



VILNIAUS UNIVERSITETAS  
FILOSOFIJOS FAKULTETAS  
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Karolina Macevičiūtė

**Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijos ir rizikos  
veiksniai**

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovas: doc. dr. Evaldas Kazlauskas

Vilnius, 2018

## TURINYS

SANTRAUKA .....	3
SUMMARY .....	4
PRATARMĖ .....	5
1. ĮVADAS.....	7
1.1. Trauminių stresorių samprata .....	7
1.2. Potrauminio streso sutrikimo samprata .....	8
1.2.1. Asmens reakcijos į stresorius.....	8
1.2.2. Potrauminio streso sutrikimas.....	9
1.2.2.1. Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ojo leidimo potrauminio streso sutrikimo samprata .....	10
1.2.2.2. Potrauminio streso reakcijos ginkluoto užpuolimo atveju.....	11
1.3. Potrauminio streso reakcijų rizikos veiksniai: teorinės prielaidos ir tyrimai .....	13
1.3.1. Lytis .....	14
1.3.2. Amžius.....	15
1.3.3. Išsilavinimas .....	16
1.3.4. Socialinė parama.....	16
1.3.5. Sveikata .....	17
1.4. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai.....	18
2. TYRIMO METODIKA.....	19
2.1. Tyrimo dalyviai .....	19
2.2. Tyrimo instrumentai .....	19
2.3. Tyrimo eiga .....	21
2.4. Duomenų analizė.....	21
3. REZULTATAI.....	22
3.1. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų trauminės patirties ypatumai.....	22
3.2. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijos .....	25
3.3. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijų sąsajos su rizikos veiksniais....	26
3.3.1. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijų prognozavimas .....	29
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	31
IŠVADOS .....	38
LITERATŪRA.....	39

## SANTRAUKA

### **Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijos ir rizikos veiksniai**

Karolina Macevičiūtė

Vilnius, Vilniaus universitetas, 2018, p. 44

Tyrimo tikslas – nustatyti ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijas ir jų sąsajas su rizikos veiksniais. Tyrime dalyvavo 129 asmenys, patyrę ginkluotą užpuolimą. Tyrimo dalyvių trauminei patirčiai įvertinti buvo naudojamas Gyvenimo įvykių sąrašas (Weathers et al., 2013), potrauminio streso reakcijoms ir jų stiprumui nustatyti – Tarptautinis traumos klausimynas (Cloitre, Roberts, Bisson, & Brewin, 2016) bei pateikiami klausimai apie sociodemografinius veiksnius (lytį, amžių, išsilavinimą, šeiminių padėčių bei subjektyvų sveikatos vertinimą). Gauti rezultatai parodė, kad daugiau nei pusė tiriamųjų yra patyrę fizinį smurtą, eismo įvykį, rimtą nelaimingą atsitikimą darbe, namuose ar laisvalaikio metu. Taip pat moterys lyginant su vyrais išgyveno daugiau seksualinio pobūdžio traumų. Dabartinio potrauminio streso sutrikimo paplitimas ginkluotą užpuolimą patyrusių imtyje – 40,3 proc. Didesnę riziką atitikti visus potrauminio streso sutrikimo kriterijus turi asmenys, patyrę daugiau nei 8 trauminius įvykius, neturintys ilgalaikių santykių bei vertinantys savo sveikatą kaip prastesnę. Moterys bei neturintys ilgalaikių santykių asmenys taip pat turi didesnę riziką patirti stipresnes potrauminio streso reakcijas.

Raktiniai žodžiai: ginkluotas užpuolimas, potrauminio streso reakcijos, potrauminio streso sutrikimas, rizikos veiksniai.

## SUMMARY

### **Post-Traumatic Stress Reactions and Risk Factors among Survivors of Physical Assault with a Weapon**

Karolina Macevičiūtė

Vilnius, Vilnius University, 2018, p. 44

The aim of this study is to assess post-traumatic stress reactions and their relationship with risk factors among survivors of physical assault with a weapon. One hundred twenty nine survivors of physical assault with a weapon participated in the study. Traumatic experiences of survivors was assessed with The Life Events Checklist (Weathers et al., 2013), post-traumatic stress reactions and their severity was measured with International Trauma Questionnaire (Cloitre, Roberts, Bisson, & Brewin, 2016) and questions about sociodemographic factors (sex, age, education, marital status, subjective health rating) was presented. Results of the study shown that more than a half of survivors in addition to physical assault with a weapon also experienced physical assault, motor vehicle accident, and accident at work/ home/ leisure time. Woman compared to men experienced more trauma of sexual nature. Current post-traumatic stress disorder prevalence among survivors of physical assault with a weapon is 40, 3 %. Factors associated with bigger post-traumatic stress disorder risk among survivors is more than eight traumatic experiences, no long-term relationship and lower subjective health rating. Female sex and no long-term relationship also was a risk factor for more severe post-traumatic stress reactions.

Key words: physical assault, weapon, post-traumatic stress reactions, post-traumatic stress disorder, risk factors.

## PRATARMĖ

Remiantis įvairiais šaltiniais galime pastebėti, kad pasaulyje didėjantis nusikalstamumas paliečia vis daugiau žmonių (National Counterterrorism Center, 2005; Aebi & Linde, 2010; Lowe & Galea, 2010; Ioana, 2015). Anot Aebi ir Linde (2010), analizuojant 1988 – 2007 metų laikotarpį, vakarų Europoje užpuolimų skaičius išaugo 143 proc. remiantis policijos sudaryta statistika, o viktimizacijos apklausų duomenimis užpuolimų padaugėjo 85 proc. Autoriai pagrindžia empiriškai, kad šie duomenys nėra iškreipti padidėjusių pranešimų policijai apie įvykusių nusikaltimų, o parodo realų užpuolimo nusikaltimų augimą. Analizuoti užpuolimai apima įvykius, kai asmeniui buvo grasinama ar jis buvo sužeistas įvykio metu (Aebi & Linde, 2010). Dažnėja ir tokių ginkluotų užpuolimų kaip masiniai šaudymai bei terorizmo aktai (Lowe & Galea, 2010; National Counterterrorism Center, 2005). Šie visi minėti nusikaltimai ne tik nusineša žmonių gyvybes, bet likusiems gyviems kartais sukelia rimtus psichologinius padarinius. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų tyrimai rodo, kad apytiksliai trečdaliui masinių šaudymų ar terorizmo išpuolių aukų kaip reakcija į stiprų stresorių išsivysto potrauminio streso sutrikimas (North, 2001; Verger et al., 2004; Norris, 2007; Hughes et al., 2011). Tai rodo, kad svarbu gilintis ir analizuoti tokio didelio potrauminio streso sutrikimo paplitimo priežastis ginkluotą užpuolimą patyrusių imtyje. Potrauminio streso sutrikimo rizikos veiksnių tyrimai, analizuojantys kokie veiksniai padidina šio sutrikimo atsiradimo tikimybę, prisideda prie geresnio supratimo ir gali padėti psichikos sveikatos specialistams identifikuoti pažeidžiamiausias asmenų grupes, kurioms reikalinga pagalba.

Kazlauskas, Želvienės ir Eimonto (2017) tyrimo duomenimis Lietuvoje labai nedidelei daliai asmenų, apytiksliai 0,02 proc. populiacijos, diagnozuojamas potrauminio streso sutrikimas, o tai reiškia, kad sveikatos sistema identifikuoja tik 1 proc. galimų potrauminio streso sutrikimo atvejų. Autoriai pastebi, kad Lietuvoje potrauminio streso sutrikimas diagnozuojamas žymiai rečiau nei kitose šalyse (Kazlauskas, Zelviene, & Eimontas, 2017). Dėl šios priežasties ypač svarbu tęsti šio psichikos sutrikimo tyrimus Lietuvoje ir prisidėti prie diagnostinių instrumentų standartizavimo, kurie galėtų būti naudingi tiek psichikos sveikatos specialistams praktikoje identifikuoti sutrikimo paveiktus asmenis, tiek mokslininkams. Šiame darbe potrauminio streso sutrikimui įvertinti naudojamas Tarptautinis traumos klausimynas (angl. *International Trauma Questionnaire*, ITQ), kuris remiasi atnaujinta su trauma susijusios psichopatologijos koncepcija, pristatoma naujame Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ajame leidime (TLK-11). Pasaulinė sveikatos organizacija šį leidimą planuoja išleisti 2018 metais. Šis tyrimas būtų vienas pirmųjų bandymų paanalizuoti ūmaus, staigaus trauminio įvykio įtaką potrauminio streso reakcijoms, remiantis TLK-11 diagnostiniais kriterijais.

Galiausiai svarbu paminėti, kad dauguma ginkluoto užpuolimo tyrimų analizuoja masinių įvykių psichologinį poveikį, tad kol kas trūksta tyrimų, besigilinančių į individualių ginkluotų užpuolimų psichologines pasekmes. Taigi, lieka neaišku kokie rizikos veiksniai yra svarbūs ir prisideda prie potrauminio streso sutrikimo individualų ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų imtyje.

Šis tyrimas yra Vilnius universiteto Psichologijos instituto Psichotraumatologijos centro didesnio mokslinių tyrimų projekto „Psichosocialinių veiksnių mediaciniai efektai stresinių ir trauminių patirčių psichologiniams padariniams socialinės psichotraumatologijos kontekste“ dalis, kuriam vadovavo doc. dr. E. Kazlauskas. Šio darbo autorė prisidėjo prie projekto duomenų rinkimo ir duomenų kodavimo etapuose.

# 1. ĮVADAS

## 1.1. Trauminių stresorių samprata

Susidūrimas su stipriu stresoriumi gali turėti įvairių pasekmių asmens psichologinei sveikatai, tačiau žinoma, kad kai kurie įvykiai gali būti daug labiau paveikūs ir potencialiai traumuojantys. Epidemiologinio tyrimo duomenimis Europoje 63,6 proc. asmenų per gyvenimą yra patyrę bent vieną potencialiai trauminį įvykį (Darves-Bornoz et al., 2008). Trauminiu stresoriumi laikomas įvykis, kuris tiesiogiai ar netiesiogiai (esant liudininku) sukelia pavojų asmens gyvybei ar kūno integralumui ir sužadina stiprius baimės, bejėgiškumo ar siaubo jausmus (Ford et al., 2015). Svarbu tai, kad trauminiu patyrimu nelaikomas susidūrimas su stresoriais per televiziją, filmus, nuotraukas ar elektronines medijas (Lancaster et al., 2016). Potencialiai traumuojančiais įvykiais laikomi tokie įvykiai kaip seksualinis ar fizinis užpuolimas, apiplėšimas, buvimas pagrobimo auka, buvimas įkaitu, terorizmo išpuolis, kankinimas, stichinės nelaimės, sunki automobilio avarija, gyvybei pavojinga liga, taip pat buvimas nužudymo ar stipraus sužeidimo liudininku smurtinio užpuolimo, nelaimingų atsitikimų, karo ar stichinės nelaimės metu. Į šį sąrašą taip pat įtraukiama seksualinė prievarta vaikystėje, nepaisant to, kad nebuvo realaus ar galimo smurto ar sužeidimo (Briere, 2004). Tokių įvykių tiesioginis patyrimas ar buvimas jų liudininku daugumai individų gali sukelti laikinas reakcijas į stresorių, tačiau daliai – gali tapti potrauminį streso sutrikimą (PTSS) sąlygojančiu įvykiu.

Stresorių gebėjimas sukelti reikšmingas potraumines reakcijas priklauso nuo įvairių veiksnių, tokių kaip aukos charakteristikos (lytis, amžius, rasė, ankstesnė psichopatologijos istorija, genetinis paveldimumas ir kita), stresoriaus charakteristikos, subjektyvi reakcija į stresorių bei aplinkinių atsakas į auką (Briere, 2004; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Vienas iš svarbesnių trauminio stresoriaus charakteristikų yra tai ar įvykis nutiko dėl žmogaus kaltės (tarpasmeninio smurto atveju, pavyzdžiui, išprievartavimas ar fizinis užpuolimas), nutiko neplanuotai (pavyzdžiui, autoavarija) ar nepriklausomai nuo žmogiškųjų veiksnių (pavyzdžiui, gamtinės nelaimės – žemės drebėjimas, potvynis, uraganas) (Briere, 2004). Tyrimų rezultatai rodo, kad užpuolimas ar žiaurus elgesys, kurį sukėlė kitas žmogus, yra susijęs su žymiai stipresniu potrauminiu sutrikdymu nei stichinių nelaimių ar nelaimingų atsitikimų atveju (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993; Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999; Kilpatrick et al., 2013). Pavyzdžiui, Breslau ir kiti (1999) nustatė, kad lyginant trauminių įvykių poveikį pagal grupes, didžiausią PTSS riziką turėjo tie asmenys, kurie yra patyrę smurtinį užpuolimą. Į smurtinių užpuolimų grupę tyrime buvo įtraukti tokie įvykiai: karo metu vykstanti kova, išprievartavimas, buvimas nelaisvėje, kankinimas ar pagrobimas, grasinimas ginklu bei stiprus sumušimas.

Tiek pačios trauminio stresoriaus charakteristikos, tokios kaip tyčinis smurtas, grėsmė gyvybei, fizinis sužeidimas ir kita, didina PTSS tikimybę bei potrauminio streso reakcijų stiprumą,

tiesiogiai gali daryti ir patirtų trauminių stresorių kiekis (Briere, 2004; Scott, 2007; Suliman et al., 2009; Kolassa et al., 2010; Kilpatrick et al., 2013; Karam et al., 2014; Conrad et al., 2017). Karam ir kitų (2014) tyrimo, analizuojančio dvidešimties šalių bendrosios populiacijos apklausų duomenis apie trauminę patirtį ir PTSS, rezultatai atskleidė, kad 19,8 proc. tiriamųjų, per paskutinius dvylika mėnesių turinčių PTSS, savo simptomus siejo su daugiau nei vienu trauminiu įvykiu. Tie, kurie siejo savo simptomus su keturiais ar daugiau trauminių įvykių, turėjo didesnę funkcionavimo sutrikdymą (Karam et al., 2014). Nors originalioje PTSS koncepcijoje vienas konkretus trauminis įvykis yra siejamas su PTSS atsiradimu, tačiau vis tik nemažai tyrimų rezultatų patvirtina, kad egzistuoja akumuliacinis traumų efektas. Tai reiškia, kad didėjant patirtų trauminių įvykių skaičiui (trauminei naštai), PTSS atsiradimo tikimybė didėja „kaladėlių bokšto“ principu (Scott, 2007; Suliman et al., 2009; Kolassa et al., 2010; Kilpatrick et al., 2013; Conrad et al., 2017). Kolassa ir kolegų (2010) tyrimas taip pat parodė, kad didesnis patirtų trauminių įvykių skaičius yra susijęs su mažesne PTSS remisijos tikimybe bei stipresniais PTSS simptomais.

Taigi, nemaža dalis asmenų per gyvenimą susiduria bent su vienu stipriu stresoriumi. Ypač stiprų poveikį psichinei sveikatai turi tie įvykiai, kurių sukėlėjas yra kitas žmogus. Tačiau ne tik vienas konkretus įvykis gali sąlygoti PTSS, esama ir akumuliacinio traumų efekto – kuo daugiau trauminių įvykių asmuo yra patyręs, tuo didesnė tikimybė, kad jam išsivystys PTSS.

## 1.2. Potrauminio streso sutrikimo samprata

### 1.2.1. Asmens reakcijos į stresorius

Netrukus po trauminio įvykio, didžiajai daliai individų pasireiškia įvairios emocinės, fizinės, ir kognityvinės reakcijos, tokios kaip pyktis, kontrolės jausmo praradimas, bejėgiškumas, stiprus nuovargis, perdėtas budrumas, dirglumas, somatiniai nusiskundimai, miego, atminties, koncentracijos problemos, įkyrios mintys ar sapnai apie įvykį, socialinis atsiribojimas. Beveik dviem trečdaliams individų, išgyvenusių trauminių įvykių, šie simptomai yra trumpalaikiai ir praeina savaime (Lancaster et al., 2016; NSW Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health, [NSWIOP] 2000).

