoje, kurią buvo prašoma užpildyti iki sutarto interviu laiko. Joje tyrimo dalyviai buvo kviečiami susipažinti su informuoto sutikimo forma, išreikšti savo (ne)sutikimą dalyvauti tyrime bei pateikti demografinę ir su tyrimo tema susijusią informaciją. Keturi interviu buvo atlikti nuotoliniu būdu, naudojant „Microsoft Teams“ platformą. Suplanavus pokalbius, tyrimo dalyviams buvo rekomenduojama pasirinkti ramią, privačią ir saugią aplinką be pašalinių asmenų. Likę keturi

interview vyko LSMU NI Palangos klinikos Streso ligų skyriaus dienos stacionaro patalpose, iš anksto gavus skyriaus vedėjos leidimą naudotis patalpomis. Kiekvieno interviu pradžioje tyrimo dalyviams buvo trumpai primenama informacija apie tyrimą, jo tikslą ir informuoto sutikimo sąlygas – pabrėžtas tyrimo dalyvių konfidencialumas, galimybė bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo bei paaiškinti garso įrašų saugojimo principai. Taip pat informuota, kad transkripcijose visi identifikuojami duomenys (tiek pačių tyrimo dalyvių, tiek jų minimų asmenų) bus anonimizuoti. Tokiu būdu buvo siekiama užtikrinti, kad visi tyrimo dalyviai būtų tinkamai informuoti apie dalyvavimo tyrime sąlygas. Visus interviu atliko tyrimo autorė.

Tyrimo metu du iš tyrimo dalyvių turėjo ankstesnį kontaktą su tyrėja klinikinėje aplinkoje - tyrėja dalyvavo jų lankytoje terapinėje grupėje kaip stebėtoja ir, epizodiškai, kaip koterapeutė. Nors individualus terapinis santykis su šiais tyrimo dalyviais nebuvo užmegztas, tokia situacija laikytina potencialiu dvigubo vaidmens (angl. *dual relationship*) atveju, galinčiu kelti etinių ir metodologinių iššūkių. Siekiant sumažinti galimą galios santykio ir vaidmenų persidengimo poveikį, buvo imtasi kelių priemonių. Tyrimo dalyviui buvo aiškiai nurodyta, kad tyrėja šiame kontekste veikia tik kaip tyrėja, o ne kaip gydymo komandos narė, ir kad dalyvavimas tyrime yra visiškai savanoriškas bei neturi jokios įtakos jo gydymui ar santykiui su įstaiga. Taip pat buvo pabrėžta galimybė bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti be jokių pasekmių. Tyrėja refleksyviai siekė atskirti klinikinį ir tyrimo vaidmenis tiek interviu metu, tiek duomenų analizėje, atkreipdama dėmesį į galimą savo išankstinių žinių ir patirties įtaką interpretacijoms.

Tyrimo duomenų rinkimui pasirinktas pusiau struktūruotas interviu. Šis interviu tipas suteikia galimybę tyrėjui iš anksto pasiruošti klausimus, atliepiančius tyrimo tikslus, tačiau kartu leidžia reaguoti ir į tyrimo dalyvių atsakymus ir užduoti papildomus klausimus interviu eigoje (Ruslin ir kt., 2022). Tai ypač svarbu tiriant kompleksinę žmogaus patirtį, kuri yra unikali tik tam tiriamajam.

Interviu klausimų formulavimo procesas buvo grindžiamas kokybinio tyrimo klausimų principais, kurias siekiama išsiaiškinti, kodėl tam tikras įvykis, patirtis ar reiškinys įvyko, kaip jis vyko, koks jis buvo ir (arba) ką jis reiškė (Rubin ir Rubin, 2005). Pusiau struktūruotas interviu buvo pradėtas formuoti dar prieš išsamią mokslinės literatūros analizę, siekiant kuo labiau išsaugoti atvirumą tyrimo dalyvių patirtims ir iš anksto neapriboti tyrimo krypties jau egzistuojančiomis teorinėmis prielaidomis. Vėlesniu etapu interviu buvo nuosekliai tobulinamas, atsižvelgiant į mokslinėje literatūroje pateikiamus interviu pavyzdžius, konsultuojantis su tyrimo vadove. Klausimų tinkamumui įvertinti buvo atliktas pilotinis interviu su tyrimo dalyviu, atrinktu ta pačia tvarka kaip ir pagrindinio tyrimo dalyviai,

atitikusiu dalyvavimo tyrime kriterijus. Pilotinis interviu truko 48 minutes. Remiantis jo įrašo analize ir tyrimo dalyvio pateiktu grįžtamuju ryšiu, klausimų rinkinys buvo nežymiai pakoreguotas – patikslinta pirmo klausimo formuluotė. Galutinį pusiau struktūruoto interviu klausimyną sudarė 9 klausimai (žr. 2 lentelę). Interviu metu tyrėja lanksčiai taikė klausimų seką, atsižvelgdama į pokalbio eigą.

2 lentelė. *Pusiau struktūruoto interviu klausimai*

Klausimas
1. Papasakokite, kokius kūno simptomus pastartuoju metu patiriate.
2. Kaip (jei apskritai), jūsų manymu, šie kūno pojūčiai ar simptomai susiję su jūsų traumine patirtimi?
3. Kaip (jei apskritai), šie kūno pojūčiai ar simptomai kinta laike?
4. Kaip šie simptomai veikia, jei veikia, jūsų kasdienį gyvenimą?
5. Kas jums padeda suvaldyti ar palengvinti simptomus, jei jie sustiprėja?
6. Papasakokite apie savo patirtį, ieškant pagalbos dėl šių simptomų. Kas jums padėjo, o kas ne?
7. Kaip įsivaizduojate jums tinkamiausią pagalbos ar gydymo formą? Kokia pagalba jums atrodytų prasmingiausia?
8. Ar yra dar kas nors, kuo norėtumėte pasidalinti?

Po kiekvieno interviu tyrimo dalyvių buvo pasiteirauta apie jų savijautą, suteikiant erdvės reflektuoti patirtį ir, esant poreikiui, pasidalinti papildomomis mintimis ar jausmais. Atsižvelgiant į tai, kad interviu metu buvo aptariamose jautrios ir potencialiai emociškai sudėtingos temos, tyrimo dalyviams taip pat buvo pasiūlyta informacija apie galimas psichologinės pagalbos galimybes (žr. 3 priedą).

Visi interviu buvo įrašomi naudojant tyrėjos asmeniniame telefone esančią garso įrašymo funkciją. Iškart po interviu įrašai buvo perkelti ir saugomi slaptažodžiu apsaugotoje tyrėjos asmeninėje paskyroje Vilniaus universiteto „OneDrive“ platformoje. Interviu trukmė svyravo nuo 44 minučių iki 1 valandos ir 26 minučių (žr. 4 priedą). Po interviu atlikimo jie buvo pažodžiui transkribuoti rankiniu būdu į programą „Microsoft Word“. Transkripcijose tikrieji tyrimo dalyvių vardai ir kita identifikuojanči informacija pakeisti. Pasakojimai užfiksuoti identišškai taip, kaip kalbėjo tyrimo dalyviai. Transkripcijose taip pat buvo

naudojami sutartiniai žymėjimai, skirti atspindėti tyrimo dalyvių reakcijas ir pokalbio eigą (žr. 5 priedą). Visas transkripcijas atliko tyrimo autorė.

2.5. Duomenų analizės metodai

Duomenų analizei taikyta refleksyvioji teminė analizė pagal Braun ir Clarke (2006; 2019) kuri yra plačiai naudojamas metodas psichologiniuose kokybiniuose tyrimuose. Refleksyvioji teminė analizė pasižymi teoriniu lankstumu, todėl, siekiant užtikrinti tyrimo skaidrumą, svarbu aiškiai įvardyti pagrindinius analitinius pasirinkimus.

Pirma, šiame darbe remiamasi kritinio realizmo epistemologine pozicija, pagal kurią egzistuoja nuo tyrėjo nepriklausoma realybė, tačiau prieiga prie jos visuomet yra dalinė ir medijuojama žmogaus kalbos, refleksijos, socialinio konteksto bei interpretacijos procesų (Bhaskar, 1975). Todėl refleksyvioji teminė analizė šiame tyrime suprantama ne kaip objektyvių tiesų atskleidimo būdas, bet kaip analizės forma, leidžianti tyrinėti kontekste susiformavusias ir interpretuotas tyrimo dalyvių patirtis (Braun ir Clarke, 2019).

Atsižvelgiant į tai, analizėje dėmesys sutelkiamas į tai, ką tyrimo dalyviai patiria ir kaip jie apibūdina savo psichosomatinius simptomus bei su jais susijusius išgyvenimus. Tokiu būdu siekiama identifikuoti bendrus prasminius modelius, atspindinčius tyrimo dalyvių patirties turinį. Skirtingai nei konstruktyvistinėje prieigoje, kurioje analizuojama, kaip kalba formuoja patirtį ir kaip ji susijusi su socialiniais diskursais, šiame tyrime prioritetas teikiamas pačių tyrimo dalyvių išgyvenimų atskleidimui. Toks analitinis pasirinkimas yra tinkamas atsižvelgiant į tyrimo tikslą – suprasti trauminės patirtis išgyvenusių asmenų psichosomatinį simptomų patyrimą, išlaikant artumą tyrimo dalyvių pasakojimams ir jų suteikiamoms reikšmėms.

Antra, šio tyrimo analizė buvo grindžiama indukciniu principu. Tai reiškia, kad kodavimo metu nebuvo remiamasi iš anksto nustatytomis kategorijomis ar teoriniais rėmais, o temos buvo formuojamos remiantis pačiais duomenimis (Braun ir Clarke, 2006). Toks požiūris leidžia išlaikyti didesnę atvirumą tyrimo dalyvių patirčiai ir sumažina išankstinių nuostatų poveikį analizei.

Trečia, duomenų analizėje buvo derinami semantinis ir latentinis kodavimo lygmenys. Semantinis kodavimas orientuojasi į tai, kas yra tiesiogiai pasakoma - t. y. į akivaizdų duomenų turinį. Tuo tarpu latentinis kodavimas peržengia tiesioginę reikšmę ir apima interpretacinį darbą, siekiant atskleisti gilesnes prielaidas, idėjas ir reikšmių struktūras, kurios formuoja tyrimo dalyvių pasakojimus Braun ir Clarke (2021). Kaip pažymi autoriai, šiuos du lygmenis

tikslinga suprasti kaip kontinuumą, o ne kaip griežtai atskirtas kategorijas, todėl jie gali būti derinami vienoje analizėje. Atsižvelgiant į tai, šiame tyrime kodavimas buvo atliekamas lanksčiai, taikant tiek semantinį, tiek latentinį lygmenį priklausomai nuo analitinio poreikio (žr. 6 priedą).

Duomenų analizei naudota programinė įranga Atlas.ti Web. Duomenų kodavimo pavyzdys pateikiamas 7 priede. Duomenų analizės pavyzdys pateikiamas 8 priede.

Šiame tyrime duomenų analizei taikiau refleksyviąją teminę analizę pagal Virginia Braun ir Victoria Clarke (2006; 2019). Analizę atlikau vadovaudamasi šešiais etapais:

1. Susipažinimas su medžiaga - klausydamasi interviu įrašų, juos transkribuodama ir pakartotinai skaitydama susipažinau su duomenimis.

2. Pirminių kodų generavimas - interviu transkripcijas skaidžiau į prasminius vienetus ir kiekvienam jų priskyriau kodus, atspindinčius išsakytas mintis.

3. Temų (ir potemių) paieška - naudodamasi „Microsoft Excel“ programa, grupavau panašius kodus į potencialias temas ir potemes.

4. Temų (ir potemių) plėtojimas ir peržiūra - peržiūrėjau, tikslinau ir pertvarkiau temas bei potemes, siekdama jų vidinio nuoseklumo (vidinio homogeniškumo) ir aiškių skirtumų tarp skirtingų temų (išorinio heterogeniškumo).

5. Temų (ir potemių) apibrėžimas ir pavadinimų kūrimas - apibrėžiau kiekvienos temos ir potemės esmę, suteikiau galutinius pavadinimus ir atrinkau iliustracines citatas.

6. Galutinės analizės rengimas – parengiau galutinį rezultatų aprašymą ir jų interpretaciją mokslinės literatūros kontekste.

Svarbu pažymėti, kad šie etapai nebuvo vykdomi griežtai linijine tvarka. Analizė vyko kaip dinamiškas, iteratyvus procesas, nuolat judant pirmyn ir atgal tarp skirtingų etapų, kol pasiekiau analitinį aiškumą ir užtikrintumą dėl suformuotų temų bei jų interpretacijos.

2.6. Tyrimo patikimumas

Kokybinių tyrimų kokybės užtikrinimui yra naudojamas patikimumo kriterijus. Tyrimo patikimumui užtikrinti šiame darbe buvo remiamasi Yardley (2000; 2017) pasiūlytais kokybinių tyrimų vertinimo principais: jautrumu kontekstui, įsitraukimu ir analitiniu nuoseklumu, skaidrumu ir darnumu bei poveikiu ir reikšmingumu. Šie kriterijai nėra griežtai apibrėžtos taisyklės, bet veikia lankstūs orientyrai, leidžiantys reflektuotai pagrįsti tyrimo metodologinius sprendimus ir analizės procesą.

Jautrumas kontekstui (angl. *sensitivity to context*). Jautrumą kontekstui siekiau užtikrinti gilindamasi į mokslinę literatūrą tyrimo tema dar prieš pradedant tyrimą (tačiau sąmoningai tai dariau iki tam tikros ribos, kad išlaikyčiau „naivumą“ duomenų analizės procese), reflektavau apie tai, ką pati žinau apie savo ir kitų psichosomatinių simptomų patyrimą. Analizės metu stengiausi išlikti atvira skirtingoms interpretacijoms ir nevengti duomenyse pasirodančių prieštaravimų ar netikėtumų. Analizuodama duomenis taip pat svarsčiau apie skirtingą tyrimo dalyvių sociokultūrinį kontekstą. Reflektavau apie galimą savo, kaip tyrėjos, įtaką duomenų rinkimo ir interpretavimo procesui. Skyriau dėmesio ir etiniams aspektams, ypač galios santykiui tarp manęs ir tyrimo dalyvių (ypatingai su dviem tyrimo dalyviais, su kuriais turėjome ir terapinį ryšį).

Įsitraukimas ir analitinis nuoseklumas (angl. *commitment and rigour*). Visų pirma, įsitraukimą ir analitinį nuoseklumą užtikrinau sistemingai ir nuosekliai atlikdama duomenų rinkimo ir analizės procesus (žr. 2 skyrių). Analizės metu taikiau refleksyvumą - fiksavau savo reakcijas, prielaidas ir kylančias interpretacijas, siekdama geriau suprasti, kaip jos gali veikti analizę (žr. 2.7 skyrių). Analizuodama duomenis prioritetą teikiau duomenų įvairovei, vengiant selektyvios duomenų atrankos ir įtraukiant skirtingus bei tarpusavyje nevienareikšmius duomenų fragmentus. Taip pat, aktyviai gilinausi į refleksyvosios teminės analizės metodologiją (kurios prieš tai mokiausi tiek Fenomenologinių tyrimų institute pas dr. Agnę Matulaitę-McIntosh, tiek Kokybinių tyrimų metodų magistro dalyke Vilniaus Universitete pas doc. dr. Gretą Kaluževičiūtę), ir reguliariai konsultavausi su darbo vadove, siekdama užtikrinti analitinį pagrįstumą.

