



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

KLINIKINĖS PSICHOLOGIJOS STUDIJŲ PROGRAMA

Laura Stanevičiūtė

**RYŠYS TARP SU TRAUMINĖMIS PATIRTIMIS SUSIJUSIOS GĖDOS, KOMPLEKSNIO
POTRAUMINIO STRESO IR DEPRESIJOS SIMPTOMŲ PAGALBOS SIEKIANČIŲ
SUAUGUSIŲJŲ IMTYJE**

Magistro darbas

Darbo vadovė: Doc. dr. Odeta Geleželytė

Vilnius

2026

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	7
1.1. Trauminės patirtys	7
1.1.1. Trauminės patirtys ir jų paplitimas	7
1.1.2. Kumuliacinė trauma	8
1.2. Potrauminio streso sutrikimai	9
1.2.1. Potrauminis streso sutrikimas ir jo paplitimas	9
1.2.2. Kompleksinis potrauminis streso sutrikimas ir jo paplitimas	11
1.3. Depresijos samprata ir jos paplitimas	13
1.4. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda	14
1.4.1. Gėdos samprata	14
1.4.2. Su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos samprata	15
1.5. Trauminių patirčių, su jomis susijusios gėdos, KPTSS ir depresijos sąsajos	16
1.5.1. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda, PTSS ir KPTSS	16
1.5.2. Ryšys tarp trauminių patirčių, su jomis susijusios gėdos ir KPTSS	17
1.5.3. Sąsajos tarp trauminių patirčių, su jomis susijusios gėdos ir depresijos	17
1.6. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai	18
2. METODIKA	20
2.1. Tyrimo dalyviai	20
2.2. Tyrimo instrumentai	21
2.2.1. Trauminės patirtys	21
2.2.2. Potrauminio streso sutrikimas ir kompleksinis potrauminio streso sutrikimas	21
2.2.3. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda	23
2.2.4. Depresija	23
2.3. Tyrimo eiga	24
2.4. Duomenų analizė	24
3. REZULTATAI	26
3.1. Trauminių patirčių, potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos rizikos paplitimas tyrimo imtyje	26
3.2. Sąsajos tarp PTSS, KPTSS ir depresijos simptomų, su trauma susijusios gėdos bei kumuliacinės traumos skirtingais amžiaus tarpsniais	27
3.3. Su trauma susijusios gėdos patyrimo palyginimas tarp potrauminio ir kompleksinio potrauminio streso rizikos grupių	29

3.4. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda kaip prognostinis PTSS, KPTSS ir depresijos simptomų veiksnys	29
3.5. Su trauma susijusios gėdos, kaip moderacinio veiksnio, analizė aiškinant ryšį tarp kumuliacinės traumos ir KPTSS simptomų bei tarp kumuliacinės traumos ir depresijos simptomų	31
4. REZULTATŲ APTARIMAS	33
4.1. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams	37
4.2. Praktinės rekomendacijos	38
IŠVADOS	40
PRIEDAI	41
LITERATŪRA	43

SANTRAUKA

Stanevičiūtė, L. (2026) Ryšys tarp su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų pagalbos siekiančių suaugusiųjų imtyje. Magistro darbas, Vilnius, Vilniaus universitetas, 59 p.

Nors kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) apibrėžtas tik 2018 metų TLK-11 leidime, tyrimai rodo, kad jo paplitimas gali būti net didesnis nei potrauminio streso sutrikimo (PTSS). Dėl komorbidiskumo su depresijos simptomais ir diagnostinių iššūkių Lietuvoje KPTSS dažnai lieka neatpažintas, todėl asmenys gali negauti reikalingos pagalbos. Be to, vis daugiau tyrimų pabrėžia su traumine patirtimi susijusios gėdos svarbą KPTSS simptomatikai. Todėl šio tyrimo tikslas yra nustatyti ir įvertinti sąsajas tarp trauminių patirčių, potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso, depresijos simptomų ir su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos pagalbos siekiančių suaugusiųjų imtyje. Tyrimė dalyvavo 143 suaugusieji (80,4 % moterys, amžiaus vidurkis 38,56 ($SD = 12,32$)). Tyrimė naudoti instrumentai: Tarptautinis trauminių patirčių klausimynas (ITEM; Hyland et al., 2021), Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ; Cloitre et al., 2018), Su trauma susijusios gėdos klausimyno trumpoji forma (TRSI-SF; Grau et al., 2022) ir Tarptautinis depresijos klausimynas (IDQ; Shevlin et al., 2023). Tyrimo imtyje nustatytas didesnis KPTSS (41,3 %) nei PTSS (23,1 %) rizikos paplitimas, o depresijos rizikos paplitimas siekė 42,7 %. Koreliacinė analizė atskleidė, kad visi nagrinėti konstruktai tarpusavyje reikšmingai teigiamai siejasi, o grupių palyginimas parodė, kad asmenims, patenkantiems į KPTSS rizikos grupę, būdinga stipriau patiriama su trauminėmis patirtimis susijusi gėda. Regresinė analizė parodė, kad tik vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda prognozuoja PTSS, KPTSS ir depresijos simptomų stiprumą, o su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos, kaip moderatoriaus, vaidmuo kumuliacinės traumos ir KPTSS bei kumuliacinės traumos ir depresijos simptomų lygio ryšyje nepasitvirtino. Gauti rezultatai pabrėžia stiprų vidinės gėdos vaidmenį KPTSS ir depresijos kontekste bei skatina plėtoti veiksmingas, į su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos mažinimą orientuotas intervencijas.

Raktiniai žodžiai: su trauminėmis patirtimis susijusi gėda, kompleksinio potrauminio streso sutrikimas, depresija.

SUMMARY

Stanevičiūtė, L. (2026) Associations between trauma-related shame, complex posttraumatic stress and depression symptoms in a treatment-seeking adult sample. Master's thesis, Vilnius, Vilnius University, 59 p.

Although Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) was only officially defined in the 2018 edition of the ICD-11, research suggests that its prevalence may be even higher than that of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Due to its comorbidity with depressive symptoms and diagnostic challenges in Lithuania, CPTSD often remains unrecognized, which may prevent individuals from receiving the help they need. Moreover, a growing body of research emphasizes the importance of trauma-related shame in the symptomatology of CPTSD. Therefore, the aim of this study was to identify and evaluate the associations between traumatic experiences, post-traumatic stress, complex post-traumatic stress, depressive symptoms, and trauma-related shame in a sample of treatment-seeking adults. The study included 143 adults (80.4% women; mean age = 38.56 years, SD = 12.32). The following instruments were used in the study: the International Trauma Exposure Measure (ITEM; Hyland et al., 2021), the International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018), the short form of the Trauma-Related Shame Inventory (TRSI-SF; Grau et al., 2022), and the International Depression Questionnaire (IDQ; Shevlin et al., 2023). The study sample demonstrated a higher prevalence of CPTSD risk (41.3%) than PTSD risk (23.1%), while the prevalence of depression risk reached 42.7%. Correlational analysis revealed that all examined constructs were significantly and positively associated with one another, and group comparisons showed that individuals belonging to the CPTSD risk group experienced higher levels of trauma-related shame. Regression analysis indicated that only internalized trauma-related shame predicted the severity of PTSD, CPTSD, and depressive symptoms, whereas the moderating role of trauma-related shame in the relationship between cumulative trauma and CPTSD, as well as between cumulative trauma and depressive symptom levels, was not confirmed. The findings highlight the strong role of internalized shame in the context of CPTSD and depression and encourage the development of effective interventions aimed at reducing trauma-related shame.

Keywords: trauma-related shame, complex post-traumatic stress disorder, depression.

PRATARMĖ

Sakoma, kad giliausios žaizdos ne visada matomos akimis. Ne paslaptis, kad dauguma mūsų, nepaisant kasdien nešiojamų nerūpestingų šypsenų, slepiame nematomas žaizdas ar randus. Atlikti tyrimai tiek Lietuvoje, tiek kitose šalyse rodo, kad daugiau nei du trečdaliai žmonių bent kartą gyvenime yra patyrę potencialiai trauminį įvykį (Benjet et al., 2016; Kvedaraite et al., 2021). Daugumą žmonių tokie įvykiai sukrečia, tačiau laikui bėgant jie sugrįžta į įprastą gyvenimo ritmą. Kitai daliai žmonių tai padaryti sekasi sunkiau, neigiamos emocijos išlieka ilgesnį laiką ar net pasireiškia psichikos sveikatos sunkumai. Nustatyta, kad keli skirtingų tipų trauminiai įvykiai (kumuliacinė trauma) yra labiau susiję su neigiamomis pasekmėmis nei pavienė trauma (Ogle et al., 2014). Vienas iš pagrindinių psichikos sveikatos sutrikimų, pasireiškiančių po trauminio įvykio, yra kompleksinis potrauminis streso sutrikimas (KPTSS). Jis gali pasireikšti kaip trauminio įvykio pakartotinis išgyvenimas dabartyje, minčių apie įvykį vengimas, sustiprėjęs grėsmės jausmas, sutrikusi afekto reguliacija, itin neigiamas savęs suvokimas ir/ar sunkumai užmezgant bei palaikant santykius (WHO, 2018). Ši diagnozė yra gana nauja, todėl tyrimų, siekiančių suprasti jos veikimo mechanizmus, vis dar trūksta. Nors pasaulyje PTSS yra vienas iš dažniausiai diagnozuojamų sutrikimų, Lietuvoje ši tendencija neatsispindi (Kazlauskas et al., 2021; Maercker et al., 2013). Panašaus likimo gali sulaukti ir KPTSS. Viena to priežasčių yra didelis komorbidiškumas su kitais sutrikimais (pvz., depresija) bei specialistų vengimas kalbėti apie trauminius įvykius (Gilbar, 2020; C. Lewis et al., 2022). Tinkamai nediagnozavus KPTSS, kyla rizika nesuteikti žmogui reikalingos pagalbos. Net ir atpažinus žmogaus sunkumus, šiuo metu yra sukurta ne viena PTSS gydymo metodika, tačiau ne visos jos tinka KPTSS simptomų mažinimui. Dėl šių priežasčių yra aktualu tirti KPTSS, jo ryšį su depresija ir bandyti kurti efektyvias intervencijos priemones. Literatūroje galima rasti vis daugiau tyrimų, teigiančių, kad kuriant pagalbos priemones asmenims su KPTSS svarbu atkreipti dėmesį į gėdą (Deborah et al., 2026; Øktedalen et al., 2015). Tačiau vis dar trūksta tyrimų, nagrinėjančių su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos sąsajas su trauminėmis patirtimis, KPTSS ir depresija.

Šiame darbe siekiama išanalizuoti sąsajas tarp kumuliacinės traumos, KPTSS, su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos ir depresijos pagalbos siekiančių suaugusių imtyje. Taip pat norima įvertinti, kokį vaidmenį ryšyje tarp kumuliacinės traumos ir KPTSS bei depresijos atlieka su trauminėmis patirtimis susijusi gėda. Šis tyrimas unikalus tuo, kad vertina būtent su trauminėmis patirtimis susijusią gėdą ir ją išskiria į vidinę ir išorinę gėdą. Tai suteikia galimybę detaliau pažvelgti į specifinius gėdos aspektus ir jų sąsajas su kumuliacine trauma, KPTSS ir depresija.

1. ĮVADAS

1.1. Trauminės patirtys

1.1.1. Trauminės patirtys ir jų paplitimas

Psichologiškai trauminis įvykis apibrėžiamas kaip įvykio ar situacijos patyrimas (ilgalaikis ar trumpalaikis), kuris yra itin grėsmingas ar siaubingas. Tokie įvykiai apima, bet neapsiriboja, tiesioginiu gamtinių ar žmogaus sukeltų nelaimių, karo veiksmų, sunkių nelaimingų atsitikimų, kankinimų, seksualinio smurto, terorizmo, užpuolimų ar ūmių, gyvybei pavojingų, ligų patyrimu. Taip pat - kitų asmenų sužalojimo ar mirties (ar jos grėsmės) stebėjimu, kai tai įvyksta staiga, netikėtai ar smurtiniu būdu. Galiausiai trauminis įvykis gali būti sužinojimas apie artimo žmogaus staigią, netikėtą ar smurto sukeltą mirtį (WHO, 2018). Susidūrimas su trauminiu įvykiu iš pirmo žvilgsnio gali pasirodyti tolimas ir retai kam pasitaikantis reiškinys, tačiau 2016 metais 24 šalyse atliktas tyrimas atskleidė, kad daugiau nei 70% tiriamųjų bent kartą gyvenime yra patyrę trauminį įvykį, o daugiau nei 30% patyrė keturis ar daugiau skirtingų trauminių įvykių (Benjet et al., 2016). Lietuvoje atliktame panašiam tyrime nustatyta, kad šis skaičius siekia net 80% (Kvedaraite et al., 2021). Dažniausiai patiriamos trauminės patirtys buvo staigi netyčinė artimo žmogaus mirtis, sunki žmogaus kančia, autoavarijos ir fizinis smurtas (Kvedaraite et al., 2021).

Literatūroje taip pat galima rasti trauminių įvykių skirstymą į tarpasmeninius ir netarpasmeninius. Tarpasmeniniai apibrėžiami kaip įvykiai, susiję su tyčiniais kitų asmenų veiksmais, pavyzdžiui, smurtu prieš kitą asmenį ar karo veiksmais. Priešingai nei tarpasmeniniai, netarpasmeniniai trauminiai įvykiai nėra susiję su tyčiniais kito asmens veiksmais ir apima tokias patirtis kaip automobilių avarijos, susižalojimai, gyvūnų užpuolimai ir stichinės nelaimės. Manoma, kad tarpasmeniniai įvykiai, lyginant su netarpasmeniniais, gali turėti didesnę neigiamą poveikį asmens funkcionavimui (Briggs-Gowan et al., 2010). Pavyzdžiui, po seksualinės prievartos PTSS pasireiškia gerokai dažniau nei po gamtinių katastrofų (Creamer et al., 2001).

Dar vienas svarbus aspektas yra trauminių patirčių skirtumai tarp lyčių. Viena tyrime nustatyta, kad vyrai dažniau patiria buvimo kito žmogaus žalojimo liudininku traumas ir tarpasmenines neseksualines traumas, o moterys dažniau patiria tarpasmenines seksualines traumas. Bendras traumuojančių patirčių skaičius nesiskyrė (Komarovskaya et al., 2011). Tai patvirtina ir kiti tyrimai, kuriuose nustatyta, kad vyrai dažniau tampa susidūrimo su fiziniu smurtu aukomis, o moterys 1,5 karto dažniau tampa seksualinės prievartos aukomis (Spalletta et al., 2020). Taigi galima matyti, kad nors bendras traumų skaičius tarp lyčių nesiskiria, egzistuoja reikšmingi skirtumai pagal patiriamų traumų tipus.

1.1.2. Kumuliacinė trauma

Traumą patyrę žmonės dažnai nurodo, kad per visą gyvenimą yra patyrę daugiau nei vieną trauminį įvykį (Edwards et al., 2003). Kumuliacinė trauma gali būti apibrėžiama kaip atskirų trauminių įvykių skaičius arba kaip skirtingų traumos tipų, kuriuos asmuo patyrė, skaičius (Rowe et al., 2024). Mūsų tyrime kumuliacinė trauma suprantama kaip skirtingais gyvenimo etapais arba per visą gyvenimą patirtų skirtingų trauminių įvykių suma (Hyland, Karatzias, et al., 2021).

Tyrimuose pastebėta, kad vaikai, patyrę vieną trauminį įvykį (pavyzdžiui, seksualinę prievartą), turi didesnę tikimybę patirti ir kitų rūšių trauminius įvykius (pavyzdžiui, fizinį smurtą). Manoma, kad tai gali būti dėl kelių priežasčių. Pirma, trauminis įvykis gali paveikti žmogaus gebėjimą atpažinti pavojų ir nubrėžti ribas. Antra, vaikystėje patirta trauma gali suformuoti įsitikinimą, kad smurtas yra „normali“ gyvenimo ar santykių dalis. Trečia, socioekonominė aplinka (skurdas, prasta šeimyninė padėtis) gali lemti didesnę trauminių įvykių tikimybę (Finkelhor et al., 2007). Tai patvirtina ir kiti tyrimai, teigiantys, kad vaikui patyrus pirmąjį trauminį įvykį gali sutrikti raida (pvz. sulėtėti kognityvinė raida, atsirasti socialinė izoliacija), o tai sukelia grandininę reakciją, didinančią tolimesnės viktimizacijos riziką net ir suaugus (Banyard, 2019). Lyginant su vienkartinio susidūrimu su traumišku įvykiu, pakartotinis traumos patyrimas gali turėti papildomą (kaupiamąjį) poveikį - didėja ilgalaikių fiziologinių ir psichologinių problemų tikimybė, priklausomai nuo trauminių patirčių gausos (Rowe et al., 2024). Literatūroje populiarėja „dozės – atsako“ modelis, kuris teigia, kad per visą gyvenimą patirtų traumų kumuliacinė našta yra stipresnis PTSS simptomų prognostinis veiksnys nei vieno trauminio įvykio sunkumas (Ogle et al., 2014). Tyrimai tai patvirtina, pavyzdžiui, tam tikru vaikystės raidos etapu patirti keli skirtingi trauminiai įvykiai yra stipresnis prastesnės savijautos suaugus rodiklis nei pakartotinė to paties tipo trauma (Banyard, 2019).