2018 metais pasirodysiančiame naujame Tarptautinės ligų klasifikacijos leidime (TLK-11, angl., ICD-11) pristatoma reakcijos į stiprų stresą (angl. *acute stress reaction*) koncepcija (Maercker et al., 2013). Siūlomas šios būsenos apibūdinimas neatitinka psichikos sutrikimą apibrėžiančių kriterijų, o apibūdina laikinus emocinius, kognityvinius, somatinius ir elgesio simptomus, kurie kyla susidūrus su stipriu stresoriumi, įskaitant įvykius ir situacijas, kurios itin gąsdinančios ar šiuurprios. Tokių įvykių spektras: nuo realaus ar galimo rimto sužeidimo ar pakenkimo pačiam asmeniui ar jo mylimam žmogui (pavyzdžiui, gamtos katastrofos, nelaimingi atsitikimai, mūšis, kriminalinis



užpuolimas, išprievartavimas) iki netikėto ir gąsdinančio pasikeitimo socialinėje padėtyje ar individo aplinkoje (pavyzdžiui, persikėlimas į kitą šalį, pabėgėlių stovyklos). Reakcija į stiprų stresą gali pasireikšti apstulbimu, sumišimu, liūdėsiu, nerimu, pykčiu, neviltimi, perdėtu aktyvumu, sustingimu ar socialiniu atsiribojimu. Autonominėje organizmo sistemoje dažnai pasireiškiantys nerimo ženklai – tachikardija, prakaitavimas, raudonavimas. Reakcijos į stiprų stresorių pasireiškia po kelių valandų ar dienų po susidūrimo su stresiniu stimulu ar įvykiu ir dažniausiai išnyksta praėjus savaitei. Tuo atveju, kai stresoriaus poveikis tęsiasi ir negali būti nutraukiamas, simptomai gali išlikti, bet dažniausiai žymiai susilpnėja praėjus mėnesiui po įvykio. Šis laiko apibrėžimas padeda diagnozuojant atskirti reakciją į stiprų stresą nuo labiau pataloginių reakcijų, kurios siejamos su sunkiais sutrikimais. Jeigu simptomai nepradeda silpnėti praėjus savaitei po pasireiškimo pradžios, priklausomai nuo pasireiškiančių simptomų, turėtų būti apgalvojama adaptacijos sutrikimo ar PTSS diagnozė. Nors reakcija į stiprų stresą pagalbos siekiančių individų gali būti lydima žymaus asmens funkcionavimo sutrikdymo, tačiau sutrikdymas, priešingai nei PTSS atveju, nėra būtinas kriterijus (Maercker et al., 2013).

#### 1.2.2. Potrauminio streso sutrikimas

Epidemiologinių psichikos sutrikimų paplitimo Europoje tyrimų apžvalgos duomenimis, kai pasireiškimas įvertintas per paskutinius dvylika mėnesių, PTSS paplitimas varijuoja nuo 1,1 proc. iki 2,9 proc. ir reikšmingai mažėja su amžiumi (Wittchen et al., 2011). Lietuvoje trūksta nuodugnių epidemiologinių PTSS paplitimo tyrimų (Kazlauskas & Zelviene, 2016), tačiau yra atlikta keletas tyrimų tiek bendroje lietuvių populiacijoje (Kazlauskas & Zelviene, 2017), tiek pirminės medicinos priežiūros pacientų imtyje (Bunevicius et al., 2014), kurių duomenimis PTSS paplitimas varijuoja nuo 2 iki 8 proc.

PTSS laikomas patalogine reakcija į stresorius. Trauminio stresoriaus poveikis gali būti jaučiamas daug metų ar net dešimtmečių, priklausomai nuo to kaip išgyvenęs asmuo adaptuojasi po traumuojančio įvykio. PTSS gali išsivystyti staiga ir tęstis daug metų, tapti lėtiniu, ypač jei asmuo turėjo ankstyvųjų santykių ir prieraišumo problemų ar vaikystėje buvo patyręs tarpasmeninį smurtą arba kitų traumų (Breslau et al., 1999; Ford et al., 2015). PTSS taip pat gali išsivystyti ir po trauminio įvykio praėjus nuo kelių mėnesių iki kelių metų. Pasitaiko atveju, kai asmeniui nepatyrusiam jokių simptomų, dažniausiai dėl kitų svarbių gyvenime vykstančių įvykių, atitraukiančių dėmesį, ar dėl disociacijos sąlygojamos amnezijos, po ilgo laiko PTSS simptomai išsivysto atidėta forma (Ford et al., 2015).

Manoma, kad PTSS apima keletą tarpusavyje susijusių pokyčių kūno reakcijos į stresą ir smegenų emocijų reguliacijos sistemose, kurios yra susijusios su itin stipriu jautrumu pavojui

(potencialiam ar realiam). Reikšmingi pokyčiai šiose sistemose sąlygoja asmens įstrigimą „išlikimo režime“, kuris riboja asmens gebėjimą pilnavertiškai ir produktyviai funkcionuoti santykiuose, mokykloje, darbe ir kasdieniniame gyvenime (Ford et al., 2015). Pilnai išsivystęs PTSS gali būti susijęs su daug kitų komorbidiškų problemų, tokių kaip priklausomybės ir savidestrukcinis elgesys, itin stiprus abejojimas savimi, paranoja bei paranojos lygio baimės, perdėtas klusnumas, intymumo baimė, stipri depresija, apimantys bejėgiškumo, beviltiškumo ir nevilties jausmai (Sareen, 2014; NSWIOP, 2000).

#### 1.2.2.1. Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ojo leidimo potrauminio streso sutrikimo samprata

Lietuvoje psichikos sutrikimai diagnozuojami remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos sudaryta Tarptautine ligų klasifikacija (TLK), todėl toliau bus apžvelgiama naujausia 2018 metais pasirodysiančiame 11-ajame leidime su trauma susijusios psichopatologijos koncepcija. TLK-11 leidime bus pristatomi du atskiri sutrikimai – PTSS ir kompleksinis PTSS. Pagrindinis naujojo leidinio tikslas – supaprastinti sutrikimų klasifikaciją akcentuojant pagrindinius sutrikimo simptomus, vietoj to, kad būtų apibūdinamos tipiškos sutrikimo ypatybės, ir taip būtų padidintas diagnozavimo naudingumas. Remiantis Brewin, Lanius, Novac, Schnyder ir Galea atliktais darbais, TLK-11 PTSS simptomų profilis bus siauresnis, nei iki šiol buvę ir apims šešis arba septynis simptomus (septintasis simptomas bus įtrauktas tiems traumą išgyvenusiems asmenims, kurie neturi aiškių patirto trauminio įvykio prisiminimų) (Hyland et al., 2017b). Šie simptomai bus skiriami į tris pagrindines simptomų grupes, kurios kiekvieną sudaro po du simptomus. Pirmąją simptomų grupę sudaro pakartotinis trauminio įvykio išgyvenimas čia ir dabar, pasireiškiantis ryškiais ir įkyriais prisiminimais, kuriuos lydi baimės, siaubo jausmai, prisiminimų blyksniai (angl. *flashbacks*) bei gąsdinantys, bauginantys sapnai (angl. *nightmares*). Prisiminimų blyksniai apibūdinami kaip ryškūs ir įkyrūs prisiminimai, kurių pakartotinis išgyvenimas dabartyje gali varijuoti nuo trumpalaikio jausmo iki visiško atsiribojimo nuo dabartinės akimirkos. Antroji simptomų grupė – aktyvus traumos priminimų vengimas, pasireiškiantis žymiu vidiniu minčių ir prisiminimų vengimu ar išoriniu vengimu veiklos ar situacijų, primenančių trauminį įvykį (-ius). Trečioji simptomų grupė – perdėtai didelis dabartinės grėsmės pojūtis, pasireiškiantis perdėtu budrumu ar perdėtu išgąščiu. Šie sužadavimo simptomai linę pasireikšti drauge. PTSS diagnozuojamas, kai potrauminio streso reakcijos tęsiasi daugiau nei 1 mėnesį ir reikšmingai trukdo asmens prisitaikymui bei funkcionavimui (Maercker et al., 2013).

TLK-11 PTSS ar kompleksinio PTSS diagnozės reikalauja konkretaus trauminio įvykio, kurio išgyvenimas sukėlė simptomus. Diferencinės diagnostikos tarp PTSS ir kompleksinio PTSS atveju,

trauminio stresoriaus pobūdis laikomas rizikos faktoriumi, o ne būtina sąlyga. Taip pripažįstama genetinių ir aplinkos rizikos bei apsauginių veiksnių reikšmė trauminių reakcijų išsivystymui. Manoma, kad pasikartojančių ir užsitęsusių tarpasmeninių ar daugybinių traumų, kurių išvengimas yra sudėtingas arba neįmanomas, poveikis didina papildomų saviorganizacijos simptomų išsivystymą prie pagrindinių PTSS simptomų ir leidžia svarstyti apie kompleksinio PTSS diagnozę (Hyland et al., 2017b). Kompleksinis PTSS apima pagrindinius PTSS simptomus ir papildomus šešis, kurie apima afekto disreguliacijos, negatyvaus savęs suvokimo ir sutrikdytų santykių kategorijas (Hyland et al., 2017a).

#### 1.2.2.2. Potrauminio streso reakcijos ginkluoto užpuolimo atveju

Kaip jau buvo minėta anksčiau, įvairūs trauminiai stresoriai gali sąlygoti PTSS išsivystymą. Ginkluotas užpuolimas yra vienas iš potencialių trauminių stresorių, kurio poveikis PTSS išsivystymui yra nagrinėjamas gana plačiai. Vis tik daugiausiai gilinamasi į masinių įvykių, paveikiančių didelius skaičius žmonių, pasekmes, o individo lygmenyje nutikusių ginkluoto užpuolimo tyrimų trūksta. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų PTSS tyrimai apima įvairias tiriamųjų grupes: jaunuolius, gyvenančius pavojinguose, didelio nusikalstamumo rajonuose (Berman, Kurtines, Silverman, & Serafini, 1996), mokymosi įstaigose bei kitose dažno žmonių susibūrimo vietose įvykusių masinių šaudymų (angl. *mass shootings*) aukas (Norris, 2007; Soumalainen et al., 2011; Littleton, Grills-Taquechel, & Axsom, 2009; Littleton, Axsom, & Grills-Taquechel, 2011; Hughes et al., 2011) bei terorizmo išpuolių aukas (Henriksen, Bolton, & Sareen, 2010; Galea et al., 2002; North, 2001; Verger et al., 2004).

Nusikalstamumas artimoje vaikų aplinkoje ar mokykloje skatina mokslininkus analizuoti kokį poveikį vaikams ir jaunuoliams turi patirti trauminiai įvykiai, kurių metu panaudojamas ginklas. Berman ir kiti (1996) tyrė 14-18 metų moksleivių, besimokančių Majamio-Deid apskrityje (JAV), kur yra didelė rizika susidurti su smurtu ir įvairių rūšių nusikaltimais, PTSS simptomatiką ir jos sąsajas su kitais kintamaisiais. Iš tyrimo dalyvavusių 96 jaunuolių 37,5 proc. buvo apiplėšimo aukomis, 19,8 proc. buvo sužeisti peiliu, 10,5 proc. dalyvavo susišaudyme, taip pat daugiau nei pusė dalyvių matė negyvus kūnus, kiek mažesnė dalis buvo nužudymo ar savižudybės liudininkais. Tyrimo rezultatai parodė, kad atsižvelgiant į PTSS simptomatikos stiprumą susidūrimas su smurtu reikšmingai paveikė 34,5 proc. tiriamųjų, jie atitiko visus PTSS kriterijus remiantis Diagnostinio ir statistinio psichikos sutrikimų vadovo trečiuoju leidimu (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III-R) (Berman et al., 1996).

Susidomėjimas vaikų psichine sveikata po masinių šaudymų išaugo vėlyvais 1990-aisiais, įvykus pirmiems didesnio masto šaudymams mokyklose (Garbarino, Bradshaw, & Vorrasi, 2002).

Norris (2007) atliktoje kritinių masinių šaudymo įvykių tyrimų apžvalgoje buvo analizuojami penkiolikos šaudymo įvykių PTSS paplitimo duomenys. Įvykiai vyko nuo 1984 iki 2001 metų įvairiose Jungtinių Amerikos Valstijų vietose, daugiausiai mokyklose ar maitinimosi įstaigose. Buvo nustatyta, kad po šių įvykių aukoms diagnozuotų sutrikimų, daugiausiai PTSS, paplitimas varijavo nuo 10 iki 36 proc. Taip pat buvo stebimas daug didesnis dažnis subklinikinio lygio PTSS atvejų ir tik keletas asmenų neturėjo jokių padarinių psichikos sveikatai. Norris (2007) pastebi, kad masiniai šaudymai paliečia ne tik tiesiogines įvykių aukas, bet ir visas bendruomenes, kuriose įvyko šie tragiški įvykiai.

Soumalainen ir kiti (2011) tyrė ilgalaikius, vienoje Suomijos mokyklų, 2007 m. įvykusio šaudymo padarinius įvykio aukoms. Tyrime dalyvavo 231 moksleivis. Praėjus keturiems mėnesiams po šaudymo 43 proc. tiriamųjų turėjo potrauminį distresą, remiantis Įvykio poveikio skale (angl. *The Impact of Event Scale*, IES). Moterys dažniau nei vyrai pranešė apie kilusį potrauminį distresą – 53 proc. moterų ir 28 proc. vyrų turėjo ryškių simptomų. Tyrimo autoriai taip pat nustatė, kad 19 proc. tiriamųjų (27 proc. moterų ir 7 proc. vyrų), patyrė tokius simptomus, kurie siekia klinikinį PTSS lygį ir jiems būtų galima diagnozuoti šį sutrikimą. Rezultatai parodė, jog kuo didesnis įsitraukimo į įvykį lygis (buvo atsižvelgiama į tai ar asmuo buvo įvykio metu mokykloje, ar turėjo veikti, kad pabėgtų nuo užpuoliko, ar turėjo slėptis nuo jo, ar matė negyvus kūnus, ar buvo grėsmė jo gyvybei ar matė, kaip kitas buvo nužudytas, arba prarado savo šeimos narį ir kita), tuo didesnė potrauminio streso ir psichiatrinio lygio sutrikdymo rizika (Soumalainen et al., 2011).

Taip pat nemažiau dėmesio buvo skiriama ir aukštosiose mokyklose įvykusių didžiųjų masinių šaudymų aukoms ir šių įvykių pasekmėms studentų psichinei sveikatai (Littleton et al., 2009; Littleton et al., 2011; Hughes et al., 2011). Hughes su kolegomis (2011) atliko tyrimą praėjus keliems mėnesiams po masinio šaudymo Virginijos politechniniame institute ir valstijos universitete (JAV), kuris įvyko 2007 m. ir nusinešė 32 asmenų gyvybes. Autoriai atliko 4,639 studentų apklausą, kad įvertintų PTSS paplitimą ir su juo susijusius veiksnius. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 15,4 proc. tiriamųjų apklausos metu turėjo tikėtiną PTSS (aukštą potrauminio streso lygį) ir apie 31,7 – 45,2 proc. studentų, buvusių aukščiausios grėsmės lygyje įvykio metu, turėjo diagnozuojamą PTSS. Aukšto lygio potrauminio streso simptomai buvo susiję su artimo draugo ar pažįstamo netektimi bei trumpalaikė nežinomybe apie artimo draugo saugumą. Autoriai taip pat nustatė, kad tik nedidelė dalis studentų su potrauminio streso simptomais susidūrė su tiesiogine grėsme, o tai rodo socialinių ryšių įtaką didelei PTSS sklaidai studentų tarpe (Hughes et al., 2011).

Vis didėjantis terorizmo išpuolių skaičius pasaulyje, skatino mokslininkus domėtis šių įvykių, paveikiančių dideles grupes žmonių, psichologinėmis pasekmėmis asmens psichikos sveikatai (Henriksen et al., 2010; Galea et al., 2002; North, 2001; Verger et al., 2004). Galea su kolegomis (2002) atliko tyrimą norėdami išsiaiškinti rugsėjo 11-osios teroro išpuolio pasekmes Manhetono

(Niujorkas, JAV) gyventojams. Apklausa parodė, kad 7,5 proc. tiriamųjų atitiko PTSS, o 9,7 proc. depresijos simptomus. Didesnis PTSS paplitimas buvo tarp asmenų, turėjusių didžiausią tiesioginį sąlytį su įvykiu (pavyzdžiui, gyveno netoliese, prarado turta). North (2001) atliko tyrimą siekdama išsiaiškinti Oklahomos mieste (JAV) įvykusio bombardavimo aukų PTSS išsivystymo eigą. PTSS simptomų įvertinimai buvo atliekami interviu metodu pagal DSM-III-R kriterijus praėjus 6 mėnesiams po įvykio ir vėliau pakartoti po beveik 1 metų. Po 6 mėnesių po įvykio 34 proc. tiriamųjų atitiko PTSS kriterijus, PTSS eiga buvo ankstyva, net 76 proc. tyrimo dalyvių teigė, kad simptomai prasidėjo pirmąją dieną. Pakartotinio įvertinimo metu buvo gauta, kad PTSS paplitimas beveik nesumažėjo, tačiau buvo pastebėta, kad buvo identifikuoti ir nauji PTSS atvejai, kurie autorės nuomone, labiau atspindi pirmame įvertinime buvusius subklinikinio lygio atvejus nei pavėluotos eigos PTSS (North, 2001). Verger ir kitų (2004) atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis 1995-1996 metais Prancūzijoje vykusių metro bombardavimų aukų imtyje PTSS paplitimas buvo 31,1 proc. ir didžiausias PTSS procentas buvo tarp asmenų įvykio metu patyrusių rimtus sužeidimus.