Skaidrumas ir darnumas (angl. *transparency and coherence*). Skaidrumą ir darnumą užtikrinau detaliai aprašydama tyrimo eigą - duomenų rinkimo, analizės etapus ir priimtus sprendimus. Rezultatų dalyje pateikiau autentiškas interviu ištraukas, leidžiančias skaitytojui susieti mano interpretacijas su empiriniais duomenimis. Taip pat siekiau metodologinio nuoseklumo – pasirinkta kokybinė prieiga, duomenų rinkimo metodas ir refleksyvioji teminė analizė yra suderinti su tyrimo tikslu ir klausimu.

Poveikis ir reikšmingumas (angl. *impact and importance*). Vadovaujantis analitinio apibendrinimo (angl. *analytic generalisation*) logika (Yin, 2018), šio tyrimo tikslas nėra statistiškai apibendrinti rezultatus platesnei populiacijai, bet plėtoti teorinį supratimą apie tai, kaip trauminės patirtis išgyvenę asmenys suvokia ir interpretuoja savo psichosomatinius simptomus. Tikimasi, kad tyrimo rezultatai prisidės prie gilesnio psichosomatinių simptomų patirties supratimo bei padės geriau atpažinti psichologinės pagalbos poreikius ir galimas

intervencijų kryptis asmenims, patyrusiems traumines patirtis ir išgyvenantiems psichosomatinius simptomus.

2.7. Tyrėjos refleksija

Atliekant kokybinį tyrimą, kuriame pats tyrėjas tampa tyrimo instrumentu (Peredaryenko ir Krauss, 2013), tyrėjo pasirinkimai, patirtis, nuostatos ir interpretacijos daro įtaką tiek duomenų rinkimui, tiek jų analizei. Šiame tyrime remiuosi episteminiu požiūriu, kad duomenys nėra „atrandami“, o kuriami pačio tyrėjo (Braun ir Clarke, 2019), todėl refleksyvumas tampa esmine tyrimo kokybės užtikrinimo sąlyga. Toks supratimas yra suderinamas su refleksyvios teminės analizės logika, kuri pabrėžia aktyvų tyrėjo vaidmenį duomenų analizės procese (Braun ir Clarke, 2021). Remdamasi tuo, viso tyrimo metu sąmoningai reflektavau savo poziciją, prielaidas ir reakcijas į tiriamą fenomeną, o refleksijos buvo fiksuojamos tyrėjo dienoraštyje, kurio ištraukos pateikiamos 9 priede.

3. REZULTATAI

Pateikiama pirma rezultatų dalis. Duomenų analizės metu buvo siekiama interpretuoti tyrimo dalyvių pasakojimuose atsiskleidžiančias prasmes ir suprasti, kaip jos siejasi su tiriamu reiškiniu bei tyrimo klausimu. Analizės metu išryškėjo penkios pagrindinės temos, atspindinčios skirtingus tiriamo reiškinio aspektus: 1) gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimas; 2) nuo medicininio prie psichologinio psichosomatinų simptomų kilmės aiškinimo; 3) psichosomatiniai simptomai - kūniška psichologinių išgyvenimų išraiška; 4) holistinio gydymo poreikis; 5) mokymasis gyventi su psichosomatiniais simptomais. Temos buvo formuojamos atsižvelgiant į jų analitinį reikšmingumą bei gebėjimą padėti giliau suprasti tyrimo klausimą, o ne vien į jų pasikartojimo dažnį tyrimo dalyvių pasakojimuose. Išskirtos temos ir jas sudarančios potemės pateiktos 3 lentelėje.

3 lentelė. *Refleksyvosios teminės analizės rezultatai: temos ir jų potemės*

Temos	Potemės
1. Gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimas	<i>1.1. Simptomai kaip grėsmingi (5/8)</i>
	<i>1.2. Padidinto fokuso į kūną išgyvenimas (5/8)</i>
	<i>1.3 Simptomai riboja gyvenimą (8/8)</i>
2. Nuo medicininio prie psichologinio psichosomatinų simptomų kilmės aiškinimo	<i>2.1. „Ieškojau ligų pradžioj, nes aš nesupratau, kas čia daro su manim“: medicininio paaiškinimo poreikis (8/8)</i>
	<i>2.2. „Niekas visiškai negalėjo įvardinti, kas man yra“ (8/8)</i>
	<i>2.3. Psichologinio aiškinimo atradimas (8/8)</i>
	<i>2.4. Bandytas suprasti psichologinę paaiškinimą (8/8)</i>

3. Psichosomatiniai simptomai - kūniška psichologinių išgyvenimų išraiška	<i>3.1. Psichosomatiniai simptomai siejasi su traumine patirtimi (8/8)</i> <i>3.2. Kūnas – neatskiriama emocinės patirties dalis (8/8)</i> <i>3.3. Simptomai kaip slopinamų emocijų pasekmė (6/8)</i>
4. Holistinio gydymo poreikis	<i>4.1. Fragmentuotas pagalbos patyrimas (6/8)</i> <i>4.2. Kūno ir psichikos integracijos poreikis gydyme (6/8)</i>
5. Mokymasis gyventi su psichosomatiniais simptomais	<i>5.1. Medikamentinio gydymo poreikis (6/8)</i> <i>5.2. Santykio su simptomais keitimas (6/8)</i> <i>5.3. Savo emocinio pasaulio pažinimas padeda simptomų mažinimui (8/8)</i>

Rezultatų dalyje pristatomos pagrindinės temos ir jas sudarančias potemes. Pateikiamos tyrimo dalyvių citatos, kurios iliustruoja išskirtas prasmes ir patirtis. Cituojama tyrimo dalyvių kalba pateikiama autentiška, netaisyta, siekiant išlaikyti jų pasakojimų savitumą ir raišką. Citatos tekste išskiriamos kursyvu. Kiekvienos citatos pabaigoje skliausteliuose nurodomas anonimizuotas tyrimo dalyvio vardas. Ženklas „<...>“ naudojamas tais atvejais, kai citatoje praleidžiama dalis teksto, nekeičiant perteikiamos minties esmės.

Toliau šiame skyriuje pateikiamos refleksyvosios teminės analizės metu išryškėjusios temos ir potemės, iliustruojamos tyrimo dalyvių pasakojimų ištraukomis.

3.1. Gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimas

Ši tema apibūdina, kaip tyrimo dalyviai patiria gyvenimą su psichosomatiniais simptomais ir kaip šie simptomai formuoja jų kasdienę patirtį. Tyrimo dalyvių pasakojimuose

simptomai atsiskleidžia ne kaip izoliuotas kūniškas reiškinys, bet kaip nuolatinis gyvenimo fonas, veikiantis savijautą, dėmesį ir kasdienį funkcionavimą. Simptomai dažnai patiriami kaip grėsmingi ir sunkiai paaiškinami, keliantys baimę bei skatinantys nuolatinį dėmesį kūno pojūčiams. Kartu išryškėja ir praktinis simptomų poveikis - jie riboja kasdienį gyvenimą, mažina galimybes veikti, įgyvendinti įsipareigojimus ir patirti malonumą.

3.1.1. Simptomai kaip grėsmingi

Atsiradę simptomai dažnai sukelia išgąstį, ypač dėl jų neaiškos kilmės ir nenusipėjamumo. Tyrimo dalyviai pabrėžia, kad būtent nesupratimas, kas vyksta su kūnu, stiprina baimės patyrimą: „<...> *gąsdindavo visokie visokie tokie simptomai, gąsdindavo aaa nesupratimas, kodėl kas taip vyksta ir panašiai*“ (Mindaugas). Panašiai atsiskleidžia ir nuolatinis susirūpinimas sveikata, kylantis iš simptomų gausos: „<...> *baimės apie sveikatą <...> būdavo labai daug. Nu, nes kai tiek daug visokių simptomų, tai sunku ne nebijot*“ (Eglė).

Ši baimė dažnai įgauna katastrofišką pobūdį - net ir pavieniai kūno pojūčiai interpretuojami kaip rimtų ligų požymiai. Tyrimo dalyvių pasakojimuose matyti, kaip greitai ir automatiškai atsiranda blogiausių scenarijų mintys. Pavyzdžiui, juntamas skausmas gali būti iš karto susietas su gyvybei pavojinga būkle: „*Pajaučiau savo koją ir aš galvoju, man žiauriai skauda koją. Ir aš iš karto galvojau, kad man kemšasi varikozė, varikozinės venos, man jau galas, tuoj sprogs visas*“ (Ūla). Panašiai net ir neaiškus pojūtis gerklėje gali būti interpretuojamas kaip onkologinės ligos ženklas: „*Tiesiog vieną dieną pradėjau jaust gumulą gerklėj ir aš nežinojau, kas čia yra. <...> paskui prisigalvojau, kad man vėžys*“ (Mantas).

Simptomų kaip grėsmingų patyrimas taip pat susijęs su staigiu, impulsyviu elgesiu, nukreiptu į medicininės pagalbos paiešką. Patyrus simptomą ir jį interpretuojant kaip pavojingą, atsiranda stiprus poreikis nedelsiant ieškoti patvirtinimo ar pagalbos: „<...> *pamačiau, kad yra geltonas liežuvis <...> nuėjau pagūglinti ir - vėžys, liežuvio vėžys. Nu visas, man to užteko. Aš įlindau į mašiną, nuvažiavau <...> ir iškėliau tokią dramą viešą, kad man vėžys, kad man dabar reikia būtinai daktaro <...>*“ (Mantas).

3.1.2. Padidinto fokuso į kūną išgyvenimas

Tyrimo dalyviai apibūdina, kad dėmesys į kūną tampa intensyvus ir užimantis didelę dalį kasdienės patirties. Kūno pojūčiai yra nuolat stebimi, analizuojami, apie juos galvojama, kas ilgainiui sustiprina jų intensyvumą: „<...> *nu, tarkim, aš jaučiau gumulą... Bet, tarkim,*

gal aš įsivaizduoju įprastas žmogus, nu, tiesiog pajauštų tą gumulą, gal tos mintys nukrypsta ir nebejaučia. O aš vis stiprindavau tą mintį, stiprindavau, gumulas, gumulas. Mano visą dieną sukdavosi tik gumulas, gumulas, gumulas, gumulas. Ir tas gumulas patapo nebeišgyvenamas, toksai žiauriai stiprus“ (Mantas).

Dalis tyrimo dalyvių šį padidintą fokusą sieja su sunkumu susidurti su savo psichologiniais išgyvenimais. Tokiu atveju dėmesys tarsi nukrypsta nuo vidinių patirčių į kūno pojūčius, kurie tampa labiau prieinama ar „saugesne“ fokuso kryptimi: *„Kažkaip anksčiau būdavo, kad įsisukdavau į tokius aaa ratus, kad kažkas su sveikata negerai, žinai. Ir tai buvo kaip pabėgimas, nu, kad negalvot apie tai, kaip blogai šiaip realybėj yra viskas emociškai ir viskas viskas bendrai“ (Eglė).* Kūno pojūčiai gali tapti alternatyva intensyviems emociniams išgyvenimams, kai dėmesys gali pereiti nuo sudėtingų jausmų prie kūno simptomų: *„Psichologiškai nenoriu kartais pripažinti, nenoriu jausmų ištransliuoti, pereinu į fiziką, tą... Fizinį kūno simptomus, prisigalvojimą ligų. <...> turėjau labai liūdną savaitę <...> buvo kaip toks, nu, bent stiprus iš tikrųjų gedulas <...> ir kai būdavo labai liūdna arba man žiauriai atsibosdavo tas jausmas, aš sugebėjau pamąstyti, hm, bet kaklo limfmazgiai gi kažkokie ne tokie <...>“ (Mantas).*

3.1.3. Simptomai riboja gyvenimą

Tyrimo dalyviai dalinasi, kad psichosomatiniai simptomai reikšmingai riboja jų kasdienį gyvenimą: *„Aš negaliu gyvent, negaliu dirbt, negaliu studijuot, aaa nieko negaliu, negaliu mokytis, negaliu daryt, ką noriu daryt, nieko negaliu. Galiu egzistuoti kind of. Ir taip, žinai, su tokiom ribom, nu, kiek ten galima būt. Jo, tai tiesiog atrodo viskas yra apribota ir <...> nu gyvenimo kokybė tai yra tai yra šūdas tiesiog“ (Eglė).*

Simptomų poveikis pasireiškia skirtingose gyvenimo srityse. Darbinė veikla tampa apribota dėl nuolatinio diskomforto ir sumažėjusio pajėgumo funkcionuoti: *„Jeigu skauda, tai tu nieko nedarai, eini gulėt, pasyvi tokia būni, nu, tokia apatiška, nieko nenori daryt, negali nieko dirbt, nes galvą skauda, tai nugarą skauda“ (Jolanta).* Simptomai riboja ir galimybes patirti malonumą bei dalyvauti laisvalaikio veiklose: *„Ir, sakykim, prarast nu visus gyvenimo malonumus.... Ir, pavyzdžiui, kad ir draugais, su draugėm susitinkam, aš visam vaistų fone, aš išgeriu ir alkoholio, <...> bet aš suprantu dar didesnę žalą darau savo organizmui. Bet vėl kaip pasakyt <...> vaistų fone ir dar visiškai suvaržytą gyvenimą, kad tu negali niekuo pasimėgaut. <...> arba nu būna, kad kažkur vat, sakykim, į kažkokį koncertą turim važiuot, kažkokį... Kažkoks vakarėlis turi būt, čiukšt - migrenos galvos skausmas“ (Rasa).* Taip pat

simptomai daro įtaką socialiniam gyvenimui, skatindami atsitraukimą ir izoliaciją nuo kitų žmonių: „*Anksčiau tiesiog mesdavau dalykus, santykius dėl šitos priežasties, nes atrodo, nu, kam aš čia paaiškinsiu, kad man kažkas su galva negerai, kad man viską skauda, ir čia nu ką kam iš viso rūpi, ta prasme tie dalykai*“ (Eglė).

Kartu atsiskleidžia, kad šie funkcionavimo sunkumai nebūtinai yra matomi iš išorės. Iš išorės gali atrodyti, jog simptomai nėra gyvenimą trikdančios, tačiau viduje patyrimas yra visai kitoks: „*Tai sakyčiau, kaip ir iš šono vat esu gera studentė, aš atlieku savo pareigas, taip toliau, bet tuo pačiu metu esu kartais blokuojama nuo tam tikrų dalykų, vat būtent visokių savo simptomų ir minčių ir kartais netėjimas gatvėj, kai nieko nemąstau, vat pasidaro bloga, silpna, atrodo, širdį skauda ir ką toliau daryt?*“ (Ūla).