Dauguma žmonių, patyrę trauminius įvykius, jaučia neigiamas emocijas, tačiau laikui bėgant grįžta į kasdienį gyvenimo ritmą (Bonanno et al., 2015). Kitai daliai žmonių įsilieti į gyvenimą yra sunkiau ir jie toliau patiria neigiamas emocijas ar net didesnius psichinės sveikatos sunkumus. Nustatyta, kad jaunųjų suaugusiųjų ir suaugusiųjų imtyje potencialiai traumuojančios patirtys, tokios kaip rimti kūno sužalojimai, netektys, stichinės nelaimės bei smurtas, buvo susijusios su padidėjusia rizika išsivystyti įvairioms psichikos sveikatos problemoms (Copeland et al., 2007). Lietuvoje ir Japonijoje atliktas tyrimas atskleidė, kad paauglių imtyje kumuliacinė trauma yra veiksnys, prognozuojantis tiek PTSS, tiek KPTSS atsiradimą, nepriklausomai nuo kultūrinio konteksto (Kazlauskas et al., 2022). Įdomu tai, kad lyginant suaugus ir vaikystėje patirtą kumuliacinę traumą, tik vaikystės patirtys prognozuoja didesnę simptomų sudėtingumą, kuris apima tiek PTSS, tiek KPTSS požymius (Cloitre et al., 2009). Tačiau yra tyrimų teigiančių, kad ir suaugus patirtų įvykių kumuliacinė trauma gali lemti stipresnius PTSS simptomus (Ogle et al., 2014). Dideliame, 11 šalių

apimančiame tyrime nustatyta, kad asmenys, kurie savo PTSS diagnozę siejo su keturiais ar daugiau skirtingų trauminių įvykių, pasižymėjo „kompleksiškesniu“ klinikiu vaizdu: jiems pasireiškė didesnis funkcionavimo sutrikimas, ilgesnė sutrikimo trukmė, dažnesnis komorbidiskumas su nuotaikos ir nerimo sutrikimais bei padidėjęs nuolatinis grėsmės jausmas, palyginus su tais, kurie nurodė patyrę mažiau nei keturis skirtingus trauminius įvykius (Karam et al., 2014). Taigi, kumuliacinė trauma yra svarbus rizikos veiksnys tiek PTSS, tiek KPTSS atsiradimui. Žmonės, kurie patyrė kelias skirtingas traumas (kumuliacinę traumą), dažniau pasižymėjo ne tik didesne PTSS išsivystymo tikimybe, bet ir sunkesniais depresijos simptomais (Bolduc et al., 2018; Briere et al., 2016; Hodges et al., 2013). Atlikta 184 tyrimų metaanalizė parodė, kad suaugusieji, patyrę bet kokią vaikystės prievartos formą, turėjo 2,81 karto didesnę riziką išsivystyti depresijai suaugus, o vaikystėje patyrę kumuliacinę traumą - 3,61 karto didesnę riziką (Nelson et al., 2017). Vis dar trūksta tyrimų, analizuojančių sąsajas tarp kumuliacinės traumos suaugus ir depresijos simptomų.

1.2. Potrauminio streso sutrikimai

1.2.1. Potrauminis streso sutrikimas ir jo paplitimas

Sutrikimas, labiausiai siejamas su trauminių įvykių patyrimu, yra potrauminio streso sutrikimas (PTSS). Skaičiuojama, kad apytiksliai 3,9 % žmonių kuriuo nors savo gyvenimo tarpsniu patyrė PTSS (Koenen et al., 2017). Lietuvoje atliktame tyrime nustatyta, kad PTSS rizikos paplitimas siekia 5,8 % (Kvedaraite et al., 2021). Epidemiologiniai tyrimai taip pat rodo, kad PTSS nors kartą gyvenime patyrė 13,0 – 20,4 % moterų ir 6,2 – 8,2 % vyrų (Kessler et al., 1995).

Šiuo metu egzistuoja du pagrindiniai diagnostiniai PTSS apibrėžimai – pagal DSM-V-TR ir pagal TLK-11. Mūsų tyrime bus remiamasi TLK - 11 apibrėžimu. Pagal jį potrauminis streso sutrikimas gali išsivystyti po itin grėsmingo ar siaubingo įvykio ar jų sekos. PTSS pasižymi trimis simptomų grupėmis, kurios yra specifiškai susijusios su traumuojančiu įvykiu:

1. Trauminio įvykio ar įvykių pakartotinis išgyvenimas dabartyje ryškių įvyrių prisiminimų, prisiminimų proveržių (angl. *flashbacks*) arba košmarų pavidalu. Šį pakartotinį trauminio įvykio išgyvenimą dažnai lydi stiprios emocijos, ypač baimė ar siaubas, bei stiprūs kūniški pojūčiai;
2. Minčių ir prisiminimų apie įvykį (-ius) vengimas, taip pat veiklą, situacijų ar žmonių, primenančių traumą, vengimas;
3. Nuolatinis sustiprėjęs grėsmės jausmas, pasireiškiantis, pavyzdžiui, padidėjusiu budrumu ar sustiprėjusia išgąščio reakcija į dirgiklius, tokius kaip netikėti garsai (WHO, 2018).

Tyrimai rodo, kad praėjus trims mėnesiams po trauminio įvykio PTSS simptomai išlieka gana pastovūs ir pasireiškia maždaug 18 % asmenų, patyrusių trauminių įvykių (Diamond et al., 2022). Taip pat pastebėta, kad patirtas organizuotas, fizinis ar seksualinis smurtas (tarpasmeniniai trauminiai įvykiai) reikšmingai padidina PTSS išsivystymo riziką (Liu et al., 2017). Svarbu paminėti, kad tyrimuose nustatyta, jog kankinimai ir kumuliacinė trauma taip pat yra susiję su PTSS (Steel et al., 2009).

Kyla klausimas, kodėl PTSS išsivysto tik daliai trauminių įvykių patyrusių žmonių. Tai skatina tyrinėti įvairius rizikos veiksnius. Ankstesni tyrimai rodo, kad lytis (buvimas moterimi), žemas socioekonominis sluoksnis, ankstesni psichikos sutrikimai, šeimos psichiatrinė istorija bei trauminė patirtis vaikystėje yra svarbūs rizikos veiksniai. Taip pat svarbus subjektyvus atsakas į traumą bei aplinka, kurioje žmogus yra po traumos (ar ji palaikanti, ar joje daug stresorių) (Brewin et al., 2000). Galiausiai, svarbus vaidmuo atitenka ir genetikai (Sartor et al., 2011). Taigi galima daryti išvadą, kad nėra vienos priežasties, kuri lemia PTSS išsivystymą, tai yra labiau aplinkos ir vidinių žmogaus savybių derinys, kuris nulemia padidėjusią PTSS riziką.

Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad dauguma žmonių, turinčių PTSS, taip pat pasižymi gretutiniais sutrikimais, tokiais kaip depresija, nerimo sutrikimai ir priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų. Šis ryšys gali būti aiškinamas tuo, kad psichikos sutrikimai gali didinti traumuojančių įvykių patyrimo riziką (Breslau et al., 1997), arba atvirkščiai – traumuojančios įvykiai ar PTSS gali prisidėti prie psichinių sutrikimų išsivystymo. Pavyzdžiui, priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų gali būti pabėgimo nuo PTSS būdas ar savotiška savęs gydymo forma (Perkonig et al., 2000). Taip pat yra pastebimas dažnas PTSS ir depresijos komorbidiškumas. Tiek PTSS, tiek depresijos simptomai dažnai atsiranda po trauminio įvykio (Bonde et al., 2016). Nors yra tyrimų, PTSS ir depresijos simptomus sujungiančių į vieną bendrą trauminio streso sindromą, didžioji dalis tyrėjų nurodo, kad, nors ir šie sutrikimai ir koreliuoja, jie yra atskiri (O'Donnell et al., 2004; Ben Barnes et al., 2018). Šių sutrikimų komorbidiškumas gali būti aiškinamas tuo, kad juos sukelia tie patys veiksniai (trauma, gyvenimo sunkumai), o vėliau viena būklė stiprina kitą (Noble et al., 2023).

Nors potrauminio streso sutrikimas padeda tyrėjams ir praktikams geriau suprasti, kas vyksta su žmonėmis, patyrusiais trauminių įvykių, pastebėta, kad kai kurių žmonių patiriamos traumavimo pasekmės yra kompleksiškesnės. Dėl šios priežasties TLK–11 buvo pasiūlyta nauja kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozė.

1.2.2. Kompleksinis potrauminis streso sutrikimas ir jo paplitimas

Kompleksinis potrauminis streso sutrikimas pastaraisiais metais pritraukė didelį tyrėjų dėmesį. Nustatyta, kad jeigu žmogus patyrė užsitęsusią ar pasikartojančią traumą, tokią kaip pasikartojantis seksualinis ar fizinis išnaudojimas vaikystėje, smurtas šeimoje, kankinimai ar genocidas, yra didesnė rizika išsivystyti kompleksiniam potrauminio streso sutrikimui, lyginant su PTSS (Maercker et al., 2022). Tyrime su karo veteranais nustatyta, kad reikšmingas KPTSS prognostinis veiksnys yra ir ilgalaikė, didelio intensyvumo trauma, tokia kaip karas (Letica-Crepulja et al., 2020). Tačiau vieno bendro atsakymo, diferencijuojančio PTSS ir KPTSS remiantis trauminiais įvykiais, nėra. Pavyzdžiui, viename tyrime nustatyta reikšminga sąsaja tarp vaikystėje patirto smurto (fizinio ar seksualinio) ir KPTSS, tačiau kitas tyrimas šio ryšio nerado (Kazlauskas et al., 2018, 2022). Lietuvoje atliktame tyrime nustatyta, kad įvairūs tarpasmeniniai trauminiai įvykiai yra susiję tiek su PTSS, tiek su KPTSS simptomais (stipriausias ryšys rastas tarp seksualinio smurto ir užpuolimo naudojant ginklą bei PTSS ir KPTSS simptomų) (Kazlauskas et al., 2022). Nepaisant tyrimų ambivalentiškumo, TLK–11 kompleksinį potrauminio streso sutrikimą apibūdina kaip sutrikimą, kuris gali išsivystyti patyrus vieną ar kelis itin grėsmingus ar siaubingus įvykius, dažniausiai ilgalaikius arba pasikartojančius, nuo kurių pabėgti yra sunku ar neįmanoma (pavyzdžiui, kankinimas, vergovė, genocidas, ilgalaikis smurtas artimoje aplinkoje, pasikartojantis seksualinis ar fizinis išnaudojimas vaikystėje).

Kompleksinis potrauminio streso sutrikimas susideda iš šešių simptomų grupių: trijų tų pačių kaip ir PTSS (pasikartojantis trauminio įvykio išgyvenimas, vengimas ir grėsmės jausmas) ir trijų papildomų, atspindinčių užsitęsusius saviorganizacijos sutrikimus:

1. Afekto reguliacijos sutrikimas, kuris pasireiškia padidėjusiu emociniu reaktyvumu net į nedidelius stresorius arba emocijų neįjautra. Gali būti pastebimi smurtiniai proveržiai, impulsyvus ar save žalojantis elgesys, disociaciniai simptomai patiriant stresą bei apatija, pasireiškianti sumažėjusiu gebėjimu patirti malonumą ar teigiamas emocijas.
2. Itin neigiamas savęs suvokimas - asmuo save mato kaip menkavertį, palaužtą ar bejėgį. Šiuos įsitikinimus lydi gėdos, kaltės ar nesėkmės jausmai, susiję su patirtu trauminiu stresoriumi. Pavyzdžiui, asmuo gali jausti kaltę dėl to, kad nepavyko pabėgti iš nepalankios trauminės situacijos arba joje pasidavė.
3. Sunkumai užmezgant bei palaikant santykius. Asmuo gali pastoviai vengti santykių, juos nuvertinti arba turėti menką susidomėjimą jais ar socialiniu įsitraukimu apskritai. Tuo pačiu gali pasitaikyti epizodinių intensyvių santykių, tačiau juos asmeniui išlaikyti sunku (WHO, 2018).

Nors PTSS ir KPTSS yra panašūs sutrikimai, KPTSS turintys asmenys pasižymi prastesne prognoze, jiems gali būti reikalingi kitokie pagalbos būdai nei asmenims, turintiems PTSS diagnozę. Taip pat nustatyta, kad KPTSS turintys asmenys, lyginant su PTSS, pasižymi stipresne disociacija ir didesniu funkcionavimo sutrikimu (Letica-Crepulja et al., 2020). Svarbu paminėti, kad šis sutrikimas klasifikacijoje apibrėžtas tik 2018 metais, todėl tyrimų, siekiančių jį geriau suprasti ir nustatyti su juo susijusius veiksniai, vis dar trūksta.

Egzistuoja svarbūs tyrimai, pabrėžiantys KPTSS komorbidiškumą su kitais sutrikimais. KPTSS gali pasireikšti drauge su disociaciniais ar somatiniais sutrikimais, priklausomybėmis bei depresijos ar nerimo sutrikimais. Manoma, kad KPTSS komorbidiškumas su disociaciniais sutrikimais gali atsirasti dėl bendrų priežasčių (nepalankios ir traumuojančios vaikystės patirtys) (Vonderlin et al., 2018). Kaip ir PTSS, KPTSS taip pat yra komorbidiškas su priklausomybėmis. Viename tyrime nustatyta, kad tarp žmonių, kuriems diagnozuotas KPTSS, 46 % turėjo alkoholio priklausomybę (tuo metu tarp žmonių, kurie buvo patyrę trauminę patirtį, bet neturėjo KPTSS diagnozės, 22 % turėjo priklausomybę nuo alkoholio) (Karatzias et al., 2019). Panaši tendencija nustatyta tiriant komorbiškumą tarp KPTSS ir priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų (Facer- Irwin et al., 2022). Tyrimai taip pat patvirtina, kad KPTSS yra susijęs su padidėjusia nerimo ir depresijos sutrikimų rizika (Karatzias et al., 2019). Ryšys tarp KPTSS ir depresijos yra ypač stiprus. Nors KPTSS ir depresija yra atskiri sutrikimai, tarp jų nėra aiškių ribų. Tiek KPTSS, tiek depresija apima disforinius jausmus ir neigiamą savęs vertinimą. Taip pat nustatyta, kad beviltiškumo jausmas yra būdingas tiek KPTSS, tiek depresiją turintiems žmonėms ir veikia kaip šiuos sutrikimus siejantis simptomas. Galiausiai svarbu pabrėžti, kad nors KPTSS ir depresija turi tą patį rizikos veiksnį - trauminę patirtį, šie sutrikimai ne tik pasireiškia vienas šalia kito, vietoj persidengia, bet ir tarpusavyje sąveikauja (Gilbar, 2020).

Kadangi kompleksinis potrauminio streso sutrikimas yra gana neseniai pristatytas sutrikimas ir Lietuvoje yra vis dar naudojama Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos 10-oji versija (TLK-10-AM; angl. *International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*), į kurią KPTSS dar nebuvo įtrauktas, patikimų diagnostinių paplitimo duomenų nėra. Tyrimai rodo, kad KPTSS rizikos paplitimas Vokietijoje siekia vos vieną procentą, o Airijoje šis procentas pakyla iki 8 % (Maercker et al., 2022). Lietuvoje atliktame tyrime nustatyta, kad KPTSS rizikos paplitimas siekia 1,8 % (Kvedaraite et al., 2022). Įdomu tai, kad Danijoje atliktame tyrime nustatyta, kad tarp 165 psichiatrijos pacientų į PTSS rizikos grupę pateko 8 % pacientų, o į KPTSS – 36 % (Møller et al., 2020). Taigi klinikinėje imtyje KPTSS paplitimas buvo net didesnis nei PTSS. Pastebėta, kad šis paplitimo procentas stipriai pakyla specifinėse imtyse: nustatyta, kad klinikinėse imtyse KPTSS rizikos paplitimas gali siekti net 50 % (Karatzias et al.,

2019; Murphy et al., 2021), pabėgėlių imtyje apie 16 - 38 %, buvusių politinių kalinių - apie 15 % (Choi et al., 2021). Anglijoje atliktuose tyrimuose nustatyta, kad KPTSS rizikos paplitimas tarp ugniagesių ir policijos pareigūnų siekia apie 15 % (Brewin et al., 2022; Langtry et al., 2021).

Kyla klausimas, kodėl svarbu kalbėti apie KPTSS komorbidiškumą ir paplitimą. Lietuvoje PTSS yra diagnozuotas tik 0,01 – 0,02 % populiacijos, tai yra daug mažesnis skaičius nei nurodoma empiriniuose tyrimuose (Kazlauskas et al., 2021; Kvedaraite et al., 2022). Nors pasaulyje PTSS yra vienas dažniausiai diagnozuojamų sutrikimų (Maercker et al., 2013), Lietuvoje ši tendencija neatsispindi. Manoma, kad tokie skirtumai gali būti susiję su tuo, jog Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje PTSS yra sunkiai atpažįstamas, o dėl jo komorbidiškumo su kitais sutrikimais dažnai vietoje jo yra diagnozuojami kiti sutrikimai, pavyzdžiui, depresija (Kazlauskas et al., 2021). Kadangi KPTSS yra giminingas PTSS, galima manyti, kad Lietuvoje pradėjus naudoti TLK-11 gali išryškėti panašios tendencijos. Taigi būtent dėl šios priežasties yra svarbu tinkamai suprasti KPTSS komorbidiškumą su kitais sutrikimais, tirti jo veikimo mechanizmus ir paplitimą. Toks supratimas gali prisidėti prie tikslesnės diagnostikos ir efektyvesnių intervencijos priemonių kūrimo.

1.3. Depresijos samprata ir jos paplitimas

Depresija yra vienas dažniausių psichikos sveikatos sutrikimų. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, pasaulyje su depresija gyvena apie 332 milijonai žmonių, o tai sudaro apie 4 % visų gyventojų. Tarp suaugusiųjų šis rodiklis siekia 5,7 % (4,6 % tarp vyrų ir 6,9 % tarp moterų), o tarp vyresnių nei 70 metų – 5,9 %. Depresija moterims pasireiškia 1,5 karto dažniau nei vyrams (WHO, 2025). TLK-11 depresiją priskiria nuotaikų sutrikimų grupei ir išskiria vienkartinį depresijos epizodą bei pasikartojantį depresijos sutrikimą. Depresijos epizodu apibūdinamas laikotarpis, kai didžiąją dienos dalį ir beveik kiekvieną dieną mažiausiai dvi savaites vyrauja prislėgta nuotaika arba sumažėjęs interesas užsiimti bet kokia veikla. Kartu pasireiškia ir kiti simptomai, tokie kaip sunkumas susikaupti, bevertiškumo jausmas, nepagrįsta, perteklinė kaltė, beviltiškumas, pasikartojančios mintys apie mirtį ar savižudybę, apetito ar miego pokyčiai, psichomotorinis sujaudinimas arba slopinimas, energijos stoka bei greitas nuovargis. Vienkartinis depresijos epizodas nuo pasikartojančio depresijos sutrikimo skiriasi patirtų depresijos epizodų skaičiumi (WHO, 2018).