Taigi, vieniems trauminio stresoriaus poveikis gali iššaukti laikinas reakcijas, tačiau kitiems – sąlygoti potrauminio streso sutrikimą. Ginkluotas užpuolimas yra vienas iš potencialiai traumuojančių įvykių, kurio psichologinės pasekmės analizuotos įvairiose imtyse. Apibendrinus apžvelgtų tyrimų duomenis, galima teigti, kad apytiksliai trečdaliui asmenų, patyrusių ginkluotą užpuolimą, išsivysto PTSS. Ginkluoto užpuolimo aukų tyrimuose taip pat išryškėjo keli svarbūs aspektai: didesnė PTSS rizika yra labiau į įvykį įsitraukusiems asmenims bei patyrusiems rimtus sužeidimus; potrauminio streso simptomų stiprumas gali būti susijęs ne tik su tiesiogine grėsme, bet ir su artimo draugo ar pažįstamo netektimi bei trumpalaikė nežinomybe apie artimo draugo saugumą.

### 1.3. Potrauminio streso reakcijų rizikos veiksniai: teorinės prielaidos ir tyrimai

Pirminėje PTSS diagnozės koncepcijoje, PTSS buvo laikomas tiesioginio trauminio įvykio patyrimo pasekme. Buvo manoma, kad trauminis įvykis yra pagrindinis sutrikimo etiologinis veiksnys. Tačiau viena yra aišku, ne visiems išgyvenusiems tą patį trauminį įvykį išsivysto PTSS. Taip pat ne visiems PTSS būna ilgalaikis, nemažai daliai, nuo 50 iki 65 procentų, traumos aukų net ir netaikant jokio gydymo įvyksta remisija (Halligan & Yehuda, 2000; Kolassa et al., 2010). Taip pat traumai būdingos ypatybės paaiškina tik nedidelę dalį PTSS simptomų variacijos (Halligan & Yehuda, 2000), todėl kyla klausimas kas vis tik lemia, jog vieniems asmenims PTSS išsivysto, o kitiems – ne. Į šį klausimą nėra vieno konkretaus atsakymo, tyrimai rodo, kad įvairūs specifiniai aspektai prisideda prie tikimybės, jog išsivystys PTSS. Šie aspektai vadinami rizikos veiksniais, dėl to, kad jie padidina asmens PTSS išsivystymo riziką. Rizikos veiksniai nebūtinai sukelia sutrikimą, tačiau jie reikšmingai prisideda prie sutrikimo atsiradimo arba yra tarpiai susiję su kitais veiksniais,

kurie atsakingi už sutrikimą. Pastebėta, jog kai kurios asmens ypatybės ar gyvenimo aplinkybės gali sumažinti PTSS išsivystymo tikimybę, tai vadinamieji apsauginiai veiksniai (Ford et al., 2015).

Literatūroje analizuojami įvairūs veiksniai, kurie gali daryti įtaką potrauminei simptomatikai. Veiksnius galima suskirstyti į keturias plačias kategorijas – tai aukai būdingi kintamieji, stresoriaus charakteristikos, subjektyvus atsakas į stresorių bei aplinkinių reakcija į auką. Visi minėtieji veiksniai egzistuoja kartu, tad gali reikšmingai veikti vienas kitą – trauminio įvykio charakteristikos gali sąveikauti su aukos ypatybėmis bei po įvykio sekančiu socialiniu atsaku ir taip nulemti individo subjektyvų atsaką į stresorių (Briere, 2004).

Šiame tyrime nuspręsta apsiriboti pagrindiniais literatūroje sutinkamais veiksniais – lytimi, amžiumi, išsilavinimu, šeimine padėtimi (kaip socialinės paramos veiksniumi) bei ginkluotą užpuolimą patyrusiems asmenims aktualių dėl galimų patirtų sužeidimų – subjektyviu sveikatos vertinimu, todėl toliau bus apžvelgiami minėtų veiksnių mokslinės literatūros tyrimai bei teorinės prielaidos. Kadangi dauguma PTSS rizikos veiksnių tyrimų nagrinėja bendruosius rizikos veiksnius nepriklausomai nuo patirtos traumos, toliau bus aptariami tiek bendrieji rizikos veiksniai, tiek informacija papildoma esama ne itin gausia literatūra apie rizikos veiksnius ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų imtyje.

### 1.3.1. Lytis

Lytis – vienas iš daugiausiai literatūroje analizuojamų rizikos veiksnių. Brewin ir kolegų (2000) atliktoje PTSS rizikos veiksnių metaanalizėje buvo nustatyta, kad moteriška lytis – reikšmingas PTSS rizikos veiksnys, nors nustatytas efekto dydis buvo gana mažas. Tolin ir Foa (2006) atliko metaanalizę, kurioje pagrindinis dėmesys buvo skiriamas lyties skirtumams PTSS išsiaiškinti. Gauti rezultatai parodė, kad nepriklausomai nuo tyrimo būdo, populiacijos, įvertinimo tipo, ar kitų metodologinių kintamųjų, moterys ir mergaitės yra dažniau linkusios nei vyrai ar berniukai atitikti PTSS kriterijus. Naujesniuose tyrimuose, kuriuose buvo analizuojama lyties reikšmė, gaunami sutampantys rezultatai (de Vries & Olff, 2009; Breslau, 2009). Moteriška lytis taip pat buvo rizikos veiksnys PTSS išsivystyme terorizmo išpuolį patyrusių aukų tyrimuose (Ioana, 2015; Verger et al., 2004) bei masinius šaudymus išgyvenusių tyrimuose (Soumalainen et al., 2011; Lowe & Galea, 2015).

Tačiau vis dar nėra iki galo aišku kodėl būtent moteriška lytis turi didesnę riziką. Kai kurie autoriai kėlė hipotezes apie moterų dažniau patiriamos seksualinės prievartos, smurto įtaką didesniam PTSS paplitimui moterų imtyje (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson, & Lucia, 1999; Darves-Bornoz et al., 2008), tačiau Tolin ir Foa (2006) teigia, kad šis skirtumas gali būti tik iš dalies paaiškintas remiantis lyčių skirtumais tam tikrų trauminių įvykių patyrimu. Remiantis Breslau (2009), didesnio moterų pažeidžiamumo priežastys iki šiol nežinomos, tačiau atsižvelgiant į turimus įrodymus, galima

atmesti keletą hipotezių: lyties skirtumai nepriklauso nuo didesnio seksualinių traumų paplitimo moterų imtyje, ankstesnių trauminių patyrimų, jau egzistuojančių depresijos ir nerimo sutrikimų ar su lytimi susijusio šališkumo atsakant į tyrimo klausimus.

Kol kas trūksta išsamių tyrimų, kurie atskleistų kokie nuo lyties priklausomi veiksniai ir už jų slypintys sąveikos mechanizmai prisideda prie PTSS rizikos (Carlson et al., 2016). Galimai svarbūs kiti aspektai, kurie prisideda prie skirtumų PTSS išsivystyme – tai trauminio įvykio ypatumai, asmens kognityvinės ir emocinės reakcijos į traumuojantį įvykį ir vyrų bei moterų skirtingas polinkis išreikšti distresą skirtingais būdais (Tolin & Foa, 2006).

### 1.3.2. Amžius

Priklausomai nuo emocinės, socialinės ir kognityvinės vystymosi stadijos, amžius gali būti tiek rizikos, tiek apsauginis PTSS veiksnys. Brewin ir kitų (2000) metaanalizėje buvo gauta, kad galimas PTSS rizikos veiksnys yra jaunesniame amžiuje patirta trauma, tačiau šio veiksnio efekto dydis buvo gana nedidelis. Ioana (2015) psichologinių pasekmių terorizmo išpuolių aukoms tyrimų apžvalgoje teigia, kad vyresnis amžius daugumoje tyrimų yra apsauginis veiksnys, tačiau šis rezultatas įvairiuose tyrimuose nėra pastovus. Panašūs pastebėjimai kyla apžvelgiant ir masinių šaudymų tyrimus, anot Lowe ir Galea (2015), tiek jaunesnis, tiek vyresnis amžius masinių šaudymų aukų imtyje siejasi su PTSS.

Chronologinis asmens amžius yra mažiau reikšmingas, nei vystymosi stadija ir joje kilę raidos iššūkiai. Taip pat svarbūs ir pereinamieji etapai tarp vystymosi stadijų, kurių metu gali kilti sunkumų imtis įprastų stresorių įveikos būdų (Ford et al., 2015). Suaugusiojo amžiuje įtakos PTSS išsivystymui gali turėti traumos nutikimas pereinamųjų etapų metu. Ford, Adams ir Dailey (2007) tyrimo rezultatai rodo, kad traumos nutikimas vidurinioje suaugustėje didina PTSS riziką lyginant su traumos patyrimu jauno suaugusiojo ar vyresniajame amžiuje. Verger ir kiti (2004) gavo panašius rezultatus terorizmo aukų imtyje. Nevienareikšmiškas amžiaus sąsajas su PTSS pristato Norris, Kaniasty, Conrad, Inman ir Murphy (2002), nagrinėję uraganų psichologines pasekmes aukoms Jungtinėse Amerikos Valstijose bei Meksikoje ir potvynio aukoms Lenkijoje. JAV imtyje, daugiausiai asmenų su PTSS buvo vidutinio amžiaus, Meksikoje – jaunų suaugusiųjų, o Lenkijoje – vyresniojo amžiaus asmenų. Šie rezultatai rodo ir kultūrinių ypatumų svarbą. Taigi, remiantis tyrimais, amžiaus sąsajos su PTSS nėra vienareikšmiškos, galimai priklauso nuo metodologinių tyrimų skirtumų, kadangi vienose tyrimuose analizuojamas amžius, kai nutiko trauma, kituose – dabartinis tiriamojo amžius. Be to pastebima, kad įtakos šioms sąsajoms turi ir kultūriniai skirtumai.

### 1.3.3. Išsilavinimas

Išsilavinimas taip pat gali būti svarbus veiksnys PTSS išsivystyme, kadangi intelektas arba išsilavinimas yra stipriai susijęs su socioekonominių resursų prieinamumu ir gali padidinti asmens galimybę pasiekti tam tikrus kitus PTSS apsauginius veiksnius, pavyzdžiui socialinę paramą (Ford et al., 2015). Aukštesnis išsilavinimo lygis įvairiuose PTSS rizikos veiksnių tyrimuose, atsižvelgiančiuose į šį veiksnį, yra susijęs su mažesne PTSS rizika (Carlson et al., 2016; Norris et al., 2002). Išsilavinimas taip pat buvo reikšmingas rizikos veiksnys Brewin ir kitų (2000) metaanalizėje, kur žemesnis išsilavinimo lygis buvo susijęs su didesne PTSS rizika. Johnson, North ir Smith (2002) tyrime toks pat išsilavinimo ir PTSS ryšys buvo gautas masinį šaudymą išgyvenusių asmenų imtyje. Taigi, esamų tyrimų rezultatai rodo, kad žemesnis išsilavinimas yra PTSS rizikos veiksnys.

### 1.3.4. Socialinė parama

Socialinė parama įvairias būdais gali prisidėti prie asmens psichologinės gerovės. Santykiai su kitais gali patvirtinti traumą patyrusio asmens emocines reakcijas ir palaikyti kognityvinį stresinės patirties apdorojimą (Kaniasty & Norris, 2008). Socialinė parama yra tiek emocinis (pavyzdžiui, moralinė parama, draugija), tiek instrumentinis (pavyzdžiui, finansinė parama, pagalba susirandant darbą) resursas. Priešingą efektą turi socialinės paramos trūkumas, kuris gali trukdyti pasveikti, nes didina emocinio distreso lygį bei riboja galimybes suprasti ir išspręsti distresą keliančius sunkumus (Ford et al., 2015).

Brewin ir kitų (2000) bei Ozer ir kolegų (2003) PTSS rizikos veiksnių metaanalizės patvirtina socialinės paramos reikšmę PTSS išsivystyme. Brewin ir kitų (2000) duomenimis socialinės paramos trūkumas buvo vienas iš stipriausiai didesnę PTSS riziką prognozuojančių veiksnių. Kitų autorių tyrimai patvirtina šiuos rezultatus (Kaniasty & Norris, 2008; Carlson et al., 2016). Toks pat ryšys tarp socialinės paramos trūkumo ir PTSS buvo nustatytas ir rugsėjo 11-osios terorizmo išpuolio aukų imtyje (Galea, 2002). Berman et al. (1996) tyrimo rezultatai parodė, kad paauglių, patyrusių įvairaus tipo ginkluotus užpuolimus artimoje aplinkoje, PTSS simptomų stiprumą galima prognozuoti remiantis suvokiama socialine parama. Suvokiama socialinė parama (žinojimas, kad yra žmonių su kuriais galima pasikalbėti) buvo susijusi su pozityvesnėmis įvykio pasekmėmis nei iš tiesų gauta socialinė parama (realus pakalbėjimas su kuo nors). Autoriai teigia, kad toks rezultatas gali būti dėl to, jog realiai gaunama socialinė parama skiriasi savo kokybe ir kai kuriais atvejais gali turėti žalingų aspektų ar yra apsunkinta konfliktų (Berman et al., 1996).

Vis tik teigiamą socialinės paramos efektą gali sumažinti arba visai anuliuoti tarpasmeninių santykių problemos, kuriuos neretai stebimos trauminių įvykių aukose su PTSS. Plana, Lavoie, Battaglia ir Achim (2014) metaanalizė parodė, kad asmenys su PTSS turi tam tikrą socialinio



suvokimo deficitų emocijų atpažinime ir mentalizacijoje. Nietlisbach, Maercker ir Rössler (2010) tyrime buvo gauta, jog traumos aukos su PTSS demonstruoja mažesnę empatinę rezonansą (esminis elementas žmonių sąveikoje, kai asmuo nesąmoningai atkartoja kito judesius). Taigi, po trauminės patirties pasireiškiantys sunkumai bendrauti ir sąveikauti tiek su partneriu, tiek su kitais žmonėmis, gali būti sąlygojami šių su PTSS susijusių pakitimų asmens funkcionavime.

### 1.3.5. Sveikata

Dar vienas svarbus aspektas ginkluotą patyrusių asmenų imtyje – tai fizinių sužeidimų patyrimas, kuris yra gana tikėtinas tokio pobūdžio įvykiuose. Norman, Stein, Dimsdale ir Hoyt (2008) atliko tyrimą, nagrinėjantį traumos metu patirto skausmo įtaką PTSS simptomams. Tyrime dalyvavo asmenys, atvykę į medicinos centrą dėl patirtų fizinių traumų, daugiausiai autoįvykių metu, tačiau taip pat dalyvavo asmenys patyrę nudegimus, sužeidimus darbo metu ar laisvalaikio metu ir dalis tiriamųjų buvo su durtinėmis bei šautinėmis žaizdomis. Rezultatai parodė, kad traumos metu patirtas skausmas yra reikšmingas PTSS rizikos veiksnys. Autoriai kelia hipotezę, jog skausmas gali būti mediatorius tarp neigiamo kognityvinio traumos patyrimo apdorojimo ir PTSS. Kadangi negatyvus, katastrofinis traumos vertinimas daro įtaką PTSS, galima galvoti, kad patiriamas skausmas lemia negatyvesnę traumos vertinimą ir didesnę distresą, kuris savo ruožtu sąlygoja PTSS (Norman et al., 2008). Verger ir kitų (2004) tyrimo, nagrinėjusio 1995-1996 metais Prancūzijoje vykusią metro bombardavimų aukų PTSS reakcijas, duomenimis didesnė PTSS rizika buvo susijusi su rimtais sužeidimais bei kosmetiniais pakenkimais, atsiradusiais po terorizmo išpuolio. Autoriai svarsto, kad patirtų sužeidimų sąsaja su PTSS gali būti paaiškinta tuo, jog su rimtu sužeidimu atsiradusi ilgalaikė negalia yra nuolatinis traumos priminimas ir taip palaiko PTSS. Taip pat buvo rasta, jog didesnis PTSS paplitimas lyginant su bendra populiacija buvo tų asmenų tarpe, kurie patyrė vidutinio sunkumo ir mažo sunkumo sužeidimus. Autoriai mano, kad tokiam rezultatui įtakos galėjo turėti trauminio įvykio metu suvokta grėsmė (Verger et al., 2004). Kituose terorizmo išpuolių aukų tyrimuose taip pat gaunama sąsaja tarp patirtų sužeidimų ir PTSS (Ioana, 2015). Taigi, trauminio įvykio metu patirtas stiprus skausmas ar rimti sužeidimai ir kosmetiniai pakenkimai siejasi su didesne PTSS rizika. Tiek traumos metu patirtas skausmas gali veikti PTSS per negatyvesnę trauminio įvykio kognityvinę vertinimą, tiek dėl rimto sužeidimo atsiradusi negalia gali būti nuolatinis traumos priminimas ir palaikyti potraumines reakcijas. Suvoktos grėsmės aspektas taip pat gali būti svarbus patirtų sužeidimų ir PTSS sąsajose.