3.2. Nuo medicininio prie psichologinio psichosomatinių simptomų kilmės aiškinimo

Ši tema apibūdina tyrimo dalyvių paaiškinimo savo simptomams paieškos procesą. Tyrimo dalyvių pasakojimuose atsiskleidžia, kad ši paieška dažnai būna ilga ir emociškai sudėtinga - ji paprastai prasideda medicininio priežasčių ieškojimu ir palaipsniui pereina prie psichologinio simptomų aiškinimo. Šiame procese dalyviai susiduria su neaiškumu, pasikartojančiais „viskas gerai“ atsakymais iš gydytojų bei bandymais iš naujo suprasti savo patirtį. Psichologinis aiškinimas dažniausiai formuojasi palaipsniui ir neretai yra lydimas ambivalentiškų reakcijų.

3.2.1. „Ieškojau ligų pradžioj, nes aš nesupratau, kas čia daro su manim“: medicininio paaiškinimo poreikis

Tyrimo dalyviai dalinasi, kad simptomų pradžioje dominuoja stiprus poreikis išsiaiškinti, ar kūne nevyksta kažkas fiziologiškai pavojingo. Šis neapibrėžtumas skatina aktyvias medicininis paieškas: „*Ėjau pas daktarus, ten aiškinausi, ar čia man nėra kažkokių problemų su širdim. Paskui ėjau dėl skydliaukės. Nu žodžiu, ieškojau ligų pradžioj, nes aš nesupratau, kas čia daro su manim, nes tai širdį skauda, tai spaudžia, tai lygtai šonkaulius skauda*“ (Jolanta). Šios paieškos neretai tampa ilgos ir apimančios daugybę konsultacijų su skirtingais specialistais, daugybę tyrimų ir skirtingų medicininio procedūrų: „*Oi, tai tuoj visą sąrašą galiu pasakyti (juokiasi). Jo, fizinių ligų ieškojimas ganėtinai aktyvus. Tai brangūs kraujo tyrimai viso kūno. Eee, vidaus organų echoskopija, rankų echoskopija, limfmazgių echoskopija, skrandžio ry- žarnos rijimas. <...> pirmo pirmosios reakcijos tikrai aktyvios buvo, kad čia pas tą daktarą, pas tą daktarą, pas tą daktarą, toliau ieškom problemos, taip*

toliau, taip toliau“ (Mantas). Tyrimo dalyviai mini dideles laiko ir finansines investicijas, skirtas šiam aiškumui pasiekti: „Tiesiog daug iš tikrųjų laiko ir pinigų per pastaruosius penkis metus esu investavus įėjimą pas gydytojus <...> endokrinologus, ten ginekologus, reabilitologus, nu nu žodžiu“ (Ieva).

Medicininio paaiškinimo svarba taip pat siejama su lūkesčiu, kad radus diagnozę atsiras aiškus gydymo kelias: *„Labai buvo toks aktyvus ieškojimas problemos sprend-, nu vat kame čia yra problema ir aš tikėjau, kad... Aš tikėjau, kad problema yra kažkoks dalykas, ką su koku vaistu gali sutaisyti. <...> mano viltis buvo, kad aš turėsiu kažkokią ligą, kuri tai paaiškina, <...> tiesiog bus labai aiškus ant popieriaus atsakymas ir labai aiškus sprendimo būdas, nes, nu, žinai, daktarai ligoms turi sprendimo būdus“ (Greta).*

3.2.2. „Niekas visiškai negalėjo įvardinti, kas man yra“

Tyrimo dalyviai dalinasi, kad po daugybės konsultacijų ir tyrimų buvo grįžtama prie tos pačios išvados - objektyvių sveikatos sutrikimų nerandama: *„Aš darau, tuos tyrimus reguliariai, bet po visų tų konsultacijų į tą patį tašką susivedi, kad tai kaip ir rimtų pažeidimų nėra“ (Rasa), „Nu žodžiu ieškojau tų ligų, bet kur einu, visur sako viskas gerai. <...> nu tai skydliaukę žiūrėjo, sakė, viskas pas tave čia gerai. Aaa buvau dėl širdies, ten kardiogramas, ten irgi echoskopijas darė, ten vidaus organų. Nu žodžiu, kad jie nieko neranda“ (Jolanta), „Vaikščiojau pas labai daug įvairių specialistų. Iš tiesų per pusę metų gal kokių 20-30 specialistų ir niekas visiškai negalėjo vat įvardinti, kas man yra“ (Ūla).*

Medicininio paaiškinimo nebuvimas sukelia stiprias emocines reakcijas. Tyrimo dalyviai mini pyktį, nusivylimą ir pasimetimą, kylantį iš neatitikimo tarp jaučiamo skausmo ir gaunamo atsakymo: *„Nu biškį pikta, nes gal... Ar jie ar jie nemato, žinot, ar ar... Kur dar nueit, kad kad patvirtintų diagnozes? Atrodo, kad diagnozių ieškau“ (Jolanta).* Taip pat atsiskleidžia sunkumas susitaikyti su tuo, kad objektyvūs tyrimai nerodo problemos, nors subjektyvus skausmas išlieka: *„O kaip tau skauda ir pasako gerai, tai galvoji, tai kaip čia vis dėlto sau padėt, jeigu skauda ir viskas gerai, nu tai kaip padėt sau?“ (Rasa).*

3.2.3. Psichologinio aiškinimo atradimas

Daliai tyrimo dalyvių psichologinis simptomų aiškinimas formavosi palaipsniui, savarankiškai, susidūrus su pasikartojančia patirtimi, kad medicininiai tyrimai nerodo pakitimų: *„Kai galvojau, aha, nu čia jau rimtai kažkas tai negerai su manim, kažkas tikrai negerai ir čia nebegalima ignoruoti, per daug dažnai tai vyksta ir panašiai, nuvykau išsiti*

širdį. Am absoliučiai visiškai sveika, visiškai sakė, kaip sakė, sportininko, ideali (juokiasi), o aš negaliu patikėti tiesiog. Aaa vat ir panašūs ir kiti tyrimai, kuriuos fizinės, biomedicininės sveikatos atžvilgiu aaa darausi įvairius tyrimus ir pamatau, kad tie aspektai visiškai sveiki, nu tai tada belieka suprasti, kad čia psichosomatika. <...> aaa ir yra kažkoks tai vat vadinasi psichosomatikos aaaa aspektas, kur kažkaip veikia aaa psichika“ (Mindaugas).

Kiti tyrimo dalyviai prie psichologinio paaiškinimo priėjo aktyviai ieškodami informacijos, bandydami patys suprasti savo patirtį. Psichologinė literatūra šiuo atveju tampa vienu iš būdų struktūruoti simptomų supratimą: „Aš pradėjau labai daug psichologinių knygų skaityti ir ieškoti, kas kame, kur, dėl ko čia. <...> skaitau literatūros, domiuosi, kas, kur, kaip, dėl ko čia taip vyksta. Nu ir kažkaip iš tų knygų vat pasisėmiau tokių vat vat gal man nuo to, gal nuo ano, vat čia gal nerviniu pagrindu“ (Jolanta).

Taip pat svarbų vaidmenį šiame procese turi išoriniai autoritetai - gydytojai ar kiti specialistai, kurie pirmieji įvardija galimą psichologinę simptomų kilmę: „Galų gale nuėjau pas psichiatrą, kai mano ginekologas pasakė, kad nu jo, kad čia panašu... nu ta prasme, kad pažiūrėjus į mano kiaušides per echoskopą, tiesiog atrodo what the fuck, tipo, kas čia vyksta, žinai. <..> nu, žodžiu, jo žmona buvo psichiatrė, tai jisai biškį ten tokių turėjo įsivaizdavimų daugiau, kad gali būti kūnas susijęs aaa su galva ir emocijom ir patirtim“ (Eglė).

3.2.4. Bandymas suprasti psichologinį paaiškinimą

Tyrimo dalyviai, susidūrę su psichologiniu simptomų aiškinimu, bando jį suprasti, priimti ir integruoti į savo patirtį, išgyvendami skirtingas reakcijas ir interpretacijas. Iš dalies psichologinis paaiškinimas suteikia tam tikrą aiškumą ir nukreipia dėmesį į savęs pažinimą: „<...> netgi kai ten rasdavau atsakymą, kad visgi neturiu jokių problemų su epilepsija. Am tai net padėjo šitie atsakymai, nes tada geriau žinau, kad aha aaa vadinasi save dar turiu kur pažinti <...> turiu save geriau pažinti ir suprasti, kodėl taip mano kūnas ir organizmas veikia. Tai padėjo netgi šituo atžvilgiu kažkaip tai gilintis į save“ (Mindaugas). Taip pat įvardijamas ir palengvėjimo jausmas, kylantis iš paties paaiškinimo buvimo: „Šioks toks palengvėjimas, kad yra atsakymas, kodėl taip yra, nes tai, kad nėra jokio atsakymo yra labai sudėtinga“ (Greta).

Tačiau taip pat psichologinis paaiškinimas gali kelti pasipriešinimą ar frustraciją, ypač susidūrus su klausimu, kaip praktiškai sau padėti: „Biškį ir pykau ir galvojau, nu tai kaip man dabar tą stresą, nu kaip man dabar tą gedulą išsispręst? Aš niekad nežinojau, kaip jį išspręst. Nu tipo... atsimenu kai praėjo metai, galvojau, nu tai gal jau tiesiog paims ir praeis (juokiasi)“

(Greta). Psichologiniams sunkumams spręsti trūksta aiškių gairių: „*Tai vat, žinai, kai čia yra ne liga, čia yra va gedulas, netektis, turi tai išbūt. Tai kaip man čia su tuo išbūt, kaip man čia pagydyt? Kokie žingsniai yra? Nu, ta prasme, ką daryt (juokiasi), nes nieks man niekad nepasakė, ką man reik daryt*“ (Greta).

Taip pat atsiskleidžia ambivalentiškas santykis su pačiu psichologiniu paaiškinimu - jis gali būti vienu metu ir priimamas, ir kvestionuojamas: „*Psichologija toks atrodo, kad kartais jis labai realus yra, bet ne visą laiką eina ją priimti. Kartais tai kaip vaiduoklis, ir tada galvoji egzistuoja ar neegzistuoja*“ (Mantas).

3.3. Psichosomatiniai simptomai - kūniška psichologinių išgyvenimų išraiška

Ši tema apibūdina, kad tyrimo dalyviai suvokia psichosomatinčius simptomus kaip glaudžiai susijusius su psichologiniais išgyvenimais. Pasakojimuose kūnas atsiskleidžia kaip erdvė, kurioje emocijos ir trauminės patirtys pasireiškia per kūniškus simptomus. Psichosomatiniai simptomai siejami su konkrečiomis trauminėmis patirtimis, emociniais išgyvenimais bei slopinamomis emocijomis.

3.3.1. Psichosomatiniai simptomai siejami su traumine patirtimi

Kai kurių tyrimo dalyvių pasakojimuose simptomų atsiradimas tiesiogiai siejamas su trauminės patirties laikotarpiu, o simptomų dinamika glaudžiai siejasi su pačios trauminės patirties eiga. Greta savo simptomus sieja su mamos liga, netektimi ir tuo metu išgyventu gedulu: „*Man viskas <...> koreliuoja su mano mamos ligos pradžia ir mano mamos netektim. <...> Tai kas nutiko, kad mano nugara pradėjo labai bert ir visa nugara labai tokiais tikrai pūlingais spuogais nueidavo. <...> baisiausia akimirka man atrodydavo, kad mama praneša, jog nebeliko vilties, kad viskas, aaa kad jinai mirs. <...> ir tada, kai iš tikrųjų taip ir nutiko, kada gydytojai man pasakė, kad nebeliko vilties <...> tą pačią dieną mano veidas nuėjo tokiais labai baisiais, didžiuliais spuogais. Visas kaklas, spr-, nu, taip, sprandas. <...> visas žandikaulis nuėjo tokiais... tokia didžiulė alergija lygiai tą pačią dieną ir jinai baigėsi tą dieną, kai mama mirė. <...> Ir po metų, kai aš sužinojau, kad mano vaikystės draugė eee yra išsiunčiama į paliatyvę slaugą, man lygiai taip pat pradėjo ant veido rasti aaa tokia nu tokia pat alerginė reakcija*“ (Greta).

Kituose pasakojimuose psichosomatiniai simptomai siejami su trauminės patirties reaktyvacija: „*Tai šitas atsitiko dėl prievartos patirtos ir pirmą sykį ir buvo, kai buvau 16 ir*

tai buvo po pirmo priekabiavimo. Ir man tada tiesiog tiesiog naktį <...> tiesiog vat taip kažkada random sprogo, ir ir sprogo, ir viskas, ir aš tada nežinau, kas man ten darosi, skausmas belekoks ir paskui kartojosi šitas, kai aš jaučiuosi nesaugi tiesiog vat taip ima ir ir jinai susprogsta“ (Eglė). Panašiai ir Ieva simptomus sieja su trauminės patirties sugrįžimu, tačiau jos pasakojime per kūno pojūčius pasireiškia invaziniai traumos simptomai: „Tarkim, smaugimo jausmas ar tai, kas ten nu ką jaučiu labiau kūne ar skausmai, aaa tai tiesiog nu sieju su nu pačiu traumatinės patirties kažkaip išgyvenimu ar sugrįžimu turbūt. <...> mano tie flešbekai labiau somatiniai tokie <...> Ir tada jo ateina tie mmm kūno simptomai, per juos kažkaip ta baimė ar panika ir trauma atrodo pasireiškia“ (Ieva).

3.3.2. Kūnas - neatskiriama emocinės patirties dalis

Tyrimo dalyvių pasakojimuose ryškėja, kad jų emocinės reakcijos yra dažnai lydimos ir jas lydinčių kūno pojūčių: „Jeigu būna kažkoks nu negeras dalykas toksai vat, kuris man nepatinka, man iš karto krūtinę užspaudžia, skrandį pradeda, ten, žodžiu dirgint, atrodo rūgštys kyla, nu, va toks kažkoks nepatogumas“ (Jolanta). Kai kuriais atvejais tam tikros emocijos siejamos su konkrečiomis kūno reakcijomis: „Ypatingai paimkim plaučius. Tai čia yra tik psichosomatika. Jeigu jaučiu baimę, nerimą ir įtampą, kažkodėl stebuklingai negaliu normaliai kvėpuot. Veržia“ (Mantas). Kūniškos reakcijos gali pasireikšti ne iš karto, o vėliau, jau po emociškai įtemptos situacijos: „Bėrimai, egzema tikrai pasireiškia grynai, jeigu užsistresuoju, tai tada <...> per pusdienį tiesiog išberia rankas“ (Ieva), „Jeigu ten darbe kažkas, žiauriai savaitė sunki <...> tai aš nu kryptingai žinau, kad man rytoj arba po rytoj bus vaistų dozės vėl ryškiai didesni kiekiai <...> man pareina, kaip pagirios pareina (juokiasi), sustiprėjusia psichosomatika“ (Rasa).