Trauminės patirtys yra reikšmingas rizikos veiksnys depresijos išsivystymui (Carlson et al., 1997). Nustatyta, kad trauminėms patirtims būdingas nenusipėjamumas ir kontrolės stoka gali sukelti baimės ir kontrolės praradimo jausmus, vėliau bejėgiškumą ir beviltiškumą, kurie dažnai būna pirmieji žingsniai depresijos link (Proroković et al., 2005). Ne visos trauminės patirtys turi vienodą santykį su depresija. Mokslininkai pažymi, kad vaikystėje patirtas fizinis ar seksualinis smurtas, gamtinės ar žmogaus sukeltos katastrofos, taip pat kovinių veiksmų ar terorizmo išpuolių patirtys yra

stipriai susijusios su depresija (Kessler & Magee, 1993; Person et al., 2006). Tačiau šie tyrimai kelia klausimą ar asmenys dar prieš įvykstant trauminiam įvykiui neturėjo depresijos simptomų? Į šį klausimą bandė atsakyti 2014 metais atliktas tyrimas, kuriame asmenų depresijos lygis buvo matuojamas du kartus, vienų metų skirtumu. Nustatyta, kad antrojo matavimo metu (praėjus metams nuo pirmojo) depresijos sunkumo rodiklis buvo 1,71 karto didelis tarp asmenų, patyrusių bent vieną trauminį įvykį metų bėgyje, lyginant su tais, kurie tokių įvykių nepatyrė. Taip pat jie nustatyta, kad smurtas, sužalojimai ir kiti tiesiogiai patirti trauminiai įvykiai reikšmingai prisidėjo prie depresijos sunkumo lygio (Tracy et al., 2014). Tyrimai rodo, kad 61 % asmenų, patyrusių pirmąjį depresijos epizodą, ir 51 % asmenų, kuriems depresija kartojasi, nurodė vaikystėje ar neseniai patirtus trauminius įvykius (Christensen et al., 2020; Hovens, 2015). Nors su trauminėmis patirtimis susijusios depresijos atsiradimo mechanizmas dar nėra iki galo aiškus, ši sritis susilaukia vis daugiau tyrėjų dėmesio dėl ilgesnės tokios depresijos trukmės ir atsparumo įprastam gydymui antidepressantais. Kadangi ji yra susijusi su didesne savižudybės rizika, linkusi kartotis ir tapti lėtine (Wang et al., 2023), yra svarbu tirti jos ryšius su trauminėmis patirtimis, PTSS, KPTSS ir su trauminėmis patirtimis susijusia gėda.

1.4. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda

1.4.1. Gėdos samprata

Analizuojant potrauminio streso sutrikimus, didelis dėmesys yra skiriamas jų klinikiniams simptomams (pvz., košmarams, vengimui), kurie yra išoriniai sutrikimo rodikliai, tačiau būtina suprasti ir vidinius asmens pokyčius, kurie yra ne mažiau skausmingi. Vienas ryškiausių vidinių pokyčių, būdingų KPTSS, itin žemas savęs vertinimas, kuris yra priskiriamas saviorganizacijos sutrikimų simptomų grupei. Neigiamas savęs vertinimas yra neatsiejamas nuo gėdos jausmo, kuris tyliai, bet nuosekliai daro įtaką individo psichikos sveikatai.

Gėda apibrėžiama kaip universali ir sudėtinga emocinė patirtis, kuri neigiamai veikia kaip individas suvokia ir vertina save (Flach & Cariola, 2025; Zhu et al., 2020). Adaptyvūs gėdos ir kaltės jausmai atlieka svarbią funkciją asmens socialinėje raidoje, reguliuodami elgesį taip, kad jis atitiktų visuomenės ir moralinius standartus (Lewis, 1993). Kalbant apie gėdą, svarbu ją atskirti nuo giminingos emocijos – kaltės. Šios emocijos dažnai vartojamos sinonimiškai, tačiau jų kilmė ir veikimo mechanizmai skiriasi. Literatūroje teigiama, kad kaltė kyla tada, kai konkretus veiksmas įvertinamas kaip neteisingas (pvz., „Aš padariau kažką blogai“) (Lacerenza et al., 2020). Tuo tarpu gėda reiškia individo suvokimą, kad visa jo savastis yra ydinga (pvz., „Aš esu blogas“) (Flach & Cariola, 2025). Taigi gėda nuo kaltės skiriasi tuo, kad gėda kyla iš jausmo, jog esi blogas kaip žmogus, tuo tarpu kaltė - iš apgailestavimo dėl savo veiksmų (Lewis, 1971). Gėda siejama su neigiamu savęs

vertinimu, sumažėjusia saviverte, orumo bei galios praradimu, padidėjusiu polinkiu atsitraukti ir vengti situacijų bei žmonių, o tai gali sukelti socialinę izoliaciją (Lewis, 1993; Wilson et al., 2006).

1.4.2. Su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos samprata

Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda (arba su trauma susijusi gėda) apibrėžiama kaip neigiamas savęs vertinimas traumos kontekste, kuris yra lydimas skausmingos afektinės patirties ir tendencijos slėptis bei atsitraukti nuo kitų, siekiant paslėpti savo suvokiamus trūkumus (DeCou et al., 2023; Øktedalen et al., 2014). Taigi, ji apima du komponentus: savęs nuvertinimą (jautimąsi beverčiu, bejėgiu ir netinkamu) ir saviizoliaciją (Laughlin, 2025). Manoma, kad savęs nuvertinimas gali kilti iš asmens negebėjimo savarankiškai susidoroti su trauminio įvykio sukeltais simptomais ir dėl to atsirandančio nebeatitikimo suvokiamais visuomenės lūkesčiams (Held et al., 2015). Trauminiai įvykiai sukelia gėdą, nes jų metu žmogus praranda kontrolę, orumą, galią bei galimybę elgtis pagal savo vertybes (Budden, 2009). Taip pat savęs nuvertinimą gali dar labiau sustiprinti savęs kaltinimas (Au et al., 2017). Dalis tarpasmeninę traumą patyrusių žmonių kvestionuoja savo veiksmus, susijusius su įvykiu. Jie abejoja prieš įvykį padarytais sprendimais, svarstydami, ar patys neprisidėjo prie situacijos atsiradimo. Taip pat asmenys gali kvestionuoti savo veiksmus paties įvykio metu, galvodami, ar turėjo pasielgti kitaip (Øktedalen et al., 2014). Su traumine patirtimi susijusi gėda taip pat gali paskatinti asmenis suvokti traumą kaip asmeninės nesėkmės įrodymą (Laughlin, 2025). Kaip minėta anksčiau, su trauminėmis patirtimis susijusi gėda turi ir socialinį komponentą – saviizoliaciją. Trauminius įvykius patyrę asmenys, kurie jaučia gėdą, gali stengtis slėpti savo trūkumus nuo aplinkinių ir atsitraukti iš socialinių situacijų, bijodami, kad bus atstumti ar pasmerkti (Aakvaag et al., 2016; Øktedalen et al., 2014). Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda gali paskatinti asmenis manyti, kad jie negali priklausyti jokiai socialiniam ratui ar prasmingai prisidėti prie šio pasaulio (DeCou et al., 2019).

Manoma, kad tam tikri trauminiai įvykiai susiję su gėda stipriau nei kiti. Pavyzdžiui, viename tyrime nustatyta, kad gėda buvo labiau susijusi su tarpasmeninėmis traumomis (pvz., seksualiniu ar fiziniu užpuolimu) lyginant su netarpasmeninėmis (pvz., autoavarija) (Au et al., 2017). Tai gali būti dėl to, kad tarpasmeninės trauminės patirtys dažniausiai sukelia gėdą ne tik dėl kontrolės praradimo, bet ir dėl orumo bei galios praradimo, negalėjimo veikti pagal savo vertybes (Budden, 2009). Atlikta literatūros analizė atskleidė, kad su trauminėmis patirtimis susijusią gėdą gali sustiprinti baimė, daugkartinė viktimizacija, jau prieš trauminį įvykį egzistavęs gėdos jausmas, žema savivertė, stigmatizuojantys įvykiai (pvz., seksualinis smurtas) ir neigiamos kitų reakcijos (Laughlin, 2025).

Kalbant apie su trauminėmis patirtimis susijusią gėdą, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad ji gali būti suskirstoma į dvi rūšis: išorinę ir vidinę. Išorinė gėda yra susijusi su asmens susirūpinimu, ką apie jį manys kiti (pvz. baimė būti pažemintam, nuvertinam ar išjuoktam). Tuo tarpu vidinė gėda apima asmens paties savęs vertinimą kaip ydingą, silpną, netinkamą ar atstumiantį (Gilbert, 1997). Tai glaudžiai siejasi jau su anksčiau minėtais gėdos komponentais savęs nuvertinimu ir saviizoliacija. Gilbert teigimu, vidinė gėda kyla, kai individas suasmenina trauminę patirtį ir ją suvokia kaip asmeninės nesėkmės įrodymą (Gilbert, 1997). Tyrimų analizuojančių šias konkrečias su trauminėmis patirtimis susijusias gėdos rūšis trūksta, nes dauguma tyrimų orientuojasi į bendro gėdos patyrimo vertinimą, nesikoncentruojant tik į trauminių patirčių poveikį gėdos patyrimui.

Yra nustatyta sąsajų tarp su trauma susijusios gėdos ir psichopatologijų, tokių kaip su trauma susijęs stresas, depresija (DeCou et al., 2023) ir potrauminis streso sutrikimas (Cunningham et al., 2018a). Taip pat nustatytos sąsajos tarp su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos ir socialinio atsitraukimo, pablogėjusios sveikatos ir polinkio į suicidiškumą (Laughlin, 2025). Nustatyta, kad identifikavus, jog asmuo patiria su trauminėmis patirtimis susijusią gėdą ir taikant į tai orientuotas intervencijas, gali sumažėti trumpalaikių ir ilgalaikių psichikos sveikatos komplikacijų rizika (Au et al., 2017; DeCou et al., 2019; Øktedalen et al., 2014). Taigi su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos identifikavimas padeda ne tik geriau suprasti žmogų, bet ir suteikti jam reikiamą pagalbą.

1.5. Trauminių patirčių, su jomis susijusios gėdos, KPTSS ir depresijos sąsajos

1.5.1. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda, PTSS ir KPTSS

Tyrinėjant potrauminį streso sutrikimą, didelis dėmesys yra skiriamas baimei ir pykčiui, tačiau svarbu nepamiršti gėdos, nes ji dažnai siejama su pagalbos prašymo vengimu ir atsparumu intervencijoms (Badour et al., 2020). Literatūroje galima rasti teiginių, kad viena iš KPTSS varomųjų jėgų individo ir bendruomenės lygiu yra gėda (Salter & Hall, 2022). Farina ir kiti (2019) teigia, kad vaikams, kurių prierašumo objektas juos aktyviai žemina, tyčiojasi ar atstumia, kyla gilios ir lėtinės gėdos būsenos, dėl kurių formuojasi vengiantis ar dezorganizuotas prierašumas bei ilgalaikė psichopatologija, įskaitant KPTSS. Taip pat svarbu pažymėti, kad prierašumo objektas ir vaikas negyvena socialiniame vakuume. Pagrindinio globėjo reagavimą ir prisiderinimą prie vaiko formuoja šeimos ir bendruomenės kontekstas (Osher et al., 2020). Specifinių grupių ar bendruomenių patiriamas gėdinimas ir stigmatizacija, sąveikaudami su traumomis ir prievarta, gali paveikti tėvų ir vaiko santykį, o tai savo ruožtu didina KPTSS išsivystymo riziką (Salter & Hall, 2022).

Su gėda susijusi savikritika gali prisidėti prie PTSS simptomų palaikymo, stiprindama nuolatinės grėsmės jausmą (Ehlers & Clark, 2000). Nustatyta, kad tiek gėda kaip momentinė emocinė

būsena, tiek dispozicinė gėda (dažnumas, kuriuo individas patiria gėdą, nesusietą su jokia konkrečiu įvykiu) yra susijusios su PTSS ir KPTSS (López-Castro et al., 2019; Salter & Hall, 2022). Tyrimai taip pat rodo, kad gėda vaidina svarbų vaidmenį PTSS atsiradime, vystymesi ir palaikyme (López-Castro et al., 2019). Svarbu ir tai, kad pokyčiai su trauma susijusios gėdos patyrimo prognozuojama pokyčius PTSS simptomų išreikštume (Matloub Lepak et al., 2024). Tačiau vis dar trūksta tyrimų, analizuojančių būtent su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos sąveikas su PTSS, o ypač su KPTSS.

1.5.2. Ryšys tarp trauminių patirčių, su jomis susijusios gėdos ir KPTSS

Jau aptarta, kad kumuliacinė trauma yra svarbus KPTSS atsiradimo rizikos veiksnys (Kazlauskas et al., 2022). Savaimė suprantama, kad ne visiems asmenims, patyrusiems trauminius įvykius, išsivysto kompleksinis potrauminis streso sutrikimas, o tai rodo, kad egzistuoja veiksniai, moderuojantys šį ryšį. Mūsų tyrime bus keliama hipotezė, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda gali būti vienas iš šių veiksnių. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda gali skatinti žmogų manyti, kad trauminis įvykis yra asmeninės nesėkmės ar trūkumo įrodymas (Laughlin, 2025; Øktedalen et al., 2014), o tai prisideda prie potrauminio streso simptomų atsiradimo (Cunningham et al., 2018a). Nustatyta, kad gėda veikia kaip mediatorius tarp trauminių įvykių ir neigiamų pasekmių, tokių kaip potrauminis streso sutrikimas ir suicidiškumas (DeCou et al., 2019; La Bash & Papa, 2014). Vaikų ir paauglių imtyse taip pat nustatytas gėdos mediacinis vaidmuo tarp gyvenimo eigoje patirtų trauminių įvykių ir PTSS (Rukundo-Zeller et al., 2022). Veteranų imtyse buvo nustatyta, kad gėda yra ir moderatorius ir mediatorius emocijų reguliacijos sunkumų ir PTSS simptomų sunkumo ryšyje (Puhalla et al., 2021, 2022). Taigi nors ankstesni tyrimai dažniausiai nagrinėjo gėdą kaip mediatorių tarp trauminių patirčių ir PTSS, toks modelis nepaaiškina, kodėl esant panašiam skirtingų trauminių patirčių kiekiui asmenys patiria skirtingo sunkumo simptomus. Tai leidžia kelti prielaidą, kad gėda gali veikti ne tik kaip mechanizmas, bet ir kaip sąlyga, modifikuojanti trauminių patirčių poveikį. Taip pat ankstesniuose tyrimuose dažniausiai būdavo tiriama bendra gėda, tačiau trauminių patirčių kontekste yra svarbu atsižvelgti būtent į su trauminėmis patirtimis susijusią gėdą. Galiausiai, didžioji dalis tyrimų analizavo potrauminį streso sutrikimą, o šiame tyrime dėmesys skiriamas prastesne prognoze pasižyminčiam ir dėl naujumo daugiau tyrimų reikalaujančiam kompleksiniam potrauminio streso sutrikimui.

1.5.3. Sąsajos tarp trauminių patirčių, su jomis susijusios gėdos ir depresijos

Vaikystėje patirta kumuliacinė trauma didina riziką depresijos išsivystymui suaugus (Bolduc et al., 2018). Per visą gyvenimą patirtos kumuliacinės traumos sąsajos su depresija dar nėra iki galo aiškios, tačiau nustatyta, kad neseniai įvykę stresą keliantys įvykiai yra susiję su depresija

(Colman et al., 2013). Tame pačiame tyrime taip pat nustatyta, kad ryšys tarp neseniai įvykusių stresinių įvykių ir depresijos buvo stipresnis tarp asmenų, patyrusių trauminius įvykius vaikystėje. Tai patvirtina ir 2025 metais atliktas tyrimas, kuriame nustatyta, kad kelių trauminių įvykių patyrimas buvo reikšmingas prognostinis veiksnys depresijos išsivystymui (Gebresenbet et al., 2025). Tačiau depresijos paplitimas tarp trauminius įvykius patyrusių asmenų siekė 35,4 % (Gebresenbet et al., 2025), ir tai leidžia manyti, kad yra veiksnių, galinčių šį ryšį moderuoti. Galima kelti prielaidą, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda gali būti vienas iš moderuojančių veiksnių. Gėda apima neigiamą savęs vertinimą po traumos ir gali lemti, kaip asmuo interpretuoja patirtus įvykius ir savo vaidmenį juose (Øktedalen et al., 2014). Nustatyta, kad gėdą gali sustiprinti daugkartinė viktimizacija (Laughlin, 2025). Taip pat su trauminėmis patirtimis susijusi gėda apima savikritiką, bevertiškumo jausmą ir socialinį atsitraukimą, kurie yra būdingi ir depresiją turintiems asmenims (Au et al., 2017; Laughlin, 2025; World Health Organisation, 2021). Taigi galima matyti, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda yra susijusi tiek su trauminiais įvykiais, tiek su depresija, o ją gali sustiprinti daugkartinė viktimizacija. Mūsų tyrime keliamą prielaidą, kad, esant aukštam su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos lygiui, gali stiprėti asmens polinkis interpretuoti traumą kaip asmeninės nesėkmės ar trūkumo įrodymą, o tai siejasi su didesniu savęs nuvertinimu ir socialiniu atsitraukimu. Dėl to galima tikėtis, kad ryšys tarp kumuliacinės traumos ir depresijos simptomų bus stipresnis esant aukštesniam gėdos lygiui ir silpnesnis esant žemesniam. Taigi keliamą prielaidą, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda ne tik yra susijusi su kumuliacine trauma ir depresijos simptomais, bet ir keičia šio ryšio stiprumą, veikdama kaip moderuojantis kintamasis.