Taip pat galimos PTSS sąsajos ir su somatiniais nusiskundimais. Sareen (2014) teigia, kad pirminiame medicinos priežiūros lygyje pacientai su PTSS dažniausiai turi nusiskundimų dėl galvos skausmų, miego sutrikimų ar skausmo. Tyrimuose randama, kad PTSS yra susijęs su kaulų ir sąnarių,

medžiagų apykaitos ligomis, neurologinėmis, širdies ir kraujagyslių sistemos bei kvėpavimo takų būklėmis (Sareen, 2014). Už šių asociacijų esantys mechanizmai dar nėra suprasti, tačiau gali būti, kad PTSS didina fizinės sveikatos problemų riziką dėl PTSS atveju kylančių miego sutrikimų, fizinių simptomų, nutukimo ar komorbidiškų depresijos ir priklausomybių sutrikimų (Sareen, 2014).

#### 1.4. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Atlikta mokslinės literatūros analizė parodė, kad PTSS išsivystymui yra svarbios ne tik stresoriaus charakteristikos, bet ir sociodemografiniai veiksniai, kurie turi gana reikšmingą įtaką PTSS. Bandant geriau suprasti kodėl vieniems žmonėms patyrus trauminį įvykį išsivysto PTSS, o kitiems ne, svarbu nagrinėti galimus rizikos veiksnius, kurie padeda identifikuoti labiau pažeidžiamų individų grupes į kurias galėtų būti nukreipta psichikos sutrikimų prevencija ir psichologinės intervencijos. Iki šiol atlikti rizikos veiksnių tyrimai ir metaanalitinės studijos daugiausiai nagrinėja bendruosius rizikos veiksnius neatsižvelgiant į traumos tipą, tad taip neištraukiami specifinei traumai reikšmingi kintamieji, pavyzdžiui, ginkluoto užpuolimo atveju aktualus sveikatos vertinimas. Taip pat svarbu paminėti, kad ginkluoto užpuolimo poveikį nagrinėjantys tyrimai daugiausiai tiria masinius įvykius, kurių metu paveikiamos žmonių grupės ir skiriasi kiekvieno asmens įsitraukimo lygis, o tyrimų besigilinančių į individualių užpuolimų poveikį trūksta. Pastarasis užpuolimų aspektas Lietuvoje yra aktualesnis, nei masiniai šaudymai ar terorizmo išpuoliai. Be to, ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų rizikos faktoriai apžvelgiami keliuose straipsniuose nenaudojant metaanalitinių technikų, tad vis tik lieka neaišku ar kituose tyrimuose nustatyti rizikos veiksniai yra vienodai svarbūs ir mūsų tyrimo imtyje. Taigi, remiantis aptartais aspektais, savo darbui keliamo toliau aprašytus tikslus ir uždavinius.

Tyrimo tikslas – nustatyti ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijas ir jų sąsajas su rizikos veiksniais.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų trauminės patirties ypatumus bei jų sąsajas su sociodemografiniais veiksniais.
2. Nustatyti ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijas ir potrauminio streso paplitimą.
3. Išsiaiškinti potrauminio streso rizikos veiksnius ginkluotą užpuolimą patyrusiųjų asmenų imtyje.

## 2. TYRIMO METODIKA

### 2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimė dalyvavo 129 asmenys (64 moterys ir 65 vyrai), patyrę ginkluotą užpuolimą. Dalyvių amžius nuo 18 iki 78 metų ( $M = 37,26$ ,  $SD = 11,9$ ). Kitos imties demografinės charakteristikos aprašytos 1 lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos (N = 129)

<b>Demografiniai kintamieji</b>	<b>n</b>	<b>proc.</b>
<u>Lytis</u>		
Vyras	65	50,4
Moteris	64	49,6
<u>Šeiminė padėtis</u>		
Ilgalaikiuose santykiuose	80	62
Neturi ilgalaikių santykių	49	38
<u>Išsilavinimas</u>		
Aukštasis (universitetinis)	53	41,1
Nebaigtas aukštasis ar universiteto studentas	11	8,5
Aukštesnysis arba neuniversitetinis aukštasis (technikumas, kolegija)	24	18,6
Vidurinis	24	18,6
Pagrindinis (10 klasių)	10	7,8
Nebaigtas pagrindinis (mažiau nei 10 klasių)	6	4,7

### 2.2. Tyrimo instrumentai

**Tarptautinis traumos klausimynas.** Potrauminio streso simptomų įvertinimui naudota Tarptautinio traumos klausimyno 1.5.1 versija (angl., *International Trauma Questionnaire, ITQ*; ankstesnis klausimyno pavadinimas – TLK-11 traumos klausimynas, angl. *ICD-TQ*) (Cloitre, Roberts, Bisson, & Brewin, 2016). ITQ sudarytas remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ajame leidime siūlomais Potrauminio streso sutrikimo ir Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnostiniais kriterijais (Maecker, et al., 2013). Tyrimė naudota lietuviškoji ITQ versija (vertimą, tariantis su instrumento autoriais, atliko Kazlauskas E., Vilniaus universitetas, Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, 2015). Instrumentą sudaro 23 teiginiai savižnyos būdu vertinantys PTSS ir Kompleksinio PTSS diagnozių simptomus. Instrumentą sudaro 7 teiginiai, vertinantys tris PTSS simptomų grupes: 1) pakartotinį traumos išgyvenimą čia ir dabar (angl. *re-experiencing, Re*), 2) trauminių prisiminimų vengimą (angl.

*avoidance, Av*) ir 3) pastovų grėsmės pojūtį (angl. *sense of threat, Th*). Komplexinis PTSS vertinamas papildomais 16 teiginių, tačiau atsižvelgiant į tai, kad tiriamas ūmus, staigus trauminis patyrimas naudojama tik PTSS simptomus įvertinanti instrumento dalis. Tyrimo dalyviai klausimyne pateiktus teiginius turi įvertinti 5-ių balų skalėje nuo 0 („visiškai ne“) iki 4 („ypač stipriai“), atsižvelgiant į tai kaip stipriai per praėjusį mėnesį pasireiškė kiekvienas išvardintas simptomas. PTSS simptomai kiekvienam tyrimo dalyviui buvo skaičiuojami remiantis autorių instrukcijomis: PTSS simptomai kiekvienoje iš trijų grupių laikomi esančiais, jei bent vienas teiginys toje teiginių grupėje yra įvertintas dviem ar daugiau balų (įvertintas kaip pasireiškęs nuo „vidutiniškai“ iki „ypač stipriai“ per pastarąjį mėnesį) ir PTSS gali būti diagnozuojamas, kai pozityviai įvertinamos visos trys simptomų grupės (Cloitre et al., 2016). ITQ įvertis, rodantis patiriamų potrauminio streso reakcijų stiprumą, buvo skaičiuojamas sudedant visų PTSS klausimyno dalies teiginių įvertinimus. Minimalus ITQ įvertis lygus 0 balų, maksimalus – 48 balams. Kuo didesnis įvertis, tuo patiriamos stipresnės reakcijos. Tarptautinio traumos klausimyno struktūra patvirtinta (Karatzias et al., 2016). Klausimyno patikimumas PTSS simptomams, nustatytas Kronbacho  $\alpha$  metodu, lygus 0,88 (Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene, & Cloitre, 2018).

**Gyvenimo įvykių sąrašas.** Trauminių įvykių įvertinimui naudota Gyvenimo įvykių sąrašo (angl. *The Life Events Checklist, LEC-5*) (Weathers, et al., 2013) lietuviškoji versija (vertimą atliko Kazlauskas E., Eimontas J., Skėrytė-Kazlauskienė M., Mažulytė E., Vilniaus universitetas, Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, 2015). Klausimyną sudaro 17 teiginių apie galimai trauminius įvykius (pavyzdžiui, stichinė nelaimė, fizinis užpuolimas, gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas). Tyrimo dalyviai kiekvieną teiginį turi įvertinti 5-ių balų skalėje (1 = „man nutiko“, 2 = „buvau liudininkas (-ė)“, 3 = „sužinojau apie tai“, 4 = „nesu tikras (-a)“, 5 = „man nenutiko“). Atsakymai į teiginius nurodantys, kad įvykis buvo patirtas tiesiogiai („man nutiko“) ar būnant liudininku („buvau liudininkas (-ė)“) laikomi trauminiu patyrimu. Šiame tyrime naudojamas bendras trauminių patyrimų skaičius apskaičiuojamas sudedant tiriamųjų atsakymus apie įvykius, kuriuos jie patyrė tiesiogiai ar buvo liudininkais. Šis instrumentas laikomas patikimu ir validžiu instrumentu tirti trauminius įvykius dėl instrumento stiprios koreliacijos su PTSS simptomais (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004). Šiame tyrime LEC klausimyno patikimumo nustatymas vidinio suderintumo metodu nėra tinkamas, nes potencialiai trauminių įvykių konstruktas yra daugiadimensinis (Netland, cit. iš Gray et al., 2004).

**Sociodemografiniai duomenys.** Tyrimo dalyviams buvo pateikiami klausimai, skirti sužinoti tokius sociodemografinius duomenis kaip amžius, lytis, šeiminė padėtis bei išsilavinimas. Taip pat tiriamųjų buvo prašoma subjektyviai įvertinti savo sveikatą 5-ių balų skalėje nuo „labai bloga“ iki „labai gera“ (1 = „labai bloga“, 2 = „bloga“, 3 = „nei bloga, nei gera“, 4 = „gera“, 5 = „labai gera“).

### 2.3. Tyrimo eiga

Tyrimo dalyvių paieška buvo atliekama psichikos sveikatos centruose, psichikos sveikatos klinikose ir ligoninėse, privačioje psichologų praktikoje, priklausomybės ligų centruose bei galimose padidintos socialinės rizikos asmenų susitelkimo vietose (Carito laikinieji namai, socialinių paslaugų centrai ir kt.). Tyrimo duomenų rinkimas buvo vykdomas įvairiuose Lietuvos miestuose nuo 2016 m. lapkričio iki 2017 m. balandžio. Duomenis rinko specialiai tam apmokyti psichologai bei Vilniaus universiteto klinikinės psichologijos magistrantai.

Prieš pradėdant tyrimą iš tyrimo dalyvių buvo gaunamas žodinis bei raštiškas informuotas sutikimas dalyvauti tyrime. Tyrimas buvo atliekamas individualiai su tiriamuoju arba nedidelėse grupelėse dalyvaujant tyrėjui. Tyrimo dalyviai „popieriaus ir pieštuko“ principu pildydavo paruoštą tyrimo klausimynų paketą, pildymo trukmė apytiksliai varijavo nuo 20 iki 50 minučių.

Šis mokslinis darbas yra didesnio mokslinių tyrimų projekto „Psichosocialinių veiksnių mediaciniai efektai stresinių ir trauminių patirčių psichosocialiniams padariniams socialinės psichotraumatologijos kontekste“ dalis. Projekto vadovas doc. dr. E. Kazlauskas. Šio darbo autorė prisidėjo prie projekto duomenų rinkimo ir duomenų kodavimo etapuose. Nuasmeninti tyrimo dalyvių duomenys, naudojami šiame moksliniame darbe, yra iš projekto metu surinktų duomenų bazės. Gautas projekto vadovo leidimas naudoti duomenis magistro darbe.

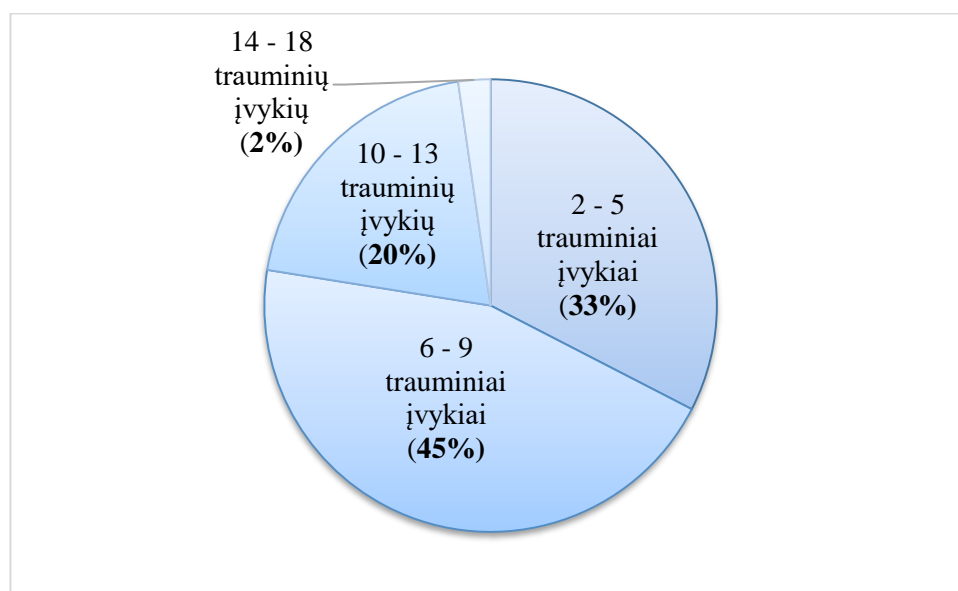
### 2.4. Duomenų analizė

Statistinė tyrimo duomenų analizė atliekama SPSS (angl. *Statistical Package for the Social Sciences*) 20 programa. Skaičiuota sociodemografinių duomenų ir trauminės patirties ypatumų aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, dažniai). Siekiant palyginti vyrų ir moterų trauminės patirties ypatumus, buvo taikomas Stjudento t kriterijų nepriklausomoms imtims ir  $\chi^2$  homogeniškumo kriterijus. Siekiant nustatyti trauminių įvykių skaičiaus bei kitų kintamųjų (lyties, amžiaus, šeiminės padėties, išsilavinimo, subjektyvaus sveikatos vertinimo bei labiausiai paveikusios trauminio įvykio nutikimo laiko) sąsajas su PTSS diagnoze buvo taikomas Stjudento t kriterijus nepriklausomoms imtims ir  $\chi^2$  homogeniškumo kriterijus. Siekiant nustatyti tų pačių kintamųjų sąsajas su patiriamų reakcijų stiprumu buvo taikomas Stjudento t kriterijus nepriklausomoms imtims ir Pirsono koreliacijos koeficientas. Siekiant išsiaiškinti rizikos veiksnių prognozes vertes potrauminio streso reakcijų atžvilgiu buvo taikomi logistinės ir tiesinės regresijos modeliai.

### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų trauminės patirties ypatumai

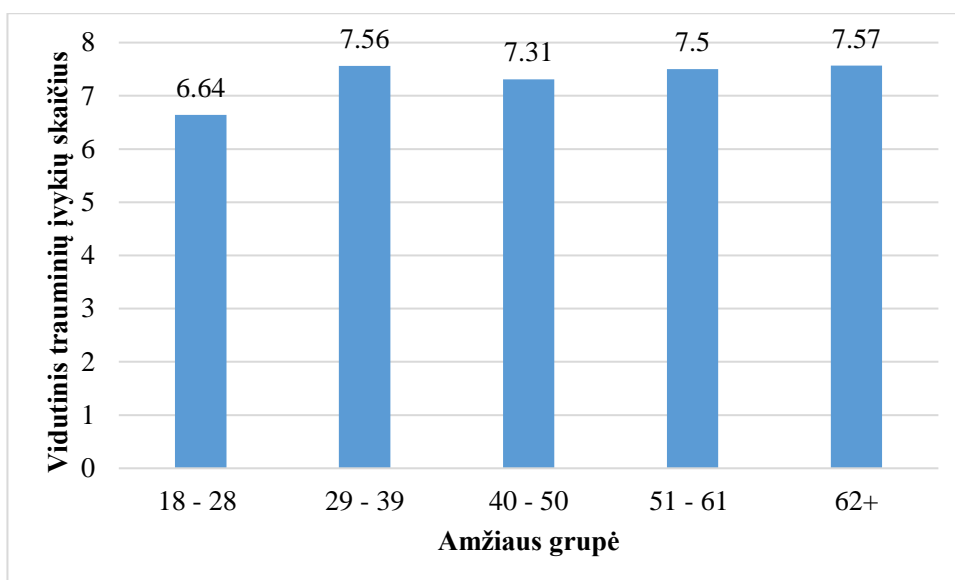
Pirmiausia buvo įvertinta tyrimo dalyvių trauminė patirtis. Šiame tyrime trauminiu patyrimu laikomas toks potencialiai trauminis įvykis (pavyzdžiui, stichinė nelaimė, fizinis užpuolimas, gyvybei pavojinga liga ir kita), kurį asmuo patyrė tiesiogiai ar buvo šio įvykio liudininkas. Tyrime dalyvavę asmenys per visą savo gyvenimą patyrė vidutiniškai 7,22 ( $SD = 3,22$ ) trauminių įvykių, šis skaičius svyravo nuo 2 iki 18 įvykių. 1-ajame paveiksle pateikiamas procentinis tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal patirtų trauminių įvykių skaičių, iš kurio galime matyti, jog net 45 proc. tiriamųjų yra patyrę nuo 6 iki 9 trauminių įvykių.