Kai kuriuose pasakojimuose atsiskleidžia, kad kūnas tampa svarbia emocinės reguliacijos dalimi - situacijose, kuriose emociškai sunku atpažinti ar išreikšti savo išgyvenimus, reakcija pasireiškia per kūno simptomus: „Ir irgi priėmiau kaip ir kad tarkim jeigu aš esu kažkokiam seksualiniam akte, kuriame nepilnai turiu norą dalyvauti, tai mano kūnas tiesiog sustabdo pats“ (Eglė).

3.3.3. Simptomai kaip slopinamų emocijų pasekmė

Tyrimo dalyvių pasakojimuose ryškėja, kad simptomai intensyvėja tuomet, kai emocinė patirtis yra vengiama ar neigiama: „Manau, kad [simptomai] suintensyvėjo didele dalim todėl, kad nu aš labai net ne neigime, o jau tiesiog vengime. <...> Tiesiog vengiu,

nesijaučiu niekaip didžiąją laiko dalį dėl to tai ir suintensyvėjo labai psichosomatika, nes nu vis tiek nesvarbu, kad apsimetu, kad nieko neįvyko, visgi įvyko. <...>. Kuo, kuo labiau bėgu, tuo blogiau fiziškai iš esmės“ (Ieva). Greta taip pat dalinasi apie jausmą, kad neišgyventi, neatliepti jausmai laikui bėgant jos patirtyje tarsi „kaupiasi“ ir galiausiai pasireiškia per kūną: „Ir gavosi tiesiog užburtas ratas, kad ir aš nesidalinu, ir man vieniša ir aš dar labiau save spaudžiu, čia tą gedulą išgyvent. Vis tos mintys, nu, vat mirties, liūdesio, gėdos, netekties, skausmo, nu jos sukasi, sukasi galvoj, nu, ir tiesiog viskas auga, auga, kaupiasi kūne, išsprogsta spuogais“ (Greta).

Kai kurių tyrimo dalyvių patirtyje simptomai tampa būdu atkreipti dėmesį į emocijas, kurios kitu atveju būtų ignoruojamos. Ieva pabrėžia, kad būtent kūniški simptomai verčia ją atsigręžti į savo patirtį: „Nu aišku ir psichologiškai, emociškai jaučiasi, bet nu jeigu iš tikrųjų nebūtų tiek smarkiai per kūną, nu, jeigu neitų tiek smarkiai per kūną, tai aš galėčiau ignoruoti toliau“ (Ieva).

3.4. Holistinio gydymo poreikis

Šioje temoje atsiskleidžia, kad gydymosi procese tyrimo dalyviai dažnai susidurdavo su fragmentišku požiūriu, kuriame trūko platesnio, kūną, psichiką ir gyvenimo patirtį integruojančio supratimo. Tyrimo dalyvių pasakojimuose ryškėja poreikis, kad simptomai būtų suvokiami ne izoliuotai, kaip vien kūniški ar psichologiniai reiškiniai, bet kaip susiję su visa žmogaus patirtimi.

3.4.1. Fragmentuotos pagalbos patyrimas

Tyrimo dalyviai dažnai išgyvendavo situacijas, kai specialistai ieškodavo konkrečios diagnozės pagal savo kompetencijos lauką, tačiau platesnis simptomų supratimas tarsi pasimesdavo: „Kiekvienas pagal savo specializaciją bando vis tiek atrasti, pavyzdžiui, tikslią diagnozę. Tai irgi kažkur galų gale pasimeta ta šaknis“ (Ūla). Toks fragmentiškumas dažnai reiškia ilgą judėjimą tarp skirtingų specialistų ir nuolatinį naujų galimų paaiškinimų ieškojimą, kuris ilgainiui tampa varginantis ir keliantis bejėgiškumo jausmą: „Gal tau celiakija, gal tau šitas dirgliosios žarnos sutrikimas, aaa gal tau netoleravimas, gal tau alergija, gal tau mikrobioma prasta ir va taip va vis siunčia, siunčia, siunčia, siunčia, kol tokia grandinė, kai jau nuleidi rankas“ (Ūla).

Fragmentuotos pagalbos patyrimas atsiskleidė ir kalbant apie skirtingų gydymo sričių nesusijungimą. Tyrimo dalyviai gydymo sistemą patyrė kaip sudarytą iš atskirų „pasaulių“, tarp kurių pačiam žmogui tenka naviguoti ir koordinuoti savo pagalbą: „*Patenki tarsi į atskirą pasaulį ir tie pasauliai nesusijungia tarpusavyje <...> vis tiek tavo atsakomybėje yra užsirašytas pas tam tikrą vieną gydytoją, kovoti kartais dėl kokio nors siuntimo pas kitą*“ (Mindaugas).

Tyrimo dalyvių pasakojimuose taip pat ryškėja patirtis, kad simptomai neretai būna gydomi izoliuotai vieni nuo kitų, orientuojantis į atskiras kūno sistemas ar pavienius nusiskundimus: „*Tiesiog tvarkaisi su kiekvienu simptomu atskirai - su virškinimo sistema, su psichika, su endokrinologija, su oda. Nu tai čia tiesiog susirenka bekiek skirtingų vaistų, bekiek vitaminų, bekiek intervencijų iš skirtingų gydytojų*“ (Ieva).

3.4.2. Kūno ir psichikos integracijos poreikis gydyme

Tyrimo dalyviai kalba apie norą, kad gydymo procese būtų labiau pripažįstama kūno ir psichikos sąveika, o simptomai nebūtų vertinami kaip atskiri, tarpusavyje nesusiję vienetai: „*<...> kad kažkaip gal būtų labiau norma iš viso mąstyti, kad dalykai yra susiję ir kad nu viena kūno dalis nėra atskira, autonominė sistema, kuri su niekuo absoliučiai niekaip nesąveikauja <...> kūnas ir psichika, ta prasme iš visų pusių kūnas visaip kaip sąveikauja ir kažkodėl jis yra labai labai išskaidytas*“ (Eglė).

Holistinio požiūrio poreikis taip pat reiškia norą, kad simptomai būtų suprantami žmogaus gyvenimo kontekste, o ne tik kaip izoliuotas kūno sutrikimas: „*Atliepti žmogaus pojūčius ne tik kaip į kažkokią kūno ligą, bet kaip į žmogų, kuris vat gyveno ir patiria dalykus*“ (Ūla).

3.5. Mokymasis gyventi su psichosomatiniais simptomais

Ši tema atskleidžia, kaip laikui bėgant keičiasi tyrimo dalyvių santykis su psichosomatiniais simptomais ir formuojasi prisitaikymo prie jų procesas. Dalyvių patirtyje matyti perėjimas nuo aktyvių bandymų pašalinti simptomus prie didesnio jų priėmimo, lankstumo ir savęs pažinimo. Nors medikamentinis gydymas išlieka svarbus valdant ūmius simptomus, kartu ryškėja ir emocinio pasaulio pažinimo reikšmė - simptomų mažėjimas siejamas su gebėjimu atpažinti, įvardyti ir išgyventi savo emocijas.

3.5.1. Medikamentinio gydymo poreikis

Tyrimo dalyviai dalinasi, kad ūmių simptomų metu vaistai suvokiami kaip greičiausias ir efektyviausias būdas sumažinti diskomfortą. Nors įvardijamos ir kitos galimos savipagalbos strategijos, jos dažnai neatrodo pakankamai veiksmingos ar greitos: „*Nu matyt aš noriu čia ir dabar ir greitai, kai aš paimu, išgeriu tabletę, aišku, reikėtų tada nu ten bandyt, kaip pasakyt, eiti į lauką, va, daugiau ore būt, nu, žiūrėti tokius dėl dalykus, bet.... ar ten vandens daugiau gert, bet vis tiek staigiai nepraeina tas skausmas. Tai tu turi būtinai gert vaistų, kad tau nuskausmintų tą skausmą*” (Jolanta), „*Vaistai. Kito būdo, kai jie yra kažkiek pradėję aktyvėti, dar gali padėti sportas, bet aš turiu nu suspėti. Tai yra, tai yra va tas, kad aš turiu suspėti, nes po to, kai pradeda jau kilt, tai lieka vaistai*“ (Eglė).

Tačiau kartu atsiskleidžia ir ambivalentiškas santykis su vaistais - nors jie padeda, jų vartojimas gali kelti nerimą dėl kiekio ar ilgalaikio poveikio: „*Nu, aš manau, kaip yra dabar blogai ir koks kiekis nuo skrandžio vaistų <...> nu, tai yra daug <...> yra labai blogai*“ (Rasa).

Be skausmą malšinančių vaistų, tyrimo dalyviai taip pat mini psichiatrinių medikamentų vartojimą. Kadangi simptomai suprantami kaip psichosomatiniai, kai kuriais atvejais šie medikamentai tampa efektyvesne priemone nei įprasti nuskausminamieji: „*Tai ir dabar, pavyzdžiui, kai būna galvos skausmas, tai ne ibupromą aš geriu. Aš aš, nu, ta prasme geriu benzodiazepinus, nes ibupromas nenuima*“ (Eglė).

3.5.2. Santykio su simptomais keitimas

Tyrimo dalyvių pasakojimuose ryškėja, kad ilgainiui atsiranda suvokimas, jog simptomai gali neišnykti visiškai, todėl dėmesys palaipsniui krypsta į prisitaikymą prie jų buvimo: „*Aaa labiau yra tokio gal priėmimo. Bandau priimt arba bandau apie tai išvis negalvot kasdienybėj. <...> Tai tokio gal, nu vat, dabar girdžiu pati tame, ką sakau, kad tiek vienu, tiek kitu atveju toks priėmimas. Ne tai, kad žinai gydymas ir tikėjimas, kad gali būt kitaip, o labiau priėmimas to, kad viskas, čia dabar tokia mano būseną, kad ir sunku man ją priimt, bet nu žinai, pabandyčiau priimt tokią būseną*“ (Greta).

Kartu keičiasi ir reakcijos į pačius simptomus - jos tampa ramesnės, mažiau impulsyvios. Tyrimo dalyviai apibūdina, kad anksčiau kildavęs nerimas ir katastrofizacija palaipsniui silpnėja: „*Ar tiesiog yra tas gumulo jausmas <...> bet aš jo nesureikšminu. <...> ir dabar <...> buvo atsiradęs gumulo tas jausmas, bet labai ramiai priėmiau, kad nervai, ko iš... Ko iš to tikėtis. Taip yra. Ir dvi dienos ir vėl dingo*“ (Mantas). Taip pat mažėja skubėjimas nedelsiant ieškoti medicininės pagalbos: „*Bet tai nėra taip, kad aš dabar čia lekiu ir išleidžiu savo santaupas ten, kad greit pakliūt pas gydytoją. Nu, nes tokių va būdavo. <...> dabar yra*

va tas, kad nu dabar neturiu jėgų, esu pavargus, kad mirštu tikimybė maža, nes tiek sykių nemiriau (juokiasi). <...> Tai taip išmokau leist sau atidėt dalykus irgi, kas yra ganėtinai atrodo daug“ (Eglė).

3.5.3. Savo emocinio pasaulio pažinimas padeda simptomų mažinimui

Tyrimo dalyvių pasakojimuose ryškėja, kad simptomų intensyvumas mažėja tuomet, kai leidžiama sau atsigręžti į emocinius išgyvenimus jų nevengiant ir neslopinant: *„Tam, kad nebebūtų tų plaučių teko susidurt su visom tom.... visų emocijų puokštė, kad išgyvent viską ir leidau pilnai išgyventi. Tiesiog kas ėjo, sėdėjau ir buvau“ (Mantas).* Emocijų įvardijimas bei išraiška tampa svarbi gijimo dalis: *„Reikėjo garsiai pasakyti, kad pykstu ant to, ant ano <...> labai nemalonius jausmas, bet supratau, tu kai jį išjauti, tai tau palengvėja“ (Jolanta).*

Šiame kontekste psichoterapija iškyla kaip svarbi erdvė šiam procesui vykti. Tyrimo dalyviai ją sieja su galimybe saugiai įvardyti ir išgyventi savo patirtį: *„Iš medicininės pusės, ta prasme, nu, aš manau, kad terapijos jos padeda, nes tu kaip kaip pasakyti, kaip išpažintį atlieki. Ir tu pasakai garsiai visiems, tu turi išdrįsti pasakyti ir... Pasakai ir atrodo palengvėja, nes aš nežinau, neįsivaizduoju kito gydymo“ (Jolanta).* Dalis tyrimo dalyvių taipogi išskiria ir į kūną orientuotų psichoterapijų svarbą gijimo procese: *„Kas liečia, tarkim, psichoterapiją, aaa tai tikrai mano atveju tiesiog prioritetizuoti labiau aaa nu būtent aaa judesį ar nu tiesiog kažkokias somatines kryptis, ne tiek ne tiek daug per kalbėjimą eit, mmm ne ne tiek daug per kalbėjimą ir mąstymą“ (Ieva).*

Taip pat pabrėžiama trauminių patirčių integravimo reikšmė. Tyrimo dalyviai sieja mažėjantį simptomų intensyvumą su tuo, kiek jiems pavyksta reflektuoti ir integruoti savo trauminės patirtis: *„Laikui bėgant per terapijos procesą gerėja, nu ir fizinė savijauta, tai mažėja tų mmm kūno simptomų sakyčiau. Tai turbūt tas vis tiek labiausiai svarbiausia, nu, kuo kuo daugiau ten traumų integruota, tuo mažiau tų simptomų pasireiškia iš esmės“ (Ieva).*

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo suprasti ir sistemiškai aprašyti kaip traumines patirtis išgyvenę asmenys suvokia savo psichosomatinius simptomus. Refleksyvosios teminės analizės metu buvo išskirtos penkios temos, atskleidžiančios šią patirtį: 1) gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimas; 2) nuo medicininio prie psichologinio psichosomatinų simptomų kilmės aiškinimo; 3) psichosomatiniai simptomai - kūniška psichologinių išgyvenimų išraiška; 4) holistinio gydymo poreikis; 5) mokymasis gyventi su psichosomatiniais simptomais. Gauti rezultatai leidžia psichosomatinius simptomus suprasti ne kaip izoliuotus kūno reiškinius, bet kaip daugiasluoksnią patirtį, kurioje persipina kūniški pojūčiai, emociniai išgyvenimai, simptomų interpretacijos bei bandymai suteikti savo patirčiai prasmę. Toliau tyrimo rezultatai bus aptariami kitų mokslinių turimų kontekste, o šio skyriaus pabaigoje nurodomi tyrimo ribotumai, rekomendacijos ateities tyrimams bei praktinės rekomendacijos.