1.6. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Tyrimuose galima rasti įrodymų, kad egzistuoja ryšys tarp trauminių patirčių, su jomis susijusios gėdos, KPTSS ir depresijos simptomų. Vis dėl to, nors kompleksinis potrauminio streso sutrikimo apibrėžimas paskelbtas 2018 metų TLK-11 leidime, jo sąsajos su kitais konstruktais ir veikimo mechanizmai vis dar išlieka nepakankamai ištirti. Empiriniai tyrimai rodo, kad klinikinėse imtyse KPTSS paplitimas yra net didesnis nei PTSS, tačiau dėl diagnostinių iššūkių šis sutrikimas sunkiai atpažįstamas ir dėl to dažniausiai yra diagnozuojami kiti sutrikimai, taigi galima tikėtis, kad KPTSS laukia panaši ateitis.

Jau žinoma, kad tiek PTSS, tiek KPTSS išsivystymui svarbiausią vaidmenį atlieka trauminės patirtys, o „dozės – atsako“ modelis pabrėžia, jog kumuliacinė trauma turi stipresnes neigiamas pasekmes nei pavienė trauma. Šiuo metu tyrimuose galima pastebėti tendenciją daugiausiai dėmesio skirti vaikystėje patirtai kumuliacinei traumai. Suaugus patirtos kumuliacinės traumos ir jų sąsajos su psichopatologija išlieka nepakankamai ištirtos, o rezultatai – nevienareikšmiai. Be to, nors

KPTSS dažnai pasižymi dideliu komorbidiskumu su depresija, vis dar trūksta aiškumo, kaip šie sutrikimai tarpusavyje susiję, ypač trauminių patirčių kontekste.

Vienas iš potencialiai svarbiausių, tačiau vis dar nepakankamai ištirtų veiksnių, galinčių paaiškinti šiuos ryšius, yra su trauminėmis patirtimis susijusi gėda. Nors gėda tikrai nėra naujas konstruktas, trūksta tyrimų, kurie nagrinėtų būtent su trauminėmis patirtimis susijusią gėdą bei jos sąsajas su kumuliacine trauma, KPTSS ir depresija. Taip pat stokojama tyrimų, diferencijuojančių vidinės ir išorinės gėdos vaidmenį šiuose procesuose. Tyrimai leidžia numanyti, kad į gėdos mažinimą orientuotos intervencijos gali reikšmingai pagerinti gydymo rezultatus. Taip pat vis dar trūksta aiškumo, kokiomis sąlygomis ir kokiems asmenims kumuliacinė trauma yra labiau susijusi su KPTSS ir depresijos simptomais. Svarbu ieškoti atsakymų į klausimus, ar su trauminėmis patirtimis susijusi gėda gali veikti kaip moderuojantis veiksnys, stiprinantis arba silpninantis šiuos ryšius.

Atsižvelgiant į išvardytas spragas mokslinėje literatūroje, keliamas tyrimo tikslas - **nustatyti ir įvertinti sąsajas tarp trauminių patirčių, potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso, depresijos simptomų ir su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos pagalbos siekiančių suaugusiųjų imtyje.**

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti trauminių patirčių skirtingais amžiaus tarpsniais ir potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo bei depresijos rizikos paplitimą tyrimo imtyje.
2. Įvertinti kumuliacinės traumos, potrauminių streso reakcijų ir depresijos simptomų bei su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos sąsajas tyrimo imtyje.
3. Palyginti su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos patyrimą tarp potrauminio ir kompleksinio potrauminio streso rizikos grupių.
4. Išanalizuoti su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos prognostinę reikšmę prognozuojant PTSS, KPTSS ir depresijos simptomus.
5. Išanalizuoti su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos, kaip moderacinio veiksnio reikšmę, aiškinant ryšį tarp kumuliacinės traumos ir KPTSS bei depresijos simptomų.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Magistrinio darbo tyrimas yra platesnio mokslinių tyrimo projekto „Skaitmeninės technologijos psichotraumatologijoje: inovatyvios internetinės intervencijos potrauminio stresui veiksmingumas“ (Nr. S-MIP-23-14) dalis, kuris atliekamas Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Psichotraumatologijos centre. Projekto vadovė – doc. dr. Odeta Geleželytė. Tyrimui vykdyti buvo suteiktas Vilniaus universiteto psichologinių tyrimų atitikties mokslinių tyrimų etikai komiteto leidimas. Prieš pradedant dalyvauti, asmenys turėjo pateikti informuotą sutikimą. Tyrimo projektas registruotas tarptautinėje mokslinių tyrimų protokolų sistemoje „ClinicalTrials.gov“ (Nr. NCT06475716).

Dalyvauti tyrime buvo kviečiami suaugusieji (18+ m.), kurie moka skaityti ir rašyti lietuviškai, turi prieigą prie įrenginio su interneto ryšiu, kad galėtų naudotis programa, suteikė informuotą sutikimą dėl dalyvavimo programoje ir patiria PTSS simptomus, labiausiai susijusius su vienkartinė traumuojančia patirtimi. Duomenys, panaudoti magistriniame darbe, buvo atsitiktinai atrinkti iš visos tyrime užsiregistravusių dalyvių imties. Detali sociodemografinė informacija pateikta 1-oje lentelėje.

1 lentelė. *Sociodemografinės tyrimo dalyvių charakteristikos*

	Bendra imtis ($N = 143$)	
	n	%
Lytis		
Vyras	27	18,9
Moteris	115	80,4
Amžius		
Vidurkis (SD)	38,56 (12,32)	
Intervalas	18-69	
Šeimyninė padėtis		
Yra ilgalaikiuose santykiuose	80	55,9
Neturi ilgalaikių santykių	63	44,1
Tautybė		
Lietuvis	133	93,0
Lenkas	4	2,8
Rusas	2	1,4
Kita	4	2,8
Gyvenamoji vieta		
Miestas	125	87,4
Kaimas	18	12,6
Išsilavinimas		

Nebaigtas pagrindinis (mažiau nei 10 klasių)	0	0
Pagrindinis (pabaigta 10 klasių)	3	2,1
Vidurinis (pabaigta 12 klasių)	30	21,0
Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis	17	11,9
Aukštasis	93	65,0
Darbinė veikla		
Nestudijuoja ir nedirba	21	14,7
Tik studijuoja	17	11,9
Tik dirba	69	48,3
Ir studijuoja ir dirba	34	23,8
Pensijoje	2	1,4

2.2. Tyrimo instrumentai

2.2.1. Trauminės patirtys

Trauminių patirčių patyrimas buvo įvertintas naudojant Tarptautinį trauminių patirčių klausimyną (angl. *International Trauma Exposure Measure, ITEM* (Hyland, Karatzias, et al., 2021)). Autoriai nurodė, kad instrumentą galima naudoti be papildomo jų sutikimo. Lietuvišką klausimyno versiją parengė Geleželytė ir Kazlauskas (2022). Skalę sudaro 22 teiginiai, kuriais matuojamas trauminių gyvenimo įvykių, atitinkančių TLK-11 kriterijus, patyrimas. Klausama apie 21 skirtingą potencialiai traumuojančią patirtį skirtingais gyvenimo laikotarpiais: vaikystėje (iki 12 m.), paauglystėje (13 - 18 m.) ir pilnametystėje (>18 m.).

Visų vaikystėje patirtų skirtingų potencialiai trauminių įvykių balas (kumuliacinė trauma) apskaičiuojamas sudedant visus įvykius, kurie įvyko iki 12 metų amžiaus. Paauglystėje patirtų skirtingų trauminių įvykių skaičius nustatomas sudedant visus įvykius, kurie įvyko nuo 13 iki 18 metų. Suaugus patirtų trauminių įvykių skaičius gaunamas susumuojant visas traumines patirtis, įvykusias nuo 19 metų. Bendras viso gyvenimo trauminių įvykių skaičius nustatomas sudedant visas per gyvenimą įvykusias skirtingas potencialiai traumines patirtis. Taigi, tiriant dalyvių patirtis yra analizuojami ne tik pavieniai įvykiai, o ir kumuliacinė trauma.

2.2.2. Potrauminio streso sutrikimas ir kompleksinis potrauminio streso sutrikimas

PTSS ir KPTSS rizikai bei simptomų lygiui įvertinti buvo naudojamas Tarptautinis traumos klausimynas (angl. *The International Trauma Questionnaire, ITQ*; Cloitre et al., 2018). Šio instrumento naudojimui mokslinėje veikloje papildomas autorių sutikimas nėra reikalingas. Instrumentas adaptuotas ir išverstas į lietuvių kalbą (Kazlauskas et al., 2018).

ITQ susideda iš 18 teiginių, vertinančių PTSS ir DSO simptomus:

- Pirmoji skalės dalis matuoja PTSS simptomų išreikštumą. Ji susideda iš trijų simptomų grupių: pasikartojančio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje (teiginio pavyzdys - „*Sapnavau nemalonius sapnus, kuriuose buvo užuominų, susijusių su patyrimu, arba kurie buvo aiškiai susiję su patyrimu*“), vengimo (teiginio pavyzdys - „*vengiau minčių, jausmų ar kūno pojūčių (vidinių užuominų), kurie priminė tą patyrimą*“)) ir nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo (teiginio pavyzdys - „*buvau ypač budrus(-i), įsitempęs(-usi) ar akylas(-a)*“). Po šių teiginių yra pateikiami trys teiginiai apie tai, kiek aukščiau surašyti sunkumai paveikė santykius, darbą ar kurią nors kitą svarbią žmogaus gyvenimo sritį.
- Antroji skalės dalis matuoja DSO simptomų išreikštumą. Ji taip pat susideda iš trijų simptomų grupių: sutrikusios emocijų reguliacijos (teiginio pavyzdys – „*Man reikia daug laiko nusiraminti po to, kai būnu labai sunerimęs(-usi)*“), neigiamo savęs vaizdo (teiginio pavyzdys – „*Jaučiuosi visiškai(-a) nevykėlis(-ė)*“) ir sutrikusių santykių su kitais (teiginio pavyzdys – „*Jaučiuosi nutolęs(-usi) ar atsiribojęs(-usi) nuo žmonių*“). Po šių teiginių klausiama, ar per praėjusį mėnesį aukščiau išvardyti emociniai ar įsitikinimų apie save ir santykius sunkumai paveikė santykius, darbą ar kurią nors kitą svarbią gyvenimo sritį.

Skalių teiginiai yra vertinami 5 balų Likert'o tipo skale, nuo 0 = „visiškai ne“ iki 4 = „ypač stipriai“. PTSS rizikai nustatyti reikia patvirtinti bent vieną iš dviejų simptomų iš kiekvienos nurodytos simptomų grupės (pasikartojančio trauminės patirties išgyvenimo dabartyje, vengimo ir nuolatinio padidėjusios grėsmės jausmo) ir patvirtinti bent vieną iš trijų funkcinio sutrikimo požymių. Simptomas ar funkcinis požymis patvirtinamas, kai teiginys įvertinimas ≥ 2 balais. KPTSS rizikai nustatyti reikia patvirtinti bent vieną iš dviejų simptomų iš kiekvienos iš trijų PTSS simptomų grupių ir bent vieną iš dviejų simptomų iš kiekvienos iš trijų DSO simptomų grupių. Tiriamajam gali būti nustatoma PTSS arba KPTSS rizika, bet ne abiejų šių sutrikimų rizika. PTSS rizika yra patvirtinama, kai yra patenkinamas PTSS kriterijus, bet ne DSO kriterijus (patvirtinamas bent vienas iš dviejų simptomų iš kiekvienos iš trijų DSO simptomų grupių). KPTSS rizika yra patvirtinama, kai yra patenkinamas ir PTSS ir DSO kriterijus. Patvirtinus tik DSO kriterijų, rizikos grupė nėra išskiriama. Taip pat šis instrumentas gali būti naudojamas ne tik rizikos grupių išskyrimui, bet ir PTSS, DSO ir KPTSS simptomų lygiui nustatyti. Simptomų grupės suminis įvertis gali varijuoti nuo 0 iki 8, PTSS ir DSO suminis įvertis nuo 0 iki 24, o KPTSS nuo 0 iki 48 balų. Kuo aukštesnis įvertis, tuo labiau išreikšta simptomatika.

Instrumentas pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis (Cloitre et al., 2018). Lietuvoje atliktame tyrime taip pat nustatytas geras bendras klausimyno ir subskalių patikimumas (Kazlauskas et al., 2018). Šiame tyrime vidinis ITQ klausimyno suderintumas geras. Bendras viso klausimyno Cronbach $\alpha = 0,81$, PTSS $\alpha = 0,77$, o DSO $\alpha = 0,79$.

2.2.3. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda

Trečiasis konstruktas buvo matuojamas pasitelkiant Su trauma susijusios gėdos klausimyno trumpąją formą (angl. *Trauma Related Shame Inventory – Short Form, TRSI-SF*; Grau et al., 2022). Šis instrumentas buvo sukurtas kiekybiškai įvertinti gėdos, susijusios su trauminiais išgyvenimais, mastą. Svarbu atkreipti dėmesį, kad šis instrumentas skiriasi nuo kitų bendrų gėdos vertinimo metodų tuo, kad yra orientuotas būtent į trauminių patirčių sukeltą gėdą. TPSI-SF susideda iš 10 teiginių, kurie susigrupuoja į dvi subskales: vidinės ir išorinės gėdos. Vidinė gėda apima savęs nuvertinimą, mąstymą, kad žmogus yra ydingas, ir susvetimėjimą su pačiu savimi. Teiginio pavyzdys – „*Dėl savo trauminės patirties praradau pagarbą sau*“. Tuo tarpu išorinė gėda yra susijusi manymu, kad aplinkiniai žmogų mato kaip ydingą ir gali jį atstumti. Teiginio pavyzdys – „*Jei kiti žinotų, kas man nutiko, jie laikytų mane prastesniu(-e)*“.

Teiginiai yra vertinami 4 balų Likert'o skalėje, nuo „niekada“ iki „beveik visada“. Mažiausiai tiriamasis gali surinkti 0, o daugiausiai – 30 balų. Šis matavimo būdas padeda geriau suprasti, kaip stipriai gėda yra jaučiama traumuojančių prisiminimų ir savęs vertinimo kontekste (Øktedalen et al., 2014).

Originaliame klausimyno kūrimo tyrime vidinio patikimumo rodikliai yra aukšti. Tyrimas taip pat patvirtina, kad ši trumpoji versija yra validus su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos matavimo instrumentas (Grau et al., 2022). Lietuvoje atliktame tyrime taip pat nustatytas geras bendras klausimyno ir subskalių patikimumas (Gelezelyte et al., 2025). Šio tyrimo duomenys patvirtina autorių gautus rezultatus. Apskaičiuota, kad bendra instrumento Cronbach $\alpha = 0,91$, vidinės gėdos $\alpha = 0,87$, o išorinės gėdos $\alpha = 0,91$.

2.2.4. Depresija

Depresijos simptomų išreikštumas buvo vertinimas naudojant Tarptautinį depresijos klausimyną (angl. *International Depression Questionnaire, IDQ*, Shevlin et al., 2023). Lietuviškas šio instrumento vertinimas buvo atliktas Geleželytės ir Kazlausko (2023). IDQ, remdamasis TLK-11 kriterijais, vertina depresijos epizodo riziką ir simptomų išreikštumą. Klausimyną sudaro 9 teiginiai, vertinantys depresijos simptomatiką ir 1 teiginys - kasdienio funkcionavimo sutrikdymą. Teiginiai

klausimyne vertinami 5 balų Likert'o skalėje nuo 0 – „niekada“ iki 4 – „kiekvieną dieną“. Pagal TLK-11, depresija yra diagnozuojama, kai vienu metu pasireiškia bent penki depresijai būdingi simptomai. Jie turi pasireikšti beveik kasdien, didžiąją dienos dalį ir tai turi tęstis mažiausiai dvi savaites. Bent vienas simptomas turi būti iš afektinių simptomų grupės. Tai reiškia, kad, remiantis IDQ, depresijos rizika nustatoma, kai tiriamasis Likert'o skalėje pažymi 3 arba 4 balus bent penkiuose iš devynių klausimyno teiginių, tarp kurių 1-as arba 2-as (arba abu) teiginys turi būti pažymėtas, kaip patiriamas „didžiąją dalį dienų“ (> 2). Depresijos epizodo diagnostiniai kriterijai yra atitinkami, kai visos šios sąlygos yra patenkinamos ir į klausimą apie funkcinį sutrikimą yra atsakoma „taip“. Simptomatikos išreikštumas matuojamas sudedant 9 IDQ teiginių balus. Mažiausiai tiriamasis gali surinkti 0, o daugiausiai – 36 balus.

Autoriai nurodė geras instrumento psichometrinės charakteristikas (Shevlin et al., 2023). Lietuvoje atliktame tyrime gauti panašūs rezultatai (Geleželytė et al., 2025). Šiame tyrime taip pat rastas aukštas vidinis klausimyno suderintumas – Cronbach $\alpha = 0,90$.

2.3. Tyrimo eiga

Tiriamieji buvo kviečiami dalyvauti „Spring“ internetu teikiamoje programoje potrauminio streso simptomams mažinti ir jos veiksmingumo tyrime specialiai programai sukurtame tinklapyje www.spring.potrauminiamstresui.lt. Kvietimu į programą ir tyrimą buvo dalinamasi per Vilniaus universiteto svetaines, organizacijas, socialinius tinklus, žiniasklaidos priemones. Tiriamieji užsiregistruodami į tyrimą sutikdavo su pateiktu informuotu sutikimu dalyvauti tyrime ir užpildydavo pirminius savijautos vertinimo klausimynus. Asmenys, kurie atitiko įtraukimo kriterijus, buvo kviečiami dalyvauti nuotoliniame klinikiname TLK-11 potrauminio streso sutrikimo ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomų vertinimo interviu. Šiame darbe naudojami pirminės registracijos savijautos vertinimo klausimyno bei sociodemografinės anketos duomenys.

Šio darbo autorė prisidėjo prie „Spring“ programos adaptavimo Lietuvos populiacijai. Ji aktyviai dalyvavo tyrimo vykdymo ir duomenų rinkimo procese 2025 – 2026 metais ir buvo atsakinga už dalyvių dalyvavimo tyrime priežiūrą bei reguliarią komunikaciją su tyrimo dalyviais. Šio tyrimo autorė nuolat bendradarbiavo su pagrindine tyrėjų komanda, prisidėdama prie tyrimo organizavimo ir administravimo procesų bei gilino praktines mokslinių tyrimų vykdymo kompetencijas.