1 pav. Tyrimo dalyvių procentinis pasiskirstymas pagal trauminių įvykių skaičių

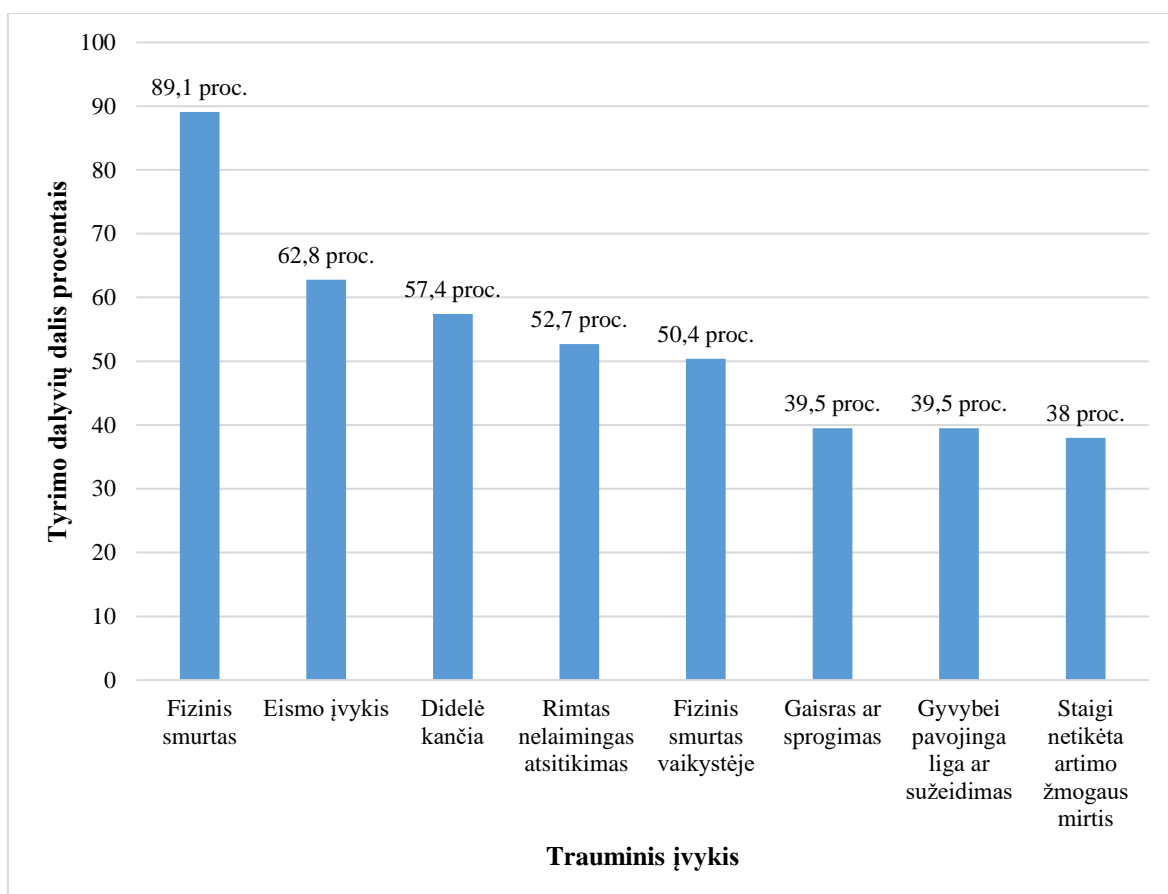
Labiausiai tiriamuosius paveikusių trauminio patyrimo įvykio laikas svyravo nuo „mažiau nei prieš 6 mėnesius“ (tokį atsakymą pateikė 14 proc. tiriamųjų) iki „daugiau nei prieš 20 metų“ (tokį atsakymą pateikė 14 proc. tiriamųjų). Daugiausiai tiriamųjų (27,9 proc.) pateikė atsakymą, kad labiausiai juos paveikęs trauminis įvykis nutiko „prieš 1 – 5 metus“.

Tyrimo dalyvių vidutinio trauminių įvykių skaičiaus palyginimas pagal amžiaus grupes, pateikiamas 2-ajame paveiksle, iš kurio galime matyti, kad visose amžiaus grupėse vidutinis patirtų trauminių įvykių skaičius svyruoja nedaug ir mažai nukrypsta nuo 7,22 vidurkio. Taikant ANOVA kriterijų, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyginamų amžiaus grupių neišryškėjo ( $F = 0,44$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,785$ ).



2 pav. Vidutinio trauminių įvykių skaičiaus palyginimas pagal amžiaus grupes

Visi tyrime dalyvavę asmenys patyrė ginkluotą užpuolimą, tačiau be šio įvykio taip pat patyrė ir daug kitų trauminių įvykių. Duomenys apie patirtus trauminius įvykius pateikiami 3-ajame paveiksle, iš kurio galime matyti, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių taip pat yra patyrę fizinį smurtą (89,1 proc.), eismo įvykį (62,8 proc.), didelę kančią (57,4 proc.), rimtą nelaimingą atsitikimą darbe, namuose ar laisvalaikio metu (52,7 proc.).



3 pav. Tyrimo dalyvių patirti trauminiai įvykiai

Siekiant palyginti vyrų ir moterų trauminės patirties ypatumus, buvo taikomas Stjudento *t* kriterijų nepriklausomoms imtims (vidutiniam trauminių įvykių skaičiui palyginti) ir  $\chi^2$  homogeniškumo kriterijus (patirtų trauminių įvykių dažnumui įvertinti). Vidutinis patirtų trauminių įvykių skaičius tarp vyrų ir moterų statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $t = 0,13$ ,  $df = 127$ ,  $p = 0,897$ ), vyrai patyrė vidutiniškai 7,26 ( $SD = 2,92$ ), o moterys 7,18 ( $SD = 3,53$ ) trauminius įvykius. Atskirų trauminių įvykių dažnumo palyginimo tarp lyčių rezultatai pateikiami 1-oje lentelėje. Moterys lyginant su vyrais patyrė statistiškai reikšmingai daugiau seksualinio pobūdžio trauminių įvykių – seksualinės prievartos tiek vaikystėje (14,5 proc. moterų ir 3,2 proc. vyrų,  $\chi^2 = 5,008$ ,  $p < 0,05$ ), tiek po 18 metų amžiaus (32,8 proc. moterų ir 6,2 proc. vyrų,  $\chi^2 = 14,669$ ,  $p < 0,01$ ) ar išgyveno nemalonius, nenorimus seksualinius patyrimus (34,4 proc. moterų ir 13,8 proc. vyrų,  $\chi^2 = 7,444$ ,  $p < 0,01$ ). Tuo tarpu vyrai patyrė statistiškai reikšmingai daugiau įvykių, kurių metu sukėlė žalą kitam asmeniui (25,4 proc. vyrų ir 3,4 proc. moterų,  $\chi^2 = 11,614$ ,  $p < 0,01$ ).

1 lentelė. Vyrų ir moterų patirtų trauminių įvykių palyginimas

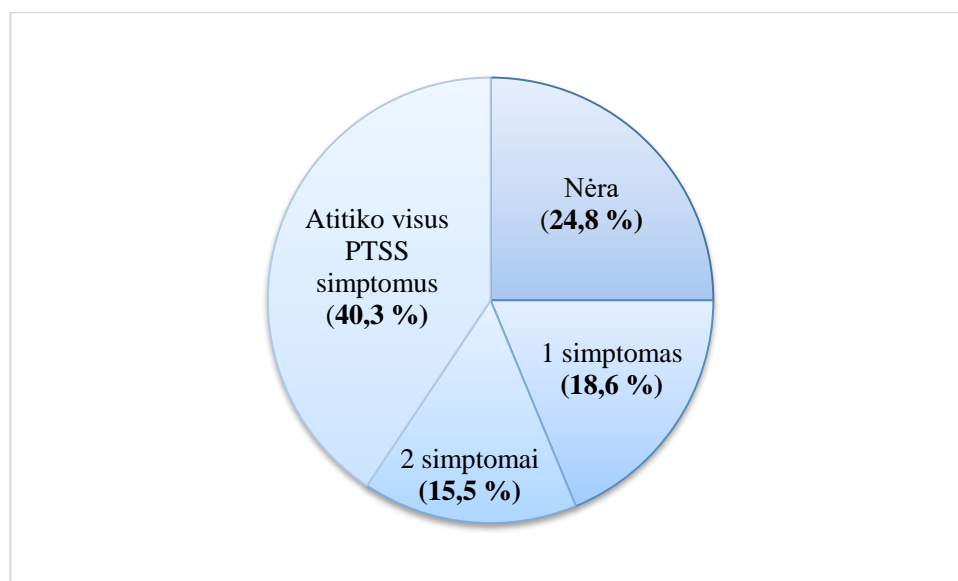
Trauminiai įvykiai	Vyrai		Moterys		$\chi^2$
	<i>n</i>	<i>proc.</i>	<i>n</i>	<i>proc.</i>	
Stichinė nelaimė	6	9,2	7	11,1	0,124
Gaisras ar sprogimas	29	44,6	22	34,9	1,255
Eismo įvykis	46	70,8	35	55,6	3,187
Rimtas nelaimingas atsitikimas darbe, namuose ar laisvalaikio metu	40	61,5	28	44,4	3,754
Sąlytis su nuodingomis medžiagomis	16	25	11	17,5	1,078
Fizinis smurtas vaikystėje	30	46,2	35	55,6	1,131
Fizinis smurtas	60	93,8	55	85,9	2,14
Ginkluotas užpuolimas	65	100	64	100	-
<b>Seksualinė prievarta vaikystėje</b>	2	3,2	9	14,5	<b>5,008*</b>
<b>Seksualinis smurtas po 18 metų amžiaus</b>	4	6,2	21	32,8	<b>14,669***</b>
<b>Kitas nenorimas ar nemalonus seksualinis patyrimas</b>	9	13,8	22	34,4	<b>7,444**</b>
Dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje	8	12,3	5	7,9	0,67
Nelaisvė	7	10,8	6	9,5	0,054
Gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas	30	46,2	21	33,9	1,992
Didelė kančia	35	53,8	39	63,9	1,321
Staigi, smurtinė mirtis	13	20,6	11	17,5	0,206
Staigi netikėta artimo žmogaus mirtis	24	38,7	25	39,1	0,002
<b>Sunkus sužeidimas, žala ar mirtis, Jūsų sukelta kitam asmeniui</b>	15	25,4	2	3,4	<b>11,614**</b>
Bandytas nusižudyti	18	28,6	12	19,4	1,455
Savižudybė	9	14,3	6	10,3	0,432

Pastaba. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.



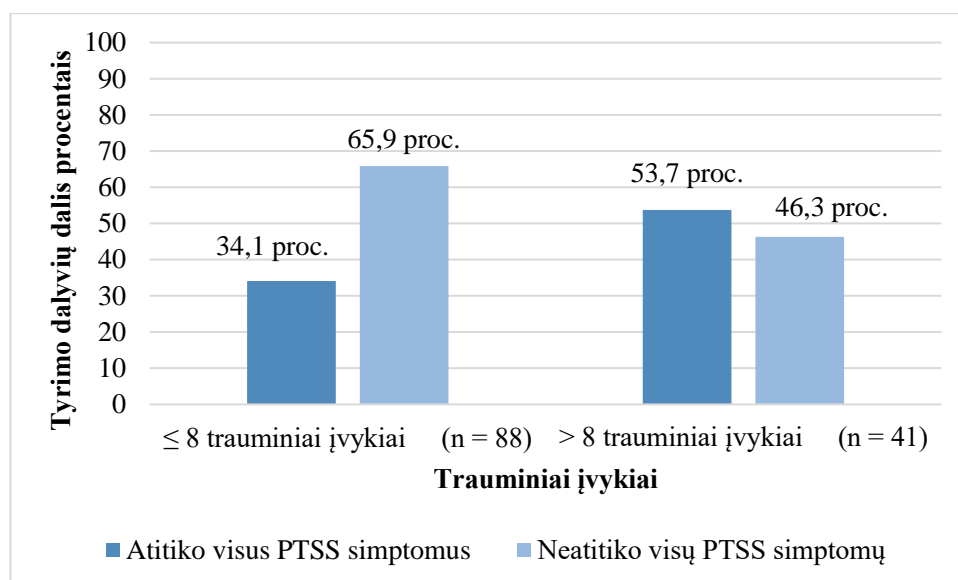
### 3.2. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijos

Siekiant išanalizuoti tyrimo dalyvių potrauminio streso reakcijas, pirmiausia buvo įvertinamas turimų simptomų kiekis. Šiame tyrime potrauminio streso sutrikimas (PTSS) buvo apibrėžiamas per tris simptomų grupes: 1) pakartotinį traumos išgyvenimą čia ir dabar (angl. *re-experiencing*), 2) trauminių prisiminimų vengimą (angl. *avoidance*) ir 3) pastovų grėsmės pojūtį (angl. *sense of threat*). Pozityvus įvertinimas visose trijose simptomų grupėse rodo galimą PTSS. Tiriamųjų turimo simptomų kiekio procentinis pasiskirstymas pateikiamas 4-aje paveiksle, iš kurio galime matyti, kad didžioji dalis – 40,3 proc. tyrime dalyvavusių asmenų atitiko visus PTSS simptomus.



4 pav. Tyrimo dalyvių procentinis pasiskirstymas pagal potrauminio streso sutrikimo simptomų kiekį

Siekiant palyginti trauminių įvykių skaičių tarp „atitikusių visus PTSS simptomus“ ir „neatitikusių PTSS simptomus“ grupių, buvo taikomas Stjudento  $t$  kriterijus nepriklausomoms imtims. Palyginimo rezultatai parodė, kad vidutinis trauminių įvykių skaičius tarp lyginamų grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria ( $t = -1,82$ ,  $df = 127$ ,  $p = 0,072$ ), tiriamieji atitinkantys visus PTSS simptomus patyrė vidutiniškai 7,85 ( $SD = 3,08$ ), o neatitinkantys visų PTSS simptomų – 6,81 ( $SD = 3,27$ ) įvykius. Tačiau statistiškai reikšmingos sąsajos tarp PTSS diagnozės ir trauminių įvykių skaičiaus išryškėjo paskirsčius tiriamuosius į dvi grupes: „patyrę  $\leq 8$  trauminių įvykių“ ir „patyrę  $> 8$  trauminius įvykius“. Palyginimo rezultatai pateikiami 5-aje paveiksle.  $\chi^2$  homogeniškumo kriterijus parodė, jog patyrusių daugiau nei 8 trauminius įvykius grupėje statistiškai reikšmingai daugiau asmenų atitiko visus PTSS simptomus („ $> 8$  trauminių įvykių“ grupėje diagnozės kriterijus atitiko 53,7 proc., „ $\leq 8$  trauminių įvykių“ grupėje – 34,1 proc.) ( $\chi^2 = 4,45$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ).