4.1. Rezultatų aptarimas kitų tyrimų kontekste

Šio tyrimo rezultatai atskleidžia, kad psichosomatinų simptomų patyrimo kontekste tyrimo dalyviai išgyveno *santykio su kūnu perkūrimo procesą*. Jų patirtyje supratimas apie kūną kito nuo kūno kaip atskiro, pavojingo ir nepatikimo objekto iki kūno kaip prasmingos emocinės informacijos nešėjo. Rezultatai atskleidžia, kaip psichosomatinų simptomų patyrimo pradžioje kūnas dažnai patiriamas kaip grėsmės šaltinis, jo signalai atrodo nenusipėjami, sunkiai kontroliuojami ir galintys reikšti rimtą ligą. Taip pat kūnas dažnai suvokiamas kaip kažkas atskiro nuo savęs - tarsi objektas, kuris netikėtai „sugenda“, kurį reikia stebėti, taisyti ir kontroliuoti. Toks kūno patyrimas dažnai atsispindi ir literatūroje - skausmo kontekste kūnas gali būti patiriamas kaip atskiras (Kalisvart ir kt., 2012).

Kognityviniai psichosomatikos modeliai teigia, kad padidintas grėsmės išgyvenimas skatina ir padidintą dėmesį kūno pojūčiams, nuolatinį jų stebėjimą bei katastrofiškas interpretacijas (Sullivan ir kt., 1995; Brown, 2004). Tą atliepia ir šio tyrimo rezultatai - tyrimo dalyviai patiria padidinto fokuso į kūną išgyvenimą. Visgi literatūroje dėmesingumas kūnui ir kūno pojūčių stebėjimas nėra aprašomas kaip išskirtinai neigiamas procesas. Įvairiose dėmesingo įsisąmoninimo praktikose dėmesys kūno pojūčiams yra svarbi proceso dalis, siejama su didesniu emociniu sąmoningumu ir geresniu emocijų reguliavimu (Guendelman ir kt., 2017). Šio tyrimo rezultatai leidžia manyti, kad svarbus gali būti ne vien pats dėmesys kūnui, kiek santykis, kuriuo jis grindžiamas. Tyrimo dalyvių pasakojimuose ankstyvasis

dėmesys kūnui dažniausiai buvo lydimas baimės, grėsmės laukimo ir kontrolės siekio, todėl kūno pojūčiai buvo interpretuojami kaip pavojingi. Tuo tarpu vėlesnėse patirtyse ryškėja kitoks santykis su kūnu. Nors dėmesys kūnui išlieka, neradę aiškaus medicininio paaiškinimo tyrimo dalyviai palaipsniui pradeda svarstyti psichologinių veiksnių reikšmę ir kūną matyti kaip prasmingą informacijos apie savo vidinę būseną šaltinį.

Tyrimo rezultatai psichosomatinius simptomus tyrimo dalyvių patirtyje taip pat leidžia interpretuoti ne kaip izoliuotus kūno reiškinius, bet kaip *prasmingus emocinės reguliacijos procesus*. Literatūra rodo, jog pacientai, patiriantys skausmą, yra linkę įsitraukti į simptomų prasmės kūrimo procesą (Kirisman, 2022). Tyrimo dalyvių pasakojimuose simptomai dažnai išryškėja tais momentais, kai emocinė patirtis tampa sunkiai pakeliama, nepakankamai įsisąmoninama ar negali būti tiesiogiai išreikiama. Tai dera ir su moksliniais tyrimais, rodančiais, kad slopinamos, neatpažintos ar neišreikštos emocijos gali būti išgyvenamos per kūną ir didinti kūniškų simptomų intensyvumą (Cioffi, 1991; Mayuri, 2025). Tačiau svarbu tai, kad šiame tyrime simptomai neatsiskleidžia vien kaip emocijų pasekmė - jie dalyvauja pačiame emocinės patirties organizavime bei įgauna reguliacinę funkciją. Tyrimo dalyviai teigia, kad simptomai padeda geriau suprasti savo jaučiamus jausmus, padeda nukreipti dėmesį, kai reguliuoti emocijas tampa per sunku, arba priešingai - tampa vieninteliu būdu apskritai atkreipti dėmesį savo emocinę būseną. Tokie rezultatai dera su mokslinėje literatūroje aptariamu požiūriu, kad emocijos yra įkūnyta patirtis, todėl jos išgyvenamos per kūną, ir kūnas tampa ne tik reakcijos vieta, bet ir svarbia emocinės patirties dalimi (Davey ir kt., 2021). Taip pat tai dera su įvairių kūno psichoterapijų mokymu apie somatinių simptomų etiologiją (Moneta ir Kaechele, 2023). Tačiau psichosomatinių simptomų interpretavimas kaip emocinės reguliacijos funkciją atliekančių reiškinių gali būti reikšmingas ne tik kūno psichoterapijos kontekste, bet ir platesniame psichoterapiniame darbe (Gennaro ir kt., 2019). Tokia perspektyva gali padėti simptomus matyti ne vien kaip kliūtį ar šalutiną problemą, bet kaip prasmingą informaciją apie žmogaus vidinę būseną. Tai gali sudaryti prielaidas gilesniam emocinės patirties supratimui ir padėti greičiau pasiekti psichoterapinio darbo tikslus, susijusius su emocijų atpažinimu, jų išgyvenimu bei trauminių patirčių integracija. Šio tyrimo rezultatai rodo, jog būtent tai ir prisideda prie psichosomatinių simptomų mažėjo - tyrimo dalyviai identifikuoja, kad būtent geresnis savo emocinio pasaulio pažinimas, ypač psichoterapijos dėka, prisideda prie jų simptomų mažinimo.

Ypač reikšmingai šiame tyrime atsiskleidė *trauminių patirčių ir kūniškų simptomų ryšys*. Literatūroje nuosekliai aprašoma, kad trauminės patirtys yra susijusios su didesniu psichosomatinių simptomų paplitimu bei intensyvumu (Afari ir kt., 2013; Elklit ir Christiansen,

2009; Scott ir kt., 2013). Daugumos tyrimo dalyvių pasakojimuose šis ryšys buvo suvokiamas kaip priežastinis - trauma įvardijama kaip tiesioginė psichosomatinių simptomų atsiradimo priežastis. Vis dėlto šio tyrimo rezultatai taip pat patvirtina lėtinio skausmo ir potrauminio streso sutrikimo tarpusavio palaikymo modelyje (angl. *Mutual Maintenance model of chronic pain and PTSD*) (Sharp ir Harvey, 2001) aprašomą idėją, kad fiziniai simptomai, tokie kaip skausmas, dusimas ar kiti intensyvūs kūniški pojūčiai, gali veikti ir kaip traumos priminimai. Tyrimo dalyvių pasakojimuose matyti, kad kūniški simptomai ne tik atkartoja su trauma susijusius pojūčius, bet ir sukelia pavojaus bei nesaugumo jausmą, kuris gali suaktyvinti su trauma susijusius prisiminimus, emocines reakcijas bei sustiprinti bendrą psichologinį distresą. Tai ypač atsiskleidžia pasakojimuose, kuriuose trauminė patirtis sugrįžta per kūno pojūčius - smaigimo jausmą, skausmą, įtampą ar kitus intensyvius somatinius išgyvenimus, o ne per aiškius vaizdinius ar mintis. Šie rezultatai dera ir su kitų kokybinių tyrimų radiniais. Pavyzdžiui, tyrime, nagrinėjusiame kompleksinio potrauminio streso sutrikimo ir lėtinio skausmo patyrimą, nustatyta, kad tyrimo dalyviai savo simptomus išgyveno kaip traumą primenančius kūniškus išgyvenimus ir siejo dabartinę kūno patirtį su praeitimi (Blackett ir kt., 2025).

Taip pat tyrimo rezultatai atskleidžia *santykio su psichosomatiniais simptomais pokytį*, kuriame einama nuo kontrolės ir noro simptomus pašalinti link simptomų priėmimo ir integracijos į gyvenimą. Kitaip nei kokybiniame tyrime, nagrinėjusiame vaikystės traumų psichosomatinis padarinius suaugus, kuriame atsiskleidė nuolatiniai svyravimai tarp beviltiškumo ir pastangų prisitaikyti prie simptomų (Saadati ir kt., 2023), šio tyrimo kontekste santykio su simptomais pokytis labiau atsiskleidžia kaip nuoseklus procesas, kryptingai vedantis link didesnio priėmimo ir integracijos. Tyrimo pradžioje simptomai dažnai suvokiami kaip kažkas, ką būtina kuo greičiau sustabdyti, paaiškinti ar pašalinti. Tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėja poreikis kontroliuoti simptomus bei sumažinti jų neapibrėžtumą taip atkuriant saugumo jausmą. Tačiau ilgainiui dalies tyrimo dalyvių patirtyje santykiais su simptomais kinta - mažėja impulsyvus reagavimas, katastrofizavimas bei skubus medicininės pagalbos ieškojimas, atsiranda daugiau gebėjimo stebėti simptomus jų iš karto nesusiekinant. Kitas kokybinis tyrimas, nagrinėjęs mediciniškai nepaaiškinamų simptomų patyrimą, panašiai atskleidė, kad laikui bėgant santykis su savo simptomais kinta (Polakovská & Řiháček, 2021). Taip pat, tyrime su lėtinio nuovargio sindromą patiriančiais pacientais Clarke ir James (2003) aprašė procesą, kurio metu žmonės palaipsniui susitaiko su savo liga, formuodami naują save ir naują normalumo jausmą. Vis dėlto kituose tyrimuose toks pozityvus prisitaikymas buvo būdingas ne visiems pacientams - dalis jų ir toliau jautėsi emociškai

sugniuždyti, negalintys kurti kitokio santykio su savo simptomų patirtimi (Polakovská & Řiháček, 2021). Todėl reikalingi tolimesni moksliniai tyrimai, kurie tyrinėtų, kas padeda žmonėms patirti pozityvų asmeninį augimą susidūrus su somatiniais simptomais.

Vienas iš pagrindinių gyvenimo su psichosomatiniais simptomais aspektų yra nuolatinės simptomų paaiškinimo paieškos (Polakovská & Řiháček, 2021). Tą atskleidžia ir šio tyrimo dalyvių pasidalinimai. Literatūra nurodo, jog susidūrę su neapibrėžtumu, pacientai dažnai kuria savo teorijas apie simptomų kilmę, kurios gali sutapti arba nesutapti su gydytojų pateikiamais paaiškinimais (Polakovská & Řiháček, 2021). Šio tyrimo dalyvių pasakojimuose matyti, jog nuolatinės simptomų paaiškinimo paieškos turi *aiškią psichologinę funkciją* - tuo siekiama sumažinti neapibrėžtumą, atkurti saugumo ir kontrolės jausmą. Mokslinė literatūra teigia, jog jausti kontrolę savo būklės atžvilgiu yra labai svarbu (Blackett ir kt., 2025). Kontrolės jausmo stoka siejasi su baimės, bejėgiškumo ir pažeidžiamumo jausmais bei daro reikšmingą įtaką žmogaus santykiui su gydymu. Kontrolės trūkumas gali skatinti tiek perdėtą išitraukimą į gydymą, kai žmogus ima jaustis priklausomas vien tik nuo medicininės pagalbos, tiek priešingą reakciją - visišką atsitraukimą nuo gydymo ir neįsitraukimą į pagalbos procesą, kai prarandama viltis, jog gydymas gali padėti ar pakeisti situaciją. Kontrolės trūkumas taip pat prisideda prie to, kad asmenys ima vengti jiems prasmingų veiklų ir socialinio bendravimo (tol, kol nesijaučia labiau kontroliuojantys savo būklę), o tai neigiamai veikia jų santykius bei emocinę savijautą (Blackett ir kt., 2025), kas atsiskleidė ir šio tyrimo rėmuose. Šio tyrimo dalyvių patyrimo saugumo ir kontrolės jausmui atgauti yra reikalinga diagnozė.

Diagnozė tampa bandymu suteikti aiškią, struktūruotą formą patirčiai, kuri kitu atveju išgyvenama kaip chaotiška, sunkiai suprantama ir nekontroliuojama. Tyrimai rodo, jog ne visos diagnozės yra priimamos taip pat - pavyzdžiui, mediciniškai nepaaiškinamų simptomų atveju diagnozė neretai nesuteikia aiškaus ir pacientą tenkinančio simptomų paaiškinimo ar veiksmingo gydymo plano (McMahon, Murray ir Simpson, 2012), tad pirmenybė yra teikiama biologiniams arba organiniams simptomų paaiškinimams (Nimnuan ir kt., 2001). Tą atskleidė ir šio tyrimo rezultatai - psichosomatinių simptomų patyrimo pradžioje tyrimo dalyviai jautė stiprų poreikį mediciniam simptomų paaiškinimui. Tyrimo dalyvių pasidalinimuose atsiskleidžia, kad biologinis paaiškinimas gali būti matomas kaip psichologiškai saugesnis. Organinė liga dažniausiai turi aiškesnį pavadinimą, gydymo algoritmą ir numanomą prognozę, tuo tarpu psichologinė kančia, ypač susijusi su trauma, tyrimo dalyvių pasakojimuose dažnai patiriama kaip sunkiai aprėpiama, neturinti aiškių gydymo gairių ar sprendimo. Vėliau šią patirtį keičia bandymas pripažinti ir psichosocialinių veiksnių reikšmę simptomų atsiradimui bei palaikymui. Kaip rodo ir kiti tyrimai (Sarudiansky ir kt., 2017), psichologinis simptomų

aiškinimas išlieka ambivalentiška patirtimi - kai kuriems tyrimo dalyviams šį paaiškinimą priimti sekėsi lengvai, tačiau kitiems jis kėlė neigiamus jausmus. Dažnai psichologinis paaiškinimas siejosi su tam tikru nuvertinimo ar invalidacijos jausmu. Simptomų validacija yra ypatingai svarbi - Lamb ir kt. (2012) nustatė, kad pacientai, susiduriantys su sunkumais gaunant pirminės sveikatos priežiūros pagalbą, įskaitant mediciniškai nepaaiškinamus simptomus patiriančius asmenis, kreipdamiesi į gydytojus dažnai siekia ne tik gydymo, bet ir savo simptomų pripažinimo, normalizavimo bei subjektyvaus kentėjimo pripažinimo. Galbūt būtent dėl šios priežasties gydytojų atsakai, apsiribojantys nuraminimu ar neigiamų tyrimų rezultatų akcentavimu, dažnai nėra pakankami, kad pacientai jaustųsi išgirsti (Kirmayer ir kt., 2004).