2.4. Duomenų analizė

Statistinė tyrimo duomenų analizė buvo atlikta naudojantis IBM SPSS.25 (angl. *Statistical Package for Social Science*). Ja buvo skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai,

procentinis duomenų pasiskirstymas ir standartiniai nuokrypiai). Tikrinant tyrime naudotų skalių vidinį suderintumą buvo skaičiuojami Cronbach α koeficientai.

Duomenų pasiskirstymo normalumas tikrintas naudojant histogramas ir duomenų eksceso ir asimetrijos koeficientus. Rasta, kad visų tyrime naudotų klausimynu duomenys reikšmingai nenukrypsta nuo normalaus pasiskirstymo. Dėl šios priežasties buvo taikyti parametriniai testai.

Sąsajos tarp konstrukčių buvo skaičiuotos pasitelkiant Pearson'o koreliaciją. Svarbu paminėti, kaip yra interpretuojami koreliacijos koeficiento dydžiai: $r = 0,1 - 0,29$ rodo silpną koreliaciją, $r = 0,30 - 0,49$ – vidutinio stiprumo ryšį, $r = 0,50 - 0,69$ – stiprų ryšį ir $r \geq 0,70$ - labai stiprų ryšį tarp kintamųjų (Cohen, 1992). Lyginant trijų skirtingų grupių vidurkius buvo naudojama vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Norint suprasti, kuri konkrečiai grupė skiriasi nuo kitų, buvo pasitelkta „Bonferroni“ *Post hoc* analizė. Siekiant įvertinti, ar gėda, susijusi su trauminėmis patirtimis, prognozuoja PTSS, KPTSS ir depresijos lygius, buvo pasitelkta daugialypė linijinė regresinė analizė. Galiausiai, siekiant įvertinti su trauma susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos sąveiką prognozuojant KPTSS ir depresijos simptomų lygį buvo pasitelkta moderacinė analizė naudojant PROCESS v4.2 makrokomandą (Hayes, 2022). Taikant šiuos kriterijus buvo atsižvelgta į kintamųjų multikolinearumą, imties dydį, išskirčių (angl. *outliers*) nebuvimą ir rezidualų normalumą.

3. REZULTATAI

3.1. Trauminių patirčių, potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos rizikos paplitimas tyrimo imtyje

Pirmam uždaviniui atsakyti visų pirma buvo įvertintas trauminių patirčių paplitimas tyrimo imtyje. Skirtingų trauminių patirčių paplitimo procentinis pasiskirstymas ir suminis įvertis buvo vertinami trijose skirtingose amžiaus grupėse: iki 12 metų, nuo 13 iki 18 metų ir nuo 19 metų. Taip pat buvo skaičiuojamas pasiskirstymas ir per visą gyvenimą (žr. 2 lentelę). Visi tiriamieji per gyvenimą patyrė bent vieną trauminių įvykių, su kuriais daugiausiai susidūrė suaugusiame amžiuje ($n = 132, 92,3 \%$).

2 lentelė. Trauminių įvykių paplitimas vaikystėje, paauglystėje, suaugus ir per visą gyvenimą tyrimo imtyje

Įvykis	0 – 12 m.		13 – 18 m.		19+ m.		Per visą gyvenimą	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Diagnozuota gyvybei pavojinga liga	11	7,7	4	2,8	23	16,1	32	22,4
2. Kažkas iš artimųjų tragiškai žuvo	17	11,9	10	7,0	22	15,4	45	31,5
3. Kažkam iš artimųjų buvo diagnozuota gyvybei pavojinga liga ar patyrė gyvybei pavojingą nelaimingą atsitikimą	16	11,2	15	10,5	61	42,7	85	59,4
4. Patyrė grasinimą ginklu	11	7,7	14	9,8	24	16,8	43	30,1
5. Patyrė fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų	68	47,6	31	21,7	10	7,0	76	53,1
6. Patyrė fizinį smurtą iš kitų žmonių	24	16,8	33	23,1	30	21,0	68	47,6
7. Patyrė seksualinę prievartą iš savo tėvų ar globėjų	6	4,2	2	1,4	2	1,4	10	7,0
8. Patyrė seksualinę prievartą iš kitų žmonių	12	8,4	13	9,1	19	13,3	35	24,5
9. Patyrė seksualinį priekabiavimą	19	13,3	40	28,0	48	33,6	63	44,1
10. Dalyvavo karo veiksmuose ar kitame koviniame konflikte	0	0	0	0	4	2,8	4	2,8
11. Buvo laikomas nelaisvėje ir (arba) kankinamas	3	2,1	2	1,4	3	2,1	7	4,9
12. Sukėlė itin didelių kančių ar mirtį kitam asmeniui	1	0,7	2	1,4	5	3,5	6	4,2
13. Buvo kito asmens mirties ar kančių liudininkas	12	8,4	13	9,1	45	31,5	60	42,0
14. Pateko į nelaimingą atsitikimą	15	10,5	8	5,6	33	23,1	46	32,2
15. Išliko stichinė nelaimė	1	0,7	0	0	1	0,7	2	1,4
16. Susidūrė su žmogaus sukelta katastrofa	1	0,7	2	1,4	9	6,3	10	7,0
17. Persekiojo kitas žmogus	4	2,8	13	9,1	40	28,0	53	37,1
18. Patyrė patyčias	35	24,5	56	39,2	17	11,9	75	52,4
19. Patyrė pažeminimą, nuvertinimą ar buvo įžeistas	51	35,7	75	52,4	87	60,8	127	88,8
20. Buvo priverstas jaustis nemylimas, nepageidaujamas ar bevertis	56	39,2	72	50,3	81	56,6	112	78,3

21. Buvo apleistas, ignoruojamas, atstumtas ar izoliuotas	50	35,0	58	40,6	56	39,2	92	64,3
22. Kitas anksčiau nepaminėtas įvykis	20	14,0	18	12,6	69	48,3	134	93,7
Patyrė bent vieną trauminį įvykį	114	79,7	118	82,5	132	92,3	143	100

Nustatyta, kad per visą gyvenimą tiriamieji vidutiniškai patyrė 11 skirtingų trauminių įvykių ($M = 11,21$, $SD = 5,76$). Atskirai vaikystėje ir paauglystėje patirtų skirtingų trauminių įvykių vidurkis siekia 3 ($M = 3,03$, $SD = 2,71$; $M = 3,36$, $SD = 2,69$), o suaugus – 5 ($M = 4,82$, $SD = 2,95$).

Toliau buvo vertinimas PTSS ir KPTSS rizikos paplitimas tyrimo imtyje. Buvo rasta, kad 33 tiriamieji (23,1 %) pateko į PTSS rizikos grupę ir 59 (41,3 %) tiriamieji pateko į KPTSS rizikos grupę. Galiausiai buvo tiriama depresijos rizikos paplitimas imtyje. Buvo rasta, kad 61 (42,7 %) tiriamasis atitinka TLK-11 depresijos epizodo riziką.

3.2. Sąsajos tarp PTSS, KPTSS ir depresijos simptomų, su trauma susijusios gėdos bei kumuliacinės traumos skirtingais amžiaus tarpsniais

Norint įgyvendinti antrą uždavinį pasitelkta Pearson'o koreliacija. Buvo apskaičiuotos koreliacijos tarp kompleksinio potrauminio streso, potrauminio streso ir depresijos simptomų lygio, su trauma susijusios gėdos bei kumuliacinės traumos skirtingais amžiaus tarpsniais (žr. 2 priedą).

Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp PTSS ir DSO simptomų grupių bei jų bendrų suminių įverčių. Stipriausia koreliacija rasta tarp PTSS ir DSO suminių įverčių ($r = 0,62$; $p < 0,001$).

Stiprus ryšys nustatytas tarp depresijos ir KPTSS simptomų lygio ($r = 0,70$, $p < 0,001$). Tiek PTSS, tiek DSO simptomų grupių visi simptomai teigiamai siejosi su depresijos simptomų lygiu. Tarp DSO ir depresijos simptomų rastos vidutinio stiprumo koreliacijos (nuo $r = 0,39$, $p < 0,001$ iki $r = 0,48$, $p < 0,001$). Panašaus stiprumo koreliacijos rastos ir tarp PTSS ir depresijos simptomų (nuo $r = 0,32$, $p < 0,001$ iki $r = 0,41$, $p = 0,001$). Iš DSO simptomų grupių labiausiai su depresijos simptomais buvo susijęs neigiamas savęs vaizdas ($r = 0,48$, $p < 0,001$), o iš PTSS simptomų – grėsmės jausmas ($r = 0,41$, $p < 0,001$).

Taip pat analizuotas ryšys tarp KPTSS simptomų išreikštumo ir su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos. Rasta, kad visi KPTSS simptomai teigiamai koreliuoja su bendru gėdos įverčiu. Tarp PTSS grupės simptomų ir bendro gėdos įverčio rastos silpnos koreliacijos (nuo $r = 0,21$, $p < 0,05$ iki $r = 0,25$, $p < 0,01$). Tuo tarpu tarp DSO grupės simptomų ir bendro gėdos įverčio rastos daugiausiai vidutinio stiprumo koreliacijos (nuo $r = 0,28$, $p < 0,01$ iki $r = 0,45$, $p < 0,001$). Stipriausiai

bendras gėdos įvertis koreliuoja su DSO suminiu įverčiu ($r = 0,49, p < 0,001$). Žvelgiant į su trauma susijusios gėdos subskales galima pastebėti, kad vidinės su trauma susijusi gėda koreliuoja su visais KPTSS simptomais (nuo $r = 0,24, p < 0,01$ iki $r = 0,52, p < 0,001$). Tuo tarpu išorinė su trauma susijusi gėda koreliuoja tik su bendru PTSS ir DSO įverčiu bei DSO grupės simptomais (nuo $r = 0,21, p < 0,05$ iki $r = 0,36, p < 0,001$). Vidinė su trauma susijusi gėda stipriausiai koreliuoja su neigiamu savęs vaizdu ($r = 0,52, p < 0,001$), o išorinė gėda su suminiu DSO įverčiu ($r = 0,36, p < 0,001$).

Buvo analizuojama, kaip kumuliacinė trauma susijusi su KPTSS simptomais. Didžiausia koreliacija stebėta tarp bendro KPTSS ir suminio skirtingų trauminių patirčių įverčio ($r = 0,43, p < 0,001$). Žvelgiant į KPTSS simptomus labiausiai su kumuliacine trauma per visą gyvenimą yra susiję DSO simptomai: neigiamas savęs vaizdas ir sutrikę santykiai ($r = 0,36, p < 0,001$; $r = 0,38, p < 0,001$). Kumuliacinė trauma vaikystėje ir paauglystėje taip pat labiausiai siejosi su DSO simptomais: neigiamu savęs vaizdu ir sutrikusiais santykiais ($r = 0,29, p < 0,001$; $r = 0,26, p < 0,01$ ir $r = 0,40, p < 0,001$; $r = 0,34, p < 0,001$). Kumuliacinė trauma suaugus labiausiai siejosi su PTSS simptomais: pasikartojančiu trauminės patirties išgyvenimu dabartyje ir vengimu ($r = 0,27, p < 0,01$; $r = 0,25, p < 0,01$). Taigi galima pastebėti, kad kumuliacinė trauma vaikystėje ar paauglystėje labiau siejasi su DSO, o suaugus – su PTSS simptomais.

Taip pat buvo siekiama išsiaiškinti, ar yra ryšys tarp depresijos ir su trauma susijusios gėdos. Nustatyta, kad bendra su trauma susijusi gėda koreliuoja su depresijos simptomais ($r = 0,37, p < 0,001$). Tarp vidinės su trauma susijusios gėdos ir depresijos simptomų rasta vidutinio stiprumo koreliacija ($r = 0,40, p < 0,001$), o tarp išorinės su trauma susijusios gėdos ir depresijos simptomų rasta silpna koreliacija ($r = 0,26, p < 0,01$).

Tiriant depresijos simptomų ir kumuliacinės traumos ryšį nustatyta, kad depresija su per visą gyvenimą patirtų skirtingų trauminių įvykių suma koreliuoja silpnai ($r = 0,27, p < 0,01$). Žvelgiant į skirtingus amžiaus tarpsnius rasta, kad paauglystės kumuliacinė trauma silpnai koreliuoja su depresija ($r = 0,26, p < 0,01$). Reikšmingo ryšio tarp kumuliacinės traumos vaikystėje ar suaugus ir depresijos simptomų nebuvo rasta.

Galiausiai, tirtas ryšys tarp gėdos, susijusios su trauminėmis patirtimis, ir kumuliacinės traumos. Nustatyta vidutinio stiprumo koreliacija tarp šių dviejų konstrukčių ($r = 0,38, p < 0,001$). Galima matyti, kad stipriausios koreliacijos rastos tarp vidinės su trauma susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos vaikystėje ar paauglystėje ($r = 0,37, p < 0,001$; $r = 0,41, p < 0,001$). Kumuliacinė trauma suaugus reikšmingai siejosi tik su išorine gėda ($r = 0,18, p < 0,05$).

3.3. Su trauma susijusios gėdos patyrimo palyginimas tarp potrauminio ir kompleksinio potrauminio streso rizikos grupių

Norint įgyvendinti trečiąjį uždavinį pasitelkta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Buvo palyginti asmenų, priklausančių PTSS, KPTSS rizikos ir nei vienai iš šių grupių, duomenys (žr. 3 lentelė).

3 lentelė. *Su trauma susijusios gėdos ir jos subskalių rodiklių palyginimas PTSS, KPTSS rizikos bei ne rizikos grupėse*

	Nėra rizikos grupėje		PTSS rizikos grupėje		KPTSS rizikos grupėje		<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>			
Gėda	7,27 (6,17)	51	7,67 (6,25)	33	13,34 (8,17)	59	12,11	2	<0,001
Vidinė gėda	4,55 (3,57)	51	4,82 (3,68)	33	8,27 (4,57)	59	13,94	2	<0,001
Išorinė gėda	2,73 (3,44)	51	2,85 (3,68)	33	5,07 (4,38)	59	5,98	2	0,003

Pastaba. *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Analizė parodė, kad tarp KPTSS ir PTSS rizikos grupių bei grupės, kurioje šių sutrikimų rizika nebuvo rasta, ir gėdos išreikštumo egzistuoja reikšmingi skirtumai.

Atlikus *post hoc* analizę, taikant Bonferroni korekciją, nustatyta, kad reikšmingi bendros gėdos, susijusios su trauminėmis patirtimis, išreikštumo skirtumai egzistuoja tarp KPTSS ir PTSS rizikos grupių ($p = 0,001$) bei tarp KPTSS rizikos grupės ir grupės, nepasižyminčios nei KPTSS, nei PTSS rizika ($p < 0,001$). Reikšmingų skirtumų tarp PTSS rizikos grupės ir grupės, kuri nepasižymi PTSS ir KPTSS rizika, nebuvo rasta. Tokia pati tendencija nustatyta tiriant vidinės ir išorinės gėdos, susijusios su trauminėmis patirtimis, skirtumus tarp minėtų grupių. Šie rezultatai rodo, kad asmenims, patenkantiems į KPTSS rizikos grupę, būdingas aukštesnis su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos lygis nei asmenims, kurie priklauso PTSS rizikos grupei ar nepriklauso nei vienai iš šių rizikos grupių.

3.4. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda kaip prognostinis PTSS, KPTSS ir depresijos simptomų veiksnys

Ketvirta, siekiant įvertinti, ar su trauminėmis patirtimis susijusi gėda prognozuoja PTSS simptomų lygį, pasitelkta daugialypė linijinė regresinė analizė (žr. 4 lentelę). Amžius įtrauktas kaip kontroliuojamas kintamasis.

4 lentelė. Daugialypė linijinė regresinė analizė PTSS simptomų lygiui prognozuoti

	PTSS		β	t	p	R^2
	B	95% CI				
Vidinė gėda	0,68	[0,35 – 1,02]	0,42	4,06	0,001	0,15
Išorinė gėda	-0,05	[-0,41 – 0,30]	-0,03	-0,29	0,773	
Amžius	0,06	[-0,03 – 0,15]	0,10	1,29	0,199	

Pastaba. PTSS – potrauminio streso sutrikimas; CI – pasikliautinis intervalas. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Regresinės analizės rezultatai rodo, kad vidinė ir išorinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda bei tyrimo dalyvių amžius paaiškino 15 % PTSS simptomų dispersijos (4 lentelė). Vidinė gėda buvo reikšmingas PTSS prediktorius, tuo tarpu išorinė su trauma susijusi gėda statistiškai reikšmingai šio sutrikimo simptomų neprognozavo.

Toliau buvo analizuojama ar su trauminėmis patirtimis susijusi gėda prognozuoja KPTSS simptomų lygį (žr. 5 lentelę). Amžius įtrauktas kaip kontroliuojamas kintamasis.

5 lentelė. Daugialypė linijinė regresinė analizė KPTSS simptomų lygiui prognozuoti

	KPTSS		β	t	P	R^2
	B	95% CI				
Vidinė gėda	1,45	[0,88 – 2,02]	0,49	5,05	0,001	0,24
Išorinė gėda	0,08	[-0,53 – 0,68]	0,02	0,25	0,804	
Amžius	0,06	[-0,10 – 0,22]	0,06	0,74	0,461	

Pastaba. KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; CI – pasikliautinis intervalas. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Analizė atskleidė, kad vidinė ir išorinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda bei tyrimo dalyvių amžius paaiškino 24 % KPTSS simptomų dispersijos (5 lentelė). Kaip ir ankstesnėje analizėje, vidinė gėda buvo reikšmingas KPTSS prediktorius, tuo tarpu išorinė su trauma susijusi gėda statistiškai reikšmingai KPTSS simptomų neprognozavo.