5 pav. Tyrimo dalyvių patirtų trauminių įvykių skaičiaus ir atitikimo potrauminio streso simptomus palyginimas

### 3.3. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijų sąsajos su rizikos veiksniais

Siekiant nustatyti tyrimo dalyvių potrauminio streso reakcijų sąsajas su rizikos veiksniais buvo atliekamas dvejetainis kintamųjų palyginimas potrauminio streso reakcijas imant kaip kategorinį kintamąjį pagal potrauminio streso simptomų kiekį ir lyginant dvi tiriamųjų grupes „atitiko visus PTSS kriterijus“ ir „neatitiko visų PTSS kriterijų“ bei potrauminio streso reakcijas imant kaip intervalinį kintamąjį – ITQ įvertį, rodantį potrauminio streso reakcijų stiprumą. Dviejų tiriamųjų grupių „atitiko visus PTSS kriterijus“ ir „neatitiko visus PTSS kriterijus“ palyginimas pagal kintamuosius buvo atliekamas taikant  $\chi^2$  homogeniškumo kriterijų ir Stjudento t kriterijų nepriklausomoms imtims. Palyginimų rezultatai pateikiami 2-oje ir 3-ioje lentelėse. Analizuojant ITQ įvertio sąsajas su kintamaisiais buvo taikomas Stjudento t kriterijus nepriklausomos imtims bei Pirsono koreliacija. Šių palyginimų rezultatai pateikiami 4-oje ir 5-oje lentelėse.

Taigi, analizuojant PTSS simptomų kiekio sąsajas su kintamaisiais (2-oji ir 3-oji lentelės), rezultatai rodo, jog statistiškai reikšmingi skirtumai tarp lyginamų grupių „atitiko visus PTSS kriterijus“ ir „neatitiko visų PTSS kriterijų“ išryškėjo šeiminės padėties ir subjektyvaus sveikatos vertinimo atžvilgiu. „Atitiko visus PTSS kriterijus“ grupėje statistiškai reikšmingai daugiau tiriamųjų neturi ilgalaikių santykių (neturi – 57,1 proc., palaiko – 30 proc.), kai tuo tarpu „neatitiko visų PTSS kriterijų“ grupėje dauguma palaiko ilgalaikius santykius (neturi – 42,9 proc., palaiko – 70 proc.) ( $\chi^2 = 9,3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,01$ ). Lyginant šių dviejų grupių subjektyvų sveikatos vertinimą, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas: tiriamieji, kurie priklauso „atitiko visus PTSS kriterijus“ grupei, savo sveikatą subjektyviai vertino žemesniais balais, nei tiriamieji iš „neatitiko visų PTSS kriterijų“

grupės, tai reiškia, kad „atitinkantys visus PTSS kriterijus“ tiriamieji subjektyviai vertina savo sveikatą kaip prastesnę (subjektyviai suvokiama sveikata buvo vertinama pasirenkant atsakymo variantą nuo „labai bloga“ iki „labai gera“) ( $t = 3,97, df = 126, p < 0,001$ ). Sąsajų tarp PTSS diagnozės ir lyties, išsilavinimo, amžiaus ir labiausiai paveikuso trauminio įvykio nutikimo laiko kintamųjų neišryškėjo.

2 lentelė. Tyrimo dalyvių PTSS diagnozės sąsajos su kintamaisiais ( $\chi^2$  kriterijus)

Kintamieji	Atitiko visus PTSS kriterijus		$\chi^2$	df	p
	n (proc.)	Neatitiko visų PTSS kriterijų n (proc.)			
<u>Lytis</u>					
Vyras	21 (32,3)	44 (67,7)	3,487	1	0,062
Moteris	31 (48,4)	33 (51,6)			
<u>Šeiminė padėtis</u>					
Esantys ilgalaikiuose santykiuose	24 (30)	56 (70)	9,3	1	<b>0,002</b>
Neturintys ilgalaikių santykių	28 (57,1)	21 (42,9)			
<u>Išsilavinimas</u>					
Turintys aukštąjį universitetinį	17 (67,9)	36 (32,1)	2,28	1	0,131
Neturintys aukštojo universitetinio	34 (45,3)	41 (54,7)			
<u>Trauminių įvykių skaičius</u>					
≤ 8 trauminiai įvykiai	30 (34,1)	58 (65,9)	4,45	1	<b>0,035</b>
> 8 trauminiai įvykiai	22 (53,7)	19 (46,3)			

Pastaba. n – tyrimo dalyvių skaičius. Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti.

3 lentelė. Tyrimo dalyvių PTSS diagnozės sąsajos su kintamaisiais (Stjudento t kriterijus)

Kintamieji	Atitiko visus PTSS kriterijus		Neatitiko visų PTSS kriterijų		t	df	p
	n	M (SD)	n	M (SD)			
Amžius	49	37,57 (11,75)	75	37,05 (12,07)	-0,24	122	0,814
Subjektyvus sveikatos vertinimas	51	3,04 (1,04)	77	3,71 (0,87)	3,97	126	<b>0,000</b>
Labiausiai paveikuso trauminio įvykio nutikimo laikas	51	3,47 (1,68)	71	3,83 (1,5)	1,25	120	0,216

Pastaba. n – tyrimo dalyvių skaičius, M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis. Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti.

Toliau analizuojant tyrimo dalyvių ITQ įverčio sąsajas su kintamaisiais (4-oji ir 5-oji lentelės), galime matyti, jog išryškėjo kiek daugiau statistiškai reikšmingų rezultatų, nei ieškant kintamųjų sąsajų su PTSS diagnoze. ITQ įvertis statistiškai reikšmingai siejosi su lyties, šeiminės padėties, išsilavinimo ir subjektyvaus sveikatos vertinimo kintamaisiais. Statistiškai reikšmingai aukštesnius ITQ įverčius (t.y. stipresnes potrauminio streso reakcijas) turi moterys ( $M = 17,92$ ,  $SD = 12,81$ ) lyginant su vyrais ( $M = 12,57$ ,  $SD = 11,63$ ) ( $t = -2,45$ ,  $df = 123$ ,  $p = 0,016$ ), neturintys ilgalaikių santykių ( $M = 19,31$ ,  $SD = 12,54$ ) lyginant su turinčiais ilgalaikius santykius ( $M = 12,43$ ,  $SD = 11,81$ ) ( $t = -2,07$ ,  $df = 122$ ,  $p = 0,003$ ) bei neturintys aukštojo universitetinio išsilavinimo ( $M = 17,04$ ,  $SD = 12,60$ ) lyginant su turinčiais aukštąjį universitetinį išsilavinimą ( $M = 12,43$ ,  $SD = 11,74$ ) ( $t = -2,07$ ,  $df = 122$ ,  $p = 0,04$ ). Taip pat ITQ įvertis statistiškai reikšmingai koreliuoja su subjektyviu sveikatos vertinimu, turintys aukštesnius ITQ įverčius subjektyviai vertina savo sveikatą kaip prastesnę ( $r = -0,403$ ,  $p < 0,01$ ).

Lyginant tiriamųjų patyrusių „ $\leq 8$  trauminių įvykių“ ir „ $> 8$  trauminių įvykių“ grupių ITQ įvertį, patyrę daugiau nei 8 trauminius įvykius taip pat turi aukštesnius ITQ įverčius, tačiau šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas. Taip pat ITQ įvertis nebuvo statistiškai reikšmingai susijęs su amžiaus ir labiausiai paveikusių trauminio įvykio nutikimo laiko kintamaisiais.

4 lentelė. Tyrimo dalyvių ITQ įverčio sąsajos su kintamaisiais (Stjudento  $t$  kriterijus)

Kintamieji	ITQ įvertis		$t$	$df$	$p$
	$n$	$M (SD)$			
<u>Lytis</u>					
Vyras	63	12,57 (11,63)	-2,45	123	<b>0,016</b>
Moteris	62	17,92 (12,81)			
<u>Šeiminė padėtis</u>					
Esantys ilgalaikiuose santykiuose	77	12,68 (11,81)	-2,99	123	<b>0,003</b>
Neturintys ilgalaikių santykių	48	19,31 (12,54)			
<u>Išsilavinimas</u>					
Turintys aukštąjį universitetinį	53	12,43 (11,74)	-2,07	122	<b>0,04</b>
Neturintys aukštojo universitetinio	71	17,04 (12,60)			
<u>Trauminių įvykių skaičius</u>					
$\leq 8$ trauminiai įvykiai	85	13,84 (12,37)	-1,83	123	0,069
$> 8$ trauminiai įvykiai	40	18,18 (12,31)			

*Pastaba.*  $n$  – tyrimo dalyvių skaičius,  $M$  – vidurkis,  $SD$  – standartinis nuokrypis. Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti.

5 lentelė. Tyrimo dalyvių ITQ įverčio ir kitų kintamųjų koreliacijos koeficientai

Kintamieji	ITQ įvertis
Amžius	-0,039
Subjektyvus sveikatos vertinimas	<b>-0,403**</b>
Labiausiai paveikusių trauminių įvykių nutikimo laikas	-0,143

Pastaba. \*\*  $p < 0,01$ . Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti.

Taigi, apibendrinant ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijų sąsajas su rizikos veiksniais, riziką patirti daugiau ar stipresnes potrauminio streso sutrikimo reakcijas gali turėti moterys, neturintys ilgalaikių tarpasmeninių santykių bei aukštojo universitetinio išsilavinimo, patyrę daugiau nei 8 trauminius įvykius ar subjektyviai vertinantys savo sveikatą kaip prastesnę. Amžiaus ir labiausiai paveikusių trauminių įvykių nutikimo laiko kintamieji šioje imtyje nebuvo statistiškai reikšmingi. Svarbu paminėti, jog šių kintamųjų sąsajos su potrauminio streso reakcijomis kiek skyrėsi priklausomai nuo to kaip buvo vertinamos PTSS reakcijos – kaip kategorinis (diagnostinis) ar kaip intervalinis kintamasis. PTSS reakcijas vertinant kaip intervalą, su rizikos veiksniais išryškėjo daugiau reikšmingų sąsajų.

Detalesnė šių kintamųjų įtakos analizė potrauminio streso reakcijoms bus atliekama kitame skyrelyje.

### 3.3.1. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijų prognozavimas

Siekiant išsiaiškinti rizikos veiksnių prognozes potrauminio streso reakcijų atžvilgiu buvo sudaromi logistinės ir tiesinės regresijos modeliai. Logistinėje regresijoje priklausomu kintamuoju parenkamas PTSS diagnozės kriterijų atitikimo kintamasis (reikšmės – „atitiko visus PTSS kriterijus“ ir „neatitiko visų PTSS kriterijų“). Sudarant pirminį logistinės regresijos modelį ir atsižvelgiant į ankščiau nustatytas statistiškai reikšmingas sąsajas su PTSS diagnoze, nepriklausomais kintamaisiais parenkami: subjektyvus sveikatos vertinimas, šeiminė padėtis ir trauminių įvykių skaičius. Kadangi trauminių įvykių skaičiaus kintamasis pirminiame modelyje nebuvo statistiškai reikšmingas ( $p = 0,116$ ), tobulinant modelį jis buvo pašalintas. Galutinis patobulinto modelio variantas pateikiamas 6-oje lentelėje. Galutinis modelis bendrai teisingai klasifikuoja 68,8 proc. tyrimo dalyvių (85,7 proc. neatitikusių PTSS kriterijus ir 43,1 proc. atitikusių), Nagelkerkės determinacijos pseudokoeficientas lygus 0,194. Bendras duomenų sklaidos paaiškinimo procentas 0,14 – 0,19.

6 lentelė. PTSS diagnozės prognostinis modelis

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	Visų PTSS diagnozės kriterijų atitikimas				
	OR	<i>p</i>	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>
Subjektyvus sveikatos vertinimas	0.51	<b>0.001</b>	2.33	5	0.801
Šeiminė padėtis	0.41	<b>0.024</b>			

Pastaba. OR (angl. *odds ratio*) – galimybių santykis.

Remiantis sudarytu modeliu galime prognozuoti, kad subjektyvaus sveikatos vertinimo padidėjimas vienu balu, 0,51 karto sumažina tikimybę, kad asmuo atitiks visus PTSS diagnozės kriterijus. Šeiminės padėties atžvilgiu – ilgalaikių santykių turėjimas PTSS diagnozės kriterijų atitikimo tikimybę sumažina 0,41 karto.

Tiesinėje regresijoje priklausomas kintamasis – ITQ įvertis. Sudarant pirminį modelį nepriklausomi kintamieji parenkami atsižvelgiant į ankščiau nustatytas statistiškai reikšmingas sąsajas su ITQ įverčiu: lytis, išsilavinimas, šeiminė padėtis ir subjektyvus sveikatos vertinimas. Pirminiame modelyje išsilavinimo kintamasis nebuvo statistiškai reikšmingas ( $p = 0,376$ ), todėl toliau tobulinant modelį, jis pašalinamas. Galutinis patobulintas modelis, atspindintis ITQ įverčio priklausomybę nuo lyties, šeiminės padėties ir subjektyvaus sveikatos vertinimo, pateikiamas 7-oje lentelėje.

7 lentelė. ITQ įverčio prognostinis modelis

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	ITQ įvertis				
	Beta ( $\beta$ )	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$
Lytis	0.189	<b>0.022</b>			
Šeiminė padėtis	0.205	<b>0.014</b>	11.89	0.000	0.229
Subjektyvus sveikatos vertinimas	-0.334	<b>0.000</b>			

Regresijos rezultatai parodė, jog moteriška lytis, ilgalaikių santykių neturėjimas ir mažėjantis subjektyvaus sveikatos vertinimo balas (sveikata suvokiama kaip prastesnė), leidžia prognozuoti didesnę ITQ įvertį.

#### 4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šiame darbe buvo siekiama išsiaiškinti ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų trauminės patirties ypatumus ir kylančių potrauminio streso reakcijų sąsajas su rizikos veiksniais.

**Trauminės patirties ypatumai.** Tyrimo dalyvių trauminės patirties analizė parodė, kad tyrimo dalyviai per visą gyvenimą yra patyrę vidutiniškai 7,22 ( $SD = 3,22$ ) trauminių įvykių. Šis skaičius taip pat buvo panašus visose tiriamųjų amžiaus grupėse. Lyginant su bendros populiacijos tyrimų, atliktų Lietuvoje ir Europos šalyse, duomenimis, šis skaičius yra žymiai didesnis, tiek už Lietuvos ( $M = 1,64$ ,  $SD = 1,63$ ), tiek už Europos šalių ( $M = 1,5$ ,  $SD = 2,8$ ) vidurkius (Kazlauskas ir Želviene, 2015; Kazlauskas & Zelviene, 2017; Darves-Bornoz, 2008). Gali būti, kad itin dideliame patirtų trauminių įvykių skaičiui tyrimo imtyje turėjo įtakos tai, jog dalis tyrimo dalyvių buvo renkami padidintos socialinės rizikos vietose (laikinieji namai, priklausomybių centrai, socialinių paslaugų centrai ir kita), kuriose galima tikėtis, jog asmenys per savo gyvenimą yra patyrę daugiau trauminių įvykių nei bendroji populiacija. Didelį patirtų trauminių įvykių rezultatą taip pat galima bandyti paaiškinti remiantis tyrimais, kurie randa sąsajų tarp patirtų trauminių įvykių ir agresijos (Gillikin et al., 2016; Barrett, Teesson, & Mills, 2014). Gillikin su kolegomis (2016) nustatė, jog tiek vyrų, tiek moterų vaikystėje ar suaugusiojo amžiuje patirtos traumos bei potrauminio streso sutrikimo simptomai yra stipriai susiję su tarpasmeninio smurto iniciavimu kaip agresijos išraiška. Barrett ir kitų (2014) longitudinalinio tyrimo duomenimis asmenys patiriantys stipresnius potrauminio streso simptomus buvo labiau linkę inicijuoti smurtinius nusikaltimus tyrimo laikotarpiu. Detalesnis mūsų atlikto tyrimo dalyvių patirtų trauminių įvykių nagrinėjimas taip pat rodo apie galimą agresijos vedamą didesnę įsitraukimą į smurtinius įvykius, kadangi daugiau nei pusė tiriamųjų yra patyrę fizinį smurtą, kiek mažiau nei pusė dalyvių – gyvybei pavojingą ligą ar sužeidimą ir apie dešimtadalis asmenų sunkiai sužeidė ar sužalojo kitą žmogų. Foa, Riggs, Massie ir Yarczower (1995) teigia, kad asmenys, turintys potrauminio streso sutrikimą, pasitelkia pyktį, tam, kad išvengtų įkyrių, su baime susijusių minčių bei jausmų, kylančių dėl traumos prisiminimų. Taigi, galima kelti prielaidą, kad tyrimo dalyvių patirti trauminiai įvykiai ar turimi potrauminio streso simptomai turi įtakos elgesiui su kitais žmonėmis, galbūt kilusią agresiją ir pyktį nukreipdami smurtaujant jie dažniau įsitraukia į tokias situacijas, kuriose galima patirti daugiau trauminių įvykių. Taip pat gali būti, kad reviktimizacijai turėjo įtakos ir tai, jog šio tyrimo imtyje visi asmenys buvo patyrę ginkluotą užpuolimą. Kitų autorių tyrimų duomenys rodo, jog būtent smurtinio užpuolimo patyrimas ir turimi potrauminio streso sutrikimo simptomai prognozuoja didesnę viktimizacijos riziką ateityje (Cogle, Resnick, & Kilpatrick, 2009; Cisler et al., 2015). Cisler ir kiti (2015) kelia prielaidas, kad smurtinio užpuolimo kaip tarpasmeninės traumos patyrimas bei PTSS simptomai turi įtakos rizikos suvokimui socialinėse situacijose ir ryškūs su PTSS simptomais susiję rizikos suvokimo deficitai didina

pakartotinės viktimizacijos riziką. Cougle ir kiti (2009) teigia, kad PTSS invazijos simptomai gali trukdyti pastebėti naujus pavojaus ženklus ir tai gali daryti asmenis labiau pažeidžiamais bei paskatinti reviktimizaciją.