Simptomų kilmės aiškinimo procese ryškiai atsiskleidžia ir tyrimo dalyvių išsakomas *holistinio požiūrio poreikis*. Šis poreikis formuojasi kaip atsakas į kūno ir psichikos perskyrą, su kuria tyrimo dalyviai dažnai susiduria sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrimo dalyvių pasakojimuose matyti, kad simptomų aiškinimas dažnai priklauso nuo specialisto srities – kreipiantis į skirtingus gydytojus, pateikiami skirtingi, tik į konkrečią kūno sistemą ar psichologinius aspektus orientuoti paaiškinimai. Ilgainiui tyrimo dalyviai pradeda ne tik patys suvokti kūną ir psichiką kaip glaudžiai susijusias žmogaus patirties dalis, bet ir tikėtis tokio požiūrio iš sveikatos priežiūros specialistų. Jų pasakojimuose ryškėja poreikis supratimui, kuriame simptomai nebūtų redukuojami nei vien į kūną, nei vien į psichiką, o kūniška ir psichologinė patirtis galėtų egzistuoti vienu metu, viena kitos nepaneigdamos. Tokie rezultatai atskleidžia biopsichosocialiniu požiūriu grįsto santykio su pacientu svarbą (Engel, 1977), kuriame psichosomatiniai simptomai būtų suprantami kaip kompleksinės kūno, psichikos ir gyvenimo konteksto sąveikos rezultatas. Panašus požiūris akcentuojamas ir kituose tyrimuose, pavyzdžiui, integruotame pagalbos modelyje pacientams, turintiems funkinių somatinių simptomų sutrikimą. Jame pabrėžiama, kad pacientai dažnai jaučiasi „pasimetę“ tarp skirtingų specialistų ir fragmentuotos pagalbos sistemos, todėl rekomenduojamas labiau koordinuotas ir holistinis pagalbos modelis (Röhricht ir kt., 2024).

4.2. Tyrimo ribotumai

Šis tyrimas pasižymi keletu metodologinių ribotumų, į kuriuos svarbu atsižvelgti interpretuojant gautus rezultatus.

Pirma, tyrime taikyta patogioji atranka riboja rezultatų perkėlimo galimybes. Tyrimo dalyviai buvo savanoriai, kurie patys atsiliepė į kvietimą, todėl tikėtina, kad jie pasižymi didesniu refleksyvumu, motyvacija kalbėti apie savo patirtis ar didesniu sąmoningumu

psichosomatinių simptomų atžvilgiu. Dalis tyrimo dalyvių buvo pritraukti iš sveikatos priežiūros konteksto (dienos stacionaro), todėl jų pasakojimai atspindi specifinę pagalbos ieškojimo ir simptomų patyrimo kontekstą, kuris gali skirtis nuo trauminės patirtis išgyvenančių asmenų, nesikreipiančių pagalbos, patirčių.

Antra, šio tyrimo rezultatai atspindi konkrečiame sociokultūriniame ir sveikatos priežiūros sistemos kontekste susiformavusias tyrimo dalyvių patirtis bei jų interpretacijas. Tyrime dalyvavusių asmenų patirtys buvo formuojamos Lietuvos kultūrinio konteksto, vietinės sveikatos priežiūros sistemos ypatumų bei specifinių socialinių aplinkybių, todėl šio tyrimo išvados neturėtų būti suprantamos kaip universaliai apibūdinančios visų trauminės patirtis išgyvenusių asmenų psichosomatinių simptomų patyrimą. Nors tyrimo rezultatai gali būti teoriškai reikšmingi ir perkelti į panašius kontekstus, jų analitinis apibendrinamumas išlieka ribotas.

Trečia, tyrimo kontekste svarbus galimas tyrėjos ir tyrimo dalyvių santykio poveikis duomenims. Du tyrimo dalyviai turėjo ankstesnį kontaktą su tyrėja klinikinėje aplinkoje, kas gali būti laikoma vaidmenų persiklojimu. Nors buvo imtasi priemonių šiai įtakai mažinti, išlieka tikimybė, kad tai galėjo paveikti tyrimo dalyvių atvirumą ar pateikiamos informacijos pobūdį.

Ketvirta, tyrimo ribotumu laikytina ir ribota tyrėjos patirtis kokybiniuose tyrimuose, galėjusi turėti įtakos duomenų rinkimui ir analizei.

4.3. Praktinis rezultatų pritaikymas ir rekomendacijos

Tyrimo rezultatai gali būti reikšmingi klinikinei praktikai, siekiant giliau suprasti psichosomatinių simptomų patyrimą, jų formavimąsi ir įprasminimą. Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė biopsichosocialinio požiūrio svarbą, rodydami, kad psichosomatiniai simptomai dažnai yra patiriami platesniame emocinių išgyvenimų, gyvenimo įvykių ir kūniškų patirčių kontekste. Tai leidžia manyti, kad vertinant pacientą gali būti naudinga tyrinėti ne tik somatinius nusiskundimus, bet ir emocinę savijautą, reikšmingus gyvenimo įvykius bei galimas trauminės patirtis.

Tyrimo rezultatai taip pat išryškino, kad tyrimo dalyviams buvo svarbu, jog jų psichosomatiniai simptomai būtų pripažįstami kaip realūs ir reikšmingi, net ir tais atvejais, kai nepavykdavo nustatyti aiškos organinės patologijos. Tyrimo dalyvių patirtys leidžia manyti, kad vien tik biomedicininis simptomų aiškinimas kai kuriais atvejais gali būti išgyvenamas kaip nepakankamas ar mažinantis jų patirties kompleksiskumą. Dėl šios priežasties klinikinėje

praktikoje gali būti svarbus jautrus ir aiškus komunikavimas apie galimą psichologinių veiksnių įtaką, vengiant stigmatizuojančio ar redukuojančio tono. Taip pat naudinga atsižvelgti į tai, kad psichologinės pagalbos ar psichoterapijos siūlymas pacientų gali būti priimamas jautriai, todėl svarbus tokio nukreipimo prasmės ir galimos naudos paaiškinimas.

Psichikos sveikatos specialistų darbe kūno patirtys gali būti suprantamos kaip reikšmingas psichologinės informacijos šaltinis, padedantis tyrinėti ryšius tarp kūno pojūčių ir emocinių išgyvenimų. Tyrimo dalyviai simptomų mažėjimą dažnai siejo su didesniu emocijų atpažinimu, įsisąmoninimu bei galėjimu jas išgyventi terapiniame procese. Tai leidžia manyti, kad intervencijos, orientuotos emocijų reguliaciją, kai kuriems asmenims gali būti reikšmingos. Taipogi, kai kuriais atvejais taip pat gali būti naudingos į traumą orientuotos intervencijos, ypač tuomet, kai patys asmenys simptomus sieja su trauminėmis gyvenimo patirtimis.

4.4. Rekomendacijos būsimiems tyrimams

Atsižvelgiant į šio tyrimo rezultatus ir ribotumus, ateities tyrimuose būtų naudinga daugiau dėmesio skirti konkrečioms psichosomatinių simptomų grupėms ar specifiniams simptomams, siekiant giliau suprasti jų patyrimą, interpretavimą ir įprasminimą skirtinguose gyvenimo kontekstuose. Taip pat vertinga kryptis - detalesnis trauminių patirčių diferencijavimas, analizuojant, kaip skirtingų tipų traumos, pavyzdžiui, vienkartinės ar ilgalaikės, vaikystėje ar suaugus patirtos traumos, siejasi su psichosomatinių simptomų patyrimu ir interpretavimu. Tai galėtų padėti geriau suprasti trauminių patirčių ir kūniškų simptomų santykio kompleksškumą. Galiausiai, ateities tyrimuose būtų prasminga daugiau dėmesio skirti terapinio proceso analizei – tyrinėti, kaip asmenys supranta terapijoje vykstančius pokyčius, emocijų įsisąmoninimą, santykį su terapeutu ir saugumo jausmą terapijoje bei kaip šie aspektai siejami su jų santykiu su simptomais pokyčiais.

IŠVADOS

Tyrimo dalyvių patirtyje psichosomatiniai simptomai atsiskleidė kaip reikšmingai kasdienį gyvenimą veikiantis reiškinys - jie dažnai buvo patiriami kaip grėsmingi, skatino padidintą dėmesį kūnui bei riboją kasdienį funkcionavimą. Pasakojimuose išryškėjo ilgas ir emociškai sudėtingas simptomų paaiškinimo paieškos procesas, kuris dažniausiai prasidėdavo medicininių priežasčių ieškojimu, tačiau ilgainiui, neradus aiškaus organinio pagrindo, pereinavo prie psichologinio simptomų aiškinimo. Tyrimo dalyviai psichosomatinius simptomus suvokė kaip glaudžiai susijusius su emocijų reguliacijos sunkumais ir trauminėmis patirtimis. Taip pat, pasakojimai atskleidė, kad fragmentuotas gydymas, kai fokusuojamasi tik į kūno simptomus arba tik į psichologinius sunkumus, dažnai nepakankamai atliepia jų patirtį. Tyrimo dalyviams buvo svarbus integruotas požiūris, kuriame simptomai suprantami platesniame kūno, psichikos ir gyvenimo patirčių kontekste. Tyrimo dalyvių patirtyje atsiskleidė laipsniškas santykio su simptomais pokytis - nuo pastangų juos pašalinti pereinama prie jų priėmimo ir prisitaikymo. Tyrimo dalyviai simptomų mažėjimą siejo su emocijų įsisąmoninimu, jų išgyvenimu, terapiniu darbu bei gilesniu savęs pažinimu.

LITERATŪRA

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2013). Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000010>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry research*, 79(2), 131-138. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(98\)00026-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(98)00026-2)
- Apkarian, A. V., Bushnell, M. C., Treede, R. D., & Zubieta, J. K. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European journal of pain*, 9(4), 463-484. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.11.001>
- Baloh, R. W. (2021). *Medically Unexplained Symptoms: A Brain-Centered Approach*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59181-6>
- Bansevicius, D., Westgaard, R. H., & Sjaastad, O. M. (1999). Tension-type headache: pain, fatigue, tension, and EMG responses to mental activation. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 39(6), 417-425. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1999.3906417.x>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bhaskar, R. (2013). *A realist theory of science*. Routledge.
- Blackett, L., Radcliffe, P., Rexhepi-Johansson, T., & Reynolds, N. (2025). “When my mind hurts, my body hurts”: Complex PTSD and chronic physical health conditions—A qualitative study exploring the factors contributing to their relationship. *British Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 1020–1042. <https://doi.org/10.1111/bjc.12551>

- Bliss, L. A. (2016). Phenomenological research: Inquiry to understand the meanings of people's experiences. *International Journal of Adult Vocational Education and Technology (IJAVET)*, 7(3), 14-26. <https://doi.org/10.4018/IJAVET.2016070102>
- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, 53(16), 7504–7511. <https://doi.org/10.1017/s0033291723002660>
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model 40 years on. In The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments (pp. 1-43)*. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0_1
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7(1), 511-535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*.
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic analysis 48. *Handbook of research methods in health social sciences*, 843-860.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 157–181. <https://doi.org/10.1080/10720530590914789>
- Brown, R. J. (2004). Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793–812. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.793>
- Brownell, A. K. W., Atkins, C. G. K., Whiteley, A., Woollard, R., & Kornelsen, J. (2016). Clinical practitioners' views on the management of patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS): a qualitative study. *BMJ Open*, 6(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012379>
- Chandra, Y., & Shang, L. (2019). Qualitative research: An overview. *Qualitative research using R: A systematic approach*, 1-19. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3170-1_1

- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109(1), 25–41. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.1.25>
- Clarke, J. N., & James, S. (2003). The radicalized self: The impact on the self of the contested nature of the diagnosis of chronic fatigue syndrome. *Social Science & Medicine*, 57(8). [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00515-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00515-4)
- Davey, S., Halberstadt, J., & Bell, E. (2021). Where is emotional feeling felt in the body? An integrative review. *PLoS ONE*, 16(12). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261685>
- Dembinskas, A. (2003). *Psichiatrija*. Vilnius: Vaistų žinios
- Dinan, T. G. (1998). Psychoneuroendocrinology of depression: growth hormone. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 325–339. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70008-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70008-3)
- Downes, A. (2022). *What is the relationship between post-traumatic stress disorder and medically unexplained physical symptoms?* (Doctoral dissertation, Cardiff University).
- Drahovzal, D. N., Stewart, S. H., & Sullivan, M. J. (2006). Tendency to catastrophize somatic sensations: Pain catastrophizing and anxiety sensitivity in predicting headache. *Cognitive behaviour therapy*, 35(4), 226–235. <https://doi.org/10.1080/16506070600898397>
- Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2009). Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(1), 1–1. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-1>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., ... & Morgante, F. (2018). Functional neurological disorders: Current concepts in diagnosis and treatment. *JAMA Neurology*, 75(9), 1132–1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1264>
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2007). The biopsychosocial model thirty years later. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(1), 1. <https://doi.org/10.1159/000110052>
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine. *International journal of clinical practice*, 64(8), 1155–1161. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02266.x>

- Gennaro, A., Kleinbub, J. R., Mannarini, S., Salvatore, S., & Palmieri, A. (2019). Training in psychotherapy: a call for embodied and psychophysiological approaches. *Research in Psychotherapy Psychopathology Process and Outcome*, 22(3).
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.395>
- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological, and Clinical Studies. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>
- Hartman, T. olde, Hassink-Franke, L., Lucassen, P., Spaendonck, K. P. van, & Weel, C. van. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice*, 10(1), 68–68. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-68>
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D. W., & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 1.
- Ito, M. (2013). *Psychosomatic* (pp. 1587–1588). New York: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_423
- Kalisvart, H., van Broeckhuysen, S., Bühring, M., Kool, M., van Dulmen, S., & Geenen, R. (2012). Definition and structure of body-relatedness from the perspective of patients with severe somatoform disorder and their therapists. *PLoS One*, 7(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042534>
- Kearney, B. E., & Lanius, R. A. (2022). The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1015749.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1015749>
- Kendall-Tackett, K. A. (2007). Inflammation, cardiovascular disease, and metabolic syndrome as sequelae of violence against women: The role of depression, hostility, and sleep disturbance. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 117-126.
<https://doi.org/10.1177/1524838007301161>
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology*, 53(1), 83-107. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135217>
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., & Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *The Canadian journal of psychiatry*, 49(10), 663-672.
<https://doi.org/10.1177/070674370404901003>

- Kırıřman, S. T. (2022). *An Interpretative Phenomenological Analysis of Somatization Experiences* (Doctoral dissertation, Middle East Technical University, Turkey).
- Lackner, J. M., & Quigley, B. M. (2005). Pain catastrophizing mediates the relationship between worry and pain suffering in patients with irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, 43(7), 943-957.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.018>
- Lamb, J., Bower, P., Rogers, A., Dowrick, C., & Gask, L. (2012). Access to mental health in primary care: a qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. *Health*., 16(1), 76-104.
<https://doi.org/10.1177/1363459311403945>
- Lipowski, Z. J. (1986). Psychosomatic medicine: past and present part I. historical background. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(1), 2-7.
<https://doi.org/10.1177/070674378603100102>
- Loeb, T. B., Joseph, N. T., Wyatt, G. E., Zhang, M., Chin, D., Thames, A., & Aswad, Y. (2018). Predictors of somatic symptom severity: The role of cumulative history of trauma and adversity in a diverse community sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(5), 491. <https://doi.org/10.1037/tra0000334>
- Löwe, B., Toussaint, A., Rosmalen, J. G. M., Huang, W.-L., Burton, C., Weigel, A., Levenson, J. L., & Henningsen, P. (2024). Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *The Lancet*, 403(10444), 2649–2662.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00623-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00623-8)
- Malarkey, W. B., Wu, H., Cacioppo, J. T., Malarkey, K. L., Poehlmann, K. M., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). Chronic stress down-regulates growth hormone gene expression in peripheral blood mononuclear cells of older adults. *Endocrine*, 5(1), 33-39. <https://doi.org/10.1007/BF02738653>
- Mashuri, S. (2022). Semi-structured interview: a methodological reflection on the development of a qualitative research instrument in educational studies Ruslin. *IOSR Journals*. <https://DOI.org/10.9790/7388-1201052229>
- Mayuri, M. (2025). The Psychosomatic Relationship Between Gut Health, Perceived Stress, And Emotional Regulation: A Qualitative Thematic Analysis. *Interantional Journal Of Scientific Research In Engineering And Management*, 9(12), 1–9.
<https://doi.org/10.55041/ijsrem55589>
- McMahon, L., Murray, C., & Simpson, J. (2012). The potential benefits of applying a narrative analytic approach for understanding the experience of fibromyalgia: A