Taip pat buvo atlikta dar viena daugialypė linijinė regresinė analizė siekiant įvertinti, ar vidinė ir išorinė gėda prognozuoja depresijos simptomų lygį (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Daugialypė linijinė regresinė analizė depresijos simptomų lygiui prognozuoti

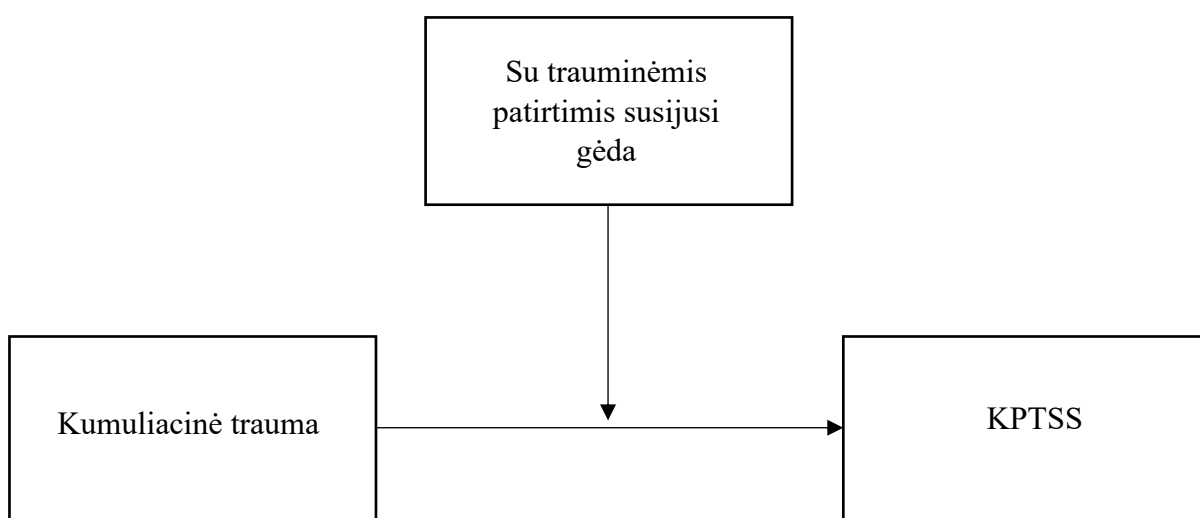
	Depresija		β	t	P	R^2
	B	95% CI				
Vidinė gėda	0,68	[0,85 – 1,96]	0,38	3,70	0,001	0,15
Išorinė gėda	0,02	[-0,52 – 0,68]	0,01	0,12	0,902	
Amžius	-0,04	[-0,10 – 0,22]	-0,07	-0,86	0,393	

Pastaba. CI – pasikliautinis intervalas. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Nustatyta, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda paaiškino 15 % depresijos simptomų dispersijos ($R^2 = 0,15$). Vidinė gėda reikšmingai prognozavo depresijos simptomus. Išorinė gėda nebuvo reikšmingas prediktorius.

3.5. Su trauma susijusios gėdos, kaip moderacinio veiksnio, analizė aiškinant ryšį tarp kumuliacinės traumos ir KPTSS simptomų bei tarp kumuliacinės traumos ir depresijos simptomų

Siekiant įvertinti su trauma susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos sąveiką prognozuojant KPTSS simptomus buvo pasitelkta moderacinė analizė. Šioje analizėje moderatoriumi yra laikoma su trauminėmis patirtimis susijusi gėda (žr. 1 paveikslas). Išplėstinės analizės rezultatai pateikiami 7 lentelėje.



1 pav. Teorinis modelis, aiškinantis moderatoriaus (su trauminėmis patirtimis susijusi gėda) poveikį ryšiui tarp kumuliacinės traumos ir KPTSS simptomų

7 lentelė. Su trauma susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos sąveika prognozuojant KPTSS simptomus

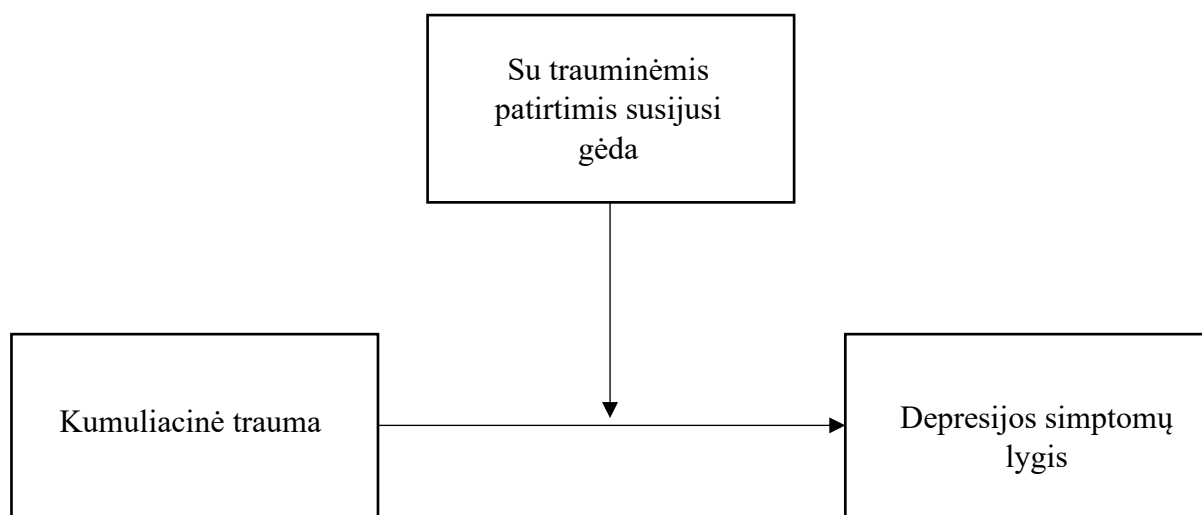
Kintamasis	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI
Konstanta	24,15	3,26	7,41	0,000	[17,71 – 30,59]
Kumuliacinė trauma (X)	1,02	0,31	3,33	0,001	[0,42 – 1,63]
Gėda (W)	0,90	0,26	3,44	0,001	[0,38 – 1,41]
X x W	-0,03	0,02	-1,39	0,168	[-0,07 – 0,01]

Pastaba. X – kumuliacinė trauma; W – su trauma susijusi gėda; CI – pasikliautinis intervalas; $R^2 = 0,29$, $F(3, 139) = (19,15)$, $p < 0,001$.

Apskaičiuota, kad modelis statistiškai reikšmingas ir paaiškina 29,2 % KPTSS simptomų variacijos. Kumuliacinės traumos ir gėdos sąveikos efektas nebuvo statistiškai

reikšmingas, tad galima teigti, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda neveikia ryšio tarp trauminių patirčių ir KPTSS simptomų.

Taip pat buvo tirta su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos sąveika prognozuojant depresijos simptomų lygį (žr. 2 paveikslas).



2 paveikslas. Teorinis modelis, aiškinantis moderatoriaus (su trauminėmis patirtimis susijusi gėda) poveikį ryšiui tarp kumuliacinės traumos ir depresijos simptomų

8 lentelė. *Su trauma susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos sąveika prognozuojant depresijos simptomų lygį*

Kintamasis	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI
Konstanta	12,29	2,17	5,66	0,000	[8,00 – 16,59]
Kumuliacinė trauma (X)	0,29	0,20	1,41	0,160	[-0,12 – 0,69]
Gėda (W)	0,39	0,17	2,26	0,026	[0,05 – 0,73]
X x W	-0,01	0,01	-0,45	0,653	[-0,03 – 0,02]

Pastaba. X – kumuliacinė trauma; W – su trauma susijusi gėda; CI – pasikliautinis intervalas; $R^2 = 0,16$, $F(3, 139) = (8,65)$, $p < 0,001$.

8 lentelėje matoma, kad modelis statistiškai reikšmingas ir paaiškina 15,7 % depresijos simptomų variacijos. Su trauma susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos sąveika nebuvo statistiškai reikšminga prognozuojant depresijos simptomų lygį.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime siekta nustatyti ir įvertinti sąsajas tarp trauminių patirčių, potrauminio streso, kompleksinio potrauminio streso, depresijos simptomų ir su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos pagalbos siekiančių suaugusiųjų imtyje. Pirmiausia, siekiant suprasti tyrimo imties kontekstą, buvo nustatytas trauminių patirčių, PTSS, KPTSS ir depresijos rizikos paplitimas joje. Tyrimo imtyje stebėtas didelis trauminių patirčių paplitimas, su kuriomis dažniausiai susidurta suaugus. Vidutiniškai per visą gyvenimą tiriamieji patyrė 11 skirtingų trauminių įvykių. Beveik ketvirtadalis tiriamųjų priklausė PTSS rizikos grupei, dar daugiau priklausė KPTSS ir depresijos rizikos grupėms. Šie rezultatai atkreipia dėmesį į didelį trauminių įvykių ir su jais susijusių psichologinių sunkumų paplitimą pagalbos siekiančių suaugusių imtyje.

Vertinant kumuliacinės traumos, potrauminių reakcijų, su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos ir depresijos simptomų sąsajas, nustatyta, kad visi šie kintamieji tarpusavyje teigiamai susiję. Iš visų KPTSS simptomų, stipriausiai su gėda, kumuliacine trauma ir depresijos simptomais siejosi sutrikusios saviorganizacijos (DSO) simptomų grupės neigiamas savęs vaizdas. Išsamiau analizuojant potrauminių reakcijų ir su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos ryšį, nustatyta, kad KPTSS rizikos grupei priskirti asmenys pasižymėjo aukštesniu su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos lygiu nei tie, kurie priklausė PTSS ar nei vienai iš šių rizikos grupių. Taip pat nustatyta, kad tik vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda buvo prognostinis PTSS, KPTSS ir depresijos simptomų veiksnys. Galiausiai buvo vertinama gėdos, kaip moderacinio veiksnio, svarba aiškinant ryšį tarp kumuliacinės traumos, KPTSS ir depresijos simptomų; čia reikšmingų sąsajų nenustatyta. Toliau šie rezultatai aptariami plačiau.

Mūsų tyrimo imtyje visi tiriamieji per gyvenimą nurodė patyrę bent vieną potencialiai traumuojantį įvykį. Šis trauminių patirčių paplitimas nestebina, nes dalyvauti tyrime buvo kviečiami suaugusieji, patiriantys PTSS simptomus, kurie atsiranda po trauminių įvykių. Šioje imtyje tiriamieji nurodė, kad vaikystėje dažniausiai patyrė fizinį smurtą iš savo tėvų ar globėjų, o paauglystėje ir suaugus – pažeminimą, nuvertinimą ar įžeidinėjimą. Literatūroje galima rasti prieštaringų rezultatų. Pavyzdžiui, Kinijoje, naudojant tą patį trauminių patirčių įvertinimo instrumentą, nustatyta, kad dažniausiai asmenys susidūrė su artimo žmogaus gyvybei grėsminga liga ar įvykiu (Li et al., 2025). Lietuvoje nustatyta, kad labiausiai paplitę trauminiai įvykiai buvo staigi artimojo mirtis, stiprus žmogaus kentėjimas ir autoavarijos (Kvedaraite et al., 2021). Tuo tarpu Ispanijoje atliktame tyrime, kaip ir mūsų tyrime nustatyta, kad dažniausiai tiriamieji susidūrė su pažeminimu, nuvertinimu ar įžeidinėjimu (O'Higgins et al., 2022). Skirtumus tarp ankstesnės literatūros ir šio tyrimo rezultatų galima aiškinti tuo, kad Lietuvoje buvo naudojamas kitas instrumentas trauminių įvykių paplitimui

vertinti, kuriame pažeminimas ir nuvertinimas nebuvo įtraukti kaip trauminiai įvykiai, o Kinijoje buvo tirta ne pagalbos ieškanti populiacija ir įtakos galėjo turėti kultūriniai skirtumai.

PTSS ir KPTSS rizikos paplitimas pagalbos siekiančiųjų imtyje siekė 64,4 %. Iš jų, beveik dvigubai daugiau pateko į KPTSS rizikos grupę (41,3 %) nei į PTSS rizikos grupę (23,1 %). Tokio aukšto šių sutrikimų rizikos paplitimo buvo galima tikėtis dėl specifinės šio tyrimo imties. Lietuvoje atliktame bendrosios populiacijos tyrime nustatyta, kad PTSS yra labiau paplitęs nei KPTSS (PTSS 5,8 %, KPTSS 1,8 %), tačiau Danijoje atliktame tyrime su klinicine imtimi rezultatai sutapo su mūsų tyrimo rezultatais (PTSS 8 %, KPTSS 36 %) (Kvedaraite et al., 2022; Møller et al., 2020). Kadangi mūsų tyrimo imtis yra dėl savo psichologinių sunkumų pagalbos siekiantys asmenys, jie labiau atitinka klinikinės imties nei bendrosios populiacijos charakteristikas. Taigi Lietuvoje specialistams, dirbantiems su pagalbos siekiančiais žmonėmis, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad savo praktikoje jie dažniau gali susidurti su kompleksinės psichologinių traumų pasekmes patiriančiais žmonėmis.

Beveik pusė tiriamųjų priklausė depresijos rizikos grupei (42,7 %). Nors bendrojoje populiacijoje depresijos paplitimas siekia tik apie 4 %, šiame tyrime toks aukštas depresijos rizikos paplitimas gali būti aiškinamas tuo, kad visi tiriamieji buvo patyrę bent vieną trauminį įvykį, o tai yra reikšmingas rizikos veiksnys depresijos išsivystymui (Carlson et al., 1997; WHO, 2025). Taip pat KPTSS neretai būna komorbidiškas su depresija (Hyland et al., 2021), taigi atsižvelgiant į KPTSS rizikos paplitimą šioje imtyje, nekeista matyti tokį aukštą ir depresijos rizikos paplitimą.

Siekiant geriau suprasti su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos sąsajas su KPTSS rizika buvo lyginamas gėdos lygis tarp PTSS, KPTSS ir nepriklausančių nei vienai iš šių rizikos grupių asmenų. Nustatyta, kad asmenims, patenkantiems į KPTSS rizikos grupę, būdingas aukštesnis su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos lygis nei asmenims, kurie priklauso PTSS rizikos grupei ar nepriklauso nei vienai iš šių rizikos grupių. Šiuos rezultatus patvirtina ir ankstesnis tyrimas. Pavyzdžiui, tyrime, atliktame su paaugliais, nustatyta, kad KPTSS turinčių tiriamųjų grupėje gėdos lygis buvo reikšmingai aukštesnis nei PTSS ar paauglių, kurie patyrė trauminį įvykį ir patyrė afektinius simptomus (Kothgassner et al., 2025). Kyla klausimas, kuo į KPTSS rizikos grupę patenkantys asmenys skiriasi nuo į PTSS ar ne į vieną grupę nepatenkančių asmenų ir kaip šie skirtumai susiję su aukštesniu su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos lygiu. KPTSS nuo PTSS skiriasi papildomais užsitęsusiais saviorganizacijos simptomais, vienas iš jų - itin neigiamas savęs suvokimas. Kothgassner su kolegomis (2025) svarsto, kad užsitęsusi ir perteklinė gėda gali sustiprinti trauminio įvykio prisiminimų skausmingumą, jų intensyvumą bei dažnumą. Taip pat gali skatinti ruminaciją apie trauminį įvykį, ypač apie neigiamas savo savybes, o tai glaudžiai siejasi su KPTSS neigiamo savęs suvokimo simptomu. Kitais žodžiais tariant, gėda gali skatinti asmenį galvoti apie

trauminių įvykių ir prisiminti detales, kurios stiprina neigiamą savęs suvokimą, o būtent jis ir yra viena iš esminių savybių, skiriančių KPTSS nuo PTSS (Kothgassner et al., 2025).

Tai pat mūsų tyrime nustatyta, kad tik vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda prognozavo PTSS ir KPTSS simptomus. Nepavyko rasti tyrimų, analizuojančių su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos reikšmę prognozuojant KPTSS, tačiau rasta tyrimų apie PTSS. Šiame tyrime gauti rezultatai dera su ankstesniais tyrimais, kuriuose taip pat nustatyta, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda yra reikšmingas PTSS prediktorius. Pavyzdžiui, atliktame tyrime su veteranais nustatyta, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda buvo reikšmingas PTSS prediktorius (Cunningham et al., 2018b). Kitame tyrime nustatyta, kad su trauma susijusios gėdos silpnėjimas siejosi su PTSS simptomų mažėjimu, tuo tarpu PTSS simptomų mažėjimas nebūtinai lėmė gėdos silpnėjimą (Matloub Lepak et al., 2024). Kadangi mūsų tyrime atsiskleidė, jog asmenims su KPTSS būdingas dar didesnis su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos išreikštumas nei žmonėms su PTSS, tai leidžia kelti prielaidą, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda gali būti svarbus tiek PTSS, tiek KPTSS simptomus palaikantis veiksnys. Ši sąsaja gali būti aiškinama tuo, kad iki traumos turėtos asmens prielaidos apie save trauminių įvykių metu neretai yra sugriauamos. Dėl to gali formotis neigiamas savęs vertinimas ar suvokimas, kad asmuo yra nepakankamas, o tai prisideda prie PTSS simptomų išsivystymo ir jų palaikymo (Matloub Lepak et al., 2024). Kitas galimas gėdos ir PTSS sąveikos mechanizmo paaiškinimas susijęs su tuo, kad PTSS patiriantys asmenys simptomus gali priskirti negebėjimui jų veiksmingai valdyti, o tai gali stiprinti savikritiką bei aktyvuoti jau prieš traumą susiformavusias gėdos schemas (pvz. „aš esu silpnas“) (Matloub Lepak et al., 2024). Tokie veikimo mechanizmai gali būti dar ryškesni KPTSS kontekste. Tai dera su šiuo tyrime gautu rezultatu, kad tik vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda buvo reikšmingas prognostinis veiksnys. Vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda apima savęs vertinimą kaip ydingo, silpno ir netinkamo, priešingai nei išorinė gėda, kuri labiau orientuota į asmens susirūpinimą ką apie jį manys kiti (Gilbert, 1997). Taigi galima matyti, kad būtent vidinis savęs nuvertinimas turi reikšmingesnę ryšį su potrauminių sutrikimais.