**Potrauminio streso sutrikimo paplitimas.** Šio tyrimo imtyje buvo nustatytas aukštas dabartinio potrauminio streso sutrikimo (angl. *current PTSD*) paplitimo lygis – net 40,3 proc. tiriamųjų (32 proc. vyrų ir 48,4 proc. moterų) atitiko visus PTSS kriterijus pagal Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ąją leidimą. Lyginant šiuos PTSS paplitimo rezultatus su kitų autorių bendros populiacijos tyrimais, galime pamatyti ryškius skirtumus. Epidemiologinių tyrimų Europoje apžvalgos duomenimis, kai pasireiškimas įvertintas per paskutinius dvylika mėnesių, potrauminio streso sutrikimo paplitimas varijuoja nuo 1,1 proc. iki 2,9 proc. (Wittchen et al., 2011). Lietuvoje atliktų bendros populiacijos ir pirminės medicinos priežiūros pacientų tyrimų duomenimis PTSS paplitimas varijuoja nuo 2 iki 8 proc. (Kazlauskas & Zelviene, 2017; Bunevicius et al., 2014). Taigi, ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų imtyje iki šiol patiriančių potrauminės streso reakcijas siekiančias klinikinį lygį yra iki keliasdešimt kartų daugiau nei bendroje populiacijoje. Gautas aukštas PTSS paplitimo lygis yra gana artimas ginkluotą užpuolimą nagrinėjančių autorių tyrimų rezultatams (Berman et al., 1996; Norris, 2007; Soumalainen et al., 2011; Hughes et al., 2011; North, 2001; Verger et al., 2004). Pavyzdžiui, Berman ir kiti (1996) nustatė, kad jaunuolių, patyrusių įvairius užpuolimus, kai buvo panaudotas ginklas, imtyje PTSS paplitimas buvo 34,5 proc. remiantis DSM-III-R kriterijais. Tačiau svarbu turėti omenyje, kad minėtuose ginkluoto užpuolimo tyrimuose labai skiriasi PTSS įvertinimo būdai (vieni įvertinimo paplitimą praėjus keliems mėnesiams po traumos, kiti – šešiams), skirtingos ir pačių įvykių aplinkybės bei asmenų išitraukimo lygis, todėl šį paplitimo palyginimą reikėtų vertinti atsargiai.

Vienas iš galimų tokio aukšto PTSS paplitimo mūsų tyrimo imtyje rezultato paaiškinimų yra susijęs su kitų autorių tyrimais, kuriuose randama sąsajų tarp traumos pobūdžio ir PTSS. Tyrimai rodo, kad asmenys, patyrę tarpasmeninį smurtą, pavyzdžiui, išprievartavimą, kankinimą ar pagrobimą, grasinimą ginklu, stiprų sumušimą, turi didesnę PTSS tikimybę (Resnick et al., 1993; Kessler, Sonnega, Bromet, Hufhes, & Nelson, 1995; Breslau et al., 1999; Kilpatrick et al., 2013). Pavyzdžiui, Resnick ir kitų (1993) tyrimo rezultatai parodė, kad dabartinio PTSS paplitimas, siejamas su fiziniu užpuolimu buvo 17,8 proc., kai tuo tarpu dabartinis PTSS, susijęs su netarpasmenine trauma (stichinė nelaimė, nelaimingas atsitikimas ir pan.) buvo žymiai mažesnis – 3,4 proc. Taigi, remdamiesi ankstesnių tyrimų rezultatais, galime kelti prielaidą, jog tokiam dideliame PTSS paplitimui mūsų tyrimo imtyje įtakos galėjo turėti ginkluoto užpuolimo kaip tarpasmeninės traumos patyrimas, kadangi tokio pobūdžio trauma individui sukelia didesnę distresą nei kiti ne žmogaus sukelti įvykiai ir didina PTSS atsiradimo riziką.



Svarstant apie galimas aukšto PTSS paplitimo tyrimo imtyje priežastis, taip pat svarbu atkreipti dėmesį į tai, jog net 45 proc. tyrimo dalyvių per gyvenimą yra patyrę nuo 6 iki 9 trauminių įvykių. Šis rezultatas rodo, kad tyrimo imtyje didelė dalis asmenų su traumomis susiduria pakartotinai, o tai taip pat gali turėti reikšmingą poveikį PTSS išsivystymui. Nemažai tyrimų, nagrinėjantys pakartotinės traumatizacijos poveikį PTSS, pagrindžia akumuliacinį traumų efektą (Scott, 2007; Suliman et al., 2009; Kolassa et al., 2010; Kilpatrick et al., 2013; Karam et al., 2014; Conrad et al., 2017). Tyrimų rezultatai rodo, kad didesnis patirtų trauminių įvykių skaičius yra susijęs su didesne PTSS rizika, didesniu PTSS simptomų stiprumu bei mažesne PTSS remisijos tikimybe. Mūsų tyrime taip pat buvo gauti rezultatai rodantys galimą akumuliacinį traumų afektą ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų imtyje. Nors vidutinis patirtų trauminių įvykių skaičius su PTSS diagnoze ar PTSS reakcijų stiprumu nebuvo susijęs, tačiau atlikta tolimesnė analizė parodė, kad daugiau nei 8 trauminių įvykių patyrimas yra ta riba, kai reikšmingai padaugėja asmenų atitinkančių visus PTSS kriterijus. Be to labiausiai paveikusiai trauminio įvykio nutikimo laikas nebuvo reikšmingai susijęs nei su PTSS diagnoze nei su potrauminio streso reakcijų stiprumu, o tai taip pat prisideda prie pagrindimo, kad ne tik vienas konkretus įvykis turi reikšmingą įtaką PTSS išsivystymui, bet svarbi visa trauminė patirtis, kuri mažina individo pajėgumą susidoroti su trauminiu stresu ir taip skatina psichikos sutrikimų pasireiškimą. Taip pat gali būti, kad didelis tiriamųjų patirtų traumų skaičius turėjo įtakos, kad nemaža dalis tyrimo dalyvių iki šiol turi PTSS simptomų, nes trauminės patirties įvairovė apsunkina remisiją.

**Trauminės patirties ir potrauminio streso reakcijų sąsajos su lytimi.** Prieš pereinant prie PTSS rizikos veiksnių rezultatų, trumpai aptarsime trauminės patirties ir PTSS paplitimo sąsajas su lytimi. Šiame tyrime reikšmingų skirtumų tarp PTSS diagnozės ir lyties nebuvo gauta, tačiau vis tik galime pastebėti tendenciją, jog didesnė dalis moterų atitiko visus PTSS simptomus (32 proc. vyrų ir 48,4 proc. moterų), sutampančią su kitų autorių tyrimais (Tolin & Foa, 2006; Darves-Bornoz et al., 2008; de Vries & Olf, 2009; Kilpatrick et al., 2013). Mūsų atliktame tyrime reikšmingi lyties skirtumai buvo gauti PTSS reakcijų stiprumo bei trauminėje patirtyje: moterys patiria stipresnes PTSS reakcijas nei vyrai ir yra patyrusios daugiau seksualinės prievartos, smurto, o vyrai – daugiau įvykių, kurių metu sukėlė žalą kitam. Kai kurių autorių nuomone, dažnesnis moterų susidūrimas su seksualine prievarta ir smurtu didina PTSS riziką, nes seksualinė prievarta turi stipresnes neigiamas pasekmes psichikai, tad gali būti, kad moterų stipresnes potraumines reakcijas iš dalies gali paaiškinti didesnis tarpasmeninių traumų patyrimas (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson, & Lucia, 1999; Darves-Bornoz et al., 2008; de Vries & Olf, 2009). Vyrų didesnis įvykių patyrimas, kurių metu patys iniciavo smurtą prieš kitus, galimai susijęs su tuo, kad vyrai yra linkę traumų sukeltą distresą išreikšti per elgesio sutrikimus (Darves-Bornoz et al., 2008; Tolin & Foa, 2006).

**Potrauminio streso sutrikimo rizikos veiksniai.** Šiame tyrime buvo pasirinkta nagrinėti lyties, amžiaus, šeiminių padėties, išsilavinimo bei subjektyvaus sveikatos vertinimo veiksnių sąsajas su PTSS ir turimų potrauminio streso reakcijų stiprumu. Sudarytų regresijos modelių rezultatai parodė, kad moteriška lytis yra reikšmingas rizikos veiksnys, kuris didina stipresnių potrauminio streso reakcijų riziką. Šis rezultatas sutampa su kitų autorių darbais (Brewin et al., 2000; Tolin & Foa, 2006; de Vries & Olf, 2009; Breslau, 2009; Ioana, 2015; Verger et al., 2004; Soumalainen et al., 2011; Lowe & Galea, 2015), kadangi išsamių metaanalizių bei kitų tyrimų rezultatai ginkluotą užpuolimą patyrusių imtyse rodo, jog būtent moteriška lytis yra reikšmingas rizikos veiksnys PTSS išsivystyme. Kai kurie autoriai kelia hipotezes apie dažnesnio susidūrimo su labiau traumuojančiais seksualinės prievartos įvykiais ar didesnės grėsmės suvokimo fizinio smurto atveju įtaką didesniam PTSS paplitimui moterų tarpe, tačiau yra tyrimų, rodančių, jog net kontroliuojant traumos tipą, PTSS paplitimas vis tiek išlieka didesnis moterų imtyje (Tolin & Foa, 2006; de Vries & Olf, 2009; Breslau, 2009). Tolin ir Foa (2006) metaanalizėje, nagrinėjančioje lyties skirtumus trauminėje patirtyje ir PTSS, pastebi, kad tyrimai, nustatę lyties įtaką, neįvertino kitų papildomų faktorių, kurie taip gali būti svarbūs – tai trauminio įvykio aspektai, kognityvinės ir emocinės reakcijos į traumuojantį įvykį ir vyrų bei moterų skirtingas polinkis išreikšti distresą skirtingais būdais. Šie autorių minimi aspektai galėtų būti kryptys tolimesniems tyrimams.

Kitas veiksnys, kuris buvo nagrinėjamas šiame tyrime – tai tiriamųjų amžiaus ir PTSS sąsajos. Buvo nustatyta, jog tyrimo dalyvių amžius tyrimo metu nebuvo reikšmingai susijęs nei su PTSS diagnoze nei su potrauminio streso reakcijų stiprumu. Įvairūs tyrimai gauna ne vienareikšmiškus rezultatus (Brewin et al., 2000; Ioana, 2015; Lowe & Galea, 2015; Verger et al., 2004), tiek jaunesnis, tiek vyresnis amžius siejasi su didesne PTSS rizika priklausomai nuo tyrimo, taip pat randama ir kultūrinių skirtumų. Šiame tyrime sąsajos galėjo neišryškėti dėl per mažos tyrimo dalyvių imties arba metodologinių tyrimo skirtumų.

Nustatytos šeiminių padėties sąsajos su PTSS parodė, kad šeiminių padėties yra reikšmingas prognostinis veiksnys prognozuojant tiek visų PTSS simptomų atitikimą, tiek patiriamų reakcijų stiprumą. Ilgalaikių santykių palaikymas veikia kaip apsauginis veiksnys ir sumažina tikimybę, kad asmuo atitiks PTSS diagnozės kriterijus, o ilgalaikių santykių neturėjimas prognozuoja stipresnes potrauminio streso reakcijas. Traktuodami ilgalaikius santykius kaip socialinę paramą, galime teigti, kad tyrimo rezultatai atitiko kitų autorių gautus rezultatus (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; Berman et al., 1996; Galea, 2002). Socialinė parama prisideda prie asmens gerovės ir gali paskatinti kognityvinį bei emocinį trauminių įvykių apdorojimą (Kaniasty & Norris, 2008), be to tai taip pat atitinka suaugusiųjų prierašumo teoriją, kurioje teigiama, kad suaugusieji bandydami susidoroti su stipriomis emocijomis kreipiasi paramos į savo partnerius (Carlson et al., 2016). Taip pat Berman ir kiti (1996) nustatė, kad paauglių, patyrusių įvairaus tipo ginkluotus užpuolimus imtyje, žinojimas,

jog yra žmonių su kuriais galima pasikalbėti apie patirtą traumą yra susijęs su pozityvesnėmis įvykio pasekmėmis ir silpnesniais PTSS simptomais. Taigi, galime svarstyti, kad turintys ilgalaikius santykius ir patyrę trauminį įvykį, kreipiasi paramos į savo partnerius ir iš jų gauta emocinė parama padeda sumažinti patiriamų PTSS simptomų stiprumą. Taip pat reakcijų stiprumui galėjo būti reikšmingas vien žinojimas, kad visada šalia yra asmuo su kuriuo galima pasikalbėti apie patiriamus psichologinius sunkumus, todėl turintys ilgalaikius santykius patiria silpnesnes reakcijas. Asmenys, kurie neturi ilgalaikių santykių negali pasinaudoti partnerio suteikiama emocine parama, todėl turi mažiau resursų, kurie galėtų padėti sumažinti trauminio įvykio poveikį. Tačiau kita vertus svarbu paminėti ir kitą galimą ilgalaikių santykių palaikymo aspektą. Kadangi priežastinių ryšių pasirinkta tyrimo metodologija nustatyti neleidžia, tikėtina ir tai, jog asmenims turintiems PTSS simptomų ar patiriantiems stipresnes reakcijas yra sunkiau palaikyti tarpasmeninius santykius dėl galimai PTSS simptomų sąlygojamo agresyvaus elgesio, empatijos pakitimų, deficitų emocijų atpažinime ir mentalizacijoje ar komorbidiškų depresijos, priklausomybės alkoholiui ar psichoaktyvioms medžiagoms sutrikimų ir tai gali lemti, kad stipriau sutrikimo paveikti asmenys neturi ilgalaikių santykių (Tolin & Foa, 2006; Nietlisbach et al., 2010; Sareen, 2014; Plana et al., 2014).

Analizuojant išsilavinimo kaip rizikos veiksnio svarbą, buvo nustatyti skirtumai potrauminio streso reakcijų stiprumė – neturintys aukštojo universitetinio išsilavinimo asmenys turėjo reikšmingai stipresnes reakcijas. Tačiau sudarytame regresijos modelyje išsilavinimas nebuvo reikšmingas regresorius, taip pat nebuvo rasta išsilavinimo sąsajų ir su PTSS diagnoze. Gali būti, kad regresijoje šis veiksnys nebuvo reikšmingas dėl to, kad ryšiai su potrauminio streso reakcijų stiprumu nėra tiesiniai, o analizuojant ryšius buvo naudojamas tiesinis modelis. Vis tik mūsų tyrime gauta tendencija patiriamų reakcijų stiprumė sutampa su kitų autorių rezultatais (Brewin et al., 2000; Johnson et al., 2002), kuriuose žemesnis išsilavinimo lygis siejamas su didesne PTSS rizika. Manoma, kad aukštesnis išsilavinimas yra susijęs su didesniu kognityviniu pajėgumu, kuris veikia kaip resursas traumos perdirbime (Carlson et al., 2016) arba yra tampriai susijęs su kitų resursų, mažinančių PTSS riziką, geresniu prieinamumu (Ford et al., 2015). Taigi, galime kelti prielaidą, jog mūsų tyrimo dalyviai su aukštesniu išsilavinimu turi daugiau resursų, kurie veikia kaip apsauginis veiksnys ir todėl patiria silpnesnes reakcijas nei tie, kurie aukštojo išsilavinimo neturi. Taipogi galime svarstyti ir apie galimybę, kad patiriantys stipresnes potraumines reakcijas susiduria su sunkumais moksluose, o tai gali lemti, kad tokiems asmenims vėliau nepavyksta užbaigti mokslų ir įgyti aukštojo išsilavinimo.