- review. *Disability and Rehabilitation*, 34(13), 1121–1130.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2011.628742>
- Moneta, M. E., & Kaechele, H. (2023). A theoretical and clinical perspective of an embodied view in psychotherapy of somatic symptoms disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 26(2), 605.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.605>
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., & Hotopf, M. (2001). How many functional somatic syndromes? *Journal of Psychosomatic Research*, 51(4), 549–557.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00224-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00224-0)
- Nisar, H., & Srivastava, R. (2018). Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of contemporary Medicine surgery and radiology*, 3(1), 12-18.
- Peredaryenko, M. S., & Krauss, S. E. (2013). Calibrating the Human Instrument: Understanding the Interviewing Experience of Novice Qualitative Researchers. *The Qualitative Report*, 18(43), 1-17. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2013.1449>
- Perez, L. A., & Szabo, Y. Z. (2025). Somatic symptoms among young adults: an observational study examining the roles of trauma type and psychological distress. *BMC Psychology*, 13(1), 301–301. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02504-7>
- Petkus, A. J., Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Wetherell, J. L. (2009). Trauma history is associated with psychological distress and somatic symptoms in homebound older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 810-818.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181b20658>
- Ploghaus, A., Narain, C., Beckmann, C. F., Clare, S., Bantick, S., Wise, R., ... & Tracey, I. (2001). Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. *Journal of Neuroscience*, 21(24). <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.21-24-09896.2001>
- Polakovská, L., & Řiháček, T. (2021). What is it like to live with medically unexplained physical symptoms? A qualitative meta-summary. *Psychology and Health*, 37(5), 1–17. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1901900>
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical psychology review*, 27(7), 821-841.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>

- Rief, W., & Nanke, A. (1999). Somatization disorder from a cognitive-psychobiological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(6), 733–738.
<https://doi.org/10.1097/00001504-199911000-00025>
- Röhrich, F., Green, C., Filippidou, M., Lowe, S., Power, N., Rassool, S., Rothman, K., Shah, M. K., & Papadopoulos, N. (2024). Integrated care model for patients with functional somatic symptom disorder – a co-produced stakeholder exploration with recommendations for best practice. *BMC Health Services Research*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-024-11130-9>
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2011). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452226651>
- Saadati, N., Kılıçaslan, F., & Salami, M. O. (2023). The Psychosomatic Effects of Childhood Trauma: Insights from Adult Survivors. *Journal of Personality and Psychosomatic Research*, 2(2), 34–40. <https://doi.org/10.61838/kman.jprr.2.2.6>
- Sarudiansky, M., Lanzillotti, A. I., Areco Pico, M. M., Tenreiro, C., Scévola, L., Kochen, S., D'Alessio, L., & Korman, g. P. (2017). What patients think about psychogenic nonepileptic seizures in Buenos Aires, Argentina: A qualitative approach. *Seizure*, 51, 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.07.004>
- Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Girolamo, G. de, Florescu, S., Iwata, N., Levinson, D., Lim, C., Murphy, S., Ormel, J., Posada-Villa, J., & Kessler, R. C. (2013). Associations between Lifetime Traumatic Events and Subsequent Chronic Physical Conditions: A Cross-National, Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 8(11).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080573>
- Shalev, I. (2019). Motivated Cue Integration in Alexithymia: Improving Interoception and Emotion Information Processing by Awareness-of-Sensation Techniques. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00329>
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857–877.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00071-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00071-4)
- Slusher, A. L., & Acevedo, E. O. (2023). Stress induced proinflammatory adaptations: Plausible mechanisms for the link between stress and cardiovascular disease. *Frontiers in Physiology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1124121>
- Stanisławska–Kubiak, M., Stelcer, B., Wojciechowska, J., Kułacz, K., Szybowicz, U., & Mojs, E. (2023). Psychosomatic symptoms associated with traumatic events

- experienced in medical students. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 36(5), 606–617. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.02078>
- Sullivan, M., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Taylor, G. J. (1992). Psychoanalysis and psychosomatics: A new synthesis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20(2), 251-275.
<https://doi.org/10.1521/jaap.1.1992.20.2.251>
- Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2017). *Qualitative study*.
- Thompson, J. G. (2013). *The psychobiology of emotions*. New York: Plenum Press
<https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2121-5>
- Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC medical research methodology*, 18(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7>
- Vulić-Prtorić, A. (2021). *Psychosomatic symptoms scale: Manual, Normative Data and Questionnaires*. <https://doi.org/10.15291/9789533313467>
- World Health Organization (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215–228. <https://doi.org/10.1080/08870440008400302>
- Yardley, L. (2017). Demonstrating the validity of qualitative research. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 295-296, <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262624>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications (Vol. 6)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yunus, M. B. (2008, June). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *In Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 37, No. 6, pp. 339-352).
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2007.09.003>

PRIEDAI

1 priedas. *Kvietimas dalyvauti tyrime.*

KVIETIMAS DALYVAUTI TYRIME



Kaip traumines patirtis išgyvenę asmenys suvokia savo psichosomatinčius simptomus?

Tyrimą atlieka klinikinės psichologijos magistrantė Deimantė Kavaliauskaitė,
darbo vadovė doc. dr. Greta Kaluževičiūtė

Daugiau informacijos - aprašyme

Kilus klausimams kreiptis
 **deimante.kavaliauskaite@fsf.stud.vu.lt**



Vilniaus
universitetas

Esu Vilniaus universiteto klinikinės psichologijos magistro studijų studentė Deimantė Kavaliauskaitė, atlieku magistrinio darbo tyrimą, kuriuo siekiama suprasti kaip traumines patirtis išgyvenę asmenys suvokia savo psichosomatinčius simptomus (darbo vadovė doc. dr. Greta Kaluževičiūtė). Savo tyrimui ieškau suaugusių žmonių, kurie yra patyrę trauminę patirtį ar patirtis, šiuo metu išgyvena psichosomatinčius simptomus bei jaustųsi galintys pasidalinti savo patirtimi interviu formatu.

Trauminė patirtis šiame tyrime suprantama kaip įvykis ar gyvenimo situacija, sukėlusį stiprų grėsmės, baimės, bejėgiškumo ar nesaugumo jausmą. Tai gali būti, pavyzdžiui, įvairios smurto formos, seksualinė prievarta, (artimojo) netektis, rimti nelaimingi atsitikimai, karo ar katastrofų patyrimas, taip pat kiti su sužalojimu, grėsme gyvybei ar saugumui susiję įvykiai, patirti tiesiogiai arba juos stebint. Tokia patirtis gali būti vienkartinė arba pasikartojanti.

Psichosomatiniai simptomai šiame tyrime suprantami kaip įvairūs kūno pojūčiai, kurių atsiradimui ir/ar vystymuisi įtakos galėjo turėti psichologinės priežastys ir kurie gali pasireikšti skirtingose organizmo sistemose: pseudoneurologiniai (galvos svaigimas, pusiausvyros sutrikimai, regėjimo ar klausos pokyčiai, alpimas), širdies ir kraujagyslių (dažnas ar stiprus širdies plakimas, krūtinės skausmas, gausus prakaitavimas), raumenų (raumenų įtampa ar silpnumas), kvėpavimo (dusulys, smaugimo pojūtis), virškinamojo trakto (pykinimas, pilvo skausmai ar spazmai, viduriavimas, pilvo pūtimas, apetito sumažėjimas), odos (bėrimas, niežulys, odos paraudimas) bei bendri skausmo ar silpnumo simptomai (galvos ar nugaros skausmai, nuovargis, sąnarių ar galūnių skausmai). Jeigu norėtumėte dalyvauti šiame tyrime ir atitinkate aukščiau išskeltus reikalavimus kviesčiau užpildyti šią formą ir aš su jumis susisieksiu.

Kaip viskas vyks?

Elektroniniu paštu arba telefonu suderinsime jums patogų laiką interviu atlikimui. Planuojama interviu trukmė - iki pusantros valandos. Pokalbis vyks jums patogiu būdu – gyvai arba vaizdo skambučiu. Pokalbio metu kviesiu jus papasakoti apie šiuo metu patiriamus psichosomatinius simptomus, jų poveikį jūsų gyvenimui, jums tinkamos pagalbos įsivaizdavimą ir kitus patirties aspektus, kuriais norėsis pasidalinti. Pokalbis bus įrašomas, kad būtų galima tiksliai jį atkurti ir atlikti kokybinę duomenų analizę. Dalyvavimas tyrime yra konfidencialus – jūsų asmenį galinti atskleisti informacija bus prieinama tik man, vėliau ši informacija bus sunaikinta. Jūsų dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas, o pasitraukti iš tyrimo galite bet kuriuo metu.

Jūsų dalyvavimas tyrime padėtų geriau suprasti, kaip žmonės patiria ir aiškina kūno simptomus po sudėtingų ar traumuojančių patirčių. Šis supratimas gali padėti geriau atliepti žmonių, susiduriančių su psichosomatiniais sunkumais, patirtis bei pagalbos poreikius.

Iškilius klausimams, ar norint susisiekti dėl detalesnės informacijos, kviečiu į mane kreiptis el. paštu deimante.kavaliauskaite@fsf.stud.vu.lt.

2 priedas. Informuoto sutikimo ir demografinių klausimų forma.

KAIP TRAUMINĖS PATIRTIS IŠGYVENĘ ASMENYS SUVOKIA SAVO PSICHOSOMATINIUS SIMPTOMUS

Esu Vilniaus universiteto klinikinės psichologijos magistro studijų studentė Deimantė Kavaliauskaitė, dėkoju, jog sutikote dalyvauti tyrime, kurio tikslas yra suprasti kaip trauminės patirtis išgyvenę asmenys suvokia savo psichosomatinius simptomus. Tyrimo metu bus atliekami individualūs giluminiai interviu su suaugusiais žmonėmis, kurie yra patyrę trauminę patirtį ar patirtis bei šiuo metu išgyvena psichosomatinius simptomus. Ši informacija bus naudojama magistro baigiamajam darbui ruošti (darbui vadovauja doc. dr. Greta Kaluževičiūtė).

Jūsų dalyvavimas tyrime yra pilnai konfidencialus, jokie asmeniniai duomenys ir/ar identifikatoriai tyrimo duomenyse nebus naudojami. Bet kokia jūsų asmenį leidžianti identifikuoti informacija bus prieinama tik man.

Interviu bus įrašomi telefonu arba Microsoft Teams platformoje (priklausomai nuo interviu būdo). Po interviu įrašai bus saugomi mano asmeninėje, slaptažodžiu apsaugotoje, paskyroje Vilniaus Universiteto OneDrive platformoje. Padaryti garso ir vaizdo (jei interviu atliekamas vaizdo skambučiu) įrašai bus prieinami tik man. Netrukus po interviu įrašai bus transkribuojami paruošiant juos teminei tyrimo duomenų analizei. Nuasmenintos įrašų transkripcijos taip pat gali būti prieinamos magistrinio darbo vadovei doc. dr. Getai Kaluževičiūtei. Interviu įrašai ir transkripcijos bus naudojami tik tyrimo tikslais ir jokiais kitais atvejais. Šie duomenys bus sunaikinti po magistrinio darbo gynimo.

Jūsų dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas, o pasitraukti iš tyrimo galite bet kuriuo metu.

Jei kiltų klausimų dėl mūsų interviu ar tyrimo bendrai, galime juos aptarti interviu metu, telefonu +3706XXXXXXX arba el. paštu deimante.kavaliauskaite@fsf.stud.vu.lt

Toliau šioje formoje bus pateikti keli tyrimui svarbūs demografiniai klausimai ir prašoma jūsų patvirtinimo dėl sutikimo dalyvauti tyrime.

Sutikdami dalyvauti tyrime taip pat sutinkate, kad magistrinio darbo metu surinkti duomenys ateityje gali būti panaudoti rengiant mokslinį straipsnį, parengtą šio magistrinio darbo pagrindu.

Kai pateiksite šią formą, ji automatiškai nerinks jūsų duomenų, pvz., vardo ir el. pašto adreso, jei patys jos nepateiksite.

1. Jūsų vardas ir pavardė

2. Jūsų amžius interviu metu

3. Jūsų lytis

Pažymėkite tinkamą variantą arba įrašykite savo atsakymą

☐ Vyras

☐ Moteris

☐ Kita (_____)

4. Jūsų išsilavinimas

Pažymėkite tinkamą variantą arba įrašykite savo atsakymą

☐ Pagrindinis

☐ Vidurinis

☐ Profesinis

☐ Aukštasis koleginiis

☐ Aukštasis universitetinis

☐ Kita (_____)

5. Jūsų santykių statusas

Pažymėkite tinkamą variantą arba įrašykite savo atsakymą

☐ Vienišas / vieniša

☐ Turiu partnerį / partnerę (nesusituokę)

☐ Susituokęs / susituokusi

☐ Išsiskyręs / išsiskyrusi

☐ Našlys / našlė

☐ Kita (_____)

6. Jūsų gyvenamoji vieta

Pažymėkite tinkamą variantą arba įrašykite savo atsakymą

☐ Miestas

☐ Miestelis

☐ Kaimas

☐ Kita (_____)

7. Koks yra jūsų dabartinis užimtumo statusas? (pvz., dirbate, studijujete, šiuo metu nedirbate ir kt.)

8. Kokį darbą dirbate/ką studijujete/kokia kita veikla užsiimate?

9. Trumpai nurodykite psichosomatinius simptomus, kuriuos šiuo metu patiriate

Psichosomatiniai simptomai šiame tyrime suprantami kaip įvairūs kūno pojūčiai, kurių atsiradimui ir/ar vystymuisi įtakos galėjo turėti psichologinės priežastys ir kurie gali pasireikšti skirtingose organizmo sistemose: pseudoneurologiniai (galvos svaigimas, pusiausvyros sutrikimai, regėjimo ar klausos pokyčiai, alpimas), širdies ir kraujagyslių (dažnas ar stiprus širdies plakimas, krūtinės skausmas, gausus prakaitavimas), raumenų (raumenų įtampa ar silpnumas), kvėpavimo (dusulys, smaigimo pojūtis), virškinamojo trakto (pykinimas, pilvo skausmai ar spazmai, viduriavimas, pilvo pūtimas, apetito sumažėjimas), odos (bėrimas, niežulys, odos paraudimas) bei bendri skausmo ar silpnumo simptomai (galvos ar nugaros skausmai, nuovargis, sąnarių ar galūnių skausmai).