Taip pat mūsų tyrime buvo tiriamas su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos moderacinis vaidmuo kumuliacinės traumos ir KPTSS ryšiui. Kadangi kumuliacinė trauma yra svarbus KPTSS atsiradimo rizikos veiksnys (Kazlauskas et al., 2022) ir ne visiems asmenims, patyrusiems trauminius įvykius, išsivysto KPTSS, buvo keliamą prielaidą, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda gali būti šį ryšį moderuojantis veiksnys. Atlikus analizę paaiškėjo, kad šiame tyrime kumuliacinės traumos ir gėdos sąveikos efektas nebuvo reikšmingas, taigi galima teigti, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda neveikė ryšio tarp skirtingų trauminių patirčių visumos ir KPTSS simptomų. Nepavyko rasti tyrimų, analizuojančių tokį moderacinį ryšį, tačiau yra tyrimų,

nagrinėjančių medijacinį panašių konstrukto ryšį. 2025 metais atliktame tyrime nustatyta, kad skirtingų trauminių įvykių patyrimo ir DSO simptomų grupės ryšį reikšmingai medijavo polinkis jausti gėdą (Oasi et al., 2025). Kitame tyrime nustatyta, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda medijuoja ryšį tarp neigiamų su trauma susijusių atribucijų ir PTSS simptomų (Seah & Berle, 2022). Kadangi yra tyrėjų manančių, kad kumuliacinė trauma yra susijusi su stipresnėmis neigatyviomis potrauminėmis kognicijomis (Reiland & Harrington, 2025), galima kelti prielaidą, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda yra svarbus veiksnys kumuliacinės traumos ir KPTSS ryšyje, tik galimai gėda veikia ne kaip moderacinis, o kaip tarpininkaujantis veiksnys. Taip pat svarbu atsižvelgti ir į tai, kad moderacinis efektas galėjo būti silpnas, bet reikšmingas, tačiau silpno efekto aptikimui reikėtų didesnės tyrimo imties (McClelland & Judd, 1993).

Mūsų tyrime taip pat buvo analizuojamos depresijos simptomų sąsajos su kumuliacine trauma, su trauminėmis patirtimis susijusia gėda ir KPTSS. Kaip ir buvo tikėtasi, tarp depresijos ir KPTSS simptomų nustatyta stipri koreliacija. Tai patvirtina ir ankstesni tyrimai, kuriuose teigiama, kad depresija ir KPTSS ne tik dažnai pasireiškia vienas šalia kito, vietomis persidengia, bet ir sąveikauja (Gilbar, 2020). Mūsų tyrime didesnis dėmesys buvo skiriamas depresijos ir su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos sąveikai. Nustatyta, kad vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda yra prognostinis depresijos simptomų lygio veiksnys. Tai patvirtina ir ankstesni tyrimai, kuriuose teigiama, kad polinkis jausti gėdą yra susijęs su padidėjusiu depresijos simptomų sunkumu (Nikolić et al., 2022). Kitame tyrime buvo nustatyta, kad ruminacija medijuoja ryšį tarp su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos ir depresijos simptomų (Richter et al., 2026). Įdomu tai, kad mūsų tyrime depresijos simptomus prognozavo tik vidinė, o ne išorinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda. Tai gali būti dėl to, kad vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda apima tokius išgyvenimus, kaip neigiamas savęs vertinimas ir savikritiškumas, kurie yra būdingi ir depresijai (WHO, 2018). Tuo tarpu išorinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda galėjo neprognozuoti depresijos simptomų sunkumo dėl to, kad žmogus gali manyti, jog jį kiti teisia, tačiau pats savęs taip stipriai nenuvertinti.

Galiausiai buvo analizuojamas su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos moderacinis vaidmuo kumuliacinės traumos ir depresijos ryšiui. Buvo keliama prielaida, kad esant aukštam su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos lygiui gali stiprėti asmens polinkis interpretuoti traumą kaip asmeninės nesėkmės ar trūkumo įrodymą. Rezultatų analizė atskleidė, kad šiame tyrime su trauminėmis patirtimis susijusi gėda nebuvo reikšmingas moderacinis veiksnys, aiškinant kumuliacinės traumos ir depresijos ryšį. Kaip ir pirmojo moderacijos modelio atveju, tyrimų, analizuojančių būtent tokį ryšį, rasti nepavyko. Gana panašus tyrimas buvo atliktas Portugalijoje, kuriame buvo nustatyta, kad išorinė gėda medijavo ryšį tarp kumuliacinio svarbių gyvenimo įvykių

skaičiaus ir depresijos simptomų (Coelho et al., 2021). Kitas tyrimas nustatė, kad generalizuota gėda medijuoja ryšį tarp vaikystėje patirto smurto ir depresijos simptomų suaugus (Labonté & Kealy, 2024). Atsižvelgiant į ankstesnių ir šio tyrimo rezultatus, galima kelti prielaidą, kad su trauminėmis patirtimis susijusi gėda galimai veikia labiau kaip mechanizmas, per kurį kumuliacinė trauma daro poveikį depresijos simptomams, o ne kaip sąlyga, keičianti šių konstrukto tarpusavio ryšį.

4.1. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Vertinant šio tyrimo rezultatus, svarbu atsižvelgti į jo ribotumus. Pirmiausia, šio tyrimo tiriamieji buvo pagalbos dėl patirtų trauminių įvykių ieškantys suaugusieji. Tai reiškia, kad tyrimo rezultatai negali būti apibendrinami nei visai Lietuvos populiacijai, nei Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje besigydančių asmenų populiacijai. Tačiau į šį ribotumą galima žvelgti ir kaip į stiprybę, nes specialistai dažniausiai dirba būtent su pagalbos ieškančiais asmenimis, taigi šios imties supratimas gali prisidėti prie geresnio šių žmonių poreikių supratimo bei efektyvesnių intervencijų kūrimo ir taikymo. Norint gautus rezultatus generalizuoti, ateities tyrimus reikėtų atlikti su didesne imtimi ir užtikrinti vienodą lyčių pasiskirstymą, nes mūsų tyrimo didžioji imties dalis buvo moterys.

Dar vienas ribotumas buvo tai, kad trauminių įvykių patyrimo instrumentas, naudotas šiame tyrime, kumuliacinę traumą matavo sudedant skirtingų trauminių įvykių skaičių, tačiau nebuvo atsižvelgiama į tai, kad vienas traumos tipas galėjo įvykti daug kartų ar būti užsitęsęs. Tai galėjo daryti įtaką kumuliacinės traumos ir KPTSS ryšių analizei, nes KPTSS dažnai atsiranda po užsitęsusių ar pasikartojančių traumų (Maercker et al., 2022), kurių šiame tyrime atskirai neanalizavome. Taip pat, nors ankstesnėje literatūroje kalbama apie skirtingą tarpasmeninių ir netarpasmeninių trauminių įvykių ryšį su potrauminio streso sutrikimais ir gėda (Au et al., 2017; Creamer et al., 2001; Kazlauskas et al., 2022; Liu et al., 2017), mūsų tyrime toks trauminių įvykių kategorizavimas nebuvo atliktas. Atsižvelgiant į tai, kad ankstesniuose tyrimuose nustatyta, kad tarpasmeninės traumos turi stipresnes sąsajas su PTSS, KPTSS ir gėda, ateities tyrimuose svarbu toliau gilinti supratimą, kaip šie konstruktai sąveikauja.

Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad duomenys apie tiriamųjų patirtas traumines patirtis buvo renkami remiantis retrospektyvia savistata, o tai neužtikrina prisiminimų tikslumo ir neiškraipymo. Be to, PTSS ir KPTSS rizikai vertinti buvo pasitelktas savistatos klausimynas, nors „auksiniu standartu“ potrauminio streso įvertinimui laikomas klinikinio interviu metodas (Siqueland et al., 2017), tad ateities tyrimuose rekomenduojama jį taikyti. Dar vienas šio tyrimo ribotumas yra tai, kad nebuvo taikytas longitudinalinio tyrimo dizainas, kuris būtų leidęs kelti prielaidas apie priežastinius ryšius tarp konstrukto.

Galiausiai, šiame tyrime rezultatams įtakos galėjo turėti kiti, tyrime nevertinti konstruktai, tokie kaip socialinė parama ir/ar disociacija. Nustatyta, kad žema socialinė parama ir disociacija yra susijusi su didesne KPTSS rizika (Dorahy et al., 2013; Simon et al., 2019), taigi tolimesniuose tyimuose, siekiant dar geriau suprasti kumuliacinės traumos, KPTSS, gėdos ir depresijos ryšio kompleksiskumą, į analizę būtų naudinga įtraukti ir kitus veiksnius.

Apibendrinant, KPTSS ir su trauminėmis patirtimis susijusią gėdą nagrinėjantis tyrimų laukas dar yra besivystantis. Dėl KPTSS diagnostinės kategorijos naujumo, kompleksiskumo, komorbidiškumo su kitais sutrikimais būtina tirti šį sutrikimą ir jo veikimo mechanizmus. Planuojant naujus tyrimus svarbu orientuotis į naujų ir efektyvių intervencijų kūrimą bei atsižvelgti būtent į su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos galimą svarbą.

4.2. Praktinės rekomendacijos

Atsižvelgiant į šio tyrimo rezultatus ir mokslinės literatūros analizę, galima suformuluoti kelias praktines rekomendacijas. Pirmiausia, atsižvelgiant į šiuo metu pernelyg retą PTSS diagnozavimą Lietuvoje ir šio sutrikimo komorbidiškumą su depresija, svarbu didinti specialistų gebėjimą atpažinti PTSS, ypač KPTSS simptomatiką. Manoma, kad specialistai neretai nepastebi PTSS, nes vengia kalbėti su pacientais apie trauminius įvykius, bijodami paaštrinti esamus simptomus ar dėl neaiškumo, kaip valdyti pasireiškusius PTSS simptomus (Lewis et al., 2022). Šie autoriai taip pat teigia, kad asmenys, turintys PTSS ar KPTSS diagnozę, dažniau naudojami bendrosios medicinos paslaugomis, todėl tinkamas sutrikimo identifikavimas ir simptomų mažinimas padeda ne tik asmeniui, bet gali sumažinti ir bendrus sveikatos apsaugos sistemos kaštus.

Supratus KPTSS simptomų mažinimo svarbą, kyla klausimas, kaip tai padaryti. Yra sukurta ne viena PTSS gydymo metodika (pvz., ilgalaikės ekspozicijos terapija, kognityvinio perdurbimo terapija, į traumą orientuota kognityvinė elgesio terapija) (Watkins et al., 2018), tačiau ne visos jos tinka ir KPTSS simptomų mažinimui. Be to, dauguma intervencijų sudarytos neatsižvelgiant į KPTSS komorbidiškumą su kitais sutrikimais ir kaip tai gali paveikti gydymą (Lewis et al., 2022). Nors pamažu atsiranda intervencijų, orientuotų būtent į KPTSS simptomų mažinimą (Dumarkaite et al., 2021), šiuo metu vis dar nepakanka tyrimų, kad būtų galima užtikrintai rekomenduoti veiksmingiausią KPTSS simptomų mažinimo būdą. Literatūroje galima rasti vis daugiau tyrimų, nagrinėjančių su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos vaidmenį KPTSS gydyme ir pabrėžiančių poreikį intervencijų metu orientuotis į gėdos mažinimą, nes to nedarymas gali lemti gydymo užsitęsimą, stagnaciją ar net prastesnius rezultatus (Deborah et al., 2026; Øktedalen et al., 2015). Šis tyrimas prisideda prie egzistuojančios literatūros, pagrįsdamas su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos svarbą KPTSS kontekste bei atkreipdamas dėmesį būtent į vidinės su trauminėmis patirtimis

susijusios gėdos vaidmenį. Apibendrinant, atliekant tolimesnius tyrimus ir kuriant KPTSS intervencijas, reikėtų sutelkti dėmesį į vidinės su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos mažinimą bei atsižvelgti į KPTSS, depresijos ir gėdos sąveikas.

IŠVADOS

1. Visi tiriamieji per gyvenimą patyrė bent vieną potencialiai trauminį įvykį. Vidutiniškai tiriamieji nurodė patyrę 11 skirtingų trauminių įvykių: vidutiniškai tris vaikystėje, tris paauglystėje ir penkis - suaugus. Nustatyta, kad 23,1 % tiriamųjų pateko į PTSS, 41,3 % į KPTSS ir 42,7 % į depresijos rizikos grupes.
2. Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp kumuliacinės traumos, su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos, depresijos ir KPTSS simptomų. Stipriausi ryšiai rasti tarp šių psichikos sveikatos sunkumų ir KPTSS neigiamo savęs vaizdo simptomų.
3. Asmenims, patenkantiems į KPTSS rizikos grupę, buvo būdinga stipriau patiriama su trauminėmis patirtimis susijusi gėda, lyginant su asmenimis, priklausančiais PTSS rizikos grupei ar nepriklausančiais nei vienai iš šių rizikos grupių.
4. Vidinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda prognozavo PTSS, KPTSS ir depresijos simptomų stiprumą. Išorinė su trauminėmis patirtimis susijusi gėda tyrime reikšmingai šių sutrikimų simptomų neprognozavo.
5. Su trauminėmis patirtimis susijusi gėda nebuvo reikšmingas moderacinis veiksnys aiškinant ryšį tarp kumuliacinės traumos ir KPTSS bei tarp kumuliacinės traumos ir depresijos. Tai reiškia, kad sąsaja tarp kumuliacinės traumos ir KPTSS bei kumuliacinės traumos ir depresijos nepriklauso nuo su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos lygio.

PRIEDAI

PRIEDAS 1: DIRBTINIO INTELEKTO (DI) NAUDOJIMO DEKLARACIJA

Studento/ės vardas ir pavardė: Laura Stanevičiūtė

Baigiamojo darbo tema: Ryšys tarp su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos, kompleksinio potrauminio streso ir depresijos simptomų pagalbos siekiančių suaugusiųjų imtyje.

Vadovaudamasis/i „Dirbtinio intelekto naudojimo Vilniaus universitete gairėmis“, patvirtinu, kad rengdamas/a 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 (pvz., ChatGPT 5.3)	Kita svarbi informacija
Literatūros paieškai	☒ Panaudota ☐ Nenaudota	Vilniaus universiteto bibliotekos mokslinių tyrimų asistentas	☒ Patvirtinu, kad susipažinau su pirminiais į darbą įtrauktais literatūros šaltiniais
Tyrimo stimulinės medžiagos kūrimui	☐ Panaudota ☒ Nenaudota		
Santraukos vertimui į anglų kalbą	☒ Panaudota ☐ Nenaudota	ChatGPT 5.3	
Gramatinių klaidų paieškai	☒ Panaudota ☐ Nenaudota	ChatGPT 5.3	Gramatinių, sintaksės ir skyrybos klaidų paieškai

Data: 2026-05-05

2 priedas. PTSS, DSO, KPTSS, depresijos simptomų, su trauminėmis patirtimis susijusios gėdos ir kumuliacinės traumos sąsajos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
PTSS simptomai																	
1. Pasikartojantis išgyvenimas	-																
2. Vengimas	0,43***	-															
3. Grėsmės jausmas	0,43***	0,44***	-														
4. PTSS suminis įvertis	0,70***	0,76***	0,77***	-													
DSO simptomai																	
5. Sutrikusi afekto reguliacija	0,19*	0,15	0,22**	0,31***	-												
6. Neigiamas savęs vaizdas	0,26**	0,22**	0,31***	0,41***	0,33***	-											
7. Sutrikę santykiai	0,16	0,36***	0,19*	0,38***	0,51***	0,48***	-										
8. DSO suminis įvertis	0,32***	0,41***	0,39***	0,62***	0,66***	0,75***	0,82***	-									
9. KPTSS suminis įvertis	0,56***	0,65***	0,65***	0,90***	0,54***	0,65***	0,67***	0,90***	-								
10. Depresijos suminis įvertis	0,32***	0,36***	0,41***	0,61***	0,39***	0,48***	0,44***	0,65***	0,70***	-							
11. Vidinė gėda	0,24**	0,29**	0,28**	0,37***	0,29***	0,52***	0,41***	0,51***	0,49***	0,40***	-						
12. Išorinė gėda	0,13	0,16	0,14	0,22**	0,21*	0,28**	0,34***	0,36***	0,32***	0,26**	0,63***	-					
13. Bendras gėdos įvertis	0,21*	0,25**	0,23**	0,33***	0,28***	0,45***	0,41***	0,49***	0,46***	0,37***	0,91***	0,89***	-				
14. Kumuliacinė trauma iki 12m.	0,20*	0,14	0,18*	0,21*	0,13	0,29***	0,26**	0,28**	0,28**	0,16	0,37***	0,18*	0,31***	-			
15. Kumuliacinė trauma 13-18m.	0,21*	0,18*	0,21*	0,28**	0,16	0,40***	0,34***	0,40***	0,38***	0,26**	0,41***	0,23**	0,36***	0,56***	-		
16. Kumuliacinė trauma 19+m.	0,27**	0,25**	0,13	0,24**	0,17*	0,07	0,19*	0,18*	0,24**	0,15	0,07	0,18*	0,13	-0,02	0,13	-	
17. Kumuliacinė trauma per gyvenimą	0,33***	0,28**	0,25**	0,36***	0,22***	0,36***	0,38***	0,41***	0,43***	0,27**	0,40***	0,28**	0,38***	0,72***	0,79***	0,56***	-

Pastaba: PTSS – potrauminio streso sutrikimas; KPTSS – kompleksinio potrauminio streso sutrikimas; DSO – sutrikusios savivorganizacijos simptomai; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; Statistiškai reikšmingos vidutinio ir didelio stiprumo koreliacijos pažymėtos paryškintu šriftu

LITERATŪRA

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., & Olff, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behavior Therapy, Special Issue: Treating Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Innovations and Understanding Processes of Change*, 48(2), 207–221. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.012>
- Badour, C. L., Dutton, C. E., Wright, J. J., Jones, A. C., & Feldner, M. T. (2020). Shame Proneness, Negative Cognitions, and Posttraumatic Stress among Women with a History of Sexual Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(6), 699–713. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1725211>
- Banyard, K. J. M., Elizabeth A. Moschella, Sherry Hamby, Victoria. (2019). Developmental Stage of Onset, Poly-Victimization, and Persistence of Childhood Victimization: Impact on Adult Well-Being in a Rural Community-Based Study - Kimberly J. Mitchell, Elizabeth A. Moschella, Sherry Hamby, Victoria Banyard, 2020. *Child Maltreatment*. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1077559519859080>
- Ben Barnes, J., Hayes, A. M., Contractor, A. A., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2018). The structure of co-occurring PTSD and depression symptoms in a cohort of Marines pre- and post-deployment. *Psychiatry Research*, 259, 442–449. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.045>