Dar vienas rizikos veiksnys, kuris buvo nagrinėjamas tyrime – tai subjektyviai vertinama sveikata. Nagrinėjant sąsajas su PTSS buvo nustatyta, kad subjektyviai vertinama sveikata reikšmingai susijusi tiek su PTSS diagnoze, tiek su potrauminio streso reakcijų stiprumu. Savo sveikatą vertino kaip geresnę tie tyrimo dalyviai, kurie neatitiko visų PTSS diagnozės kriterijų ar turi silpnesnes reakcijas. Remiantis sudarytais regresiniais modeliais, prastesnis sveikatos vertinimas gali

prognozuoti stipresnes potrauminio streso reakcijas, o geresnis sveikatos vertinimas sumažina PTSS tikimybę. Gali būti, kad subjektyviai vertinamai sveikatai įtakos turi tiek PTSS sukeliami simptomai, kurie gali apsunkinti bendrą funkcionavimą, tiek galimai trauminių įvykių metu patirti skausmas, fiziniai sužeidimai, kadangi šio tyrimo dalyviai visi yra patyrę ginkluotą užpuolimą bei daug kitų trauminių įvykių. Tyrimai rodo, kad asmenims traumos metu patirtas skausmas yra reikšmingas PTSS rizikos veiksnys (Norman et al., 2008; Sareen, 2014; Ioana, 2015). Verger ir kitų (2004) tyrimo duomenimis rimti sužeidimai ir kosmetiniai pakenkimai buvo susiję su didesne PTSS rizika terorizmo išpuolių aukų imtyje. Svarbu paminėti, kad taip pat randama sąsajų tarp PTSS ir kitų somatinių susirgimų, tad gali būti, jog PTSS sukeliami simptomai turi įtakos bendram sveikatos suprastėjimui (Sareen, 2014).

Taigi, apibendrinus rizikos veiksnių paieškas ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų imtyje, galima teigti, kad didesnę PTSS ar stipresnių potrauminio streso reakcijų riziką turi tie, kurie neturi ilgalaikių santykių ir savo sveikatą vertina kaip prastesnę. Moteriška lytis taip pat yra reikšmingas rizikos veiksnys patirti stipresnes potraumines reakcijas.

**Tyrimo ribotumai.** Tyrimo rezultatams galėjo turėti įtakos tyrimo ribotumai. Pirmiausia svarbu paminėti, kad įvertinant tyrimo dalyvių atitikimą potrauminio streso sutrikimo kriterijams buvo remiamasi savižynos klausimynu, o ne diagnostiniu interviu. Tai galėjo turėti įtakos, kad tyrimo dalyviai pateikė ne visai tikslius atsakymus, galbūt atsakinėdami į klausimus apie simptomus nebūtinai turėjo omenyje vieną įvykį, nes gali pasitaikyti ir tokių atvejų, kai patyrus keletą reikšmingų trauminių įvykių simptomai gali būti susiję su keliomis traumomis. Be to, renkant informaciją savižynos klausimynu neįmanoma sukontroliuoti to, kad kai kurie tiriamieji kaip labiausiai juos paveikusių įvykių pasirenka tokius įvykius, kurie savo stiprumu ne visai atitinka diagnostinius traumos kriterijus, pvz., skyrybos.

Taip pat reikia paminėti ir tai, jog duomenys apie simptomus buvo renkami siekiant išsiaiškinti jų pasireiškimą per paskutinį mėnesį, tačiau taip galėjome prarasti dalį informacijos dėl to, jog neįtraukiami tie asmenys, kurie jautė šiuos simptomus, tačiau per tam tikrą laiko tarpą jie susilpnėjo ir įvyko remisija. Kitas aspektas, kuris galėjo turėti įtakos rezultatams – tai patirtų trauminių įvykių įvertinimas. Vertinant asmens patirtus trauminius įvykius buvo remiamasi laisvesniu kriterijumi ir įtraukiami ne tik tiesiogiai patirti įvykiai, bet ir tie, kurių liudininkas buvo tiriamasis, kadangi manoma, jog ir buvimas liudininku gali būti traumuojanti patirtis. Tai galėjo kiek iškreipti rezultatus ir išdidinti patirtų traumų įvykių skaičių, nes kai kuriuose tyrimuose taikomas griežtesnis tik tiesioginio traumos patyrimo kriterijus.

Taip pat svarbu paminėti, kad PTSS diagnozės prognostinio modelio rezultatus reikėtų vertinti atsargiai, nes nepaisant to, kad modelio tinkamumo charakteristikos yra patenkinamos, vis tik modelis

klasifikuoja mažiau nei 50 proc. atitikusių PTSS kriterijus, o tai reiškia, kad sudarytas modelis ne pakankamai gerai atskiria asmenis turinčius PTSS.

Galiausiai, tyrimo dalyviai buvo renkami padidintos rizikos vietose, kur asmenys galimai patiria daugiau traumų nei bendroje populiacijoje, tad gauti rezultatai negali būti generalizuoti bendrai populiacijai, nes bendroje populiacijoje rezultatai galėtų skirtis. Nepaisant šių išvardytų ribotumų, atliktas tyrimas yra vienas iš pirmųjų bandymų analizuoti ūmaus tarpasmeninio trauminio įvykio psichologinius padarinius remiantis naujame Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ajame leidime nustatytais diagnostiniais sutrikimo kriterijais.

## IŠVADOS

1. Ginkluotą užpuolimą patyrusių asmenų trauminės patirties analizė parodė tokius tiriamųjų trauminės patirties ypatumus:
  - 1.1. daugiau nei pusė tiriamųjų yra patyrę fizinį smurtą, eismo įvykį, rimtą nelaimingą atsitikimą darbe, namuose ar laisvalaikio metu;
  - 1.2. moterys lyginant su vyrais išgyveno daugiau seksualinio pobūdžio traumų.
2. Beveik pusė tyrimo dalyvių (40,3 %) atitiko visus potrauminio streso sutrikimo diagnostinius kriterijus.
3. Buvo nustatyti šie potrauminio streso sutrikimo rizikos veiksniai:
  - 3.1. daugiau nei 8 trauminiai įvykiai yra ta riba, kai reikšmingai padaugėja asmenų, patiriančių potrauminio sutrikimo simptomus, siekiančius klinikinį lygį;
  - 3.2. remiantis lytimi galima prognozuoti patiriamų potrauminio streso reakcijų stiprumą, moteriška lytis yra rizikos veiksnys patirti stipresnes reakcijas;
  - 3.3. tyrimo dalyviai nepalaikantys ilgalaikių santykių turi didesnę riziką atitikti visus potrauminio sutrikimo kriterijus bei patirti stipresnes potrauminio streso reakcijas, tai patvirtina socialinės paramos svarbą po patirtų trauminių išgyvenimų;
  - 3.4. tyrime nustatytas ryšys tarp potrauminio streso reakcijų ir subjektyvaus sveikatos vertinimo, parodė, kad prastesnis sveikatos vertinimas padidina riziką, jog asmuo atitiks visus potrauminio streso kriterijus bei patirs stipresnes reakcijas.

## LITERATŪRA

- Aebi, M. F., & Linde, A. (2010). Is there a crime drop in Western Europe? *European Journal on Criminal Policy and Research*, *16*(4), 251-277. doi: 10.1007/s10610-010-9130-y
- Barrett, E. L., Teesson, M., & Mills, K. L. (2014). Associations between substance use, post-traumatic stress disorder and the perpetration of violence: A longitudinal investigation. *Addictive Behaviors*, *39*(6), 1075-1080. doi:10.1016/j.addbeh.2014.03.003
- Berman, S. L., Kurtines, W. M., Silverman, W. K., & Serafini, L. T. (1996). The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *American journal of Orthopsychiatry*, *66*(3), 329. doi: 10.1037/h0080183
- Breslau, N. (2009). The Epidemiology of Trauma, PTSD, and Other Posttrauma Disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, *10*(3), 198-210. doi:10.1177/1524838009334448
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma: Results From the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 902-907. doi:10.1176/ajp.156.6.902
- 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. doi:10.1037/0022-006x.68.5.748
- Briere, J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement*. American Psychological Association.
- Bunevicius, R., Liaugaudaite, V., Peceliuniene, J., Raskauskiene, N., Bunevicius, A., & Mickuviene, N. (2014). Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *32*(1), 24-29. doi:10.3109/02813432.2013.873604
- Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Field, N. P., Dalenberg, C. J., Macia, K. S., & Spain, D. A. (2016). Contributions of risk and protective factors to prediction of psychological symptoms after traumatic experiences. *Comprehensive Psychiatry*, *69*, 106-115. doi:10.1016/j.comppsy.2016.04.022
- Cisler, J. M., Bush, K., Steele, J. S., Lenow, J. K., Smitherman, S., & Kilts, C. D. (2015). Brain and behavioral evidence for altered social learning mechanisms among women with assault-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *63*, 75-83. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.02.014
- Cloitre, M., Roberts, N.P., Bisson, J.I., & Brewin, C.R. (2015). The ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Unpublished Measure*.

- Conrad, D., Wilker, S., Pfeiffer, A., Lingenfelder, B., Ebalu, T., Lanzinger, H., . . . Kolassa, S. (2017). Does trauma event type matter in the assessment of traumatic load? *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1), 1344079. doi:10.1080/20008198.2017.1344079
- Cogle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2009). A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(2), 405-411. doi:10.1037/a0015370
- Darves-Bornoz, J., Alonso, J., Girolamo, G. D., Graaf, R. D., Haro, J., Kovess-Masfety, V., . . . Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(5), 455-462. doi:10.1002/jts.20357
- de Vries, G. D., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(4), 259-267. doi:10.1002/jts.20429
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, *26*, 487-499. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80096-6
- Ford, J. D., Adams, M. L., & Dailey, W. F. (2007). Psychological and health problems in a geographically proximate population time-sampled continuously for three months after the September 11th, 2001 terrorist incidents. *Anxiety, stress, and coping*, *20*(2), 129-146. doi: 10.1080/10615800701303215
- Ford, J. D., Grasso, D. A., Elhai, J. D., & Courtois, Ch. A. (2015). *Posttraumatic Stress Disorder: Scientific and Professional Dimensions* (2nd ed.). Amsterdam: Elsevier.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, *346*(13), 982-987. doi:10.1056/nejmsa013404
- Garbarino, J., Bradshaw, C. P., & Vorrasi, J. A. (2002). Mitigating the Effects of Gun Violence on Children and Youth. *The Future of Children*, *12*(2), 72-85. doi:10.2307/1602739
- Gillikin, C., Habib, L., Evces, M., Bradley, B., Ressler, K. J., & Sanders, J. (2016). Trauma exposure and PTSD symptoms associate with violence in inner city civilians. *Journal of Psychiatric Research*, *83*, 1-7. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.07.027
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). The psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, *11*, 330-341. doi:10.1177/1073191104269954
- Halligan, S. L., & Yehuda, R. (2000). Risk factors for PTSD. *PsycEXTRA Dataset*. doi:10.1037/e572022010-002
- Henriksen, C. A., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2010). The psychological impact of terrorist attacks: Examining a dose-response relationship between exposure to 9/11 and Axis I mental disorders. *Depression and Anxiety*, *27*(11), 993-1000. doi:10.1002/da.20742



- Hyland, P., Elklit, A., Vallieres, F., Shevlin, M., Murphy, J., Garvert, D. W., & Cloitre, M. (2017a). An Assessment of the Construct Validity of the ICD-11 Proposal for Complex *Posttraumatic Stress Disorder*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 1–9. doi: 10.1037/tra0000114
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., Mcelroy, E., Elklit, A., . . . Cloitre, M. (2017b). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727-736. doi:10.1007/s00127-017-1350-8
- Hughes, M., Brymer, M., Chiu, W. T., Fairbank, J. A., Jones, R. T., Pynoos, R. S., ... & Kessler, R. C. (2011). Posttraumatic stress among students after the shootings at Virginia Tech. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 403. doi: 10.1037/a0024565
- Ioana, I. (2015). *The terrorism and its psychological effects: Proceedings of the Scientific Conference AFASES, Brasov, 2015*.
- Johnson, S. D., North, C. S., & Smith, E. M. (2002). Psychiatric disorders among victims of a courthouse shooting spree: A threeyear follow-up study. *Community Mental Health*, 38, 181–194. doi: 10.1023/A:1015269521969
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 274-281. doi:10.1002/jts.20334
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., Mclaughlin, K. A., Petukhova, M., . . . 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. doi:10.1002/da.22169
- Karatzias, Th., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, Ch. R., & Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.009
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2016). Trauma research in the Baltic countries: From political oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1-5. doi:10.3402/ejpt.v7.29295
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2017). Association between posttraumatic stress and acceptance of social changes: findings from a general population study and proposal of a new concept. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 126-131. doi: 10.1177/0020764016687788
- Kazlauskas, E., & Želvienė, P. (2015). A history of political violence in the family as a resilience factor. *Resiliency: Enhancing coping with crisis and terrorism*, 119, 141. doi: 10.3233/978-1-61499-490-9-141

- 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. doi: 10.1080/20008198.2017.1414559
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., & Eimontas, J. (2017). “No posttraumatic stress disorder in Lithuania”: National health care fails to identify PTSD. *Journal of traumatic stress*, 30(1), 99-102. doi: 10.1002/jts.22152
- 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. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. doi: 10.1002/jts.21848.
- Kolassa, I., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P., & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 169-174. doi:10.1037/a0019362
- Lancaster, C. L., Teeters, J. B., Gros, D. F., & Back, S. E. (2016). Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment. *Journal of clinical medicine*, 5(11), 105. doi: 10.3390/jcm5110105
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Grills-Taquechel, A. E. (2009). Adjustment following the mass shooting at Virginia Tech: The roles of resource loss and gain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 206-219. doi:10.1037/a0017468
- Littleton, H., Axsom, D., & Grills-Taquechel, A. E. (2011). Longitudinal evaluation of the relationship between maladaptive trauma coping and distress: Examination following the mass shooting at Virginia Tech. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(3), 273-290. doi:10.1080/10615806.2010.500722
- Lowe, S. R., & Galea, S. (2017). The mental health consequences of mass shootings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(1), 62-82. doi: 10.1177/1524838015591572
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L. M., ... & Somasundaram, D. J. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. doi: 10.1002/wps.20057
- National Counterterrorism Center. (2005). *A Chronology of Significant International Terrorism for 2004*. Washington, DC: National Counterterrorism Center. Paimta iš <https://fas.org/irp/threat/nctc2004.pdf>
- Nietlisbach, G., Maercker, A., Rösler, W., & Haker, H. (2010). Are Empathic Abilities Impaired in Posttraumatic Stress Disorder? *Psychological Reports*, 106(3), 832-844. doi:10.2466/pr0.106.3.832-844

- Norman, S., Stein, M., Dimsdale, J., & Hoyt, D. (2008). Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 38(4), 533-542. doi:10.1016/j.acpain.2008.05.030
- Norris, F. H. (2007). Impact of mass shootings on survivors, families, and communities. *PTSD Research Quarterly*, 18(3), 1-8. doi:10.1037/e721592007-001
- Norris, F. H., Kaniasty, K., Conrad, M. L., Inman, G. L., & Murphy, A. D. (2002). Placing age differences in cultural context: a comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico, and Poland. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(3), 153-173. doi: 10.1023/A:1015940126474
- North, C. S. (2001). The Course of Post-Traumatic Stress Disorder after the Oklahoma City Bombing. *Military Medicine*, 166, 51-52. doi:10.1093/milmed/166.suppl\_2.51
- NSW Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health. (2000). Disaster mental health response handbook : an educational resource for mental health professionals involved in disaster management. North Sydney, N.S.W.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. doi:10.1037//0033-2909.129.1.52
- Plana, I., Lavoie, M., Battaglia, M., & Achim, A. M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 169-177. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.005
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61,984-991. doi: 10.1037/0022-006X.61.6.984
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9), 460-467. doi: 10.1177/070674371405900902
- Scott, S. T. (2007). Multiple Traumatic Experiences and the Development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(7), 932-938. doi:10.1177/0886260507301226
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 121-127. doi:10.1016/j.comppsy.2008.06.006
- Suomalainen, L., Haravuori, H., Berg, N., Kiviruusu, O., & Marttunen, M. (2011). A controlled follow-up study of adolescents exposed to a school shooting – Psychological consequences after four months. *European Psychiatry*, 26(8), 490-497. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.007

- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi:10.1037/1942-9681.s.1.37
- Verger, P., Dab, W., Lamping, D. L., Loze, J. Y., Deschaseaux-Voinet, C., Abenheim, L., & Rouillon, F. (2004). The psychological impact of terrorism: an epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995–1996 bombings in France. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1384-1389. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1384
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018