10. Trumpai aprašykite savo trauminės patirties pobūdį

Trauminė patirtis šiame tyrime suprantama kaip įvykis ar gyvenimo situacija, sukėlus stiprų grėsmės, baimės, bejėgiškumo ar nesaugumo jausmą. Tai gali būti, pavyzdžiui, įvairios smurto formos, fizinė ar seksualinė prievarta, grasinimai, (artimojo) netektis, rimti nelaimingi atsitikimai, avarijos, užpuolimai, karo ar katastrofų patyrimas, taip pat kiti su sužalojimu, grėsme gyvybei ar saugumui susiję įvykiai, patirti tiesiogiai arba juos stebint.

11. Nurodykite ar ši trauminė patirtis buvo vienkartinė (įvyko kartą) ar pasikartojanti (įvyko bent kelis kartus)

☐ Vienkartinė

☐ Pasikartojanti

3 Priedas. Informacija apie galimas psichologinės pagalbos galimybes

Psichologinės pagalbos kontaktai

Atmintinė tyrimo dalyviams

Labai svarbu suprasti, kad kreiptis pagalbos nėra gėdos ar silpnumo požymis – priešingai, tai rodo, kad Jums rūpi Jūsų emocinė sveikata ir gyvenimo kokybė.

EMOCINĖ PARAMA TELEFONU ARBA INTERNETU

Jaunimo linija	<i>Paramą teikia savanoriai telefonu ir internetu</i>	jaunimolinija.lt I–VII, visą parą +370 800 28888
Vilties linija	<i>Paramą teikia savanoriai ir psichikos sveikatos specialistai telefonu, el. paštu ir internetu</i>	viltieslinija.lt I–VII, visą parą 116 123
Pagalbos moterims linija	<i>Paramą teikia savanoriai ir psichikos sveikatos specialistai telefonu, el. paštu ir internetu</i>	pagalbosmoterimslinija.lt I–VII, visą parą +370 800 66366
Pagalbos vyrams linija „Nelik vienas“	<i>Paramą teikia savanoriai ir psichikos sveikatos specialistai telefonu</i>	nelikvienas.lt I–VII, 18–21 val. +370 604 11119
Vyrų linija	<i>Paramą teikia psichologai, psichoterapeutai telefonu</i>	vyrulinija.lt I–V, 10–14 val. +370 670 00027

SKUBI PAGALBA

Bendrosios pagalbos tarnyba	<i>Visą parą, nemokama</i>	I–VII, visą parą 112
Krizių įveikimo centras	<i>Anonimiška, konfidenciali psichologinė pagalba, pirmą konsultacija nemokama</i>	krizesiveikimas.lt Antakalnio g. 97 / I–V 16–20 val. / VI 12–16 val. +370 640 51555

INFORMACINIAI RESURSAI INTERNETE

Pagalba Sau	<i>Nacionalinė psichikos sveikatos svetainė (SAM). Informacija apie emocinius sunkumus, pagalbos sau galimybes.</i>	pagalbasau.lt Veikia visą parą
Tu Esi	<i>Pagalba galvojantiems apie savižudybę ir ieškantiems pagalbos artimajam. Informacija pritaikyta konkrečioms tikslinių grupių.</i>	tuesi.lt Veikia visą parą

Jeigu Jums reikia skubios pagalbos, skambinkite 112 arba kreipkitės į artimiausią sveikatos priežiūros įstaigą.

4 Priedas. *Interviu trukmė.*

Tyrimo dalyvis	Interviu trukmė
Rasa	1 val. 2 min.
Jolanta	49min.
Ūla	44 min.
Mantas	1 val. 1 min.
Ieva	1 val. 15 min
Greta	50 min.
Eglė	1 val. 26 min.

5 Priedas. *Interviu transkripcijose naudoti sutartiniai ženklai.*

Simbolis	Paaiškinimas
[]	Laužtiniuose skliaustuose tikriniai daiktavardžiai (vardai, pavadinimai ir kita informacija, leidžianti identifikuoti asmenį) yra pakeičiama į bendrinius. Pavyzdžiui, vietoj Eglė yra rašoma [vardas].
(...)	Taip žymima informacija, kurios transkribuojant nebuvo įmanoma išgirsti.
(3)	Skliausteliuose pažymėtas skaičius nurodo tylos pauzę sekundėmis.
.hhh	Taip žymimas atodūsis, atsikvėpimas
ŽOD-	Žodžio gale uždėtas minuso ženklas reiškia, kad žodis buvo ne iki galo pasakytas, nutrūko.
<u>Žodis</u>	Pabraukimas reiškia, kad tas žodis ar frazė buvo labiau akcentuojami.
(juokiasi)	Juoko reakcijos.

6 Priedas. *Semantinio ir latentinio kodavimo pavyzdžiai.*

Kodavimo lygmuo	Kodas	Ištrauka
Semantinis	Nuolatinis kūno pojūčių stebėjimas	„<...> nu, tarkim, aš jaučiau gumulą... Bet, tarkim, gal aš įsivaizduoju įprastas žmogus, nu, tiesiog pajautų tą gumulą, gal tos mintys nukrypsta ir nebejaučia. O aš vis stiprindavau tą mintį, stiprindavau, gumulas, gumulas. Mano visą dieną sukdavosi tik gumulas, gumulas, gumulas, gumulas. Ir tas gumulas patapo nebeišgyvenamas, toksai žiauriai stiprus“ (Mantas)

Latentinis	Kūno simptomai kaip būdas nukreipti dėmesį nuo sunkiai pakeliamų emocinių patirčių	„Kažkaip anksčiau būdavo, kad įsisukdavau į tokius aaa ratus, kad kažkas su sveikata negerai, žinai. Ir tai buvo kaip pabėgimas, nu, kad negalvot apie tai, kaip blogai šiaip realybėj yra viskas emociškai ir viskas viskas bendrai“ (Eglė)
------------	--	--

7 Priedas. Duomenų kodavimo proceso pavyzdys.

D: Mhm. Jo, tai patyriau kaip didelį gyvenimo kokybės gadinimo (juokiasi) momentą. Nes atrodo kaip ir sąmoningai suprantu, ką galiu, ko negaliu, nu, ta prasme gebu save įvertinti ir tos pačios savivertės klausimas irgi jau yra ganėtinai stipriai išspręstas. Bet tie... Įprastos reakcijos, tai yra, nu, tarkim, kur buvo, sakykim, sakoma, kad tau bus per sunku, tu nesugebėsi ir man tada pasidaro per sunku kažkokiais būdais. Tai ar tai būtų galvos skausmas, jeigu tai yra kažkoks protinis darbas, ar tai yra fizinis skausmas, jeigu tai yra kažkoks, nu, fizinis darbas, ar veiksmas, nu, kažkas, bet kas iš esmės, tai taip, taip sieju. Tai vat paskutinis buvo, kur su drauge pradėjom galvoti apie mmm tokią truputį užsidirbimą pinigų. Tai aš savaitę laiko turėjau migreną tokią, kur nėra iki nėra iki vėmimo, bet tai yra su pykinimu, su apetito ten problemomis ir taip toliau. Ir jo, ir tada lieka miegoti ir aš nebegaliu nieko. Ir aš bandau eit per tai, bet tada tik blogėja. Ir vat nėra to taško, kur praeičiau, pamatyčiau, kad galiu. Tai net nėra, kad, nu, aš žinau, kad aš galiu, bet aš negaliu (juokiasi).

simptomai padaro gyvenimą nekokybi...	2
kūnas kaip internalizuotų ribojančių js...	4
kūnas kaip atskiras, kurio nejmanoma ...	3
nesėkmingos konfrontacijos su simpt...	2

8 Priedas. Duomenų analizės proceso pavyzdys.

Tema	Potemė	Kodas	Ištrauka
1. Gyvenimo su psichosomatiniais simptomais patyrimas	1.1 Simptomai kaip grėsmingi	Simptomai gąsdina	„Tai tai am gąsdindavo visokie visokie tokie simptomai, gąsdindavo aaa nesupratimas, kodėl kas taip vyksta ir panašiai“ (Mindaugas)
2. Nuo medicininio prie psichologinio psichosomatinų simptomų kilmės aiškinimo	2.3. Bandymas suprasti psichologinį paaiškinimą	Psichologinis paaiškinimas nesuteikia gydymo gairių	„Tai vat, žinai, kai čia yra ne liga, čia yra va gedulas, netektis, turi tai išbūt. Tai kaip man čia su tuo išbūt, kaip man čia pagydyt? Kokie žingsniai yra? Nu, ta prasme, ką daryt (juokiasi), nes nieks man niekad nepasakė, ką man reik daryt“ (Greta)
3. Psichosomatiniai simptomai - kūniška psichologinių išgyvenimų išraiška	3.1. Psichosomatiniai simptomai siejasi su traumine patirtimi	Invaziniai traumos simptomai pasireiškia per kūno pojūčius	„Bet aaa tas, tarkim, smaugimo jausmas ar tai, kas ten nu ką jaučiu labiau kūne ar skausmai, aaa tai tiesiog nu sieju su nu pačiu traumatinės patirties kažkaip išgyvenimu ar sugrįžimu turbūt. Mmm, kadangi tos trauminės patirtys, nu dalis, yra ilgalaikės vis tiek arba

			<i>pasikartojančios, arba pasikartojančio pobūdžio, tai aš nu ne neturiu dažniausiai tokių epizodinių, naratyvinių labai flešbekų kažkokio vieno įvykio. Mano tie flešbikai labiau somatiniai tokie <...> Ir tada jo ateina tie mmm kūno simptomai, per juos kažkaip ta baimė ar panika ir trauma atrodo pasireiškia“ (Ieva)</i>
4. Holistinio gydymo poreikis	4.2. Kūno ir psichikos integracijos poreikis gydyme	Integruoto (biomedicininio + psichologinio) požiūrio į sveikatą poreikis	<i>„Kad kažkaip gal būtų labiau norma iš viso mąstyti, kad dalykai yra susiję ir kad nu viena kūno dalis nėra atskira, autonominė sistema, kuri su niekuo absoliučiai niekaip nesąveikauja <...> kūnas ir psichika, ta prasme iš visų pusių kūnas visaip kaip sąveikauja ir kažkodėl jis yra labai labai išskaidytas“ (Eglė)</i>
5. Mokymasis gyventi su psichosomatiniais simptomais	5.2. Santykio su simptomais keitimas	Adaptyvesnis santykis su simptomais	<i>„Ar tiesiog yra tas gumulo jausmas <...> bet aš jo nesureikšminu. <...> ir dabar <...> buvo atsiradęs gumulo tas jausmas, bet labai ramiai priėmiau, kad nervai, ko iš... Ko iš to tikėtis. Taip yra. Ir dvi dienos ir vėl dingo“ (Mantas)</i>

9 Priedas. Ištraukos iš tyrėjo dienoraščio.

Ištraukos data	Ištrauka iš dienoraščio
2025-09-21	<i>„Šį tyrimą inicijavau dėl to, nes visų pirma man pačiai jis atrodo labai reikalingas. Jau keletą metų pati išgyvenu įvairius psichosomatinis simptomus ir šioje kelionėje ne kartą jaučiausi tragiškai vieniša... Tomis akimirkomis man labiausiai padėjo kitų istorijos - supratimas, kad tame esu ne viena, buvo stipriai gydantis. Man labai norisi, kad ir šitas tyrimas taptų tokia pačia atrama kitiems, einantiems per tą patį. Kad jie galėtų šiame darbe atrasti dalį savo patirties. Man taip pat labai norisi, kad šitas darbas prisidėtų prie platesnio suvokimo apie tai, per ką eina žmogus, išgyvenantis psichosomatinis simptomus, ir kokia pagalba jam yra tinkamiausia. Savo patirtyje ne kartą susidūriau su gydytojais, kurie neturėjo jokio supratimo kaip man padėti. Dažnai jaučiausi taip, tarsi būčiau kažkokiame medicininiame paribyje... Žinau, kaip nelengva ten</i>

	<i>būti. Todėl labai noriu, kad istorijos, kurias surinksiu, bent krisleliu prisidėtų pokyčio pagalbos gavime“</i>
2025-03-07	<i>„Suprantu, kad mano pačios psichosomatinių simptomų patyrimas veikia tai, kaip aš girdžių tyrimo dalyvių patirtis. Kažkurios istorijos, kurias girdžiu, man yra gan artimos, jas tarsi galiu lengviau suprasti, atrodo, kad net ir koduojant man žymiai lengviau priskirti kodus toms patirtims, kurias gerai suprantu. Iš kitos pusės, man labai įdomu girdėti ir kitas istorijas, su kuriomis galiu tapatintis mažiau, arba visiškai negaliu tapatintis. Atrodo, kad koduodama šiuos duomenis dar akyliau stengiuos į juos panirti, suprasti, ar tikrai nieko nepraleidžiu, ar tikrai teisingai viską suprantu... Jaučiuosi tarsi nardyčiau vandenyne, kur bandau įsižiūrėti ir pro akis nepraleisti nieko svarbaus“</i>

10 Priedas. Dirbtinio intelekto (DI) naudojimo deklaracija.

Studento/ės vardas ir pavardė: Deimantė Kavaliauskaitė

Baigiamojo darbo tema: Traumines patirtis išgyvenusių asmenų psichosomatinių simptomų patyrimas: kokybinis tyrimas

Vadovaudamasi „Dirbtinio intelekto naudojimo Vilniaus universitete gairėmis“, patvirtinu, kad rengdama šį baigiamąjį darbą:

1. **Prisiimu atsakomybę** už viso darbe pateikto turinio kūrimą ir jo originalumą. Patvirtinu, kad generatyvinio DI įrankiai buvo naudojami tik kaip pagalbinė priemonė, o ne kaip darbo bendraautoris ar autorius.
2. **Atlikau turinio patikrą (validaciją).** Visa DI pateikta informacija buvo patikrinta pirminiuose šaltiniuose.
3. **Užtikrinau duomenų saugą.** Į DI sistemas nekėliau konfidencialių tyrimo duomenų, asmens duomenų ar nepublikuotos medžiagos.

Darbe dirbtinis intelektas panaudotas:

Naudojimo sritis	Panaudotas / nenaudotas	Panaudoti DI įrankiai	Kita svarbi informacija
Literatūros paieškai	Nenaudota	-	Patvirtinu, kad susipažinau su pirminiais į darbą įtrauktais literatūros šaltiniais

Tyrimo stimulinės medžiagos kūrimui	Nenaudota	-	-
Santraukos vertimui į anglų kalbą	Panaudota	ChatGPT 5.5	Patvirtinu, kad peržiūrėjau ir koregavau sugeneruotą vertimą siekiant užtikrinti jo tikslumą bei atitikimą darbo turiniui.
Gramatinių klaidų paieškai	Nenaudota	-	-

Data: 2026-05-13