- 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>
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M.-È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018). Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood: The Role of Mindfulness and Dissociation. *Mindfulness*, 9(5), 1594–1603. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3>
- Bonanno, G. A., Romero, Sara A., & Klein, S. I. (2015). The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139–169. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.992677>
- Bonde, J. P., Utzon-Frank, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentoft, M., Olesen, K., Rod, N. H., & Rugulies, R. (2016). Risk of depressive disorder following disasters and military deployment: Systematic review with meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 208(4), 330–336. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157859>
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 81–87. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830130087016>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
- Brewin, C. R., Miller, J. K., Soffia, M., Peart, A., & Burchell, B. (2022). Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in UK police officers. *Psychological Medicine*, 52(7), 1287–1295. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003025>

- Briere, J., Agee, E., & Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 439–446. <https://doi.org/10.1037/tra0000107>
- Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., & Carter, A. S. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 725–733. <https://doi.org/10.1002/jts.20593>
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1032–1039. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.032>
- Carlson, E. B., Furby, L., Armstrong, J., & Shlaes, J. (1997). A Conceptual Framework for the Long-Term Psychological Effects of Traumatic Childhood Abuse. *Child Maltreatment*, 2(3), 272–295. <https://doi.org/10.1177/1077559597002003009>
- Choi, H., Kim, N., & Lee, A. (2021). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among organized violence survivors in modern South Korean history of political oppression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 34(2), 203–214. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1839889>
- Christensen, M. C., Florea, I., Loft, H., & McIntyre, R. S. (2020). Efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder reporting childhood or recent trauma. *Journal of Affective Disorders*, 263, 258–266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.074>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma

- as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408.
<https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Coelho, H. L., Trindade, I. A., Mendes, A. L., & Ferreira, C. (2021). The mediating role of shame and fear of compassion on the relationship between major life events and depressive symptoms. *Current Psychology*, 40(9), 4553–4562. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00396-6>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
<https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Colman, I., Garad, Y., Zeng, Y., Naicker, K., Weeks, M., Patten, S. B., Jones, P. B., Thompson, A. H., & Wild, T. C. (2013). Stress and development of depression and heavy drinking in adulthood: Moderating effects of childhood trauma. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 265–274. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0531-8>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237–1247. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004287>
- Cunningham, K. C., Davis, J. L., Wilson, S. M., & Resick, P. A. (2018a). A relative weights comparison of trauma-related shame and guilt as predictors of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptom severity among US veterans and military members. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 163–176. <https://doi.org/10.1111/bjc.12163>
- Cunningham, K. C., Davis, J. L., Wilson, S. M., & Resick, P. A. (2018b). A relative weights comparison of trauma-related shame and guilt as predictors of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptom severity among US veterans and military members. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 163–176. <https://doi.org/10.1111/bjc.12163>

- Deborah, L., Dorothy, K., & N, K., James. (2026, April 28). *Compassion Focused Therapy to Address Shame and Guilt: A Case Study of a Client With Complex PTSD | Journal of Clinical Psychology*. DeepDyve. <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/compassion-focused-therapy-to-address-shame-and-guilt-a-case-study-of-61OQb93Qms>
- DeCou, C. R., Lynch, S. M., Weber, S., Richner, D., Mozafari, A., Huggins, H., & Perschon, B. (2023). On the Association Between Trauma-Related Shame and Symptoms of Psychopathology: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1193–1201. <https://doi.org/10.1177/15248380211053617>
- DeCou, C. R., Mahoney, C. T., Kaplan, S. P., & Lynch, S. M. (2019). Coping self-efficacy and trauma-related shame mediate the association between negative social reactions to sexual assault and PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 51–54. <https://doi.org/10.1037/tra0000379>
- Diamond, P. R., Airdrie, J. N., Hiller, R., Fraser, A., Hiscox, L. V., Hamilton-Giachritsis, C., & Halligan, S. L. (2022). Change in prevalence of post-traumatic stress disorder in the two years following trauma: A meta-analytic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2066456. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066456>
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & F.W. Dyer, K. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.010>
- Dumarkaite, A., Truskauskaite-Kuneviciene, I., Andersson, G., Mingaudaite, J., & Kazlauskas, E. (2021). Effects of Mindfulness-Based Internet Intervention on ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 12(11), 2754–2766. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01739-w>

- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Facer-Irwin, E., Karatzias, T., Bird, A., Blackwood, N., & MacManus, D. (2022). PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: Prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychological Medicine*, 52(13), 2794–2804. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004936>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Flach, V. I., & Cariola, L. A. (2025). Developmental Trauma and Shame-proneness: A systematic review. *Trends in Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-025-00441-3>
- Gebresenbet, E. A., Zegeye, S., & Biratu, T. D. (2025). Prevalence and associated factors of depression and posttraumatic stress disorder among trauma patients: Multi-centered cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1447232. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1447232>
- Gelezelyte, O., Guogaite, G., & Kazlauskas, E. (2025). Trauma-related shame and depression moderate the relationship between complex posttraumatic stress and suicidal ideation in a treatment-seeking adult sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 17(1), 2604994. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2604994>
- Geleželytė, O., Guogaitė, G., Nomeikaitė, A., Bisson, J., Lewis, C., Jackūnaitė, G., Kasperavičiūtė, E., & Kazlauskas, E. (2025). Potrauminio streso sutrikimo simptomų pokyčiai pasinaudojus į traumą orientuotos kognityvinės elgesio terapijos principais grįsta internetu teikiama

- intervencija: Bandomojo tyrimo rezultatai. *Psichologija*, 72, 37–55.
<https://doi.org/10.15388/Psichol.2025.72.3>
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of Affective Disorders*, 262, 429–439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.060>
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113–147.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x>
- Grau, P. P., Singh, R. S., Zhang, X., & Wetterneck, C. T. (2022). Development and initial validation of the Trauma-Related Shame Inventory—Short Form. *Traumatology*, 28(2), 256–266.
<https://doi.org/10.1037/trm0000324>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. Guilford Publications.
- Held, P., Owens, G. P., & Anderson, S. E. (2015). The interrelationships among trauma-related guilt and shame, disengagement coping, and PTSD in a sample of treatment-seeking substance users. *Traumatology*, 21(4), 285–292. <https://doi.org/10.1037/trm0000050>
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- Hovens, A. M. van H., Brenda W. J. H. Penninx, Erik J. Giltay, Philip Spinhoven, Jacqueline G. F. M. (2015, July 22). Impact of Childhood Life Events and Childhood Trauma on the Onset and Recurrence of Depressive and Anxiety Disorders. *Psychiatrist.Com*.
<https://www.psychiatrist.com/jcp/impact-childhood-life-events-childhood-trauma-onset/>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD?

- Implications for DSM–5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 133–141. <https://doi.org/10.1037/tra0000908>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kawakami, N., ... Koenen, K. C. (2014). Cumulative Traumas and Risk Thresholds: 12-Month Ptsd in the World Mental Health (wmh) Surveys. *Depression and Anxiety*, 31(2), 130–142. <https://doi.org/10.1002/da.22169>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887–894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Gelezelyte, O., Nomeikaite, A., & Zelviene, P. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Adjustment Disorder in Lithuanian Healthcare in 2018-2020: A Nation-Wide Cohort Study of the Effects of COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 9(11), 1422. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111422>
- Kazlauskas, E., Jovarauskaite, L., Abe, K., Brewin, C. R., Cloitre, M., Daniunaite, I., Haramaki, Y., Hihara, S., Kairyte, A., Kamite, Y., Sugimura, K., Thoresen, S., Zelviene, P., & Truskauskaite-Kuneviciene, I. (2022). Trauma exposure and factors associated with ICD-11

- PTSD and complex PTSD in adolescence: A cross-cultural study in Japan and Lithuania. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e49. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000336>
- Kessler, R. C., & Magee, W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23(3), 679–690. <https://doi.org/10.1017/s0033291700025460>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Komarovskaya, I. A., Booker Loper, A., Warren, J., & Jackson, S. (2011). Exploring gender differences in trauma exposure and the emergence of symptoms of PTSD among incarcerated men and women. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(3), 395–410. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.572989>
- Kothgassner, O. D., Macura, S., Goreis, A., Klinger, D., Pfeffer, B., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Kafka, J. X., Zesch, H. E., Felnhöfer, A., & Plener, P. L. (2025). Stress reactivity during short trauma narratives in adolescents with post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2532273. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2532273>
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Kairyte, A., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2022). Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Lithuanian

- general population. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1727–1736.
<https://doi.org/10.1177/00207640211057720>
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Karatzias, T., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2021). Mediating role of avoidance of trauma disclosure and social disapproval in ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder: Cross-sectional study in a Lithuanian clinical sample. *BJPsych Open*, 7(6), e217. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1055>
- La Bash, H., & Papa, A. (2014). Shame and PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 159–166. <https://doi.org/10.1037/a0032637>
- Labonté, L. E., & Kealy, D. (2024). Linking childhood maltreatment and depressive symptoms: Identity, shame, and age effects. *Current Psychology*, 43(13), 11904–11913.
<https://doi.org/10.1007/s12144-023-05274-w>
- Lacerenza, C. N., Joseph, D. L., & Cassisi, J. E. (2020). Are we assessing guilt correctly? An investigation of the psychometric properties of a prominent guilt measure. *Motivation and Emotion*, 44(4), 567–582. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09810-9>
- Langtry, J., Owczarek, M., McAteer, D., Taggart, L., Gleeson, C., Walshe, C., & Shevlin, M. (2021). Predictors of PTSD and CPTSD in UK firefighters. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1849524. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1849524>
- Laughlin, L. M. (2025). Trauma-Related Shame: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 21(2), 104–113. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000527>
- Letica-Crepulja, M. 1, Stevanović, A. 1, Protuđer, M. 2, Juretić 1, T. G., Rebić, J. 1, Frančišković, T. 1 1 D. for P., Psychological Medicine, F. of M., Department of Psychiatry, C. H. C. R., & Treatment, T. I. of P. H. of P.-G. C. (2020). *Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD*. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1716593>
- Lewis, C., Lewis, K., Roberts, A., Edwards, B., Evison, C., John, A., Meudell, A., Parry, P., Pearce, H., Richards, N., Jones, I., & Bisson, J. I. (2022). Trauma exposure and co-occurring ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder in adults with lived

- experience of psychiatric disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(3), 258–271.
<https://doi.org/10.1111/acps.13467>
- Lewis, H. B. (1971). Shame and Guilt in Neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419–438.
- Lewis, M. (1993). Shame: The Exposed Self. *J Nerv Ment Dis.*
https://www.academia.edu/48046207/Shame_The_Exposed_Self
- Li, K., Liu, Y., Zhong, B., & Tong, J. (2025). Trauma exposure, prevalence and associated factors of complex PTSD in mainland China: A cross-sectional survey. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2502208. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2502208>
- Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., de Girolamo, G., Haro, J. M., Hinkov, H., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... World Health Organization World Mental Health Survey Collaborators. (2017). Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270–281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- López-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K., & Dambreville, N. (2019). Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 484–495. <https://doi.org/10.1002/jts.22411>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60–72.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)

- Matloub Lepak, J., Zhang, X., Grau, P. P., & Wetterneck, C. T. (2024). Does change in trauma-related shame predict change in PTSD symptomatology? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(5), 711–721. (2023-63371-001). <https://doi.org/10.1037/tra0001454>
- McClelland, G. H., & Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, 114(2), 376–390. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.376>
- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Sogaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 421–431. <https://doi.org/10.1111/acps.13161>
- Murphy, D., Karatzias, T., Busuttill, W., Greenberg, N., & Shevlin, M. (2021). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: Risk factors and comorbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(7), 1289–1298. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02028-6>
- Nelson, J., Klumpparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Nikolić, M., Hannigan, L. J., Krebs, G., Sterne, A., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2022). Aetiology of shame and its association with adolescent depression and anxiety: Results from a prospective twin and sibling study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(1), 99–108. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13465>
- Noble, N. C. 1, Merker, J. B. 1, Webber, T. K. 1, Ressler, K. J. 2, Seligowski, A. V. 2 1 M. H., & Department of Psychiatry, H. M. S. (2023). *PTSD and depression severity are associated with cardiovascular disease symptoms in trauma-exposed women*. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2234810>
- Oasi, O., Shevlin, M., Lasalvia, A., Bonetto, C., Cristofalo, D., Marzocco, G., Somma, C., Toscano, M., Karatzias, T., & Cavallera, C. (2025). Shame and Guilt Proneness as Mediators of

- PTSD/DSO Symptoms in Young Adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(4), e70131. <https://doi.org/10.1002/cpp.70131>
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390–1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1390>
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, 18(3), 316–325. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.832730>
- O'Higgins, M., Barrios, I., Amarilla, D., Figueredo, P., Almirón-Santacruz, J., Ruiz-Díaz, N., Melgarejo, O., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., & Torales, J. (2022). The International Trauma Questionnaire: An assessment of the psychometric properties of its Spanish version. *Electronic Journal of General Medicine*, 19(6), em408. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12389>
- Øktedalen, T., Hagtvet, K. A., Hoffart, A., Langkaas, T. F., & Smucker, M. (2014). The Trauma Related Shame Inventory: Measuring Trauma-Related Shame Among Patients with PTSD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 600–615. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9422-5>
- Øktedalen, T., Hoffart, A., & Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting—A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(5), 518–532. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.917217>
- Osher, D., Cantor, P., Berg, J., Steyer, L., & Rose, T. (2020). Drivers of human development: How relationships and context shape learning and development1. *Applied Developmental Science*, 24(1), 6–36. <https://doi.org/10.1080/10888691.2017.1398650>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta*

Psychiatria Scandinavica, 101(1), 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>

Person, C., Tracy, M., & Galea, S. (2006). Risk Factors for Depression After a Disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 659. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235758.24586.b7>

Proroković, A., Cavka, M., & Cubela Adorić, V. (2005). Psychosomatic and depressive symptoms in civilians, refugees, and soldiers: 1993-2004 longitudinal study in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 46(2), 275–281.

Puhalla, A., Flynn, A., & Vaught, A. (2021). Shame as a Mediator in the Association Between Emotion Dysregulation and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Reductions Among Combat Veterans in a Residential Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 35, 302–307. <https://doi.org/10.1002/jts.22721>

Puhalla, A., Flynn, A., & Vaught, A. (2022). Shame as a Mediator in the Association Between Emotion Dysregulation and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Reductions Among Combat Veterans in a Residential Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 302–307. <https://doi.org/10.1002/jts.22721>

Reiland, S., & Harrington, E. (2025). Posttraumatic Cognitions Mediate Relationships Between Cumulative Trauma Exposure and Mental Health Outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 34(8), 1206–1220. <https://doi.org/10.1080/10926771.2025.2544166>

Richter, S. G., Brenner, L. H., & Ghaznavi, S. (2026). The relationship between shame, rumination, self-compassion, and symptoms of post-traumatic stress disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 403, 121393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121393>

- Rowe, A.-L., Perich, T., & Meade, T. (2024). Bipolar disorder and cumulative trauma: A systematic review of prevalence and illness outcomes. *Journal of Clinical Psychology, 80*(3), 692–713. <https://doi.org/10.1002/jclp.23650>
- Rukundo-Zeller, A. C., Bambonye, M., Mugisha, H., Muhoza, J., Ndayikengurukiye, T., Nitanga, L., Rushoza, A. A., & Crombach, A. (2022). Is shame the missing link between traumatic experiences and post-traumatic stress disorder in Burundian children living on the streets? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(4), 1416–1425. <https://doi.org/10.1002/cpp.2725>
- Salter, M., & Hall, H. (2022). Reducing Shame, Promoting Dignity: A Model for the Primary Prevention of Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(3), 906–919. <https://doi.org/10.1177/1524838020979667>
- Sartor, C. E., McCutcheon, V. V., Pommer, N. E., Nelson, E. C., Grant, J. D., Duncan, A. E., Waldron, M., Bucholz, K. K., Madden, P. a. F., & Heath, A. C. (2011). Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychological Medicine, 41*(7), 1497–1505. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002072>
- Seah, R., & Berle, D. (2022). Shame Mediates the Relationship Between Negative Trauma Attributions and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in a Trauma Exposed Sample. *Clinical Psychology in Europe, 4*(3), e7801. <https://doi.org/10.32872/cpe.7801>
- Shevlin, M., Hyland, P., Butter, S., McBride, O., Hartman, T. K., Karatzias, T., & Bentall, R. P. (2023). The development and initial validation of self-report measures of ICD-11 depressive episode and generalized anxiety disorder: The International Depression Questionnaire (IDQ) and the International Anxiety Questionnaire (IAQ). *Journal of Clinical Psychology, 79*(3), 854–870. <https://doi.org/10.1002/jclp.23446>
- Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD

- (CPTSD): Implications for treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1573129. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1573129>
- Siqueland, J., Hussain, A., Lindstrøm, J. C., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Persons with Chronic Pain: A Meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00164>
- Spalletta, G., Janiri, D., Piras, F., & Sani, G. (Eds.). (2020). *Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Ommeren, M. van. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. *JAMA*, 302(5), 537.
- Tracy, M., Morgenstern, H., Zivin, K., Aiello, A. E., & Galea, S. (2014). Traumatic event exposure and depression severity over time: Results from a prospective cohort study in an urban area. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1769–1782. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0884-2>
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48(15), 2467–2476. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>
- Wang, S.-K., Feng, M., Fang, Y., Lv, L., Sun, G.-L., Yang, S.-L., Guo, P., Cheng, S.-F., Qian, M.-C., & Chen, H.-X. (2023). Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. *World Journal of Psychiatry*, 13(6), 331–339. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i6.331>
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>

- Wilson, J. P., Droždek, B., & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic Shame and Guilt. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(2), 122–141. <https://doi.org/10.1177/1524838005285914>
- World Health Organisation. (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11)*. (1st ed). World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Zhu, P., Lau, J., & Navalta, C. P. (2020). An Ecological Approach to Understanding Pervasive and Hidden Shame in Complex Trauma. *Journal of Mental Health Counseling*, 42(2), 155–169. <https://doi.org/10.17744/mehc.42.2.05>